ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

НЕ ДЛЯ ПРОДАЖУ

AUMF

ЗАХИСНИКАМ УКРАЇНИ
від Американсько-української медичної фундації!

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

Герб Медичного департаменту Армії, 1818 р.

1976 р. Лиття і гравюра Василя Єкимова з оригінального кольорового друку, що з'явився у виданні «Військовий хірург», том XLI, № 2, 1917 р.

Ця книга присвячена багатьом фахівцям, що займаються діагностикою та лікуванням бойового та оперативного стресу. До них належать наші попередники — доктори Франклін (Френк) Дел Джонс, Кенет Артіс і Альберт Глас, а також багато інших, що працювали над цим проектом. І, звичайно, ті, хто ще зроблять свій вклад до наступного видання цієї серії. Усі ці люди не шкодують зусиль не лише на підтримку боєздатності і здоров'я Збройних сил країни. Вони, як і весь військовий персонал, вірять, що таким чином ми дбаємо про себе самих — військовослужбовців медичної служби, які також несуть тягарі боїв і втрат, разом із сім'ями, що їх підтримують.

Переслідування Осами бен Ладена. Автор — сержант першого класу Елзі Ґолден, полотно, олія, 2002 р.
Переможець конкурсу військової графіки DINFOS MILGRAPH 2002
у категорії «образотворче мистецтво».

Картина з Колекції військового мистецтва. Люб'язно надана Центром військової історії Армії США

COMBAT and OPERATIONAL BEHAVIORAL HEALTH

Office of The Surgeon General United States Army
Falls Church, Virginia
Borden Institute · Fort Detrick, Maryland
2011

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

З англійської переклали
Тетяна Семигіна (частина I, розділ 6 частини II)
Ірина Павленко (розділи 7–12 частини II)
Євгенія Овсяннікова (частина III)
Ольга Тесленко (частина IV)
Тетяна Охлопкова (частини V і VII)
Олександра Брацюк (частини VI і VIII)

Київ
«Наш формат»
2017

Американсько-
українська
медична фундація

УДК 364.62-47-057.36
О-92

О-92 **Охорона психічного здоров'я в умовах війни** / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. — 1068 с.

ISBN 978-966-2502-10-7 (паперове видання, 1 том)
ISBN 978-966-2502-11-4 (паперове видання, 2 том)
ISBN 978-966-2502-12-1 (електронне видання)

Ця книга містить статті військових лікарів, науковців і соціальних працівників, які докладно окреслюють усі аспекти охорони психічного здоров'я військовослужбовців в умовах бойових дій і в постбойовий адаптивний період. У виданні описано потенційні причини бойового стресу та види емоційних травм; методики діагностики й лікування психологічних травм; способи підвищення психологічної стійкості медичних працівників; підготовку до демобілізації і тренування здатності швидко відновлювати фізичні й душевні сили; надання допомоги в зоні бойових дій. Також розглянуто процес одужання після фізичних та емоційних травм, отриманих під час збройних конфліктів; возз'єднання із сім'єю та реінтеграцію; оперативну психіатрію; методи запобігання самогубствам.

Видання буде корисним для військових лікарів і психіатрів, викладачів та студентів медичних і юридичних факультетів.

УДК 364.62-47-057.36

Перекладено за виданням: *Combat and Operational Behavioral Health* (ISBN 978-0-16-088756-7)

Головна редакторка *Ольга Дубчак*. Науковий редактор *Петро Олійник*. Літературні редакторки *Оксана Уретій* і *Світлана Андрющенко*. Коректорки *Тамара Клюкіна, Дарина Важинська* й *Інна Левіт*. Верстальник *Денис Піорко*. Дизайнер обкладинки *Микола Савчук*. Технічні редактори *Микола Климчук* та *Ірина Щепіна*. Відповідальний за випуск *Антон Мартинов*

Дякуємо за допомогу в підготовці видання Роману Корнуті й Валерії Шафранській

Наукове видання

ISBN 978-966-2502-10-7 (паперове видання, 1 том)
ISBN 978-966-2502-11-4 (паперове видання, 2 том)
ISBN 978-966-2502-12-1 (електронне видання)

ЗМІСТ

Acknowledgments 14
Подяки 15
Автори 18
Foreword to the Ukrainian edition 34
Передмова до українського видання 35
Передмова 37
Вступ 40
Список абревіатур та акронімів 42

Частина перша
Закладання основ

Розділ 1. Охорона психічного здоров'я військовослужбовців: оновлення накопиченого досвіду 53
Розділ 2. Військова психіатрія США: спадщина війни у В'єтнамі 61
Розділ 3. Підготовка до відправлення військ за кордон: зміцнення психологічної стійкості 103
Розділ 4. Контроль бойового стресу 123
Розділ 5. Внесок Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда (WRAIR) в операції «Іракська свобода» і «Непохитна свобода»: від досліджень до політики у сфері охорони здоров'я 143

Частина друга
На арені бойових дій

Розділ 6. Дивізійні психіатри та офіцери з охорони психічного здоров'я у бригадах 161
Розділ 7. Модель простору бойового та оперативного стресу корпусу морської піхоти та військово-Морських сил США: інструмент для керівників 183
Розділ 8. Мобільні засоби контролю бойового та оперативного стресу у військово-морських силах США 201
Розділ 9. Охорона психічного здоров'я під час операції «Іракська свобода» 05-07 223
Розділ 10. Застосування психотропних препаратів у військовій психіатрії 243
Розділ 11. Роль військового священика в бойових формуваннях армії США 261
Розділ 12. Психіатричне консультування командування 273

Частина третя
Шлях додому

Розділ 13. Аеромедична евакуація 299
Розділ 14. Охорона психічного здоров'я в ландштульському регіональному медичному центрі армії США 323
Розділ 15. Черепно-мозкові травми у військовослужбовців 347

Розділ 16. Психіатрична допомога пацієнтам із бойовими пораненнями і травмами 371
Розділ 17. Наслідки бойового стресу для здоров'я порожнини рота 395

Частина четверта
Возз'єднання з родиною і реінтеграція в суспільство

Розділ 18. Відновлення військовослужбовців: повернення до мирного життя 417
Розділ 19. Лікування посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з військовою службою 443
Розділ 20. Діапазон допомоги новим ветеранам бойових дій та їхнім родинам: підхід суспільної охорони здоров'я 477
Розділ 21. Лікування болю 497
Розділ 22. Трудова терапія в американській армії: запровадження оптимальної продуктивності 519
Розділ 23. Виснаження медичного працівника і тренінг із психологічної стійкості 543

Частина п'ята
Спостереження і втручання

Розділ 24. Спостереження за самогубствами в Армії: необхідні заходи для запобігання суїцидам 565
Розділ 25. Запобігання суїцидам в армії США: набутий досвід і напрями на майбутнє 577
Розділ 26. Управління ризиком суїциду і гоміциду: обґрунтування та принципи групового нагляду в гарнізонах і місцях постійної дислокації 601
Розділ 27. Важкі психічні захворювання у військовій системі охорони здоров'я 621
Розділ 28. Розлади харчової поведінки 631
Розділ 29. Вживання алкоголю, наркотиків та інших заборонених речовин в армії 659

Частина шоста
Діти і сім'ї військовослужбовців

Розділ 30. Вплив розгортання на сім'ї та дітей військовослужбовців 677
Розділ 31. Діти та сім'ї поранених у бою військовослужбовців 697
Розділ 32. Сімейна жорстокість і військове розгортання 733
Розділ 33. Сім'ї та діти загиблих військовослужбовців 745
Розділ 34. Організація комплексної системи охорони психічного здоров'я в шофілдських казармах 769

Частина сьома
Оперативне поведінкове (психічне) здоров'я

Розділ 35. Психіатрія в умовах катастроф 789
Розділ 36. Тероризм: хімічні, біологічні, радіоактивні, ядерні та вибухові речовини 807
Розділ 37. Операція «Іракська свобода» 05-07. Медичні цивільно-військові операції: набутий досвід при наданні гуманітарної допомоги 827
Розділ 38. Питання охорони психічного здоров'я в гуманітарних і військових операціях: особливості надання допомоги в умовах складних надзвичайних ситуацій 839
Розділ 39. Програми для населення та дипломатичні підходи державної системи охорони здоров'я США 857
Розділ 40. Психологічні проблеми серед ув'язнених осіб 873
Розділ 41. Охорона психічного здоров'я у збройних силах Сполученого королівства 891

Частина восьма
Інші воєнні питання

Розділ 42. Вища освіта у сфері військової психіатрії 907
Розділ 43. Військова судова психіатрія 939
Розділ 44. Жінки, психічне здоров'я і Армія 951
Розділ 45. Турбота про психічне здоров'я в операціях з летальними наслідками 969
Розділ 46. Етика та військова медицина: ключові сучасні питання 981
Розділ 47. Охорона психічного здоров'я в умовах війни: прикінцеві роздуми та подальші кроки 1007

Додаток 1. Забезпечення охорони психічного здоров'я під час операції «Іракська свобода — I» 1015
Додаток 2. Оперативна психіатрія в операції «Непохитна свобода» 1039
Додаток 3. Гарні чи погані новини? Репортажі змі про військовослужбовців: увага до охорони психічного здоров'я в Іраку під час операції «Іракська свобода 05-07» 1051

Післямова 1059
Покажчик 1060

This book is dedicated in memory of
Paul J. Dzul, M.D. (1921–2015)
founder American Ukrainian Medical Foundation (1996)

Цю книжку присвячено пам'яті
д-ра Павла Джуля (1921–2015),
засновнику Американсько-української медичної фундації (1996)

ACKNOWLEDGMENTS

The American Ukrainian Medication Foundation takes this opportunity to extend its gratitude **to the Borden Institute,** a component of the U.S. Army's Office of the Surgeon General, in granting permission to translate (into Ukrainian), and publish their military medical textbook; *"Combat and Operational Behavioral Health"*.

Tremendous gratitude is given to **Dr. Boris and Svitlana Leheta,** for their generous donation and sponsorship of this translation.

Special acknowledgment is also given to **Dr. Leheta** for his work as Vice-President and assistance in the dissemination of information about the AUMF, its current mission in Ukraine and its various projects, including the publication of military medical books in the Ukrainian language.

Special acknowledgment is hereby given to **Dr. Nataliya Shulga,** Professor, Deputy Director for international affairs and research at the Diplomatic Academy of Ukraine at the Ministry of Foreign Affairs, CEO & Founder of the Ukrainian Science Club, Deputy of the Kyiv City Council of VII–VIII assembly ("Samopomich" Union political party faction), Kyiv City Council Commission Secretary for education, science, youth and sports for the time, energy and effort spent in assisting AUMF in preparing for the launch of its military medical books.

ПОДЯКИ

Американсько-українська медична фундація висловлює подяку **Інституту Бордена,** підрозділу Управління начальника військово-медичної служби сухопутних військ США, за дозвіл на переклад (українською) та публікацію посібника з військової медицини «Охорона психічного здоров'я в умовах війни».

Величезна подяка **д-ру Борису й Світлані Легетам** за щедру пожертву й фінансування цього перекладу.

Особливу вдячність висловлюємо також **д-ру Легеті** за віддану працю на посаді віце-президента й допомогу в поширенні інформації про АУМФ, її поточну місію в Україні й різноманітні проекти, у тому числі видання посібників з військової медицини українською мовою.

Особлива подяка **д-ру Наталії Іванівні Шульзі**, професору, заступнику директора з міжнародних зв'язків та досліджень Дипломатичної академії України при Міністерстві закордонних справ, співзасновниці та виконавчому директору «Українського наукового клубу», депутату Київської міської ради VII–VIII скликання (фракція політичної партії «Об'єднання "Самопоміч"») та секретарю Постійної комісії Київської міської ради з питань освіти, науки, сім'ї, молоді та спорту за час, енергію і зусилля, витрачені на допомогу АУМФ до випуску посібників з військової медицини.

Sponsor
American Ukrainian Medical Foundation

Board of directors

Hon. Lubomyr M. Jachnycky (Ret)
President

Boris J. Leheta, M.D.
Vice President

Andrew I. Dzul, M.D.
Secretary

Bogdan Boyko
Treasurer

Mark S. Juzych, M.D.
Director

Lubomyr A. Lypeckyj
Director

Sergiy O. Nesterenko, M.D.
Director

Bohdan M. Pichurko, M.D.
Director

Спонсор
Американсько-українська медична фундація

Рада директорів

суддя Любомир Яхницький,
президент

д-р Борис Легета,
віце-президент

д-р Андрій Джуль,
секретар

Богдан Бойко,
скарбник

Любомир Липецький,
директор

д-р Сергій Нестеренко,
директор

д-р Богдан Піхурко,
директор

д-р Марк Юзич,
директор

АВТОРИ

Айлін Кім (Aileen Kim)
Доктор медицини
Лейтенант, Медичний корпус, ВМС США; штабний психіатр відділення охорони психічного здоров'я, Building 7, 3rd Floor, National Naval Medical Center, 8901 Wisconsin Avenue, Bethesda, Maryland 20889; у минулому — старший ординатор відділення психіатрії ВМС центру в Портсмуті, Portsmouth, Virginia

Алан Л. Петерсон (Alan L. Peterson)
Доктор філософії, член американської ради професійної психології
Професор кафедри психіатрії, Науковий центр здоров'я при Університеті Техасу в м. Сан-Антоніо, 7703 Floyd Curl Drive, San Antonio, Texas 78229; у минулому — завідувач кафедри психології, Медичний центр імені Уілфорда Холла, San Antonio, Texas

Альберт Ю. Сайто (AlbertY. Saito)
Доктор медицини
Клінічний директор служби дитячої та підліткової психіатрії, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu,Hawaii 96859-5000; у минулому — психіатр відділення дитячої психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii

Альфонсо Р. Батрес (Alfonso R. Batres)
Доктор філософії
Директор Центру консультування з питань адаптації, Департамент у справах ветеранів, 810 Vermont Avenue NW, Washington, DC 20420

Аманда Роббінс (Amanda Robbins)
Доктор психології
Капітан, Медичний корпус, Армія США; офіцер із охорони психічного здоров'я 3-ї бригади, 10-та гірсько-піхотна дивізія Fort Polk, Louisiana 71459

Анджела Моббс (Angela Mobbs)
Доктор психології
Капітан, Медичний корпус, Армія США; психолог з питань відбору і діяльності спеціальних сил, спеціальний центр і школа з питань ведення бойових дій, навчальний центр Роув; Building T-5167, 1500 Camp Mackall Place, Marston, North Carolina 28363; у минулому — психолог 3-ї бригади, 3-тя піхотна дивізія; Fort Benning, Georgia

Анрі Боутері (Andree Bouterie)
Доктор медицини
Штатний психіатр Консультативної служби поєднальної психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue, NW, Washington, DC 20307-5100

Артін Терхакопіан (Artin Terhakopian)
Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я
Майор, Медичний корпус, Армія США; Керівник стаціонарного психіатричного відділення, відділ психіатрії, Військово-медичний центр Вільяма Бомона, 5005 North Piedras Street, El Paso, Texas 79920; у минулому — начальник психіатричного відділення, 10-й польовий госпіталь, Baghdad, Iraq

Барбара А. Марін (Barbara A. Marin)
Доктор філософії
Керівник Департаменту лікування залежностей і клінічний директор, Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001

Барбара Лейнер (Barbara Leiner)
Магістр соціальної роботи, ліцензований лінічний соціальний працівник
Психіатричний соціальний працівник, відділ дитячої психіатрії, Військово-медичний центр Вол-

тера Ріда, Borden Pavilion, 6900 Georgia Avenue NW, Washington,DC 20307-500; у минулому — директор з клінічної практики, відділення дитячої психіатрії, Kaiser Permanente Mid-Atlantic States, Rockville, Maryland

Брайан Л. Бекон (Bryan L. Bacon)
Доктор остеопатії
Майор, Медичний корпус, Армія США; член наукової спільноти психіатрії катастроф, відділ психіатрії, Військово-медичний університет силових структур ЗС США, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; у минулому — начальник департаменту психіатрії, медичний відділ Баварії, Vilseck, Germany

Брет Дж. Шнайдер (Brett J. Schneider)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; заступник начальника відділу психіатрії, корпус 61, дитяча і підліткова психіатрична клініка, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307

Бретт Літц (Brett Litz)
Доктор філософії
Професор факультету психіатрії, Школа медицини Бостонського університету, 77 East Concord Street, Boston, Massachusetts 02118; асоційований директор відділу поведінкових наук, Національний центр з питань посттравматичних стресових розладів, Департамент у справах ветеранів, White River Junction, Vermont

Брюс Кроу (Bruce E. Crow)
Доктор психології
Полковник, Медичний корпус, Армія США; клінічний консультант із психології в управлінні начальника військово-медичної служби, Армія США, директор програми відновлення військовослужбовців, Південне регіональне медичне командування, Brooke Army Medical Center, San Antonio, Texas 78234

Вальтер Моралес (Walter Morales)
Магістр соціального управління
Сержант-майор у відставці, Армія США; керівник програми профілактики суїцидів в управлінні начальника штабу Армії США, Department of the Army, 300 Army Pentagon, ATTN: Army G-1 (DAPE-HR), Washington, DC 20310-0300

Вейн Байд (Wayne Boyd)
Магістр теології
Полковник, Служба капеланів, Армія США; штаб-офіцер із підвищення психологічної стійкості військовослужбовців, Головне управління Армії США, штаб-квартира, Department of the Army, Zachary Taylor Building (NC3), 2530 Crystal Drive, Room 512B, Arlington, Virginia 22202; у минулому — керівник програми управління оздоровлення та зміцнення здоров'я, Центр зміцнення здоров'я та профілактичної медицини, Армія США, Aberdeen Proving Ground, Maryland

Венді М. Вейтс (Wendi M. Waits)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник Стаціонарної психіатричної служби, Управління психіатрії, 1 Jarrett White Road, Room 4B106, Tripler Army Medical Center, Hawaii 96859-5000; у минулому — співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii

Вікторія В. Олсон (Victoria W. Olson)
Магістр ділового адміністрування,
Виконавчий директор Військового музейного товариства, Post Office Box 8064, Honolulu, Hawaii 96830-0064

Вільям П. Неш (William P. Nash)
Доктор медицини
Капітан, ВМС США (у відставці); клінічний доцент, відділ психіатрії Університету Каліфорнії у м. Сан-Дієго; у минулому — старший консультант Військового центру передових знань з психологічного здоров'я і травматичних уражень мозку, Rosslyn, Virginia 22209

Вірджіл Т. Діл (Virgil T. Deal)
Доктор медицини
Полковник, Медичний корпус, Армія США, командування спеціальних операцій Армії США, 7701 Tampa Point Boulevard, MacDill Air Force Base, Florida 33621-5323; у минулому — началь-

ник системи охорони здоров'я Волтера Ріда, Washington, DC

Габріель Брієн (Gabrielle Bryen)
Магістр соціальної роботи, ліцензований клінічний соціальний працівник
Майор, Медичний корпус, Армія США; заступник начальника Департаменту соціальної роботи, Військово-медичний центр Уомакк; Stop A, Fort Bragg, North Carolina 28310; у минулому — офіцер з охорони психічного здоров'я 3-ї бригади, 4-та піхотна дивізія; Fort Carson, Colorado 80913

Гарольд Дж. Вейн (Harold J. Wain)
Доктор філософії
Директор, Консультативна служба поєднальної психіатрії, Building 2, Room 6238, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5100

Гарольд Кудлер (Harold Kudler)
Доктор медицини
Доцент клінічної медицини кафедри психіатрії медичного університету Дюка, Durham North Carolina; заступник директора Науково-дослідного освітнього центру психічних захворювань, Середньоатлантична мережа послуг для ветеранів (VISN 6), VA Medical Center, 508 Fulton Street, #166A, Durham, North Carolina 27705

Гейл Х. Манос (Gail H. Manos)
Доктор медицини
Капітан, Медичний корпус, ВМС США; старший медичний співробітник, голова відділу психіатричного центру ВМС, директор відділення психічного здоров'я, Медичний центр ВМС у Портсмуті, 620 John Paul Jones Road, Portsmouth, Virginia 23708; у минулому — директор центру вторинної підготовки лікарів-психіатрів, відділення психіатрії, Медичний центр ВМС у Портсмуті, Portsmouth, Virginia

Гері Дж. Дроілард (Gary J. Drouillard)
Доктор медицини
Підполковник, медичний корпус, Армія США; начальник служби лікування залежності від хімічних речовин, відділ психіатрії, 1 Jarrett White Road, Tripler Army Medical Center, Hawaii 96859; у минулому — начальник консультативної служби поєднальної психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii.

Грем С. Бікнел (Graeme C. Bicknell)
Доктор філософії, ліцензований незалежний соціальний працівник
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; заступник начальника, відділення охорони психічного здоров'я, Медичне командування США, 2050 Worth Road, Building 2792, Fort Sam Houston, San Antonio, Texas 78234-6010

Грегорі А. Гам (Gregory A. Gahm)
Доктор філософії
Полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу психології, Військово-медичний центр Медіган, 9933C West Hays Street, Fort Lewis, Washington 98431

Даніель Дж. Бушем (Daniel J. Busheme)
Магістр, ліцензований радник із питань залежності від психоактивних речовин
Підполковник, Служба медичних сестер, ВПС США; начальник служби охорони психічного здоров'я, Агенція з оперативних питань медичного забезпечення ВПС США, 485 Quentin Roosevelt Road, Suite 400, San Antonio, Texas 78226-2017; у минулому — заступник командира ескадрильї та командир авіаланки стаціонарної психіатричної допомоги, Travis Air Force Base, California

Дебора Кроулі (Deborah Crowley)
Доктор медицини
Капітан, Медичний корпус, Армія США, співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859

Дебора Л. Варден (Deborah L. Warden)
Доктор медицини
У минулому — національний директор штаб-квартири Військового та ветеранського центру травм головного мозку, відділення неврології та психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307; відділення неврології та психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001

Девід І. Джонсон (David E. Johnson)
Доктор медицини
Майор, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу психічного здоров'я, Військово-медичне управління Армії США в Баварії; IMEU-SFT-DHR, ATTN: OMDC Schweinfurt, Unit 25850, APO AE 09033

Девід М. Бенедек (David M. Benedek)
Доктор медицини
Полковник, Медичний корпус, Армія США; професор і заступник голови відділу психіатрії Військово-медичного університету силових структур ЗС США, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814

Девід Рейнольдс (David Reynolds)
Доктор філософії
Майор, служба біомедичних досліджень, ВПС США; завідувач відділення психології, Медичний центр Malcolm Grow, 1050 West Perimeter Road, 779 MDOS/SGOH, база ВПС Ендрюс, Maryland 20762; у минулому — завідувач відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр армії США Ландштуль, Landstuhl, Germany

Деннiс МакГерк (Dennis MCGurk)
Доктор філософії
Майор, Медичний корпус, Армія США; командир підрозділу медичних досліджень Армії США в Європі, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; CMR 442, APO AE 09042-1030

Деріл Хоукінс (Daryl Hawkins)
Доктор філософії
Офіцер контролю вживання алкоголю і наркотичних речовин, Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії, Building 6, Room 2066, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-500

Джастін С. Кемпбелл (Justin S. Campbell)
Доктор філософії
Лейтенант, Медичний корпус, ВМС США; старший аналітик із питань здоров'я військовослужбовців у бойових діях, Міністерство ВМС, відділ медицини і хірургії, здоров'я військовослужбовців у бойових діях (M3C3), 2300 E Street NW, Washington, DC 20372

Джеймі Хакер Хью (Jamie Hacker Hughes)
Доктор психології
Директор клінічної психології оборони, Міністерство оборони, Об'єднана медична команда, Coltman House, Whittington Barracks, Lichfield, United Kingdom WS14 9PY; у минулому — старший викладач військової психології, Академічний центр захисту психічного здоров'я, London, United Kingdom

Джеймс Демер (James Demer)
Доктор медицини
Дитячий психіатр, дитячий психіатричний стаціонар, психіатричний центр Хатчінгз, 7682 Warrior's Path, Baldwinsville, New York 13027; у минулому — майор, Медичний корпус, Армія США, психіатр дивізії, 10-та гірськострілецька дивізія, Fort Drum, New York

Джеймс Дж. Стауденмеєр (James J. Staudenmeier)
Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я
Полковник, Медичний корпус, Армія США; консультант, Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії, відділ психіатрії, USAMEDDAC, 11050 Mount Belvedere Boulevard, BMD (Wilcox), Fort Drum, New York 13602; у минулому — член наукового товариства геріатричної психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC

Джеймс І. МакКерол (James E. MCCarroll)
Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я
Полковник у відставці, Армія США; психолог, Центр з вивчення травматичного стресу та кафедра психіатрії, Room B3068, Uniformed Services University of the Health Sciences, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; у минулому — психолог, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда , Silver Spring, Maryland

Джеймс І. Цзарнік (James E. Czarnik)
Доктор медицини
Полковник, Медичний корпус, Армія США; головний хірург об'єднаного командування спеціальних операцій, PO Box 70239, Fort Bragg, North

Carolina 28307-5000; у минулому — заступник начальника медичної служби, командування спеціальних операцій Армії США, Fort Bragg, North Carolina

Джеймс П. Бернз (James P. Burns)
Ліцензований трудотерапевт, магістр трудотерапії
Майор, служба медичних фахівців, Армія США; терапевт Управління ортопедії та реабілітації, Building 2, Room 3J04, WalterReedArmyMedicalCenter, 6900 GeorgiaAvenueNW, Washington, DC 20307-5001; у минулому — керівник із трудотерапії хірургічного відділення, FortJackson, SouthCarolina

Джейсон І. Дакворт (Jason E. Duckworth)
Доктор медицини, магістр теології
Підполковник, корпус капеланів армії США; священик гарнізону, відділ забезпечення релігійних потреб, гарнізон армії США, Heidelberg, Germany, CMR 419 Box 1876, APO AE 09102; у минулому — автор навчальних програм базових курсів лідерства для військових священиків, Центр і школа військових священиків армії США, Fort Jackson, South Carolina

Дженіс Карлтон (Janis Carlton)
Доктор медицини, доктор філософії
Начальник медичної служби, ВМС США; начальник відділення психічного здоров'я і травматичного ураження мозку, Building 7, Room 600, National Naval Medical Center, 8901 Wisconsin Avenue, Bethesda, Maryland 20889; у минулому — начальник відділення психічного здоров'я в лікарні ВМС, Camp Lejeune, North Carolina

Дженіфер Т. Ланґе (Jennifer T. Lange)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник медичної служби, клініка з охорони психічного здоров'я, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001

Джесіка Паркер (Jessica Parker)
Доктор психології
Капітан, Медичний корпус, Армія США; начальник військового відновлювального центру, відділення поведінкової медицини, цивільний військовий госпіталь Вінн; 541 East 9th Street, Building 359, Fort Stewart, Georgia 31314-5674; у минулому — військовий психіатр, відділення черепно-мозкової травми, Військово-медичний центр Брук; San Antonio, Texas

Джефрі В. Гілл (Jeffrey V. Hill)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу дитячої та підліткової психіатрії регіонального медичного центру армії США, Ландштуль, Landstuhl, Germany, CMR 402 Box 1356, APO AE, 09180; у минулому — начальник психіатричної амбулаторії, Регіональний медичний центр Ландштуль, Німеччина

Джефрі Граммер (Geoffrey Grammer)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник психіатричного стаціонару, відділення психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia, Avenue NW, Washington, DC 20307

Джефрі Коаді (Jeffrey Coady)
Доктор психології
Кома́ндер, науковий корпус, заступник керівника групи, Служба суспільної охорони здоров'я, надзвичайних ситуацій і психічного здоров'я; Команда II, Департамент охорони здоров'я і соціальних служб, 233 North Michigan Avenue, Suite 600, Chicago, Illinois 60601

Джефрі Л. Войлс (Jeffrey L. Voyles)
Доктор медицини, магістр теології
Підполковник, корпус капеланів, Армія США; директор і клінічний керівник програми підготовки священиків із сімейних справ, Building 2606 Collins Loop, Fort Benning, Georgia 31905

Джефрі С. Ярвіс (Jeffrey S. Yarvis)
Магістр соціального управління, доктор філософії
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; керівник із охорони психічного здоров'я, відділ психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington DC 20307;

у минулому — директор із соціальної роботи, Військово-медичний університет, Bethesda, Maryland

Джил Е. Брайтбах (Jill E. Breitbach)
Доктор психології
Майор, Медичний корпус, Армія США; невропатолог, відділення психології, військовий госпіталь Еванс, USAMEDDAC, Fort Carson, Colorado; у минулому — груповий психолог, 1-ша спеціальна група підготовки до бойових дій; Fort Bragg, North Carolina

Джівендра Мартін (Jeevendra Martyn)
Доктор медицини
Професор і керівник кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Медична школа Гарварда, лікарня Шрінерз для дітей, 51 Blossom Street, Room 206, Boston, Massachusetts 02114

Джозеф І. Рузек (Josef I. Ruzek)
Доктор філософії
Директор відділу інформації та навчання Національного центру посттравматичного стресового розладу системи охорони здоров'я, Департамент у справах ветеранів у Пало-Альто, 795 Willow Road, Menlo Park, California 94025

Джон Ральф (John Ralph)
Доктор філософії
Начальник медичного корпусу армії США, ВМС США; начальник відділу охорони психічного здоров'я, Національний медичний центр ВМС, 8901 Wisconsin Avenue, Bethesda, Maryland 20889; у минулому — начальник президентської програми підтримки, Marine Barracks, Washington, DC

Джон С. Бредлі (John C. Bradley)
Доктор медицини
Полковник, Медичний корпус, Армія США; голова відділу психіатрії, Борден Павільйон, офіс 2022, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307; психіатричний консультант, начальник Північноатлантичної регіональної медичної служби і заступник начальника відділу Військово-медичного університету силових структур ЗС США, Bethesda, Maryland

Джон Т. Перес (Jon T. Perez)
Доктор філософії
Капітан, науковий корпус, Служба суспільної охорони здоров'я США; Керівник групи Служби суспільної охорони психічного здоров'я, Команда II, Департамент охорони здоров'я і соціальних служб, штаб служби охорони здоров'я в Індії, 801 Thompson Avenue, Suite 300, Rockville, Maryland 20852

Джордж Н. Аппенцеллер (George N. Appenzeller)
Доктор медицини
Полковник, Медичний корпус, Армія США; командир медичного управління Армії США на Алясці, 1060 Gaffney Road #7400, Fort Wainwright, Alaska 99703-7400; у минулому — заступник командира з питань клінічної допомоги, командна група, цивільний військовий госпіталь Вінн; Fort Stewart, Georgia 31314

Джорджія Дела Круз (Georgia Dela Cruz)
Доктор стоматології, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я
Підполковник, стоматологічна служба, Армія США; офіцер стоматологічного штабу, підрозділ стоматологічного корпусу, Управління начальника військово-медичної служби, Армія США, 5109 Leesburg Pike, Suite 682, Falls Church, Virginia 22041; у минулому — представник армійської стоматологічної служби, Центр дослідження здоров'я ротової порожнини TriService, Військово-медичний університет силових структур ЗС США, Bethesda, Maryland

Дуглас Х. Леман (Douglas H. Lehman),
Магістр соціальної роботи, ліцензований клінічний соціальний працівник
Лікар, Департамент психіатрії та сімейного захисту, Громадський військовий госпіталь Еванс, 7500 Cochrane Circle, Fort Carson, Colorado 80913

Едвард А. Брашер (Edward A. Brusher),
Ліцензований клінічний соціальний працівник, сертифікований лікар
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; заступник директора відділу охорони психічного

здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, 5109 Leesburg Pike, Skyline 6, Suite 693, Falls Church, Virginia 22041-3258; у минулому — менеджер програм контролю бойового стресу медичного управління Армії США; Fort Sam Houston, Texas

Едвард Сіммер (Edward Simmer)
Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я
Капітан, Медичний корпус ВМС США; начальник штабу, госпіталь ВМС, 1 Pinckney, Beaufort, South Carolina 29902; у минулому — начальник відділу охорони психологічного здоров'я Військового центру передових знань з психологічного здоров'я і травматичних уражень мозку, Silver Spring, Maryland

Едмунд Г. Хове (Edmund G. Howe)
Доктор медицини, доктор юриспруденції
Професор психіатрії, доцент медицини та директор програм із медичної етики, Медичний університет Збройних сил, 44301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; старший науковий співробітник, Центр із вивчення травматичного стресу, ББethesda, Maryland; у минулому — майор, Медичний корпус, Армія США

Ейлін У. Годінес (Eileen U. Godinez)
Доктор філософії
Головний інспектор, Відділ інспекції та пропагандистської діяльності, Європейське командування США, CMR 480, Box 1865, APO AE 09128; у минулому — начальник відділу аналізу та інтеграції планів, Гарнізон армії США, Hawaii

Елспет Кемерон Річі (Elspeth Cameron Ritchie)
Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я
Полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника військово-медичної служби армії США з психіатрії і директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — Головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002

Емі Б. Адлер (Amy B. Adler)
Доктор філософії
Дослідник у сфері психології, підрозділ медичних досліджень Армії США у Європі, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; CMR 442, APO AE 09042-1030

Емі М. Матілла (Amy M. Mattila)
Магістр спортивного адміністрування, магістр бізнес-адміністрування
Капітан, служба медичних фахівців Армії США; керівник відділу трудової терапії, Комунальний армійський госпіталь Рейнолдз, 4301 Wilson Street, Fort Sill, Oklahoma 73503; у минулому — керівник відділу трудової терапії, 254-й Медичний загін (Контроль бойового та оперативного стресу), Germany

Ентоні Дж. Мортон (Anthony J. Morton)
Доктор медицини
Майор, Медичний корпус, Армія США; медичний директор відділення поведінкової медицини, військовий госпіталь Монкріф, 4500 Stuart Street, Fort Jackson, South Carolina 29207-5720; у минулому — психіатр 1-ї бронетанкової дивізії, Wiesbaden, Germany

Ентоні Кокс (Anthony Cox)
Магістр соціальної роботи
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; консультант із соціальної роботи регіонального медичного центру в Грейт Плейнс; директор із соціальної роботи Військово-медичного центру Брука; 3851 Roger Brooke Drive, Fort Sam Houston, Texas 78234

Ешлі Чатігні (Ashley Chatigny)
Доктор остеопатії
Капітан, Медичний корпус, Армія США; співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-5000

Карл А. Кастро (Carl A. Castro)
Доктор філософії
Полковник, Медичний корпус, Армія США; керівник програми медичних досліджень під час військових операцій, Управління з питань матері-

ального забезпечення і медичних досліджень Армії США (USAMRMC); 504 Scott Street, Fort Detrick, Maryland 21702-5012; у минулому — керівник департаменту військової психіатрії та керівник департаменту з питань готовності солдатів і родин, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; Silver Spring, Maryland

Кевін МакГіннес (Kevin M. MCGuinness)
Доктор філософії
Капітан, науковий корпус, Служба суспільної охорони здоров'я США; директор і медичний психолог, HRSA/БКРС корпусу національної служби охорони здоров'я, Програма готовності до стихійних лих Департаменту охорони здоров'я і соціальних служб, c/o La Clinica de Familia, 510 East Lisa Drive, Chaparral, New Mexico 88081; у минулому — старший клінічний науковий співробітник охорони здоров'я і соціальних служб Міністерства юстиції США, Бюро в'язниць, Федеральна виправна установа La Tuna, New Mexico

Келлі Р. МакКарті (Kelly R. MCCarthy)
Магістр
Капітан, Служба медичних сестер, ВПС США; історик, Військова база ВПС Петерсон, 150 Vandenberg, Suite 110S, Peterson Air Force Base, Colorado 80914; у минулому — керівник управління охорони психічного здоров'я, Центр життєвих навичок Академії ВПС США, Colorado Springs, Colorado

Келлі Форис (Kelly Forys)
Доктор філософії
Психолог, амбулаторне відділення психічного здоров'я, Регіональний медичний центр Ландштуль, Landstuhl Regional Medical Center, CMR 402, Box 1045, APO AE 09180; CMR 402; у минулому — психолог Центру зміцнення здоров'я та профілактичної медицини Армії США, Aberdeen Proving Ground, Maryland

Керол Дж. Деболд (Carroll J. Diebold)
Доктор медицини
Полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник департаменту психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-50011

Кеті Хелмік (Kathy Helmick)
Магістр наук у сфері догляду за хворими, зареєстрована і сертифікована медична сестра-практик Американської ради неврологічних медичних сестер
Старший виконавчий директор відділення черепно-мозкових травм, Навчальний центр із питань психічного здоров'я та черепно-мозкових травм, Міністерство оборони США, 1335 East-West Highway, 9th Floor, Suite 700, Silver Spring, Maryland 20910; у минулому — заступник директора Центру травми головного мозку ветеранів, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC

Кетлін М. Райт (Kathleen M. Wright)
Доктор філософії
Дослідник у сфері психології, підрозділ медичних досліджень Армії США в Європі, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; CMR 442, Box 94, APO AE 09042; у минулому — заступник керівника департаменту військової психіатрії, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; Silver Spring, Maryland

Кетрін Х. Табер (Katherine H. Taber)
Доктор філософії
Дослідник у сфері охорони здоров'я, відділ освіти і науки, Медичний центр Хефнера, Департамент у справах ветеранів ЗС США, Mailstation 11M, 1601 Brenner Avenue, Salisbury, North Carolina 28144; у минулому — науковий співробітник факультету медичної інформатики, Університет штату Техас у Г'юстоні

Колін Деніелз (Colin Daniels)
Доктор медицини, магістр бізнес-адміністрування
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; психіатр відділу психіатрії, Військово-медичний центр Мадіган, 9040 Fitzsimmons Drive, 7BLM, Tacoma, Washington 98431; у минулому — начальник служби охорони психічного здоров'я 28-го польового шпиталю, операція «Іракська свобода — 2003»

Коріна Міллер (Corina Miller)
Магістр соціальної роботи
Клінічний соціальний працівник, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда,

Building 2, Office #6317, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001; у минулому — клінічний соціальний працівник, Національний військово-морський медичний центр, Bethesda, Maryland

Кріс А. Пітерсон (Kris A. Peterson)
Доктор медицини
Полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник департаменту психіатрії Військово-медичного центру Madigan, Tacoma, Washington 98431; у минулому — консультант начальника Медичної служби Армії США з дитячої та підліткової психіатрії

Крістін М. Пайпер (Christine M. Piper)
Сертифікована головна медсестра, бакалавр
Полковник у відставці, Армія США; коучинг-тренер/інструктор, "LivingWorks, Inc"; у минулому — начальник Центру допомоги солдатам та сім'ям, казарми Шофілд, Hawaii

Крістофер Г. Івані (Christopher G. Ivany)
Доктор медицини
Майор, Медичний корпус, Армія США; психіатр, Департамент психічного здоров'я, Військово-муніципальний госпіталь Еванс, Building 7500, 1650 Cochrane Circle, Fort Carson, Colorado 80913; у минулому — військовий психіатр, 4-та піхотна дивізія, Fort Hood, Texas

Крістофер Л. Ланґе (Christopher L. Lange)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, ВМС США; директор програми стипендій із психіатрії відділення психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Building 6, Room 3038, Washington, DC 20307; у минулому — штатний психіатр Консультативної служби поєднальної психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC

Крістофер Х. Уорнер (Christopher H. Warner)
Доктор медицини
Майор, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу охорони психічного здоров'я, цивільний військовий госпіталь Вінн, Building 9242, Room 20, 1083 Worcester Drive, Fort Stewart, Georgia 31324; у минулому — дивізійний психіатр 3-ї піхотної дивізії, Fort Stewart, Georgia

Ліза Лендрі (Lisa Landry)
Доктор філософії
Викладач, відділення охорони психічного здоров'я, Армійський медичний центр і школа, 3151 Scott Road, Building 2840, Offie 32, Fort Sam Houston, Texas 78234

Лорант С. Леманн (Laurent S. Lehmann)
Доктор медицини
Помічник головного консультанта з психічного здоров'я, управління послугами психіатричної допомоги, Департамент у справах ветеранів, 810 Vermont Avenue NW, Room 966, Washington, DC 20420

Луі М. Френч (Louis M. French)
Доктор психології
Директор Центру травми головного мозку ветеранів Міністерства оборони та завідувач відділення ортопедії та реабілітації, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307; неврологічне відділення, Військово-медичний університет силових структур ЗС США, Bethesda, Maryland 20814

Майкл Е. Дойл (Michael E. Doyle)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; заступник командувача з клінічного обслуговування, USAMEDDAC West Point, 900 Washington Road, West Point, New York 10996; у минулому — начальник лікувальної клініки Армії США, Wiesbaden, Germany

Майкл Е. Фаран (Michael E. Faran)
Доктор філософії, доктор медицини
Полковник у відставці, Армія США; директор, Захист психічного здоров'я дитини, підлітка та сім'ї, Військово-медичний центр Медіган, Madigan Annex Building 9913A, Ramp 2, McKinnley Road, Tacoma, Washington 98431; у минулому — директор служби шкільної, дитячої та підліткової психіатрії, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii

Майкл Рассел (Michael Russell)
Доктор філософії
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; консультант відділу нейропсихології військово-медичного управління, Армія США, Програма відновлення військовослужбовців, Lincoln Center, Suite 300, 7800 Interstate 10 West, San Antonio, Texas 78230

Марвін Олешанський (Marvin Oleshansky)
Доктор медицини
Полковник у відставці, Армія США; психіатр амбулаторного відділення психіатричної поліклініки, Військово-медичний центр Тріплера, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96822; у минулому — штатний психіатр Служби психологічного консультування і взаємодії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC 20307-5100

Маргарет А. МакНалті (Margaret A. MCNulty)
Доктор філософії
Капітан у відставці, ВМС США; доцент кафедри сестринської справи, Муніципальний коледж Капіолані, 4303 Diamond Head Road, Honolulu, Hawaii 96816

Марк А. Купер (Marc A. Cooper)
Доктор медицини
Керівник служби охорони психічного здоров'я, госпіталь Армії США м. Монкріф, 4500 Stuart Street, Fort Jackson, South Carolina 29207; у минулому — майор, медичний корпус, Армія США; OIF 05-07 консультант із психічного здоров'я в зоні бойових дій, 30-та оперативна група, медична бригада, Baghdad, Iraq

Марк А. Реджер (Mark A. Reger)
Доктор філософії
Психолог-дослідник, відділ психології, Військово-медичний центр Медіган, 9933C West Hays Street, Fort Lewis, Washington 98431-1100; помічник професора, відділ психіатрії і поведінкових наук, медичний факультет Університету Вашингтона, 1925 NE Pacific Street, Seattle, Washington 98195-6340

Марк Ерншоу (Mark Earnshaw)
Бакалавр гуманітарних наук, магістр
Підполковник, корпус медичних сестер армії імені королеви Олександри, Міністерство оборони, St Georges Court, Bloomsbury Way, London, WC1A 2SH, United Kingdom; у минулому — науковий співробітник, Науковий центр захисту психічного здоров'я, London, United Kingdom

Маршал Дж. Гобі (Marshall J. Goby)
Доктор філософії
Полковник у відставці, Армія США; головний психолог Центру консультування з питань адаптації, Департамент у справах ветеранів, Центр для ветеранів Пал Біч, 2311 10th Avenue North, #13, Lake Worth, Florida 33461; у минулому — консультант-психолог Резерву, Управління начальника військово-медичної служби, Армія США, Falls Church, Virginia

Маршал Смітт (Marshall Smith)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; керівник відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр Ландштуль, CMR 402, Box 1357, APO AE 09180; у минулому — начальник амбулаторного відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр Ландштуль

Мері В. Еріксон (Mary W. Erickson)
Магістр з організації управління, ліцензований трудотерапевт
Полковник у відставці, Армія США; у минулому — начальник індивідуальної мобілізації резервістів до Резерву Армії США; керівник відділу трудової терапії управління з реабілітації та реінтеграції, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia

Мері Ен Печакек (Mary Ann Pechacek)
Доктор психології, сімейний і шлюбний консультант
Психолог і викладач, відділення охорони психічного здоров'я, Спеціальні предмети галузевої тематики, Армійський медичний центр і школа,

3151 Scott Road, Building 2840, Fort Sam Houston, Texas 78234; у минулому — психолог і викладач, відділення підтримки солдатів і родин, Спеціальні предмети, Fort Sam Houston, Texas

Мерріт Шрайбер (Merritt Schreiber)
Доктор філософії
Капітан, науковий корпус, Служба суспільної охорони здоров'я США (корпус резерву другої черги); старший керівник програми, Центр охорони здоров'я та надзвичайних ситуацій, University of California at Los Angeles Center for the Health Sciences, 1145 Gayley Avenue, Suite 304, Los Angeles, California 90024; керівник проведення операцій Команди II охорони психічного здоров'я госпітального судна

Мет'ю Дж. Баррі (Matthew J. Barry)
Доктор остеопатії
Майор, Медичний корпус, Армія США, Резерв Армії США; штатний психіатр, поліклініка для ветеранів у Рочестері; 465 Westfall Road, Rochester, New York 14620; у минулому — майор, Медичний корпус Армії США, керівник психіатричної служби MEDDAC, психіатр 10-ї гірсько-піхотної дивізії, Fort Drum, New York

Міллард Д. Браун (Millard D. Brown)
Доктор медицини
Майор, Медичний корпус, Армія США; директор психіатричної ординатури, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859

Монті Т. Бейкер (Monty T. Baker)
Доктор філософії
Майор, Служба біомедичних досліджень, ВПС США; директор із клінічних досліджень, Програма виховання витривалості у військових, Військово-медичний центр Сан-Антоніо, 2200 Bergquist Drive, Suite 1, Lackland Air Force Base, Texas 78236; у минулому — завідувач відділення 59-ї психіатричної клініки системи охорони здоров'я військовослужбовців, Lackland Air Force Base, Texas

Ненсі Блек (Nancy Black)
Доктор медицини
Полковник, Медичний корпус, Армія США; Програмний та освітній директор, член Національного столичного консорціуму дитячої та підліткової психіатрії, Кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Borden Pavilion, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001

Ніл Грінберг (Neil Greenberg)
Доктор медицини
Командор, Медичний корпус, Збройні сили Сполученого Королівства; професор захисту психічного здоров'я, Королівський коледж, London, Weston Education Centre, Cutcombe Road, London SE5 9RJ; у минулому — старший викладач військової психіатрії, Академічний центр оборони психічного здоров'я, Королівський коледж, London

Норман М. Кемп (Norman M. Camp)
Доктор медицини
Полковник у відставці, Армія США; 3105-D Stony Point Road, Richmond, Virginia 23235; клінічний професор психіатрії, факультет психіатрії, Медичний коледж Вірджинії; університету Співдружності Вірджинії (Virginia Commonwealth University) Richmond, Virginia 23298

Патрісія Уотсон (Patricia Watson)
Доктор філософії
Доцент, Дартмутська медична школа, 1 Rope Ferry Road, Hanover, New Hampshire 03755-140; старший фахівець з питань освіти адміністративного відділу, Національний центр з питань посттравматичних стресових розладів, Департамент у справах ветеранів, White River Junction, Vermon

Пітер Фредеріх (Peter Frederich)
Доктор медицини, магістр теології
Підполковник, корпус капеланів, Армія США; співробітник управління міністерських ініціатив Міністерства зі справ сім'ї, начальник служби військових священиків Армії США, 1421 Jefferson Davis Highway, Suite 10600, Arlington, Virginia 22202; у минулому — директор Центру професійної підготовки священиківі із сімейних справ Армії США, Fort Benning, Georgia

Пол Д. Бліз (Paul D. Bliese)
Доктор філософії
Полковник, Медичний корпус, Армія США; керівник відділу психіатрії та неврології, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; 503 Grant Avenue, Silver Spring, Maryland 20910

Пол Колтірст (Paul Colthirst)
Доктор хірургічної стоматології, магістр технічних наук
Майор, стоматологічна служба, Армія США; стоматологічна служба охорони здоров'я, Департамент підготовки командного складу, Навчально-підготовчий центр, Медичне управління армії США, 2250 Stanley Road, Fort Sam Houston, Texas 78234-6100; у минулому — офіцер штабу командування стоматологічної служби, Fort Sam Houston, Texas

Пол Хеммер (Paul Hammer)
Доктор медицини
Капітан, Медичний корпус, ВМС США; директор, Центр ВМС із контролю бойового й оперативного стресу, 34960 Bob Wilson Drive, Suite 400, San Diego,California 92134-6400

Р. Грегорі Ланде (R. Gregory Lande)
Доктор остеопатії
Голова служби безперервної психіатрії, відділення психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Building 2, Room 5343, Washington, DC 20307; клінічний консультант, Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC

Рене Дж. Робічокс (René J. Robichaux)
Доктор філософії, ліцензований клінічний соціальний працівник
Полковник у відставці, Армія США; керівник програм із соціальної роботи, психіатричне відділення медичного командування Армії США, 2050 Worth Road, Fort Sam Houston, Texas 78234, 2050; у минулому — начальник департаменту соціальної роботи, Військово-медичний центр Брук, Fort Sam Houston, Texas

Рік Л. Кемпайз (Rick L. Campise)
Доктор філософії, член американської ради професійної психології
Полковник, Служба біомедичних досліджень, ВПС США; командувач 559-ї групи медичного обслуговування, 1920 Biggs Avenue, Lackland Air Force Base, Texas 78236

Ріо С. Чан (Ryo S. Chun)
Доктор медицини
Полковник у відставці, Армія США; клінічний директор дитячої та підліткової психіатричної служби, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307; у минулому — начальник дитячої та підліткової психіатричної служби, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC

Річард Д. Бергтолд (Richard D. Bergthold)
Доктор психології
Командир, Медичний корпус, ВМС США; начальник штабу відділу медицини і хірургії поранених, хворих і травмованих, 2300 E Street NW, Washington, DC 20372

Річард Дж. Вестфал (Richard J. Westphal)
Доктор філософії, дипломований фельдшер
Капітан, Служба медичних сестер, ВМС США; Програми охорони психічного здоров'я, Міністерство ВМС, відділ медицини і хірургії, здоров'я військовослужбовців у бойових діях, 2300 E Street NW, Washington, DC 20372

Річард Тоє (Richard Toye)
Доктор філософії
Підполковник, Медичний корпус, Армія США, Резерв особового складу Армії США; командир роти, 883-тя медична рота (Контроль бойового стресу) 495 Summer Street, Boston, Massachusetts 02210; у минулому — консультант бригади психічного здоров'я, 804-та Медична бригада, Fort Devens, Massachusetts

Роберт Д. Форстен (Robert D. Forsten)
Доктор остеопатії
Полковник, Медичний корпус, Армія США; психіатр командування, Командування спеціальних операцій сухопутних військ (AOMD), 2929 Desert Storm Drive (Stop A), Fort Bragg, North Carolina 28310-9110; у минулому — психіатр відділу психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC

Роберт Дж. Урсано (Robert J. Ursano)
Доктор медицини
Полковник у відставці, ВПС США; директор Центру з вивчення травматичного стресу, завідувач кафедри психіатрії Медичного університету збройних сил, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814

Роберт Л. Коффман (Robert L. Koffman)
Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я
Капітан, Медичний корпус, ВМС США; директор з охорони здоров'я військовослужбовців у бойових діях, Міністерство ВМС, відділ медицини і хірургії, здоров'я військовослужбовців у бойових діях, 2300 E Street NW, Washington, DC

Роберт К. МакКензі (Robert C. MCKenzie)
Доктор остеопатії
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; Департамент психічного здоров'я, Медична клініка Вінченца армії США, Caserma Ederle, Italy, Unit 31401, Box 13, APO AE 09042

Роберт Л. Шерідан (Robert L. Sheridan)
Доктор медицини
Доцент, кафедра хірургії, Медична школа Гарварда в Массачусетській загальній лікарні; помічник начальника штабу, лікарня Шринерз Берн, 51 Blossom Street, Boston, Massachusetts 02114; у минулому — підполковник медичної служби Армії США, Науковий інститут з хірургії Армії США, Військово-медичний центр Брук, San Antonio, Texas

Робін А. Херлі (Robin A. Hurley)
Доктор медицини
Заступник директора з питань освіти, Медичний центр Хефнера, Департамент у справах ветеранів ЗС США (Mailcode 11F), 1601 Brenner Avenue, Salisbury, North Carolina 28144; у минулому — заступник директора Медичного центру Хефнера, Департамент у справах ветеранів ЗС США, Salisbury, North Carolina

Рональд Кемпбелл (Ronald Campbell)
Доктор медицини
Завідувач психіатричного стаціонару, відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр армії США Ландштуль, Landstuhl, Germany, CMR 462, APO AE 09180

Росс Х. Пастел (Ross H. Pastel)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу травм мозку, відділ управління дослідженнями, Зразковий центр психічного здоров'я і травм мозку, 1335 East-West Highway, Suite 900, Silver Spring, Maryland 20910; у минулому — професор і заступник завкафедри психіатрії, Військово-медичний університет, Bethesda, Maryland

Саймон Веселий (Simon Wessely)
Доктор медицини
Завідувач відділу, відділ психологічної медицини, Королівський центр військових досліджень у сфері охорони здоров'я, Королівський коледж, Weston Education Centre, 10 Cutcombe Road, London SE5 9RJ United Kingdom; у минулому — почесний викладач судової психіатрії, Інститут психіатрії, London, United Kingdom

Саймон Пінкус (Simon Pincus)
Доктор медицини
Полковник у відставці, Армія США; директор клініки, Департамент психічного здоров'я, Медична клініка МакКорд, 690 Barnes Boulevard, Joint Base Lewis-McChord (McChord Field), Washington 98438; у минулому — директор, Стаціонарна психіатрія, Військово-медичний центр Медіган, Tacoma, Washington

Семюел Е. Пейн (Samuel E. Payne)
Доктор медицини
Полковник, Медична служба, Армія США; начальник амбулаторії психічного здоров'я, Медичний центр Армії імені Дуайта Д. Ейзенгавера; Building

300, Room 13A-15, 300 South Hospital Road Fort Gordon, Georgia 30905

Скотт К. Моран
(Scott C. Moran)
Доктор медицини
Майор (Р), Медичний корпус, Армія США, директор із ординатури за фахом «Психіатрія», Консультативна служба поєднальної психіатрії, Building 6, Room 2060, Walter Reed Army Medical Center, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5100

Стефан Дж. Коззa (Stephen J. Cozza)
Доктор медицини
Полковник у відставці, Армія США; заступник директора Центру з вивчення травматичного стресу і професор кафедри психіатрії, Медичний університет Збройних сил, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; у минулому — начальник департаменту психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC

Стівен Брюйстер (Steven Brewster)
Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я
Полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник військово-медичного управління Армії США в Баварії; Vilseck, Germany, Unit 28038, APO AE 09112; у минулому — Дирекція епідеміології й епідеміологічного нагляду, Центр зміцнення здоров'я та профілактичної медицини Армії США, Aberdeen Proving Ground, Maryland

Стівен Лідлі
(Steven Lindley)
Доктор медицини, доктор філософії
Директор амбулаторії психічного здоров'я, Департамент у справах ветеранів системи охорони здоров'я в Пало-Альто, 795 Willow Road, 116R/MHC, Menlo Park, California 94025; доцент кафедри психіатрії Стенфордського університету, Palo Alto, California

Стівен Саусвік
(Steven Southwick)
Доктор медицини
Професор факультету психіатрії, Школа медицини Єльського університету та Єльського центру вивчення дітей, 333 Cedar Street, New Haven, Connecticut 06510; ад'юнкт-професор факультету психіатрії, Школа медицини Маугт Синай, One Gustave L. Levy Place, New York, New York 10029; заступник директора відділення клінічної неврології, Національний центр з питань посттравматичних стресових розладів, Департамент у справах ветеранів, White River Junction, Vermont

Сюзан Міллер Бріґс
(Susan Miller Briggs)
Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я
Доцент хірургії, медична школа Гарварду, директор міжнародного інституту травм і катастроф, загальна лікарня Массачусетс, 55 Fruit Street, White 506, Boston, Massachusetts 02114

Танджeнер Вард Сінгх
(Tangeneare Ward Singh)
Доктор медицини
Майор, Медичний корпус, Армія США; Департамент психічного здоров'я, Військово-муніципальний госпіталь Бленчфілда, 650 Joel Drive, Fort Campbell, Kentucky 42223

Тереза Л. Брінінгер
(Teresa L. Brininger)
Доктор філософії, ліцензований трудотерапевт, сертифікований гіпнотерапевт
Підполковник, служба медичних фахівців Армії США; заступник Голови з реабілітації та реінтеграції Центру досліджень телемедицини та новітніх технологій, Управління медичних досліджень і матеріального забезпечення, 504 Scott Street, Building 722, Room 30, Fort Detrick, Maryland 21702

Террі С. Вашам
(Terry C. Washam)
Магістр наук у галузі соціального управління, ліцензований незалежний соціальний працівник
Полковник, Медичний корпус, Резерв армії США; координатор зв'язків із громадськістю, управління з поступового переходу, Департамент у справах ветеранів, VA Medical Center, 10000 Brecksville Road, Brecksville, Ohio 44141

Тіна Трудель (Tina Trudel)
Доктор філософії
Директор, Нейрокер, Центр оборони і травм мозку ветеранів у Вірджинії, 1101-B East HighStreet, Charlottesville, Virginia 22902; помічник клінічного професора психіатрії і нейроповедінкових наук, Медична школа Університету Вірджинії, Charlottesville, Virginia 22902; у минулому — виконавчий директор, Центр нейрореабілітації Лейк-в'ю, Effingham Falls, New Hampshire

Тодд Йосик (Todd Yosick)
Ліцензований незалежний соціальний працівник
Майор, Медичний корпус, Армія США; заступник директора управління з питань психологічної стійкості і профілактики, офіс помічника міністра оборони США з питань охорони здоров'я, Військовий центр передового досвіду з питань психічного здоров'я і черепно-мозкових травм, 1335 East-WestHighway, SilverSpring, Maryland 20910; у минулому — начальник відділу з питань навчання «Battlemind», начальник управління з питань бойового стресу, Центр та школа AMEDD, FortSamHouston, Texas

Томас А. Гаскін (Thomas A. Gaskin)
Доктор філософії
Кома́ндер у відставці, ВМС США; Директор управління з контролю бойового й оперативного стресу, Корпус морської піхоти США, відділ із питань людських ресурсів і резервів, особистої і сімейної готовності, 3280 Russell Road, Quantico, Virginia 22134; у минулому — голова програми контролю бойового й оперативного стресу, Headquarters, US Marine Corps, Quantico, Virginia

Томас Грігер (Thomas Grieger)
Доктор медицини
Капітан у відставці, ВМС США; доцент кафедри психіатрії, Військово-медичний університет; 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814

Томас С. Вейнік (Thomas C. Waynick)
Доктор медицини, магістр теології
Підполковник, корпус капеланів, Армія США; відділ служби військових священиків із питань сім'ї, моралі, добробуту і відпочинку, 4700 King Street, Alexandria, Virginia 22301; у минулому — директор і клінічний керівник програми професійної підготовки священиків із сімейних справ Армії США Fort Benning, Georgia 31905

Томас Ф. Діцлер (Thomas F. Ditzler)
Доктор філософії
Директор із досліджень, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859

Тріша Бендер (Trisha Bender)
Доктор медицини
Майор, Медичний корпус, Армія США; дивізійний психіатр, штаб-квартира 25-ї піхотної дивізії, Building 580, DIVSURG CELL, Schofield Barracks, Hawaii 95857-6000; у минулому — співробітник дитячого та підліткового відділу, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii; у минулому — командувач 1-ї ескадрильї з оперативних питань медичного забезпечення, База ВПС США, Langley Air Force Base, Virginia

Фредерік Дж. Стоддард молодший (Frederick J. Stoddard Jr.)
Доктор медицини
Доцент клініки кафедри психіатрії, Медична школа Гарварда в Массачусетській загальній лікарні; головний психіатр, лікарня Шринерз Берн, 51 Blossom Street, Boston, Massachusetts 02114; у минулому — головний лікар, громадська система охорони здоров'я США

Чад Бредфорд (Chad Bradford)
Доктор медицини
Командор, Медичний корпус, ВМС США; дивізійний психіатр, 2-га дивізія морської піхоти, Управління начальника медичної служби, відділ психіатрії, HHQBN 2MARDIV, Camp Lejeune, North Carolina 28547; у минулому — співробітник судової психіатрії, Національний столичний консорціум, Washington, DC

Чарлз М. Флора (Charles M. Flora)
Магістр соціальної роботи
Заступник директора Центру консультування з питань адаптації, Департамент у справах ветеранів, 810 Vermont Avenue NW, Washington, DC 20420

Чарльз В. Ходж
(Charles W. Hoge)
Доктор медицини
Полковник у відставці, Армія США; у минулому — керівник відділу психіатрії та неврології, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; Robert Grant Avenue, Silver Spring, Maryland 20910

Чарльз Міллікен
(Charles Milliken)
Доктор медицини
Полковник, Медичний корпус, Армія США; програмний директор; Національний столичний консорціум психосоматичної медицини, стипендіат із геріатричної психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда; 6900 Georgia Avenue, NW, Washington, DC 20307; у минулому — головний дослідник, відділ психіатрії та нейрології, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; 503 Grant Avenue, Silver Spring, Maryland

Шаретт Кірстен Грей
(Sharette Kirsten Gray)
Доктор медицини
Підполковник, Медичний корпус, Армія США; Головний лікар госпіталю та відділу психічного здоров'я, Військово-медичний центр Карла Р. Дарнелла, Building 36000, Darnell Loop, Fort Hood, Texas 76544; у минулому — психіатр 4-ї піхотної дивізії, Fort Hood, Texas

Шерон М. Ньютон
(Sharon M. Newton)
Магістр валеології,
ліцензований трудотерапевт
Підполковник, служба медичних фахівців, Армія США; Управління інспекції, 30-те медичне командування, CMR 442, APO AE 09042; у минулому — консультант у зоні бойових дій із контролю бойового й оперативного стресу, Iraq

"The conflict between the will to deny horrible events and the will to proclaim them aloud is the central dialectic of psychological trauma." "PTSD is a whole-body tragedy, an integral human event of enormous proportions with massive repercussions."

Judith Lewis Herman

FOREWORD TO THE UKRAINIAN EDITION

Since its inception in 1996, AUMF has translated over 25 medical textbooks and has donated nearly 10,000 textbooks to medical universities, libraries and health care professionals in Ukraine. Recent publications, including *"Emergency War Surgery"* (2013), are being made available, for free down loading, on AUMF's digital library website http://www.aumf.net/ .

The illegal annexation of Crimea by the Russian Federation and the military aggression, since the beginning of March 2014, by Russian backed separatist forces in Eastern Ukraine continues unabated, well into its 3rd year. Despite a plethora of cease-fire attempts, the front line remains lethal. Ukrainian soldiers and civilians alike are dying, sustaining physical and psychological trauma. As of February 20, 2017, the Ukrainian Ministry of Foreign Affairs reported over 9,800 Ukrainians killed, approximately 23,000 wounded and almost 1.8 million internally displaced individuals who chose to flee their homes rather than remain in the crossfire. It is estimated that "Nearly 50 percent of the soldiers who took part in ATO [anti-terrorist operations] need psychological help" — Prof. Vsevolod Stebliuk Col., Deputy Head of the Ukrainian Military Medical Academy.

This armed conflict has brought about a profound psychological toll upon the civilian population of eastern Ukraine. As soldiers return from battle the overall incidence of psychiatric and behavioral difficulties among the deployed troops have been increasing. Many returning soldiers simply do not know how to cope with what they have witnessed. There is great resistance to psychotherapy in Ukraine. Many soldiers feel that psychologists will prevent them from serving in the army. The problem is further compounded by a shame fostered by the Soviet era when repressive authorities rendered psychiatry a tool for punishment by imprisoning political dissidents in asylums, thus demonizing mental health issues further. Until the 1980s, psychiatry was often used for political purposes by the authorities in the former Soviet Union. Political dissidents were often given a diagnosis of "sluggish" schizophrenia based upon a now discredited Soviet "idea" about psychiatric illness. Although psychiatric practice and research has experienced a marked evolution and transition in Ukraine, following the establishment of its independence in 1991, behavioral health rehabilitation centers are still lacking. We are committed to eliminating the stigma of behavioral health problems. Men and women within the military and across Ukraine must learn that it is just as acceptable and appropriate to seek behavioral healthcare as it is to seek treatment for a broken bone.

"Combat and Operational Behavioral Health" addresses the mental disorders that soldiers incur in combat. This comprehensive publication covers all aspects of behavioral health in the military population, including preparation for deployment and resiliency training; the provision of services in theater; recovery after physical or emotional injury due to combat; reunion and reintegration; military children and families; operational psychiatry; and the daunting challenge to prevent suicide.

This textbook is an excellent resource for all healthcare professionals as they strive to provide the finest quality and most compassionate care of the men and women in uniform and their spouses, significant others, and children.

Boris J. Leheta, M.D.

«Конфлікт між бажанням заперечити жахливі події і бажанням визнати їх вголос — це основна контроверза психологічної травми». «ПТСР — це трагедія всього тіла, внутрішня катастрофа людини величезного масштабу, яка може мати страшні наслідки».

Джудіт Люїс Герман

ПЕРЕДМОВА ДО УКРАЇНСЬКОГО ВИДАННЯ

З моменту утворення в 1996 році АУМФ переклала понад двадцять п'ять медичних посібників і подарувала майже десять тисяч примірників українським медичним університетам, бібліотекам і фахівцям галузі охорони здоров'я. Останні публікації, включно з «Невідкладною військовою хірургією» (2013), можна безкоштовно завантажити в електронній бібліотеці на сайті АУМФ: http://www.aumf.net/.

Незаконна анексія Криму Російською Федерацією та збройна агресія підтримуваних Росією сепаратистських сил на сході України, яка розпочалася на початку березня 2014 року, тривають вже понад три роки. Попри численні спроби припинити вогонь, лінія фронту залишається смертельно небезпечною. Українські військові й цивільні гинуть, а також отримують фізичні й психологічні травми. У заяві, що стосувалася третіх роковин збройного конфлікту, Міністерство зовнішніх справ України повідомило, що станом на двадцяте лютого 2017 року внаслідок бойових дій понад 9800 українців загинули, близько 23 тисяч отримали поранення і майже 1 мільйон 800 тисяч стали вимушеними переселенцями, вирішивши покинути рідні домівки й утекти з-під перехресного вогню. Як зазначає професор Всеволод Стеблюк, полковник медичної служби, заступник начальника Української військово-медичної академії: «Майже п'ятдесят відсотків військових, які брали участь в АТО, потребують допомоги психологів».

Цей збройний конфлікт наклав величезний психологічний тягар на цивільне населення Східної України. Окрім того, невпинно зростає частота виникнення психічних і поведінкових розладів у демобілізованих бійців. Повертаючись до мирного життя, багато вояків просто не розуміють, як упоратися з усім пережитим і побаченим. На жаль, в Україні психотерапію сприймають украй негативно і опираються їй. Багато військових вважають, що психологи стануть на заваді їхньої подальшої служби в армії. Ситуацію ускладнює й те, що в часи Радянського Союзу репресивна влада перетворила психіатрію на інструмент покарання, ув'язнюючи політичних дисидентів у психіатричних лікарнях. З їхньої легкої руки українці і дотепер вважають, що мати проблеми психічного здоров'я соромно.

До 1980-х влада колишнього Радянського Союзу часто використовувала психіатрію в політичних цілях. Політичним дисидентам ставили діагноз «уповільнена шизофренія», опираючись на нині дискредитоване радянське «уявлення» про це психічне захворювання. Відтоді, як у 1991 році Україна стала незалежною, психіатрична практика й дослідження зазнали неабияких змін і перейшли на геть новий рівень, але в країні й досі бракує реабілітаційних центрів для осіб з розладами психіки і поведінки. Ми прагнемо стерти з психічних захворювань тавро ганьби. Українські військовослужбовці і цивільні мусять усвідомити, що звертатися до фахівців за психологічною і психіатричною допомогою так само прийнятно й доцільно, як лікувати перелом кісток.

«Охорона психічного здоров'я в умовах війни» охоплює лікування всіх психічних розладів, які виникають у військових під час бойових дій. У цьому ґрунтовному посібнику викладено всі аспекти охорони психічного здоров'я військовослужбовців: підготовка до демобілізації і тренування здатності швидко відновлювати фізичні й душевні сили; надання допомоги в зоні бойових дій; одужання після фізичних

та емоційних травм, отриманих під час збройних конфліктів; возз'єднання з сім'єю і реінтеграція; діти і сім'ї військовослужбовців; оперативна психіатрія; надзвичайно гостра проблема запобігання самогубствам.

Ця книжка — чудовий ресурс для медичних працівників, які докладають максимальних зусиль, щоб забезпечити військовослужбовців, їхніх дружин та чоловіків, дітей та інших близьких людей найкращим доглядом.

Д-р Борис Легета

ПЕРЕДМОВА

Робота над книгою розпочалася 2005 року, коли стало очевидним, що інформація з військової психіатрії, викладена в попередніх томах — «Військова психіатрія: підготовка до війни у мирний час» (1994) і «Психіатрія війни» (1995), потребувала оновлення. За майже 20 років, від моменту, коли розділи цих двох книг були ще чорновими варіантами, відбулися величезні зміни. Стався значний розвиток у класифікації, діагностуванні і лікуванні бойового стресу. Темпи зазначених змін ще більше зросли за час ведення війн в Афганістані та Іраку. Ці війни стали відомі під багатьма назвами: «Непохитна свобода», «Іракська свобода», «Тривала війна». Окрім цього, постійно здійснювалися спецоперації в надзвичайних ситуаціях в інших країнах.

Воєнні операції в Афганістані (2001) та Іраку (2003) упродовж перших років характеризувалися швидкими змінами їхніх темпів. І для родин військовослужбовців масштабні передислокації військ були вкрай важкими. Військовослужбовцям було надзвичайно складно звикнути до постійних змін, до швидкого темпу передислокацій, а нині ці умови стали для них нормою. Убивства і самогубства 2002 року в місті Форт Брегг, штат Північна Кароліна, виявили небезпеку надто швидкого повернення солдатів із війни в Афганістані до мирного цивільного життя. Результати розслідування у Форті Брегг і на інших військових базах свідчили про наявність тривалих проблем із доступом військових до медичної допомоги, а також про тотальне небажання серед амбітних і спрямованих на кар'єрне зростання військових звертатися до медиків.

Унаслідок цього, а також низки інших подій, були запроваджені тренінги і навчальні системи для підготовки солдатів, які передислоковуються і повертаються на військову базу. Одну з перших методик — «Battlemind» — було розроблено для того, щоб допомогти військовим, які повернулися з війни, та їхнім сім'ям реінтегруватися в звичайне життя. Нещодавно ця методика переросла в Комплексну програму тренування солдатів, орієнтовану на поліпшення здатності до відновлення нормального функціонування психіки. Та попри розроблені нові програми, багато військовослужбовців, як і раніше, неохоче прагнуть звертатися по психологічну допомогу. На це є кілька причин, головна з них — побоювання, що це якось зашкодить їхній кар'єрі. Стереотипи і нині залишаються нагальною проблемою, попри численні зусилля протидіяти їхньому поширенню. Зазвичай отримати психологічну допомогу частіше намагаються члени солдатських сімей, ніж самі військовослужбовці. Для поліпшення доступу до психологічного лікування армія та інші служби суттєво збільшили кількість фахівців із питань психічного здоров'я (до 70 % за період 2007–2010 рр.).

Чисельність військовослужбовців невпинно зростає, і щоб мати можливість надати допомогу всім тим, хто її потребує, спільнота з охорони психічного здоров'я військовослужбовців запровадила багато нових систем оцінювання психологічного стану військових і надання їм медико-психологічної допомоги. Програма оцінювання здоров'я після проходження військової служби в розгортанні (PDHA — The Post-Deployment Health Assessment) дає змогу оцінити стан військовослужбовців по поверненню з війни. Ця програма була реалізована після війни у Перській затоці (1990–1991). Однак солдати після повернення часто приховували симптоми психологічних розладів, адже хотіли якнайшвидше потрапити додому. З 2005 року програму PDHA об'єднали з програмою повторного оці-

нювання здоров'я після проходження військової служби в розгортанні (PDHRA — Post-Deployment Health Re-Assessment), що проводилася через 3 та 6 місяців після повернення додому. Її було розроблено для того, щоб налагодити зв'язок із військовослужбовцями, які після «медового місяця», проведеного вдома, поверталися на службу.

Щоб допомогти військовослужбовцям із проблемами, що виникають під час розгортання в райони бойових дій і після повернення на військову базу, були розширені сімейні програми. В Інституті військово-медичних досліджень Волтера Ріда та інших закладах існують спеціалізовані програми для сімей поранених. Ці програми намагаються підготувати дітей до того, щоб вони могли адекватно сприймати спотворених від вибуху батьків або батьків без кінцівки. Ще одне дуже складне питання — це надання підтримки родинам загиблих. Від часів В'єтнамської війни сім'ї американських військових до цього часу не стикалися з такою кількістю загиблих під час виконання службових обов'язків. Минули ті часи, коли один із подружжя і діти після загибелі члена родини були змушені залишати військову базу і не могли більше користуватися послугами закладів, які надавали комплексну медичну підтримку військовим. З часом ситуація змінилася, і сьогодні сім'ї загиблих військових мають більше можливостей отримати житло й комплексну медичну допомогу.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) — також вагоме питання у військовій психіатрії, яке потребує особливої уваги. Адже ЧМТ сильно впливає на постраждалих військовослужбовців, а також на членів їхніх сімей. Вона має різні походження: внаслідок вибуху, вогнепального поранення або нещасного випадку. Може проявлятися різними симптомами, деякі з них подібні до симптомів посттравматичного стресового розладу, у тому числі це може бути дратівливість, імпульсивність і стійкі зміни особистості.

Зростання рівня самогубств стало предметом глибокого занепокоєння для всієї Армії США. Така ситуація була спричинена поєднанням колективного і особистого чинників. Це — швидкий темп проведення військових операцій, почуття відчуженості після повернення додому, проблеми на службі або вдома, біль і втрата працездатності, алкоголь і легкий доступ до зброї. Щоб зменшити кількість самогубств, на найвищому рівні були запроваджені послідовні заходи. Серед них — численні спеціалізовані навчальні програми для військовослужбовців з питань взаємодопомоги і для військових, які мають наглядово-контрольні функції. Проте зазначені зусилля стали лише частково успішними, тому що надто важко відновити психіку людини, яка тривалий час стикалася з насильством і дивилася смерті в очі.

Активна робота, спрямована на допомогу військовослужбовцям, триває і нині. У листопаді 2007 року з'явився Науково-інноваційний центр Міністерства оборони США. Його діяльність зосереджено на вивченні та застосуванні передових практик охорони психічного здоров'я і боротьбі зі стереотипами. Серед інших треба зазначити Комплексну програму лікування розладів психіки. Департамент у справах ветеранів війни Міністерства оборони США розробив Програму охорони психічного здоров'я, було відкрито Національний центр психологічної реабілітації поранених солдатів (National Intrepid Center of Excellence).

На сучасному етапі фахівці занепокоєні тривалими психологічними наслідками від війни, які даватимуться взнаки протягом наступних двадцяти, тридцяти або п'ятдесяти років. Після війни у В'єтнамі багато ветеранів закінчили своє життя на вулиці — безробітними, безхатченками, алкочи наркозалежними. Це видання ставить за мету зменшити труднощі, з якими стикаються ветерани, повертаючись до цивільного життя. У книзі вивчаються потенційні причини бойового стресу і види емоційних травм, розглядаються різні методики діагностики й лікування психологічних травм, функції надавачів медичних послуг (а також їхня власна психологічна стійкість), також описано багато доступних програм допомоги. Проте, щоб досягти суттєвих успіхів у цій сфері, необхідно всім

докласти узгоджених зусиль: родичам і близьким — з одного боку, а також армії та іншим галузям військової сфери, Департаменту у справах ветеранів війни Міністерства оборони США, іншим федеральним агенціям, державним і місцевим установам і громадським та приватним організаціям — з іншого.

Сподіваємося, що публікація цієї книги суттєво вдосконалить систему охорони психічного здоров'я військовослужбовців. Вона надасть фахівцям розширену інформацію і краще скерує дії військових і цивільних медичних працівників, громадськості, військовослужбовців і ветеранів недавніх військових конфліктів.

Елспет Кемерон Річі
(Elspeth Cameron Ritchie),
доктор медицини,
магістр у сфері цивільної охорони здоров'я.
Полковник армії США (у відставці),
Головний клінічний директор департаменту
психічного здоров'я округу Колумбія,
колишній консультант начальника
військово-медичної служби армії США з психіатрії,
директор відділу охорони психічного здоров'я
Управління начальника військово-медичної служби

Вашингтон, округ Колумбія,
грудень 2010

ВСТУП

У сфері охорони здоров'я військовослужбовців є унікальна можливість дослідити повний спектр захворювань і травм, охопити всі механізми розвитку хвороб, методи їхнього лікування й оздоровлення. За всю історію Сполучених Штатів саме професійні військові лікарі зробили значний внесок у поліпшення фізичного здоров'я військовослужбовців і зменшення у них кількості травм і захворювань. Тому нині саме ці лікарі є основними ініціаторами запровадження змін у методах профілактики, виявлення і лікування багатьох психічних розладів.

І щоб досягнути значого поступу в цій сфері, необхідно прищеплювати військовослужбовцям усвідомлення потреби в охороні психічного здоров'я, а також формувати в них думки про доцільність отримання медичної допомоги у разі захворювань або травм, непомітних на перший погляд. Потреба у такій просвітницькій роботі разом із розробкою цілого комплексу успішних навичок, прийомів і стратегій для відновлення нормального функціонування психіки ще ніколи не були більш затребувані, ніж тепер, у період постійних конфліктів у світі. Ми зобов'язані спрямувати націю на викорінення розповсюджених стереотипів щодо проблем із психічним здоров'ям. Чоловіки і жінки-військовослужбовці, а також постраждалі по всій Америці мають зрозуміти, що звернутися по медичну психологічну допомогу є так само прийнятним і доцільним, як у разі перелому звернутися до травматолога.

Від часів публікації двох підручників із охорони психічного здоров'я військовослужбовців «Військова психіатрія: підготовка до війни у мирний час» (1994) і «Військова психіатрія» (1995) ми просунулися далеко вперед. Наша книга «Охорона психічного здоров'я військовослужбовців» у всіх подробицях висвітлює теми попередніх двох томів і, таким чином, охоплює весь спектр питань охорони психічного і поведінкового здоров'я. Докладніше висвітлені питання, пов'язані з тим, як навчитися швидко відновлювати фізичні та душевні сили; з надання медичної допомоги у районі бойових дій; з відновлення після фізичної або емоційної травми, отриманої під час бою; з повернення солдатів до їхніх родин і реінтеграції; про дітей війни і родини, що опинилися в зоні бойових зіткнень; з оперативної психіатрії; а також розглядається вкрай гостра проблема самогубств і способи їхньому запобіганню. Я вважаю, що ми можемо значно впливати на громадську позицію щодо охорони психологічного і поведінкового здоров'я.

Ми маємо чудові перспективи для кращого розуміння біохімії нервової системи і основної патофізіології багатьох поширених захворювань, пов'язаних зі стресом. Значно поліпшилось і наше розуміння шляхів подолання тисячолітніх проблем збройних конфліктів. Попри це, залишається ще багато невирішених складних завдань.

На перший погляд, діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є дуже простим. Проте розуміння проблеми серед різних фахівців не є однозначним і може широко варіювати. Адже цей діагноз пов'язаний із набагато складнішими питаннями етіології ПТСР і черепно-мозкових травм, визначенням ефективних методів лікування з урахуванням їхньої відповідності за віком і статтю, а також іншими медичними проблемами. Тому, якщо досконало в ньому розібратися, ПТСР є набагато серйознішим захворюванням.

Ця книга — дуже важливе джерело знань для всіх медичних працівників, оскільки вони прагнуть забезпечити якомога кращий медичний догляд для чоловіків і жінок у військовій формі, а також їхніх родин.

Кожна людина, контактуючи з військовослужбовцем, який намагається впоратися з емоційними травмами війни, наслідками хвороби або поранення, потребує нашої підтримки і максимальних зусиль. Внесок окремих цивільних і військових фахівців у написання тексту підручника може підвищити якість охорони психічного здоров'я в нашій країні і допомогти викорінити стереотипи у тих, хто потребує медичної психологічної допомоги. Ми вже не раз наголошували, як важливо подолати упередженість військовослужбовців щодо охорони їхнього психічного здоров'я. Проте насправді боротись із забобонами і спонукати солдатів шукати медичну психологічну допомогу є украй складним завданням. Тому давайте спільно долучатися до процесів, які допоможуть зробити важливий крок уперед на шляху до здоров'я і добробуту тим, хто частіше страждав мовчки і на самоті.

Генерал-полковник
Ерік Б. Шумейкер
(Eric B. Schoomaker),
доктор медицини, доктор філософії,
начальник військово-медичної служби США,

Вашингтон, округ Колумбія,
лютий 2010

СПИСОК АБРЕВІАТУР ТА АКРОНІМІВ

25th ID: 25-та легка піхотна дивізія
5-HT1a: серотонін

AA 77: Літак рейсу 77 авіакомпанії American Airlines
AAA: діяльність із допомогою тварин
AAR: аналіз результатів виконаних дій
AAS: Американська асоціація суїцидології
AAT: ЗТ — зоотерапія
ACE: ТУЗ — програма «Турбуйся, Укрий від небезпеки, Запитай»
ACGME: Американська рада вищої медичної освіти
ACPHP: План-кампанія Армії США щодо поліпшення здоров'я, зниження ризику та запобігання суїцидам
ACR: Центральний військовий реєстр
ACRM: Американський конгрес реабілітаційної медицини
ACS: служба побутового забезпечення військовослужбовців
ACU: польова форма Армії
ADAPT: Програма-тренінг запобігання алкогольній та наркотичній залежності
ADCO: офіцер з контролю алкоголізму і наркоманії
ADHD: синдром гіперактивності з дефіцитом уваги
AFB: авіаційна база ПС
AFHSC: Центр спостереження охорони здоров'я Збройних сил США
AFIP: Інститут патології Збройних сил США
AFMAC: Центр допомоги дорослим членам сім'ї
AFME: Управління медичної експертизи Армії США
AHEC: навчальний центр з охорони здоров'я
AIT: підвищена одиночна підготовка
AKO: знання он-лайн
AMEDD: Військово-медичне управління Армії США
AMEDDC&S: Школа армійського медичного центру
AN: нервово-психічна анорексія
AO: район операцій
AOC: ПС — порушення свідомості
APA: Американська психіатрична асоціація
APA: Американська психологічна асоціація
APOE/APOD: аеродром завантаження/розвантаження
AR: Регламент Армії США
ARNG: Національна гвардія Армії США
ARS: гостра променева хвороба
ARVN: Армія В'єтнаму
ASAM: Американське товариство адиктивної медицини
ASAP: Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії
ASD: ГСР — гострий стресовий розлад
ASER: звіт про випадки самогубств в Армії
ASF: пункт медичної евакуації повітрям
ASIST: практичне тренування із запобігання суїцидам
ASMB: медичний батальйон територіального забезпечення
ASMC: медична рота територіального забезпечення
ASPP: Програма запобігання суїцидам в Армії
ASPTF: Спеціальна група запобігання суїцидам в Армії
AST: АСТ —аспартатамінотрансфераза
ASVAB: тестування з професійної підготовки для кандидатів на військову службу
ATM: банкомат
AusAID: Австралійське агентство з міжнародного розвитку
AW2: медичний центр Army Wounded Warrior
AWOL: перебуває в самовільному відлученні

BAC: концентрація алкоголю в крові
BAMC: Військово-медичний центр ім. Брука

BCT: бригадна тактична група
BDE: бригада
BDU: бойова форма одягу
BED: компульсивне переїдання (булімія)
BFG: британські війська в Німеччині
BH: ПЗ — психічне здоров'я
BHL: зв'язок із психіатричними службами
BHO: ОП —офіцер-психіатр
BICEPS: стислість, негайність, контакт, очікування, близькість і простота
BKA: АНК — ампутація нижче коліна
BMI: ІМТ — індекс маси тіла
BN: нейрогенна булімія
BRAC: перепрофілювання і закриття бази
BSC: науковий консультант-психіатр
BSHOP: Програма соціального та психологічного оздоровлення

CAAC: Центр допомоги дітям і підліткам
CACO: співробітники служби допомоги за нещасних випадків
CanMEDS: проект «Напрями медичної освіти для спеціалістів Канади»
CAO: офіцер із допомоги постраждалим
CAPS: Дитяча та підліткова психіатрична служба
CASF: додаткові етапні потужності для медичної евакуації повітрям
CAST: щорічний підготовчий курс для військових священиків
CBRN: хімічні, біологічні, радіоактивні та ядерні речовини
CBRNE: хімічні, біологічні, радіоактивні, ядерні й вибухові речовини
CBT: когнітивно-поведінкова терапія
CDC: Центр із профілактики і контролю захворюваності
CDT: рівень карбогідрат-дефіцитного трансферину
CED: критичний розбір подій
CENTCOM: Центральне командування ЗС США
CG/USARV: Головний штаб Армії США у В'єтнамі
CHCS: комплексна система охорони здоров'я
CHCS-ITT: інтерактивний навчальний інструмент комплексної системи охорони здоров'я
CHE: складні надзвичайні ситуації гуманітарного характеру
CHPC: рада співтовариств зі зміцнення та охорони здоров'я
CHPPM: Центр поліпшення здоров'я і профілактичного лікування Армії США
CID: Управління з розслідування кримінальних справ
CIP: загальнокомандна зацікавленість
CIR: звіт щодо критичного інциденту
CISD: дебрифінг з аналізу критично стресової ситуації
CISM: управління стресом у критичних ситуаціях
Civ: Ц. — цивільна особа
CMAOC: Армійський центр допомоги у разі нещасних випадків і похоронних справ
CMO: цивільно-військова операція
CMOC: оперативний цивільно-військовий центр
CNN: кабельна мережа передачі новин CNN
CO: компанія
COMT: КОМТФ — катехін-О-метилтрансфераза
COMUSMACV: командувач військ США у В'єтнамі
CONUS: континентальна частина США
COSB: поведінка у стані бойового стресу
COSC: контроль бойового та оперативного стресу
COSC-WARS: система звітності про робоче навантаження щодо контролю бойового та оперативного стресу
COSFA: система надання першої допомоги при бойовому та оперативному стресі
COSR: реакція на бойовий стрес
COSR/SR: подолання бойового та оперативного стресу/та підвищення стресостійкості персоналу
COTA: сертифікований професійний асистент із трудової терапії
COX-2: ЦОГ-2 циклооксигеназа-2
CPIP: програма дипломної практики клінічної психології
CPT: когнітивна терапія опрацювання
CQ: старший по казармі
CRH: КК — кортикорелін
CSC: контроль бойового стресу
CSC: смертельні випадки через бойовий стрес
CSCT: група з контролю бойового стресу
CSF: цереброспінальна рідина
CSF: Комплексна програма підготовки солдат
CSH: польовий госпіталь
CSR: реакції бойового стресу
CT: когнітивна терапія
CT: КТ — комп'ютерна томографія
CY: КР — календарний рік

CYP2D6: цитохром P450

DA: Головне управління Сухопутних військ США
DAI: дифузна аксональна травма
DAMIS: Управління з питань вживання наркотиків і алкоголю в Армії
DCCS: заступник начальника з медико-санітарних послуг
DCMH: департамент психічного здоров'я
DCOE: військовий центр передового досвіду
DCS: ЦПП — циклічна підтримка при розгортанні
DCSP: циклічна програма підтримки при розгортанні
DEROS: дата очікуваного повернення з-за кордону
DHC: клініка відновлення здоров'я в районі розгортання
DHEA: дегідроепіандростерон
DHHS: Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення США
DIF: дивізійна установа для інтернованих
DISCOM: командування тилового забезпечення дивізії
DMH: охорона психічного здоров'я в дивізії
DMHA: відділ охорони психічного здоров'я
DMHS: служба охорони психічного здоров'я збройних сил
DMHS: ВОПЗ — відділ охорони психічного здоров'я
DNA: ДНК — дезоксирибонуклеїнова кислота
DNBI: захворювання, спричинене небойовим пораненням
DoD: МО — Міністерство оборони США
DoDSER: Звіт про суїцидальні випадки для Міністерства оборони США
DoE: МО — Міністерство освіти
DRRI: Оцінка ризиків і психологічної стійкості
DSB: батальйон тилового забезпечення дивізії
DSCOT: доктор наук у професійній терапії
DSM: Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів
DSM-III: Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів, 3-тє видання
DSM-III-R: Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів, 3-тє доповнене видання
DSM-IV: Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів 4-те видання
DSM-IV-TR: Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів, 4-те доповнене видання
DSN: мережа супутників військового призначення
DTI: дифузійно-тензорна методика візуалізації
DUI: керування автомобілем у стані сп'яніння або наркотичної інтоксикації
DVA: Міністерство у справах ветеранів США
DVBIC: Центр травми головного мозку ветеранів Міністерства оборони США
DWI: керування автомобілем у стані інтоксикації
DWMMC: Розгорнутий військово-медичний центр управління

ECT: ЕШТ — електрошокова терапія
EDNOS: неуточнений харчовий розлад
EEG: ЕЕГ — електроенцефалографія
EFMP: програма з питань сім'ї
EMDR: десенсибілізація та переробка рухами очей
EMF: експедиційний медичний заклад
EPA: Агентство з охорони навколишнього середовища
EPICON: психологічна консультаційна команда
EPS: екстрапірамідні симптоми
ER: ПНД — пункт невідкладної допомоги
EtG: етиловий глюкуронід
ETOh: етиловий спирт

FAP: Програма захисту сім'ї
FDA: Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і лікарських засобів
FEMA: Федеральне агентство управління в надзвичайних ситуаціях
FLAIR: режим МРТ з пригнічення сигналу вільної води
FM: БС — Бойовий статут
FMHT: військова польова психіатрична бригада
FOB: база передового розгортання
FORSCOM: Командування військ Армії США
FRAGO: БР — бойове розпорядження
FRG: групи готовності родин
FSB: батальйон тилового забезпечення
FSMC: медична рота передового забезпечення

G-3: операції
G-5: офіцер із цивільно-військових операцій

GABA: ГАК — гамма-аміномасляна кислота
GAO: Головне бюджетно-контрольне управління США
GCS: ШКГ — шкала коми Глазго
GDP: ВВП — внутрішній валовий продукт
GE: градієнт-ехо МРТ
GERD: ГЕРХ — гастроезофагеальна рефлюксна хвороба
GGT: ГГТ — гамма-глутамінтрансфераза
GI: рядовий Збройних сил США
GKO: знання безпеки он-лайн
GME: вища медична освіта
GOAT: тест Галвестона на орієнтацію та амнезію
GPMRC: Центри забезпечення процесу переміщення хворих і поранених
GSA: розподіл підтримки в межах GWOT
GTA: графічний навчальний посібник
GTO: дівчата з вільним часом
GTP: ГТФ — гуанінтрифосфат
GWOT: Глобальна війна з тероризмом

HA: ГД — гуманітарна допомога
hemcon: «гемкон» — кровоспинний бандаж
HI: ГД — гоміцидальні думки
HIPAA: Закон про відповідальність та перенесення даних про страхування життя громадян на консультування командирів
HIV/AIDS: ВІЛ/СНІД — вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту
HMMWV: багатоцільовий автомобіль підвищеної прохідності
HOPE: проект «HOPE» — Здорове життя для людей всього світу
HOSP: ЛЗ — лікувальний заклад
HPA: ГАС — гіпоталамо-гіпофізарно-адренокортикальна система
HPI: історія сьогоднішнього захворювання
HRA: оцінка ризиків для здоров'я
HS: ГС — година сну (під час відбою)

IA: програма посилення окремими фахівцями
IBTC: координатор біохімічного аналізу на рівні установи
ICD-10: Міжнародна класифікація хвороб, 10-те видання
ICD-9: Міжнародна класифікація хвороб, 9-те видання
ICD-9-CM: Міжнародна класифікація хвороб, 9-те видання, клінічні доповнення
ICP: ВЧТ — внутрішньочерепний тиск
ICRC: Міжнародний комітет Червоного Хреста
ICU: відділення інтенсивної терапії
ICW: палата інтенсивного догляду за хворими
ID: піхотна дивізія
IDF: Армія оборони Ізраїлю
IDP: вимушений внутрішній переселенець
IED: СВП — саморобний вибуховий пристрій
IMA: працівники з управлінських установ
IMCOM: Командування з управління військовими об'єктами
IOM: ІМ — інститут медицини
IPT: міжособистісна терапія
IRT: терапія репетиції уявних образів
ISAF: Міжнародні сили сприяння безпеці
ISP: ОС — обслуговування в стаціонарі
ITO: у районі бойових дій

JAG: НВЮС — начальник військово-юридичної служби
JFHQ: штаб коаліційних сил
JIDC: Спільний центр допиту й опитування
JLIST: Спільний сервіс інтегрованих технологій
JPTA: додаток «Спільне стеження за пацієнтами»

KCMHR: Королівський центр військово-медичних досліджень
KIA: ВБ — вбитий у бою
KO teams: додаткове відділення госпіталю

LINN: ініціатива «Нове нормальне життя»
LMF: відсутність моральної стійкості
LO: ОЗ — офіцер зі зв'язку
LOC: ВС — непритомність
LOD: виконання службового обов'язку
LRMC: Регіональний медичний центр армії США Ландштуль
LSA: район матеріально-технічного забезпечення
LSD: ЛСД — діетиламід лізергінової кислоти

MACE: оцінювання бойового гострого струсу мозку
MATC: військовий центр із підвищення військової кваліфікації
MCEC: Дитячий освітній союз

MCE: масова кількість постраждалих
MCV: СВОЕ — середня величина обсягу еритроцитів
MDNOS: неуточнений афективний розлад
MEB: МК — медична комісія
MED: мед. — медичний
MEDCAP: програма надання медичної допомоги цивільному населенню
MEDCMO: медичні цивільно-військові операції
MEDCOM: Медичне командування Армії США
MEDDAC: Орган медичної служби
MEDEVAC: медична евакуація
MEF: морські експедиційні війська
MEPS: пункт прийому та оформлення осіб на військову службу
MFLC: сімейні консультанти для військовослужбовців
MHAT: консультаційна команда з питань психічного здоров'я
MHCS: Консультаційна служба з питань психічного здоров'я
MHCTO: Система стеження за кількістю психічних порушень для OIF
Mil: В. — військовослужбовець
MIRECC: клінічний і навчальний центр із дослідження психічного здоров'я
MMB: поліфункціональна медична бригада
MNC-I: Багатонаціональний корпус в Іраку
MNF-I: Міжнародні коаліційні сили в Іраку
MOA: Меморандум про згоду
MOD: МО — Міністерство оборони
MOPP: індивідуальні засоби захисту
MOS: військово-облікова спеціальність
MP: ВП — військова поліція
MRE: їжа, готова до вживання
MRE: Військова норма доказового права
MRI: ініціатива з медичної реорганізації
MRI: КТ — комп'ютерна томографія
MRO: офіцер із медичного огляду
MS: множинний склероз
MSB: батальйон головного забезпечення
MSE: оцінка психічного стану
mTBI: лЧМТ — черепно-мозкова травма легкого ступеня важкості
MTD: транзитний медичний підрозділ
MTF: медичний лікувальний заклад
MTOE: модифікований штатний розклад і табель військового майна
MUPS: незрозумілі з медичної точки зору фізичні симптоми
MWR: моральний дух, побутове забезпечення і розваги

NATO: НАТО — Організація Північноатлантичного договору
NBC: ядерні, біологічні та хімічні речовини
NBCOT: Національна система сертифікації для трудотерапевтів
NCA: територія столиці
NCO: відповідальний сержант
NCOER: звіт уорент-офіцера
NCOIC: відповідальний уорент-офіцер
NCPTSD: Національний центр ПТСР
NE: норадреналін
NES: синдром нічного харчування
NGB: бюро Національної гвардії
NGFβ: нейрональний ростовий фактор β
NGO: неурядова організація
NMDA: N-метил-D-аспарагінова кислота
NNMC: Національний військово-морський медичний центр
NPDB: НІБЛ — Національна інформаційна база лікарів
NPSP: Програма підтримки молодих батьків
NPY: нейропептид Y
NSAID: НПЗЗ — нестероїдний протизапальний засіб
NVA: Північнов'єтнамська армія
NVVRS: Національне дослідження адаптації ветеранів В'єтнаму
NYDN: хворий зі ще не встановленим неврологічним діагнозом

OCCH: Служба управління військових священиків
OCD: обсесивно-компульсивний розлад
OCONUS: поза межами континентальної частини США
ODS/S: операції «Щит пустелі»/«Буря в пустелі»
OEF: операція «Непохитна свобода»
OER: звіт про оцінку працівників
OIF: операція «Іракська свобода»
OIF 05-07: операція «Іракська свобода» 05-07
OIF I: операція «Іракська свобода» — I
OIF-II: операція «Іракська свобода» — II
OIH: ОІГ — опіоїд-індукована гіпералгезія

OMUS: спалах множинних симптомів невстановленої етіології
ONE: операція «Шляхетний орел»
OPNAVIST: Інструкція Військово-морських сил США
OPTEMPO: темп проведення військових операцій
OR: операційна кімната
OSCAR: Програма контролю бойового стресу та боєготовності
OT: трудова терапія
OTA: помічник військового трудотерапевта
OTSG: управління начальника військово-медичної служби
OUA: операція «Комплексна допомога»

P-U-L-H-E-S: Серійна система профілювання
PAM: посібник
PAO: управління зі зв'язків із громадськістю
PA: помічник лікаря
PASBA: Положення про адміністрування пацієнтів та біостатистичну діяльність
PC: психологічні порушення
PCA: аналгезія, керована пацієнтом
PCLS: Консультативно-міждисциплінарна психіатрична служба
PCM: схема надання першої допомоги
PCOS: стрес після війни та військових операцій
PDHA: Post-Deployment Health Assessment — програма оцінювання здоров'я після проходження військової служби у розгортанні
PDHRA: Post-Deployment Health Re-Assessment — програма повторного оцінювання здоров'я після проходження військової служби в розгортанні
PDPA: НДПА — Народно-демократична партія Афганістану
PE: пролонгована експозиційна терапія
PET: ПЕТ — позитронно-емісійна томографія
PFA: психологічна перша допомога
PFA: оцінка індивідуального фізичного стану
PGA-CI: опитувальник батьківського керівництва для поранених у бою
PGD: пролонгована реакція горя
PH: ПЗ — психологічне здоров'я
PHC(P): Тимчасове управління суспільної охорони здоров'я
PHI: інформація про стан здоров'я, що охороняється законом
PICK: дошлюбний міжособистісний вибір та знання
PKC: ПКС — протеїнкіназа С
PMCS: профілактична перевірка технічного стану та послуг
PMD: ПР — психіатричний розлад
PMDD: передменструальний дисфоричний розлад
PMP: профілактична медична психіатрія
PMR: вимога/звіт/запит щодо транспортування пацієнта
po: пер. — перорально (через рот, орально)
POC: керівник
POPM: відділ профілактичної медицини
POW: військовополонений
PROFIS: інформаційна система підбору професійних кадрів
ProQOL: професійна шкала оцінки якості життя
PRT: тренінг з психологічної стійкості медичного працівника
PSA: ПСА — простат-специфічний антиген
PSP: платформа для підтримки пацієнта
PsySTART: просте психологічне сортування і швидке лікування
PT: ФВ — фізичні вправи
PTA: ПТА — посттравматична амнезія
PTE: ПТП — потенційно травмувальна подія
PTG: ПТЗ — посттравматичне зростання
PTSD: ПТСР — посттравматичний стресовий розлад
PTSS: ПТСС — посттравматичні стресові симптоми

q: кожн. — кожний
QPR: Запитуй, Переконуй, Спрямовуй — організація з профілактики самогубств

R&R: відпочинок і відновлення сил
RAF: Королівські повітряні сили
RASS: шкала седації-ажитації Річмонда
RCS: Консультаційна служба з питань адаптації
RCT: рандомізоване клінічне випробування
REM: ШРЯ — швидкий рух очних яблук під час сну
RFO: запит на отримання розпоряджень
RGA: РГА — ретроградна амнезія
RMC: регіональний медичний центр

RNAi: ДРК — десенсибілізуюча рибонуклеїнова кислота
ROE: сучасні правила застосування зброї
RRC: командування бойової готовності
RRC: оглядовий комітет психіатричної ординатури
RTD: повернення до виконання службових обов'язків
RTU: повернення до підрозділу

S-3: оперативний офіцер
SA: зловживання психоактивними речовинами
SAC: Центр допомоги солдатам
SAC: стандартизована оцінка струсу
SAFAC: Центр допомоги солдатам та їхнім сім'ям
SAMHSA: Управління служби лікування наркотичної залежності та психічних розладів
SARS: синдром атипової пневмонії
SAV: візит допомоги персоналу
SDH: субдуральний крововилив
SDQ: опитувальник для виявлення переваг і проблем
SERE: школа виживання, ухиляння, опору та втечі
SeRV-MH: Програма послуг ветеранам, які повертаються, — психічне здоров'я
SFLC: сімейні консультанти для військовослужбовців
SI: СД — суїцидальні думки
SIC: модель простору стресового ураження
SIR: звіт про серйозну подію
SIT: прищеплення стресу
SITREP: доповідь про оперативну обстановку
SME: фахівець у конкретній галузі
SM: ВС — військовослужбовець
SNP: однонуклеотидний поліморфізм
SNRI: селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну
SNS: симпатична нервова система
SOP: стандартизований сценарій роботи
SPPM: керівник програми запобігання самогубствам
SPRINT: спеціальні групи швидкої психіатричної допомоги
SPSS: Пакет програм обробки статистичних даних суспільних наук (версія 16, SPSS Inc, Chicago, IL)
SRMSO: Управління спостереження і попередження ризику суїцидів
sRNA: мРНК — малі молекули рибонуклеїнової кислоти
SRP: програма готовності солдат
SSRI: селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну
STOAL: короткі зліт і посадка
SWAPP: Експериментальна програма оцінювання здоров'я військовослужбовців
SWEP: програма Соломона з навчання здорового способу життя
SWET: проект щодо каналізаційних колекторів, води, електропостачання та прибирання сміття

TAI: АТ — аксональна травма
TAMC: військово-медичний центр Тріплер
TAPS: Програма допомоги для постраждалих у трагедії
TBI: ЧМТ — черепно-мозкова травма
TCA: ТЦА — трициклічний антидепресант
TEM: управління спогадами про травмувальну подію
TF 30 Med: 30-та Оперативна медична бригада
THR: ЦСР — цільовий серцевий ритм
TIF: третинний табір для інтернованих чи установа для інтернованих
TIPPS: терапевтичне втручання для запобігання психічним стресовим розладам
TMD: синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба
TMI: АЕС «Три Майл Айленд»
TMIP: Програма надання медичної інформації на полі бою
TOE: організаційно-штатний розклад і табель майна
TRAC2ES: Транспортне командування регулювання і контролю системи евакуації
TRANSCOM: Транспортне командування США
TRiM: система управління ризиками травмування
TSG: начальник військово-медичної служби
TSH: ТТГ — тиреотропний гормон
TTY: телекомунікаційні прилади для глухих
TWA: авіалінії Trans World Airlines

UBHNA: методика оцінки психічного здоров'я підрозділу
UCMJ: Єдиний кодекс військової юстиції

UK: Сполучене Королівство Великої Британії
UMT: група військових священиків
UN: ООН — Організація Об'єднаних Націй
UNHCR: Верховний комісар ООН у справах біженців
UNICEF: ЮНІСЕФ — Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
USAID: Агентство США з міжнародного розвитку
USAMEDCOMV: Медичне командування Армії США у В'єтнамі
USAR: Резерв армії США
USAREUR: Армія США в Європі
USARV: Армія США у В'єтнамі
USDOT: Міністерство транспорту США
USMACV: Управління США з надання військової допомоги у В'єтнамі
USPHS: Служба суспільної охорони здоров'я США
USUHS: Військово-медичний університет силових структур ЗС США

VA: Департамент у справах ветеранів
VA: Управління у справах ветеранів (назва установи до 1980 року)
VAS: вербальні та візуальні (або в поєднанні) шкали аналогій
VBA: Управління пільг для ветеранів
VBIED: автомобільний імпровізований вибуховий пристрій
VCSA: перший заступник начальника штабу Армії
VHA: Управління охорони здоров'я ветеранів
VTC: відеотелеконференція

w/: з (умовне позначення)
w/o: без (умовне позначення)
WHO: ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я
WHO-EURO: ВООЗ-Європа — Всесвітня організація охорони здоров'я, регіональний відділ Європи
WIA: поранений у бою
WICS: мудрість, розум і творчість у поєднанні
WRAIR: Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда
WRAMC: Військово-медичний центр Волтера Ріда
WTC: Всесвітній торговий центр
WTP: програма перехідного періоду для військовослужбовців
WTRP: програма підготовки і реабілітації воїнів
WTU: ПП — перехідний період

ЧАСТИНА ПЕРША

ЗАКЛАДАННЯ ОСНОВ

Розділ 1

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ОНОВЛЕННЯ НАКОПИЧЕНОГО ДОСВІДУ

Елспет Кемерон Річі[I] · Крістофер Г. Івані[II]

ВСТУП

ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ АРМІЇ США

ІСТОРІЯ НАКОПИЧЕННЯ ЗНАНЬ У ГАЛУЗІ ПСИХІАТРІЇ ДЛЯ ПІДРУЧНИКІВ З ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника військово-медичної служби Армії США з психіатрії та директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — Головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

[II] Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; психіатр, Департамент психічного здоров'я, Військово-муніципальний госпіталь Еванс, Building 7500, 1650 Cochrane Circle, Fort Carson, Colorado 80913; у минулому — військовий психіатр, 4-та піхотна дивізія, Fort Hood, Texas.

ВСТУП

Після терактів 11 вересня 2001 року (відомих як «9/11») Сполучені Штати Америки вели бойові дії на території Іраку й Афганістану, наші військові стикалися також із безліччю стихійних лих і терористичних актів. Усі війни завдають військовослужбовцям психічних травм, що можуть проявлятися під час чи після війни, мати фізичну чи психологічну симптоматику. За матеріалами, отриманими під час військових конфліктів в Іраку та Афганістані, у літературі з охорони психічного здоров'я військовослужбовців було надруковано лише кілька статей, за винятком даних, що їх зібрали Волтер Рід (Walter Reed) з Інституту досліджень і Група експертів з психічного здоров'я (у цій книзі йтиметься про них пізніше). Великий обсяг практичної інформації з цієї тематики ще досі не опубліковано в науковій літературі. І щоб визначити напрямки поточної політики і практики, а також урахувати в майбутньому нові тенденції в охороні психічного здоров'я, увесь зібраний матеріал потрібно узагальнити в режимі реального часу.

Уроки було отримано в таких сферах: а) управління поведінковими проблемами зі здоров'ям на фронті; б) урахування фізичних і психологічних потреб поранених; в) возз'єднання солдатів з їхніми сім'ями; г) повернення солдатів із симптомами психологічних травм на фронт; ґ) розгортання військ в умовах гуманітарних катастроф і стихійних лих, як-от цунамі 2004 року й ураган Катріна 2005 року; д) особливі потреби дітей військовослужбовців, а також тих сімей, де є поранені й загиблі.

Медична література про психічні травми під час стихійного лиха значною мірою спирається на літературу з військової медицини, проте зосереджена переважно лише на одній травмувальній події.

Війна дещо подібна до стихійного лиха, утім це не тотожні події. Війна починається так само несподівано, як і будь-яка катастрофа, однак тривати вона може протягом багатьох років. На відміну від жертв стихійного лиха, військовослужбовці зазвичай готуються до бою заздалегідь. Та попри це декотрі з них можуть бути психологічно підготовленими до сцен війни, а в декотрих психіка слабка, тож вони не готові адекватно сприймати людей, які голодують, запахи і звуки, як, зокрема, було в Сомалі або у випадку з масовими похованнями в Боснії.

ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ АРМІЇ США

Для військових відкриті широкі можливості дбати про психічне здоров'я. Та іноді ці можливості не відповідають специфічним потребам, які виникають в армійців в умовах останніх передислокацій. До них належать військовослужбовці у відпустці, яких у разі потреби родичі доправляють до закладів цивільної невідкладної допомоги; демобілізовані бійці Національної гвардії і резервісти, які можуть бути віддалені від військового шпиталю чи установи спілки ветеранів; члени родини військовослужбовця, пригнічені частими переїздами. При цьому постійно виникають питання, на які симптоми треба звертати увагу і до якої межі можна зволікати з лікуванням.

Численні програми, описані в цій книзі, створені для заохочування військовослужбовців звертатися по допомогу, хоча таке звернення може мати небажані наслідки. Наприклад, ігнорування керівництвом психологічних проблем підлеглих; вимога доповісти командуванню про те, що солдат проходить курс реабілітації від алкогольної або наркозалежності; обмеження у доступі до секретних документів; інші аспекти, які мають потенційний вплив на кар'єру солдата. Нині усі ці питання вирішує керівництво. В армії також поширені самогубства, але це не відображає загалом стан психічного здоров'я військовослужбовців. Американські військові проходять відбір, залучаються до роботи і мають доступ до безкоштовного медичного обслуговування, тобто ці чинники вже мають знижувати кількість самогубств. Крім того, армія США і надалі прагне до скорочення кількості самогубств. Проте рівень самогубств серед військових продовжує щороку зростати, починаючи від 2004-го. Збільшилася кількість самогубств серед цивільних, де відповідно за віком і статтю було скоєно близько 20/100 000 самогубств протягом року. В армії США проблемі самогубств надають величезного значення. Так, з метою визначити мотивацію солдатів, які вдаються до того, щоб накласти на себе руки,було переглянуто програму із запобігання самогубствам в армії США.

Протягом наступних кількох років, за попередніми даними, багато військовослужбовців залишать армію або інші військові служби. Традиційно близько 10 % колишніх солдатів, які прагнуть подбати про свій психічний стан, звернуться до ветеранських установ. На сьогодні (наприкінці 2009 року) близько 40 % колишніх військовослужбовців, які бажають звернутися по психологічну допомогу, вже користуються можливостями ветеранських установ. Більшість із решти військовослужбовців отримують психологічну допомогу у звичайних цивільних закладах охорони здоров'я. Отже, украй важливо, щоб цивільні медики були знайомі зі специфічними психологічними проблемами, з якими стикаються солдати та їхні сім'ї.

Для війн в Іраку і Афганістані типовою є потужна суспільна критика. Досвід лікарів-практиків з ліквідації її наслідків серед військових стало можливо накопичити лише завдяки останнім досягненням у технологіях, медицині і психіатрії. Хоча в історії військової психіатрії спроб відповісти на численні питання, з якими і нині стикаються американські військові, було безліч. Проте в сучасній практиці військові психіатри використовують історично отриманий досвід лише час від часу.

Багато питань ще залишаються на порядку денному. Наприклад, як оптимізувати вирішення проблем військових і цивільних установ з охорони психічного здоров'я? Який досвід було вже отримано про сучасні психологічні ризики, з якими стикаються нинішні солдати та їхні сім'ї? Як саме психіатри-практики повертають солдатів до мирного життя і з якими ймовірними, прихованими на перший погляд, труднощами вони можуть зіткнутися? Ці проблемні питання актуальні для всіх родів військ, проте максимально активно залучені до наземного конфлікту були армія і морська піхота. Тому наша увага акцентуватиметься саме на них.

ІСТОРІЯ НАКОПИЧЕННЯ ЗНАНЬ У СФЕРІ ПСИХІАТРІЇ ДЛЯ ПІДРУЧНИКІВ З ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

У той час як американські військові брали участь у збройних конфліктах XIX і XX століть, паралельно з ними військові лікарі боролися на психіатричних фронтах за загоєння психологічних ран військовослужбовців. Так само, як бойові командири, які навчалися зі своїх минулих успіхів і невдач, військові лікарі-новатори розробили потужні стратегії у веденні війни проти психічного захворювання. Та попри численні терапевтичні досягнення, протягом десятиліть мало хто з лікарів публікував статті про свій практичний досвід. І тому ці безцінні історичні «уроки» з плином часу не дійшли до нас у повному обсязі. Розрізнене збереження й несистемне поширення цих «уроків» перешкоджає майбутнім поколінням лікарів-психіатрів накопичити і систематизувати свій досвід у військовій психіатрії. Наприклад, психіатр часів Другої світової війни Фредерік Гансон (Frederick

Hanson) удруге винайшов принципи лікування наслідків бойового стресу в розпалі Північноафриканської кампанії, хоча Томас Салмон (Thomas Salmon) уже довів їхню ефективність ще 25 років тому під час Першої світової [1, 2]. Аналогічно у перші місяці Корейського конфлікту військові лікарі американської армії, які не мали уявлення про переваги швидкого лікування бойового стресу в розташуванні свого підрозділу, евакуювали майже чверть бойової сили, вважаючи їх психологічними втратами [3].

На щастя, полковник Альберт Глас (Albert Glass), добре обізнаний у практичній військовій психіатрії, під час Другої світової війни поблизу міста Хенсон суттєво зменшив кількість жертв, які зазнали стресу після бою. Він впровадив принципи, які нині відомі як «PIES» (proximity, immediacy, expectancy and simplicity), а саме принципи наближення, терміновості, очікування і простоти. Лише за 20 років після закінчення Другої світової війни видатний військовий психіатр того часу, який працював під керівництвом Альберта Гласа, систематизував ключові уроки у подоланні психічних розладів у військових під час тієї кампанії.

Перший том «Нейропсихіатрія часів Другої світової війни» було опубліковано 1966 року [4], а другий — 1973 року [5]. Вони стали основою сучасної військової психіатрії і є дуже важливими для збереження історичних уроків невдач та успіхів військової психіатрії під час цієї війни. Проте затримка публікації книг перешкодила психіатрам-практикам системно накопичувати власний досвід протягом двох десятиліть. До того ж ці видання не враховують суттєві культурні трансформації 1960-х, що значно вплинули на прояви бойового стресу під час війни у В'єтнамі.

Війна у В'єтнамі та її подальші соціальні наслідки показали високу ефективність попереджувального лікування бойового стресу. Крім цього, було запроваджено нові етіологічні принципи й методи лікування емоційних розладів, пов'язаних із фрустрацією та відчуттям самотності [6, 7]. Після закінчення війни у В'єтнамі доктрини, вистраждані гірким досвідом, збереглися лише в усній формі і в розрізнених літературних джерелах. Проте навіть перед закінченням війни у В'єтнамі декілька світил військової психіатрії вже розуміли, що їхній досвід, отриманий на той час, потрібно зібрати у повному обсязі, доопрацювати і систематизувати. Цю роботу необхідно проводити, аби зафіксувати та зберегти накопичені дані для застосування в майбутніх конфліктах. Підполковник Кенет Артіс (Kenneth Artiss) зацікавився ідеєю надрукувати комплексний підручник, але 1964 року залишив військову службу. Ще до початку війни у В'єтнамі полковник Франклін Дел Джонс (Franklin Del Jones) був головним автором цього грандіозного проекту [8, 9].

Дел Джонс — один із небагатьох кадрових військових психіатрів, який весь термін військової служби відбув у В'єтнамі. За цей час він проявив себе як прагматичний лікар, висококваліфікований фармакотерапевт, експерт з військової історії та викладач. Скромний і тихий техасець Дел Джонс, вихованець Альберта Гласа, був відомий в армійських колах тим, що запровадив попереджувальне лікування бойового стресу у військовослужбовців США в Кореї. Він також поділяв тверде переконання Гласа, що необхідно накопичувати і вивчати отриманий у минулих збройних конфліктах психіатричний досвід [9]. Упродовж усієї своєї військової кар'єри Дел Джонс посідав численні головні лікарські, академічні та адміністративні посади. Він працював начальником управління психіатричної освіти у медичному центрі Збройних сил США імені Волтера Ріда і консультантом начальника медичного управління (головний військовий лікар армії США). Проте його найбільшою пристрастю завжди залишалося написання наукових праць. Очоливши роботу над підручником з військової психіатрії, Дел Джонс запросив до співпраці авторів-медиків з усіх видів Збройних сил, які мали різноманітний досвід і практику. Він завжди вважав, що практичний досвід є важливішим, ніж наукові роздуми і теорія.

У 1988 році Дел Джонс пішов у відставку у званні полковника. Він боровся із важким аутоімунним розладом, та всупереч хворобі поринув у роботу над підручником. Він особисто був автором і співавтором вісімнадцяти з тридцяти восьми розділів, досліджував і редагував матеріали останніх 20 розділів. Під час першої війни у Перській затоці (воєнні операції «Щит пустелі» і «Буря в пустелі», 1990–1991 рр.) Дел Джонс надав зброшуровані копії проектів зазначених розділів психіатрам, що були консультантами в армії, на

флоті і ВПС. А ті, своєю чергою, передавали матеріали книги психіатрам у зоні бойових дій для того, щоб в умовах конфлікту, який стрімко набирав обертів, вони могли скористатися досвідом попередніх війн.

Завдяки співпраці із Інститутом Бордена, зібрані матеріали були опубліковані у двох томах. Один вийшов у світ 1994 року («Військова психіатрія: підготовка до війни у мирний час» [2]), а другий — 1995 року («Військова психіатрія» [10]) як підручник серії «Військова медицина». Франклін Дел Джонс помер 2005 року вже видатним автором, який зробив суттєвий внесок у розвиток військової психіатрії. Його публікації «Військова психіатрія: підготовка до війни у мирний час» і «Військова психіатрія» вперше дали змогу спільноті військових психіатрів оперативно отримати доступ до централізовано упорядкованих знань у сфері військової психіатрії. Описаний у книзі матеріал накопичувався ще від часів Наполеона і до воєнних дій у Перській затоці.

Кафедри військово-медичних факультетів, клінічні лікарні включали тексти цих підручників до навчальної програми лікарів-стажистів, розповсюджували їх серед психологів, соціальних працівників, священиків і навіть у Військовому коледжі армії США, який навчає найперспективніших бойових офіцерів.

У своїй практиці психіатри під час подій у Пентагоні 11 вересня 2001 року спиралися на принципи попереджувального лікування [8, 11]. Можливо, найважливішим є той факт, що покоління офіцерів-психіатрів, відправлених у підрозділи в рамках воєнних операцій «Непохитна свобода» та «Іракська свобода», вже уникало помилок, допущених їхніми колегами на початкових етапах попередніх війн. Натомість вони швидко адаптувались і застосовували перевірені часом методи психіатричного лікування до американських військовослужбовців. Досвід лікарів, описаний у цих роботах, допомагає сучасним психіатрам визначатись зі стратегію лікування і вдосконалювати її.

Труднощі, які виникли після війни у В'єтнамі, показали, наскільки важливим є забезпечення ефективним медичним доглядом солдатів під час їхнього звільнення з дійсної військової служби і переведення під юрисдикцію Департаменту у справах ветеранів. Клінічна картина посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у солдатів під час проведення воєнних операцій «Непохитна свобода» та «Іракська свобода» збігалася з описом Дел Джонса, де він прогнозував еволюцію ПТСР від часів Першої світової війни до часів війни у В'єтнамі. Досвід Другої світової війни показав ефективність санітарно-просвітньої роботи і реабілітаційних процедур при відновленні від ПТСР. У цих книгах описується історичне розуміння багатьох сучасних проблем психічного здоров'я. Вихід у світ підручників «Військова психіатрія: підготовка до війни у мирний час» і «Військова психіатрія» ініціювали подальший розвиток плідної дискусії щодо багатьох аспектів військової та бойової психіатрії.

Після опублікування цих книжок у середині 1990-х років лікарі-практики, науковці та адміністративний персонал лікарень досягли значних успіхів. Вони поєднували свої професійні спостереження з освітою, сучасними методами лікування і новітніми нейробіологічними дослідженнями, а також адаптували їх до медичної практики, яка склалася в психіатрії після подій 11 вересня. З їхніми успіхами ви познайомитеся далі на сторінках цієї книги.

Сучасне бойове завдання значно відрізняється від військових завдань епохи Дел Джонса. Відповідно до основних принципів ведення бойових дій, нині основна роль належить уніфікованим модульним збройним силам, які беруть участь в асиметричних війнах. Особливостями ведення таких війн є багатоетапне розгортання військ, проведення інтенсивних бойових дій у міських умовах, відсутність чітко виділеної лінії фронту. Розширена база досліджень і клінічного досвіду висвітлює суттєвий вплив цих нових і дуже складних бойових завдань на психіку військовослужбовців і членів їхніх сімей. Під впливом робіт епохи Дел Джонса співтовариство військових психіатрів, як і раніше, продовжує свій тернистий шлях вивчення всіх аспектів військової психіатрії, спираючись на вже наявний історичний досвід дискусій і накопичену документацію.

ВИСНОВКИ

Хоча з моменту публікації підручників епохи Дел Джонса минуло вже 15 років, вони й надалі залишаються актуальним літературним ресурсом, який поєднує теоретичні медичні знання з військової психіатрії із практичним досвідом. Складені завдяки ентузіазму лікарів Гласа, Дел Джонса, Артіса і багатьох інших, останні версії підручників з військової психіатрії є незамінною зброєю для лікарів у боротьбі з психічними захворюваннями, які вражають військових і їхні родини. Довкола назви книги точилася тривала дискусія. Її суть полягала в тому, що загальна назва «психіатрія» була б занадто специфічною. Постало питання, чим її замінити. В армії замість терміна «психологічне здоров'я» використовують «психічне здоров'я». Міністерство оборони також почало використовувати термін «психічне здоров'я».

Комусь подобався термін «поведінкове здоров'я», іншим він не підходив через те, що в назві акцентувалося на тому, в чому проявляється хвороба. Паралельно виникла дискусія, чи доцільно, щоб у назві фігурувало слово «військовослужбовців», адже суспільна система охорони здоров'я відіграє головну роль у боротьбі зі стихійними лихами, де постраждалими є також і цивільні люди. Слово «військовослужбовці» стосується лише людей, які безпосередньо залучаються до бойових дій, а це виключає постраждалих від стихійного лиха. Отже, щоб найточніше охопити зміст підручника, для нього була обрана назва «Охорона психічного здоров'я військовослужбовців». Проте й на цьому крапку не поставили. За чотири роки підготовки книги до публікації було зібрано ще багато матеріалів з цієї теми. Однак було прийнято рішення не затримувати вихід книги для перевірки наукової цінності нових робіт. Замість цього вони будуть просто згадуватись у висновках.

І хоча автори книги намагалися залучити якомога більше джерел інформації й максимально охопити усі аспекти військово-медичної служби, багато лікарів, які мають широку практику, дуже зайняті, тож вони не мають часу для написання статей. Крім того, весь час накопичується новий досвід. У книзі наведено дві авторські статті. Вони входять як додатки, оскільки матеріалів від перших осіб набагато більше, ніж наукових статей. Попри це авторські історії сприяють кращому розумінню того, як це бути лікарем-практиком у нестабільному і небезпечному середовищі. У третьому додатку наведено статті на тему психічного здоров'я солдатів в Іраку під час військової операції «Іракська свобода» 2005–2007 рр., які раніше були опубліковані у ЗМІ.

І останнє. Сподіваємося, що цей підручник буде цінним доповненням до вже наявної медичної літератури і корисним довідником для лікарів-практиків і керівників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Glass AJ. Psychiatry at the division level. In: Hanson FR, ed. *Combat Psychiatry: Experiences in the North African and Mediterranean Theaters of Operation, American Ground Forces, World War II.* Bulletin of the US Army Medical Department. Washington, DC: Government Printing Office; 1949: 45–73.
2. Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing in Peace for War.* In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *The Textbooks of Military Medicine.* Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1994.
3. Ritchie EC. Psychiatry in the Korean War: perils, PIES, and prisoners of war. *Mil Med*. 2002;167:898–903.
4. Anderson RS, Glass AJ, Bernucci RJ, eds. *Neuropsychiatry in World War II. Vol I. Zone of the Interior.* Washington, DC: Government Printing Office; 1966.
5. Anderson RS, Glass AJ, Bernucci RJ, eds. *Neuropsychiatry in World War II.* Vol II. *Overseas Theaters.* Washington, DC: Government Printing Office; 1973.
6. Jones FD. Experiences of a division psychiatrist in Vietnam. *Mil Med.* 1967;132:1003–1008.

7. Jones FD, Johnson AW. Medical and psychiatric treatment policy and practice in Vietnam. *J Soc Issues.* 1975;31:49–65.

8. Ritchie EC, Cassimatis E, Emanuel R, Milliken C, Gray SH. The contributions of Kenneth Leslie Artiss, MD. *J Am Acad Psychoanalysis Dynamic Psychiatry.* 2003;31:663–673.

9. Ivany CG, Gray SH. Franklin Delano Jones, MD, and War Psychiatry. *J Am Acad Psychoanalysis Dynamic Psychiatry.*2007;35:1–12.

10. Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry.* In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbook of Military Medicine.* Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995.

11. Milliken CS, Leavitt WT, Murdock P, Orman DT, Ritchie EC, Hoge CW. Principles guiding implementation of the Operation Solace plan: "Pieces of PIES," therapy by walking around, and care management. *Mil Med.* 2002;167(9 suppl):48–57.

Розділ 2

ВІЙСЬКОВА ПСИХІАТРІЯ США: СПАДЩИНА ВІЙНИ У В'ЄТНАМІ

Норман М. Кемп[1]

ВСТУП

НЕПОВНА ІСТОРІЯ ВІЙСЬКОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ПІД ЧАС ВІЙНИ У В'ЄТНАМІ

ПРИЧИНИ ВІЙНИ

МАСШТАБИ АМЕРИКАНСЬКОЇ ВІЙНИ У В'ЄТНАМІ

ДВІ АМЕРИКАНСЬКІ ВІЙНИ У В'ЄТНАМІ: ДО ВОЄННОЇ КАМПАНІЇ 1968 РОКУ (PRE-TET '68) І ПІСЛЯ КАМПАНІЇ 1968 РОКУ (POST-TET '68)

Фаза нарощування (1965–1967): війна Ліндона Джонсона

Перехід від нарощування військ до їхнього виведення (1968–1969)

Фаза виведення військ (1969–1973): війна Річарда Ніксона

ПОВОЄННІ ОСОБЛИВОСТІ

Ветерани В'єтнаму і значна поширеність проблем адаптації

Опитування військових психіатрів, які служили у В'єтнамі

ДОВГОТРИВАЛІ ПИТАННЯ І МІРКУВАННЯ

Армія США під час війни

Солдати, які служили у В'єтнамі

Військова психіатрія у В'єтнамі

Соціальний стрес і модель «хвороби»

Проблеми повоєнної адаптації ветеранів

Прикінцеві міркування

ВИСНОВКИ

[1] Доктор медицини, полковник у відставці, Армія США; 3105-D Stony Point Road, Richmond, Virginia 23235; клінічний професор психіатрії, факультет психіатрії, Медичний коледж Вірджинії, університету Співдружності Вірджинії (Virginia Commonwealth University) Richmond, Virginia 23298

ВСТУП

Наземна війна США у В'єтнамі (1965–1972) розпочалася 8 березня 1965 року, коли понад 3500 осіб з 9-ї морської експедиційної бригади безперешкодно висадилися на північному узбережжі Республіки Південний В'єтнам. Це було відповіддю на посилення боротьби між Південним В'єтнамом (союзником Сполучених Штатів) і місцевими комуністичними силами (в'єтконгівськими партизанами) та Демократичною Республікою В'єтнам (Північним В'єтнамом), який межує із Південним В'єтнамом на півночі. На початку травня перші військові підрозділи Армії США (173-тя повітрянодесантна бригада) прибули до Південного В'єтнаму, висадившись у Вунгтау, гирлі річки Сайгону. Так почалася величезна воєнна операція Сполучених Штатів та інших союзників, які прагнули блокувати поширення комунізму в Південно-Східній Азії.

З огляду на обмежені ресурси противника і військову могутність США, передбачалося, що загроза швидко буде подолана. З'ясувалося, щоправда з запізненням, що рішучість комуністів була недооцінена. Війна затягувалася, перетворившись на конфлікт «низької інтенсивності», «нерегулярну» боротьбу із партизанами, і виявилася набагато складнішою, ніж здавалося. США та їхні союзники несподівано загрузли у в'єтнамській затяжній соціальній революції, громадянській війні і націоналістичній опозиції іноземному пануванню. З часом вартість війни набагато перевищила рівень терпимості американського народу (понад 58 тисяч американців загинули і понад 300 тисяч були поранені), що зумовило значні національні проблеми і вплинуло на культуру. Зрештою, за два роки після остаточного виведення американських військ (29 березня 1973 року) відповідно до досягнутих домовленостей, Північний В'єтнам порушив перемир'я і вдерся до Південного В'єтнаму, який здався 30 квітня 1975 року.

Вважається, що військові дії також відіграли ключову роль у соціальних і політичних потрясіннях, що тривали у США протягом 10 років, — потрясіння, які поставили під загрозу більшість основних суспільних інститутів, зокрема армію США. Під час другої частини війни (1969–1972) зростала частка тих американських військових у В'єтнамі, які замислювалися над метою свого перебування у цій країні. Вони у різний спосіб (за винятком колективних заколотів), зокрема й через психічні розлади, демонстрували свою нездатність або небажання прийняти воєнні ризики, визнати владу військових лідерів або терпіти труднощі військових завдань у В'єтнамі. Усе це відбулося в умовах, коли бойові завдання були ще в силі, зброя — наявна повсюдно, а нелегальні наркотики активно продавались і широко використовувались американськими військовими. Ставлення молодих новобранців, більшість із яких становили призовники або вимушені добровольці, відповідало дедалі більшій протидії війні у США. Виник радикальний, ліберальний, «контркультурний» молодіжний рух, що супроводжувався антагонізмом до американських інститутів і особливо військової служби серед молодих чорношкірих американців. На додачу до цього і досить символічно нова субкультура формувалася довкола культури наркотиків, що розгорталась і набувала популярності.

Значне падіння бойового духу і дисципліни солдатів, від якого потерпала армія США під час виведення військових із В'єтнаму, вразило військове керівництво. Це також стало предметом уваги військової психіатрії. Від початку організація психіатричної служби у В'єтнамі була орієнтованою на лікування і реабілітацію випадків

бойового стресу. Такі очікування не виправдалися, натомість довелося мати справу із безпрецедентним потоком психосоціальних проблем. Вони складалися з дисциплінарних проблем, расових заворушень, нападів на керівників, наркоманії, зростання кількості солдатів з діагностованими психічними розладами, особливо тих, хто перебував у небойових підрозділах і виконував завдання, не пов'язані з бойовими ризиками [1]. Військові керівники, а також правоохоронці, управлінський і медичний персонал постали перед серйозними випробуваннями, допоки сухопутні війська США були остаточно виведені з країни.

У повоєнний час Медичний департамент Армії США (AMEDD — Army Medical Department) не взяв на себе обов'язків узагальнити історію психіатрії у В'єтнамі або вивчити проблеми задля засвоєння «отриманих уроків». Навіть більше, армія, очевидно, втратила, закинула або знищила документи про воєнні дії, які могли б слугувати первинним джерелом інформації [2]. В'єтнам інколи називають першою комп'ютеризованою американською війною. За іронією долі, однак, армія вийшла з цього досвіду з набагато меншою кількістю записів, що свідчать про надання послуг військовими психіатричними службами, ніж у попередні та менш «складні» часи. Цей розділ — замість більш систематичного підходу — буде побудований на наявній літературі, в якій ідеться про війну, щоб окреслити комплекс стресорів, що впливали на солдатів, відправлених до В'єтнаму. Це дасть змогу оглянути тенденції психіатричних і поведінкових проблем, з якими зіткнулися керівники армії і фахівці з питань психічного здоров'я. У розділі будуть також розглянуті важливі питання, які залишаються актуальними попри три з половиною десятиліття після того, як американські військові залишили В'єтнам, питання, відповіді на які можуть мати суттєвий вплив на військових у разі подібних воєн у майбутньому.

НЕПОВНА ІСТОРІЯ ВІЙСЬКОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ПІД ЧАС ВІЙНИ У В'ЄТНАМІ

Протягом близько десятиліття, з кінця 1962 року й до початку 1972 року, за оцінками, в армії США у В'єтнамі служило 135 психіатрів (у послідовних когортах, із тривалістю служби, як правило, один рік) [3]. Приблизно третина з цих психіатрів навчалася за армійськими програмами; дві третини здобули цивільну психіатричну освіту. Число психіатрів, які служили у В'єтнамі, значно менше, аніж число тих, хто служив за часів Другої світової війни (2400 психіатрів). Попри це, ті, хто служив у В'єтнамі, взяли участь у війні, яка стала предметом безпрецедентних соціальних і політичних баталій. Пов'язані з цим суспільна поляризація і напруга, особливо наприкінці війни, виразно впливали на відносини всередині психіатрії і, зокрема, ставили під сумнів роль і етику психіатрії в підтримці військових. Низка публікацій узагальнює досвід військової психіатрії у В'єтнамі. Вони, насамперед, зосереджені на спостереженнях періоду надання консультацій на початковій фазі війни (1962–1969) [3–6] і не акцентують на нестримному порушенні психічного здоров'я, яке згодом відбувалося серед тих, хто брав участь у В'єтнамській кампанії. Також уводять в оману загальнодоступні, опубліковані дані про рівень госпіталізації військових у зв'язку з психіатричними діагнозами: для війни у В'єтнамі цей показник дорівнює 12–16/1000 солдатів на рік [7–10], що виглядає прийнятніше порівняно з Кореєю (28/1000 на рік) [10] і Другою світовою війною (28–101/1000 на рік) [11]. Використання одного показника оцінки і усереднення семирічного досвіду у В'єтнамі вагомо применшує чотирикратне зростання за останні роки і мінімізує як поширення, так і глибину проблем бойового духу і психічного здоров'я у В'єтнамі.

У 1975 році Дел Джонс разом з А. В. Джонсон (A. W. Johnson) опублікували попередній огляд військової психіатрії у В'єтнамі того періоду, коли Джонсон служив консультантом із питань психіатрії в управлінні Центру хірургії Армії США [7]. Вони описали загальні клінічні заклади й надали епідеміологічні дані, пов'язані зі зміною військових умов і політичними аспектами війни. Вони залишили деталізацію й узагальнення для інших публікацій, які, на жаль, так і не з'явилися.

Інші обставини також допомагають пояснити відсутність більш повної історії військової психіатрії у В'єтнамі. Армія проводила відносно незначні польові дослідження з психіатрії після висадки військ у В'єтнамі у 1965 році, аж поки її не змусили вивчати вживання героїну серед солдатів наприкінці війни [12–14]. Відомими винятками були дослідження фізіологічних, психологічних і соціальних корелятів стресу, проведені у 1965–1966 роках майором медичного корпусу Петером Борне (Peter Bourne) і його колегою з Інституту військових досліджень Волтера Ріда (WRAIR) [15], а також опитування про незаконне вживання наркотиків, які провів 1967 року Р. А. Рофман (R. A. Roffman) і Е. Сапол (E. Sapol) [16], а 1969 року — М. Д. Стентон (M. D. Stanton) [17]. Також корисні публікації про епідемію зловживання наркотиками, побудовані на інформації зі слідчих поїздок до В'єтнаму наприкінці війни старших військових психіатрів — полковника медичного корпусу Стюарта Л. Бейкера-мол. (Stewart L. Baker Jr.) [18], полковника медичного корпусу Гарі Головея (Harry C. Holloway) [19] і лікаря, цивільного психіатра Нормана Цінберга (Norman Zinberg) [20].

Корисним джерелом інформації також є поодинокі публікації психіатрів, які перебували на війні [21]. На жаль, тут спостерігається певна невідповідність, адже з 27 психіатрів, які були в армії і хто має опубліковані праці, 82 % (22) служили в першій половині війни (1965–1968). Крім того, з 46 публікацій, авторами яких є 24 особи, половина з'явилася у журналі *US Army Vietnam Medical Journal* — нерецензованому виданні, що поширювалося переважно у В'єтнамі та припинило існування 1970 року. Декілька статей психіатрів, які служили під час фази виведення військ, коли психіатричні показники були найвищими, здебільшого обмежуються описом місцевих особливостей вживання наркотиків або програм лікування наркозалежності.

Наявна дослідницька й історична література не лише загалом розрізнена, вона не містить перевіреної інформації про психіатричну практику у В'єтнамі та її результати [22], особливо щодо неформального пристосування класичної доктрини військової психіатрії до умов нерегулярної, проти повстанської війни, яка переважно й велась у В'єтнамі за суперечливих обставин. У цьому розділі містяться додаткові посилання на цю доктрину. Проте узагальнено її можна визначити як надання короткотривалих, простих видів лікування у польових умовах (наприклад, безпека, відпочинок і фізичне відновлення); взаємопідтримки; седативних препаратів, якщо це необхідно, і за можливості забезпечення емоційного катарсису солдатів, які пережили травмувальні події. Усе це необхідно впроваджувати якомога наближеніше до постраждалих військових, вживаючи практичні заходи, аби відповідати очікуванням, що індивід швидко відновиться, повернеться до своїх товаришів і знову братиме участь у бойових діях [23, 2].

Схожі невизначеності спостерігаються навколо використання на театрі бойових дій нещодавно розроблених фармакологічних агентів. В'єтнам забезпечив військову медицину першою групою лікарів, особливо психіатрів, які навчилися на практиці використовувати антипсихотичні (нейролептики), анксіолітичні (заспокійливі) та трициклічні препарати (антидепресанти). Відкриття цих препаратів здійснило революцію в практиці психіатрії в цілому; вони мали значні перспективи у В'єтнамі в управлінні реакціями бойового стресу (CSR — combat stress reactions) й іншими проявами. У деяких звітах зазначено, що такі препарати широко використовували в умовах війни за наявності повного спектру симптомів, пов'язаних із бойовим стресом. Обмежене опитування 1967 року підтверджує таку практику серед військових лікарів, зокрема психіатрів [25]. Однак після війни відповідних клінічних чи інших досліджень не було проведено, при цьому дехто порушував питання, чи не було призначення психотропних препаратів солдатам, які брали участь у бойових діях, неетичною медичною практикою, спрямованою на примусову участь у таких діях незгодних військовослужбовців.

Також важливим видається реконструювати досвід військової психіатрії у В'єтнамі з тим, щоб визначити вплив зміни ставлення американців до війни на клінічні рішення психіатрів, які брали участь у воєнних операціях. Етичні й моральні реакції на війну і політику могли впливати на військових психіатрів під час здійснення діагностики і виявлення випадків (наприклад, заохочувати надмірну діагностику і надмірну евакуацію — ви-

пробувані у минулих війнах рішення про продовження терміну хвороби солдатів, які постраждали в бою).

У 1982 році, прагнучи заповнити брак інформації, WRAIR опитав усіх військових психіатрів-ветеранів, яких можливо було знайти, щодо їхнього професійного досвіду у війні. Із приблизно 135 психіатрів, які служили у В'єтнамі (133 чоловіки, двоє жінок), було знайдено сто п'ятнадцять. Із них 85 осіб (74 %) заповнили анкету, у якій містилися питання щодо психіатричних проблем, з якими вони стикалися, різновидів і ефективності клінічних підходів та особистих реакцій на професійні завдання і дилеми [2, 24]. Деякі результати цього дослідження будуть узагальнені далі у цьому розділі.

ПРИЧИНИ ВІЙНИ

Щоб зрозуміти, як уряд США міг потрапити у ситуацію, коли життя американців і ресурси витрачалися для боротьби проти партизан у В'єтнамі, треба пам'ятати, що невдовзі після закінчення Другої світової війни (1945) Сполучені Штати і їхні союзники знову опинилися в стані героїчної боротьби проти загрози тоталітаризму — цього разу підтримуваного Радянським Союзом марксистського комунізму («Холодна війна»). Відносини між двома ідеологічними таборами були напруженими, і катастрофічна ядерна війна видавалася невідворотною загрозою. Наприклад, у 1950–1953 роках Сполучені Штати витрачали великі кошти на війну, аби підтримати оборону Південної Кореї проти комуністичного захоплення Північною Кореєю. У 1961 році Сполучені Штати опинилися на межі ядерної війни з колишнім Радянським Союзом, коли у себе під боком виявили, що комуністичний режим Фіделя Кастро на Кубі дозволив радянським військовим розмістити ядерні ракети на цьому карибському острові. Серед американців зростало відчуття, що без енергійної протидії з боку Сполучених Штатів і їхніх союзників демократія може бути знищена за допомогою каскаду комуністичних революцій («теорія доміно») у країнах світу, що розвиваються, наприклад у Південно-Східній Азії. Оскільки Сполучені Штати у 1954 році підписали угоду про створення Організації договору Південно-Східної Азії (разом із Францією, Великою Британією, Таїландом, Пакистаном, Австралією, Новою Зеландією і Філіппінами [28]), то боротьба Південного В'єтнаму задля захисту себе від збройної агресії з Північного В'єтнаму (в порушення Женевської угоди 1954 року, яка привела до завершення Першої індокитайської війни [28]) створювала привабливу можливість відповісти на передбачувану загрозу.

МАСШТАБИ АМЕРИКАНСЬКОЇ ВІЙНИ У В'ЄТНАМІ

Ворогами Америки в Південно-Східній Азії були: 1) місцеві партизанські сили В'єтконга, які діяли в Південному В'єтнамі і використовували насилля, тероризм і диверсії як тактики, спрямовані на дестабілізацію уряду Південного В'єтнаму; 2) їхні союзники — регулярні підрозділи армії Північного В'єтнаму, які також прагнули захопити Південний В'єтнам. Досягнення американських військових цілей у В'єтнамі стало величезним випробуванням. Наземна війна тривала понад 8 років і до того часу, коли військовослужбовці були виведені в 1973 році, 3,4 мільйона американських військових — чоловіків і жінок — пройшли службу на театрі бойових дій (як правило, однорічний термін), а також на базах Військово-морського флоту і Військово-повітряних сил США у Таїланді і Гуамі. На момент закінчення війни загинуло понад 58 тисяч американців (більше як 47 тисяч через дії супротивника або зникли безвісти) [29] і понад 300 тисяч були поранені.

Більшість із тих, кого відправили до В'єтнаму, становили військові (60–80 %), при цьому більшість жертв були також із лав армії (понад 30 тисяч загиблих у бойових діях і понад 200 тисяч поранених у бойових діях). Приблизно 20 % служили у передових частинах (першому ешело-

ні), решта — у частинах забезпечення та обслуговуючих родах військ. Частини Резерву Армії і Національна гвардія не брали участі у бойових діях, і тому військові збільшили кількість призовників для задоволення потреб армії. Щоправда лише 25 % від загальної кількості американських військ, дислокованих у В'єтнамі, були призовниками (для порівняння: 66 % у роки Другої світової війни), багато інших були «мотивовані призовом» (тобто вони самі звернулися в очікуванні призову, бо через добровільний прихід в армію прагнули поліпшити свої шанси на отримання небойових завдань [30, с. 32]). Середній вік солдата В'єтнамської війни був менший (19 років), ніж тих, хто служив під час Другої світової війни (26 років). Окрім того, вони мали кращу освіту, ніж покоління їхніх батьків-солдатів. Війну у В'єтнамі класифікують як «обмежену звичайну війну», адже деякі військові формування налічували понад чотири тисячі військових. Однак ця війна велася переважно проти повстанців. Війну у В'єтнамі також називають війною «низької інтенсивності» через низьке співвідношення загиблих і поранених у бойових діях із загальною кількістю військових, що брали участь у воєнній операції, порівняно з попередніми війнами, в яких брала участь Америка. Наприклад, порівняння кількості загиблих у бойових діях у пікові роки війни у В'єтнамі (1968 рік: 120/1000 військових) і Кореї (1950 рік: 460/1000 військових) дає підстави припустити меншу бойову інтенсивність у В'єтнамі [31]. Це може ввести в оману, оскільки у Кореї була менша кількість військових, які брали участь у бойових діях, порівняно з тією чисельністю бойових підрозділів і підрозділів забезпечення, які були у В'єтнамі (співвідношення бойового і обслуговуючого персоналу дорівнювало 1:5), та інший рівень медичної допомоги. За словами Рональда Спектора (Ronald Spector), військового історика:

> Солдати батальйонів, які насправді вели бойові дії, мали такі самі шанси загинути або зазнати поранень, як і їхні старші родичі, які воювали в Кореї або на Тихому океані [Друга світова війна]. Справді, в першій половині 1968 року *загальна* (курсив наш — *авторський колектив*) кількість убитих і поранених у В'єтнамі перевищила загальний рівень на всіх театрах Другої світової війни, натомість як число жертв у армійських і морських батальйонах, що брали участь у маневрах, було більш ніж у чотири рази вищим [30, с. 55].

Дані про різновиди поранень у В'єтнамі також відбивають характер бойових дій. Американські втрати від стрілецької зброї, мін і мін-пасток були набагато більшими, аніж у попередніх війнах, а від артилерійських снарядів і уламків інших вибухонебезпечних снарядів — значно менші. За оцінками, чверть мільйона американців у цій війні втратили безпосереднього члена родини. Військові втрати Південного В'єтнаму налічували 220 357 осіб, ще майже півтора мільйона дістали поранення.

Сполучені Штати витратили 189 мільярдів доларів на ведення війни і підтримку уряду Південного В'єтнаму. В одному лише 12-місячному періоді — із середини 1968 року до середини 1969-го, піковому році бойових дій США — Америка та її союзники мали у В'єтнамі півторамільйонний контингент військ (543 тисячі американців, 819,2 тисячі військових із Південного В'єтнаму, а також 231,1 тисячі військових з Австралії, Нової Зеландії, Таїланду і Філіппін); американські військові влаштували 1,1 тисячі наземних атак батальйонів і більших військових з'єднань (натомість комуністичні сили — лише 126); там також було 400 тисяч атак американських військово-повітряних сил, під час яких скинули 1,2 мільйона бомб вартістю 14 мільярдів доларів [32].

ДВІ АМЕРИКАНСЬКІ ВІЙНИ У В'ЄТНАМІ: ДО ВОЄННОЇ КАМПАНІЇ 1968 РОКУ (PRE-TET '68) І ПІСЛЯ КАМПАНІЇ 1968 РОКУ (POST-TET '68)

Американську історію наземної війни у В'єтнамі слід розглядати як історію двох війн у В'єтнамі, досить відмінних, хоча й послідовних історій, стрижнем яких є події 1968 року.

У сукупності ці дві історії змальовують драматичний поворот долі для Сполучених Штатів, поворот, що значною мірою визначає американську культуру.

Фаза нарощування (1965–1967): війна Ліндона Джонсона

Ліндон Джонсон був приведений до присяги в своєму першому терміні Президента в січні 1965 року, на гребені національного політичного консенсусу і загального процвітання. Це була, за словами *Newsweek*, «надокучлива маленька війна у В'єтнамі» [30, с. 58], що кидала тінь на його амбіції створити «Велике Суспільство» соціальних реформ, яке він хотів залишити у спадок. Адміністрація була сповнена рішучості продовжувати ці політичні програми, а також гарантувати, що Південний В'єтнам не потрапить до комуністичної сфери.

Після більше як 10-річної фінансової допомоги і перебування військових радників США, військова присутність США у Південному В'єтнамі стрімко зросла після висадки військ у 1965 році. У червні 1966 року американські війська налічували вже 285 тисяч, і ще 100 тисяч прибули до кінця року. Американська армія у 1966 році поповнилася на 320 тисяч осіб (250 % зростання порівняно з попереднім роком) [30].

Перебуваючи у Південному В'єтнамі, у дельті річки Меконг, морська піхота США, а також з'єднання Військово-морського флоту США змушені були діяти в умовах тропічного клімату з величезними перешкодами для руху по землі, в умовах надзвичайної спеки і вологості, багатомісячних мусонних дощів. Крім того, бойові операції, що проводяться на відстані 14 тисяч кілометрів від Сполучених Штатів, потребують розгалуженої логістичної мережі. Ці війська опинилися серед корінного населення екзотичної, азіатської культури, мова якого була вкрай складною для вивчення американцями. Місцеві в'єтнамці могли терпіти присутність американських військ, проте демонстрували неоднозначне ставлення до уряду Південного В'єтнаму і прихищали в'єтконгівських партизан. Взаємини між військовими США і мешканцями Південного В'єтнаму були, як правило, напруженими; американські війська щонайменше ставилися до них із побоюванням [34]. Американські бойові підрозділи фінансували програми зі зв'язків з громадськістю, призначені для «завоювання сердець і голів» (тобто збільшення лояльності сільських жителів шляхом забезпечення їхнього добробуту і безпеки), але вони мали обмежений успіх.

Бойова стратегія, використовувана в армії США у фазі нарощування у В'єтнамі, орієнтувалася на виснаження (чисельність контингенту і пропорції загиблих) [35], переважно через вилазки з добре облаштованих місць з метою пошуку і знищення противника у визначених районах, так звані «місії пошуку і знищення». Головними тактиками комуністичних сил були партизанські й терористичні операції в'єтконгівських сил, а також періодичні атаки регулярних частин Північного В'єтнаму. Як наслідок, воєнні дії відбувалися переважно у формі сутичок між високомобільними малими тактичними групами, а не як битви між основними військовими формуваннями. Навіть більше, американські успіхи мали скромний характер, позаяк партизани В'єтконга були невловимими і диктували темпи бою, вели снайперський вогонь з укриття, встановлювали міни-пастки і влаштовували засідки. Тактики коротких атак (вдарити й утекти) давали їм змогу безпечно зникати в джунглях або в населених пунктах, якщо бій обертався не на їхню користь; такі тактики виробились у місцевій культурі упродовж століть партизанської боротьби проти завойовників. Американські війська були більше налаштовані на звичайні битви у північних провінціях проти регулярних підрозділів Північного В'єтнаму. Проте навіть ці основні з'єднання не вдавалися до бойових ініціатив далі безпечної 17-ї паралелі демілітаризованої зони, яка відділяла Північний В'єтнам від Південного В'єтнаму, тим самим ухиляючись від переслідування американських підрозділів і їхніх союзників. Отже, бойова діяльність американських сил здебільшого виявлялася під час коротких сутичок з ізольованими, невеликими підрозділами — це була війна без фронтів. Об'єднаний комітет начальників штабів постійно доповідав, що у 1967–1968 роках лише один відсоток від усіх патрулів США мав контакт із ворогом [35]. Проте коли такий контакт виникав, він був такий же кривавий та інтенсивний, як і ті бої, що відбувалися під час Другої світової війни. Упродовж цієї фази війни американські війська періодично розпочинали масштабні операції, деякі елементи яких зумовили значні втрати супротивника.

Наприкінці 1960-х американські військові мали у В'єтнамі відчутні технологічні переваги. Яскравим прикладом цього є озброєння. Воно могло використовуватися піхотою або як тактична підтримка авіацією чи артилерією, і тому польові командири мали значну вогневу міць для ураження противника. Якщо чисельність ворогів перевищувала чисельність союзників під час воєнної операції, то повітряна й артилерійська підтримка швидко вирівнювала сили. Ще одним елементом технічної переваги США у В'єтнамі було використання гелікоптерів, які забезпечували повітряну мобільність й уседосяжність. Це було безпрецедентно для воєнного досвіду США, бо давало змогу проводити розвідку і доставку боєприпасів з повітря, забезпечувало пересування військ повітрям і отримання тактичної переваги, вчасну евакуацію поранених і поповнення запасів. Фактично, першим повним бойовим підрозділом армії США, відправленим до В'єтнаму, була 1-ша Кавалерійська (аеромобільна) дивізія.

Медична і психіатрична допомога в армії США

Третьою складовою, що позитивно впливала на збереження життя військових у В'єтнамі, була доступна високоякісна медична допомога. Від початку війни американські військові доклали всіх зусиль для забезпечення того, щоб війська отримували своєчасну й складну медичну допомогу, зокрема, і психіатричну, незважаючи на вороже фізичне середовище і географічну віддаленість В'єтнаму. Нарощування медичних підрозділів в армії завершилось у 1968 році, на той час діяло 11 евакуаційних, 5 польових і 7 хірургічних госпіталів. Ці заклади, а також 6-й Реабілітаційний центр у Камрані, мали 5 283 ліжко-місця [31]. Найголовніше, що гелікоптери надали нові можливості для швидкої допомоги — вчасної евакуації поранених до місць отримання найнеобхіднішої медичної допомоги. Ці зусилля зумовили те, що вдалося досягнути значних успіхів у скороченні втрат. Порівняння співвідношення загиблих і поранених у бойових діях свідчить про перевагу медичної допомоги у В'єтнамі (у Другій світовій війні співвідношення було 1:3, у Кореї — 1:4,1, у В'єтнамі — 1:5,6) [31].

Організація і підготовка військових психіатрів для В'єтнаму

Після початку мобілізації у 1965 році військові психіатри та інший персонал сфери охорони психічного здоров'я були швидко призначені та розосереджені по всьому театру бойових дій. Протягом чотирьох пікових років (1967–1970) приблизно 23 посади психіатра були доступні щорічно. При плануванні боротьби у В'єтнамі Медичний департамент припускав, що найбільшою психологічною загрозою військовим буде досягнення «критичної точки» тими солдатами, які зазнали впливу стійкого вогню противника (наприклад, «бойова втома» або ж по-сучасному «реакція бойового стресу»). В очікуванні великої кількості таких випадків було оприлюднено філософію лікування, розроблену й удосконалену під час Другої світової війни і війни у Кореї (доктрину, що була описана раніше) [8], а також визначена політика і створена організаційна структура [36], що ґрунтувалися на попередньому досвіді. Ця система віддавала перевагу психіатричній допомозі у бойових підрозділах, хоча їх частка була меншою за 20 % від усього контингенту військ у Південному В'єтнамі [30]. Військові планувальники були не лише впевнені, що ця система сприятиме збереженню військової сили, вони також вірили, що це сприятиме зниженню захворюваності у постраждалих вояків. Ця система зосереджувалася на призначенні психіатрів у бойові частини (як дивізійних психіатрів) або до опорної медичної частини бойового підрозділу, як правило, у госпіталь або спеціалізоване психіатричне відділення.

Обов'язки дивізійних психіатрів. Протягом усієї війни тільки бойові підрозділи, що складалися з 15–20 тисяч військових, мали власні медичні служби і приписаних до них психіатрів (як і інший персонал з охорони психічного здоров'я). Це пояснювалося потребою забезпечення психіатричного лікування максимально наближено до бойових частин [7]. Це також давало змогу психіатрам бути в складі штабних офіцерів і консультувати командний склад із питань бойового духу і стану психічного здоров'я («консультування командування»).

Обов'язки психіатрів у госпіталі. Крім того, у В'єтнамі психіатри й інший персонал признача-

лися до армійських госпіталів або двох спеціалізованих психіатричних відділень (98-го і 935-го). Ці медики здебільшого виконували клінічні функції і перебували у підпорядкуванні вищих офіцерів медичної служби Медичного командування Армії США у В'єтнамі (U.S. Army Medical Command Vietnam), яке скорочено називали USAMEDCOMV. Пріоритетом для цих психіатрів було забезпечення стаціонарного лікування за направленням від бойових підрозділів або ж структур первинної медичної допомоги. Спеціалізовані психіатричні відділення, які були додатковими відділеннями госпіталів, пропонували більш тривале лікування (до 30 днів), а також слугували перевальними центрами для евакуації з країни солдатів, які потребували стороннього догляду. Психіатри й інший персонал також мали надавати амбулаторну допомогу (наприклад, через Консультаційну службу з питань психічного здоров'я) військовим із не бойових підрозділів на регіональній основі. Оскільки відділення психіатричної допомоги не належали до складу командної структури цих підрозділів, то надання «консультацій командуванню» щодо психічного здоров'я було менш передбачуваним, ніж у бойових підрозділів.

На сім повних бойових підрозділів, розгорнутих у В'єтнамі, припадало одне психіатричне відділення, по одному відділенню було відкрито в кожному з евакуаційних і польових госпіталів. Вони були заповнені залежно від наявності психіатрів і потребі у них. Також протягом більшої частини війни функціонували два армійські психоневрологічні спеціалізовані центри, в кожному з яких було по три психіатри. Більше того, головний психіатр перебував на штабній посаді у Головному штабі Армії США у В'єтнамі як психоневролог-консультант головнокомандувача армії та головного хірурга. Головні функції цього консультанта такі: координація психіатричних закладів і планування програм, що потребувало тривалих поїздок по всьому В'єтнаму для відвідування психіатрів і програм; здійснення клінічного керівництва; консультування старших воєначальників щодо психіатричних проблем.

Навчання і підготовка лікарів, зокрема психіатрів, які отримували призначення у В'єтнам, також зосереджувалися на можливостях солдатів витримати бій, соціальних, фізичних та емоційних причинах нервових зривів унаслідок безперервних обстрілів і запобіганні значної кількості психіатричних проблем у військових, які брали участь у бойових діях (як це відбувалось у війнах, що передували В'єтнамській). Такого підходу дотримувались у навчальних програмах, які реалізовувались у США на базі госпіталю імені генерала Волтера Ріда (Вашингтон) і госпіталю імені генерала Леттермена (Сан-Франциско, Каліфорнія). Ці програми розкривали принципи профілактики та лікування бойових стресів. Також відбувалось навчання щойно призваних лікарів-психіатрів, які здобули цивільну освіту та мали бути командировані до В'єтнаму. Вони отримали базову інформацію про військову психіатрію у Школі польової медичної допомоги Армії, розташованій у Форті Сем Г'юстон (Сан-Антоніо, Техас). Їхня підготовка складала лише кілька годин загальних настанов з військової психіатрії, насамперед, пов'язаної з патогенезом, симптомами і подоланням бойового виснаження [37], а також організацією психіатричної допомоги в бойових підрозділах [38].

Порівняна рідкість класичного бойового виснаження у В'єтнамі

Із часом стало очевидно, що очікування значної кількості випадків бойового виснаження, які мали б статися у В'єтнамі, не виправдалися. Єдиним оглядом психіатричних проблем у В'єтнамській війні є публікація Дел Джонса і Джонсона, в якій не наведено загальної статистики про бойове виснаження під час воєнних дій [7], хоча вона й збиралась USAMEDCOMV [9]. Ці автори свідчать, що поширеність випадків бойового виснаження під час війни була «надзвичайно низькою» [7, с. 53], але вони ж вносять деяку плутанину, називаючи всіх госпіталізованих психіатричних пацієнтів у В'єтнамі як таких, чиї проблеми зумовлені бойовими діями. Вони також визнають, що збір і порівняння статистики захворюваності бойовим виснаженням у В'єтнамі та між війнами є проблематичним з огляду на розбіжності у діагностичних критеріях. Боман (Boman), австралійський психіатр, зробив повоєнний аналіз військової психіатричної практики у В'єтнамі. Він продемонстрував значну діагностичну плутанину у літературі та вважав, що американські військові психіатри система-

тично, хоча й ненавмисно, помилково визначали психологічні проблеми, пов'язані з участю у бойових діях, як розлади характеру, що зумовило невідповідні адміністративні чи дисциплінарні рішення, а також хибне применшення рівня захворюваності [39]. Єдиний офіційний звіт щодо медичного досвіду Армії США у В'єтнамі (який охоплює період до травня 1970 року, тобто дві третини війни) підготував генерал-майор Спарджен Ніл (Spurgeon Neel), проте й у ньому не згадано бойове виснаження або інші форми психопатології, зумовленої участю у бойових діях [31].

Збиранню інформації щодо бойового виснаження у В'єтнамі також перешкоджає та обставина, що таке виснаження є зворотною, пов'язаною зі стресом психосоматичною регресією, яка за умови раннього й ефективного лікування минає протягом кількох днів. Унаслідок цього чимало випадків виснаження лікувалися на базових рівнях допомоги й не включались до статистики про госпіталізацію [40, 41]. Приблизний рівень поширення CSR може бути визначений шляхом порівняння кількості тих, хто був госпіталізований із CSR, із кількістю тих, хто мав інші психіатричні розлади. У публікації Колбаха і Періша (Colbach і Parrish) про діяльність Армії США з охорони психічного здоров'я у В'єтнамі протягом перших двох третин війни наведено дані, що 7 % від усіх госпіталізованих із психіатричними розладами мали діагноз CSR, однак автори не зазначають джерело інформації [6]. Конкретніші дані, які стосуються короткого періоду 1965–1966 років, наводить майор Петер Борне (медичний корпус, головний нейропсихіатр, дослідницька команда WRAIR). Порівнюючи дані за перші шість місяців 1966 року Армії США про психіатричну госпіталізацію у В'єтнамі з тими, що мала армія Республіки В'єтнам, Борне говорить про 6 % госпіталізованих із діагнозом бойового виснаження [9]. Капітан Бирди (Byrdy), медичний корпус, дивізійний психіатр у 1965–1966 роках у 1-й Кавалерійській (аеромобільній) дивізії, стверджує, що справжній рівень поширення CSR у його підрозділі становив 1,6/1000 військовослужбовців на рік; проте додає: «Звернення [до дивізійного психіатра] залежить від тактичної ситуації підрозділу, [і] важко визначити, якою є справжня частота захворювання» [41, с. 50]. Але ці дані узгоджуються з інформацією про надзвичайно низьку захворюваність у першій половині або двох третинах війни. На додачу до цього, під час проведеного після війни опитування психіатрів, які служили в армії у В'єтнамі, 32 % респондентів повідомили, що вони лише зрідка стикались із психіатричними розладами, зумовленими участю в бойових діях [27]. Ці дані наведено тут не для того, аби сказати, що спеціалізоване лікування бойового виснаження не було проблемою у В'єтнамі, просто воно відбувалося не в такому обсязі, як очікувалось, і перебувало у тіні інших непередбачуваних психіатричних розладів і поведінкових проблем.

Бойовий дух під час фази нарощування: консенсус на батьківщині та братерство у В'єтнамі

Під час перших трьох років війни в Америці досить поступово зростала опозиція цій війні, натомість як потреба відбору та призову солдатів для служби у Південно-Східній Азії набирала обертів. Оскільки частини Резерву та Національна гвардія були вилучені з переліку тих, кого відправляли до В'єтнаму протягом усієї війни, Сухопутні війська складалися з кадрових військовослужбовців, призовників і добровольців (зокрема тих, хто був умотивований призовом). Хоча у перші роки бойові дії могли бути досить інтенсивними, а міста та сільська місцевість не відзначалися безпечністю, військові, які воювали у В'єтнамі, мали високий бойовий дух і усвідомлювали мету свого перебування у В'єтнамі. Більше того, виснаження через психіатричні чи поведінкові проблеми було надзвичайно низьким порівняно з попередніми конфліктами. Це було трохи дивно з огляду на знесилювальний характер віддаленого, екзотичного, ворожого, тропічного середовища, а також на партизанську тактику супротивника і його вперту рішучість [42].

Протягом усієї війни солдати, які воювали у В'єтнамі, стикалися з певними особливостями воєнних дій, що відрізнялися від попередніх війн і безумовно впливали на бойовий дух. Наприклад, на ведення бою суттєво впливало те, що завдяки гелікоптерам Сухопутні війська США були мобільними; невловимість противника та неспроможність вести постійний прицільний вогонь із закритих позицій (як в артилерії і бойовій авіа-

ції); та особливо американська стратегія війни на виснаження на противагу стратегії контролю над територією. Психосоціальний комплекс «заднього» («тиловика») був рідкісним. Американські війська, як правило, влаштовували бойові дії, з легкістю добираючись до місця бою на гелікоптерах з географічно ізольованих, постійних і відносно безпечних територій. Ще однією незвичайною особливістю цієї війни, порівняно із попередніми, була висока частка підрозділів бойового забезпечення та обслуговування військ проти бойових підрозділів (5:1).

Для того, щоб зрозуміти стреси та стійкість військових у В'єтнамі, також слід взяти до уваги впливи вербування, призову (і зумовлені цим стреси) та політики заміщення військових, що ґрунтувались на однорічному терміні служби. Такий термін мав на меті применшити стрес, бо солдати мали б сприймати свої зобов'язання і ризики як обмежені в часі [9, 31]. Однак із плином подій постійне заміщення та надзвичайне виснаження досвідчених військовослужбовців (зокрема й офіцерів і уорент-офіцерів) у зоні бойових дій негативно позначилося на відданості і згуртованості і, отже, на стані бойового духу [29, 30]. Попри це, за словами генерала Вестморленда (Westmoreland), командувача військ США у В'єтнамі (COMUSMACV — Commander, US Military Assistance Command, Vietnam), війська, які воювали у В'єтнамі під час фази нарощування, були «найстійкішими, найкраще навченими, найвідданішими американськими військовослужбовцями в історії» [43, с.34]. Бригадний генерал у відставці Маршал (Marshall), ветеран Першої світової війни і фронтовий спостерігач у Другій світовій війні та Кореї, після свого тривалого візиту в 1966 році прокоментував стан армії у В'єтнамі так:

> Моя загальна оцінка, що бойовий дух військ і рівень дисципліни в армії були вищими, ніж я бачив їх у будь-якій із наших воєн. Там не бракувало волі до боротьби, і середній солдат витримував бойовий стрес краще, ніж будь-коли раніше [43, с. 34].

Дуже корисними для розуміння бойового духу, стресу та психологічної адаптації солдатів, які служили в перші роки, є спостереження та інтерпретації військового соціолога Чарльза Москоса (Charles Moskos), який перебував у В'єтнамі 1965-му й 1967 роках як військовий кореспондент. Москос засвідчує високий бойовий дух і вмотивованість попри суворі бойові протистояння з повстанцями та вкрай негостинну обстановку. Він вважав це зумовленим взаємопов'язаними чинниками: особистою зацікавленістю солдатів (яка підвищувалась завдяки системі однорічної ротації), відданістю іншим солдатам у безпосередній бойовій групі (визначальна взаємозалежність, умотивована функціональною метою виживання). Він також відзначив спільну віру в етику «справжніх чоловіків», а також «приховану ідеологію» відданості ідеалам США, що випливало з їхнього переконання стосовно переваг американського способу життя. Крім того, солдати, яких він вивчав, були особливо аполітичні та ворожо сприймали демонстрантів («привілейовані анархісти»), які мітингували у США на підтримку миру [44].

Також інформативними є коментарі психіатра-дослідника Борне про його одноманітне перебування у В'єтнамі. Він повідомив, що у ранні роки солдати підтримували позитивну мотивацію частково завдяки тому, що він називає «бойовим провінціалізмом».

> Вони не лише не переймаються політичними та стратегічними аспектами війни, вони також не зацікавлені в результаті будь-якої битви, яка не відбувається у їх безпосередній близькості. ... [Солдат] зберігає певну глибоку відданість і віру в ... невизначене позитивне явище, «американізм», що дає змогу йому виправдати своє відправлення у В'єтнам [9, с. 44].

Борне особливо позитивно відзначив однорічний термін служби солдатів для збереження високого бойового духу, але він також висловив стурбованість щодо негативного впливу цього терміну на «солідарність невеликого підрозділу» — традиційну систему захисту солдатів від бойового стресу.

Психіатричний огляд фази нарощування

У перші роки виснаження військ через психіатричні або поведінкові дисфункції було надзвичайно низьким, і це корелюється зі спостереженнями високого бойового духу та відданості. Частка медичної евакуації з В'єтнаму з психіатричних

причин (3–4 %) є меншою, аніж у Корейському конфлікті (6 %) і Другій світовій війні (23 %) [23]. Поширеність девіантної поведінки за цей же період також була низькою (наприклад, число солдатів, які потрапили у в'язницю, дорівнювало 1,15/1000 на рік, що є нижчим за очікуваний показник у 2,2) [4]. Деякі високопоставлені психіатричні спостерігачі армії пояснюють це низкою управлінських і профілактичних чинників, що захистили солдатів від психіатричних і поведінкових проблем: а) технологічна перевага та професіоналізм військових; б) фіксований однорічний термін служби; в) висока якість лідерства; г) належні постачання, устаткування і підтримка, особливо медична допомога [7, 23, 45, 46]. Інші також відзначають застосування вищезазначеної доктрини військової психіатрії [47, 48].

Хоча вживання алкоголю та зловживання ним розглядалось як звичний спосіб зняття напруги для цих солдатів [7], військові керівники і психіатри переймалися переважно вживанням військовими нелегальних наркотиків, особливо місцевої марихуани, що була легко доступна і дуже потужна. Згадані Сапол і Рофман, які провели опитування щодо вживання наркотичних речовин серед солдатів, які залишали В'єтнам у 1967 році, зауважують, що з 32 %, які визнали, що вони курять марихуану, 61 % почали це робити у В'єтнамі, і чверть із них були активними курцями (понад 20 разів за час однорічного терміну служби у В'єтнамі). Ці автори дійшли висновку, що вживання солдатами марихуани у В'єтнамі сягнуло такого ж рівня, як і серед їхніх цивільних однолітків [16]. Крім того, на думку Борна (Bourne), вживання марихуани майже не зумовило психіатричних проблем [9]. Також є свідчення про вживання опіатів у В'єтнамі, але вони не були такими чистими, як ті, що продавалися після 1970 року, і не були вживані солдатами в такій кількості, щоб скласти серйозну проблему для командування [17].

Військові психіатри спрямували значну увагу на такий психологічний феномен, як стадійний характер настроїв солдатів під час їхньої однорічної служби у В'єтнамі: а) «шок занурення» («бойове хрещення») і переляк; б) майстерність і зменшена турбота про дім, але з певними почуттями депресії, покірності та втечею у «гедоністичну псевдоспільноту»; в) зростання бойової спроможності та «синдром коротко строковика» [7, 49, 50]. Такий синдром виявляється через легкі форми неспроможності, що часто демонструють солдати, які беруть участь у бойових діях за кордоном, коли до відправки додому залишається 4–6 тижнів. Симптомами цього синдрому є: знижена терпимість і бойова неефективність; чимраз більший страх бути вбитим чи пораненим; похмурий, дратівливий, замкнений стиль поведінки. Це також спостерігалось у військових в Корейській війні, коли в середині 1950-х років там запровадили однорічний термін служби [51].

Загалом поширеність психіатричних і поведінкових розладів серед військового контингенту Армії США у В'єтнамі у перші роки була на тому ж рівні, як у тих, хто служив на батьківщині. Висловлювалося задоволення тим, що, на противагу попереднім війнам, від початку була організована адекватна психіатрична допомога [3, 8]. Стосовно цього Борн упевнено, хоч може й передчасно, заявив про кінець військово-медичних проблем із психіатричними розладами, спричиненими бойовими діями: «В'єтнамський досвід продемонстрував, що ми успішно ідентифікували основні кореляти психіатричного виснаження у зоні бойових дій» [47, с. 487].

Фаза нарощування: звіти психіатрів

Бойовий дух і впевненість військових психіатрів у перші роки війни у В'єтнамі також видаються високими. Ці припущення виходять із того, що чимало з них опублікувало власні професійні матеріали, і ці звіти демонструють задоволення своєю роллю. Загалом ці звіти відображають оптимізм і прагнуть переконати в ефективності як традиційної доктрини військової психіатрії у В'єтнамі, так і використання нових розроблених фармакологічних агентів (анксіолітиків і нейролептиків) та розширення принципів соціальної психіатрії («консультування командування»). Перегляд деяких заголовків публікацій дає уявлення про ті виклики, з якими зіткнулася психіатрія у перші роки війни (додаток 2.1).

Два військові психіатри — капітан Бланк (Blank) і капітан Блох (Bloch), які служили під час фази нарощування і опублікували свої матеріали, вважали, що зростання в США опозиції війні суттєво не вплинуло на їхніх пацієнтів. Бланк, який

ДОДАТОК 2.1

ДЕЯКІ ПУБЛІКАЦІЇ (ЗОКРЕМА, ЗВІТИ ДОСЛІДЖЕНЬ) ВІЙСЬКОВИХ ПСИХІАТРІВ, ЯКІ СЛУЖИЛИ ПІД ЧАС ФАЗИ НАРОЩУВАННЯ

Рік служби у В'єтнамі	Кількість тих, хто мав публікації/Загальна кількість військових психіатрів, які служили у В'єтнамі (у %)*	Публікації
1965	1/7 (14,2 %)	Huffman RE. Which soldiers break down: a survey of 610 psychiatric patients in Vietnam. *Bull Menninger Clin*. 1970;34:343–351. Bourne PG. Urinary 17-OHCS levels in two combat situations. In: Bourne PG, ed. *The Psychology and Physiology of Stress: With Reference To Special Studies of the Viet Nam War*. New York, NY: Academic Press; 1969: 95–116. Research report.
1966	6/16 (37,5 %)	Conte LR. A neuropsychiatric team in Vietnam 1966–1967: an overview. In: Parker RS, ed. *The Emotional Stress of War, Violence, and Peace*. Pittsburgh, Penn: Stanwix House; 1972: 163–168. Johnson AW. Psychiatric treatment in the combat situation. *US Army Vietnam Med Bull*. 1967;January/February:38–45. Jones FD. Experiences of a division psychiatrist in Vietnam. *Mil Med*. 1967;132:1003–1008. Dowling JJ. Psychological aspects of the year in Vietnam. *US Army Vietnam Med Bull*. 1967;May/June:45–48. Tischler GL. Patterns of psychiatric attrition and of behavior in a combat zone. In: Bourne PG, ed. *The Psychology and Physiology of Stress: With Reference to Special Studies of the Viet Nam War*. New York: Academic Press; 1969: 19–44. Kenny WF. Psychiatric disorders among support personnel. *US Army Vietnam Med Bull*. 1967;January/February:34–37.
1967	12/22 (54,6 %)	Roffman RA, Sapol E. Marijuana in Vietnam: a survey of use among Army enlisted men in two southern corps. *Int J Addict*. 1970; 5:1–42. Research report. Anderson JR. Psychiatric support of the 3rd and 4th Corps tactical zone. *US Army Vietnam Med Bull*. 1968; January/February:37–39. Baker WL. Division psychiatry in the 9th Infantry Division. *US Army Vietnam Med Bull*. 1967; November/December:5–9. Bloch HS. Brief sleep treatment with chlorpromazine. *Comp Psychiatry*. 1970;11:346–355. Bostrom JA. Management of combat reactions. *US Army Vietnam Med Bull*. 1967; July/August:6–8. Casper E, Janacek J, Martinelli H. Marijuana in Vietnam. *US Army Vietnam Med Bull*. 1968; September/October:60–72. Evans ON. Army aviation psychiatry in Vietnam. *US Army Vietnam Med Bull*. 1968; May/June:54–58. Fidaleo RA Marijuana: social and clinical observations. *US Army Vietnam Med Bull*. 1968;March/April:58–59. Gordon EL. Division psychiatry: documents of a tour. *US Army Vietnam Med Bull*. 1968;November/December:62–69. Motis G. Psychiatry at the battle of Dak To. *US Army Vietnam Med Bull*. 1968; March/April:57. Pettera RL, Johnson BM, Zimmer R. Psychiatric management of combat reactions with emphasis on a reaction unique to Vietnam. *Mil Med*. 1969;134:673–678. Talbott JA. The Saigon warriors during Tet. *US Army Vietnam Med Bull*. 1968;March/April:60–61.

*У цю кількість не входять дослідницькі звіти, хоча вони й містяться в колонці «Публікації».

служив у початкові роки війни (1965–1966), прокоментував:

> Чи були проблемою для солдатів невизначеності щодо війни? Відповідь проста: «Ні». Я не бачив жодного пацієнта, у якого первинною причиною візиту до мене був якийсь конфлікт щодо війни [41, с. 58].

Блох, який служив двома роками пізніше (1967–1968) у тому самому районі, що й Бланк, зазначав, що у його досвіді вагання солдатів щодо моральності конфлікту зумовлювалися психологічними конфліктами дов'єтнамського періоду [40]. Однак, зважаючи на подальші події, очевидно, що у цей час позитивний бойовий дух у В'єтнамі почав спадати.

Перехід від нарощування військ до їхнього виведення (1968–1969)

Несподіваний наступ «Тет» у 1968 році та відчуття програної війни

Для Збройних сил США у В'єтнамі 1968 рік був найкривавішим (убито 16 592 особи), а події у самих США та у Південно-Східній Азії стали переломним моментом для американських настроїв щодо досягнення військових цілей. Лише протягом травня загинуло 2 тисячі американців — найбільша за всю війну кількість втрат за місяць [52]. 13 червня стало тим днем, коли загальна тривалість участі американців у бойових діях стала найдовшою за всі попередні війни. Однак найбільш негативний вплив мала наступальна операція ворога «Тет» (Tet). Вранці 31 січня партизанські загони порушили перемир'я на честь Тет (Нового року за місячним календарем) і розпочали скоординовані атаки на великі і малі міста в усьому Південному В'єтнамі. Хоча комуністичні сили зазнали надзвичайних втрат і мало здобули у військовому плані, політичне значення цих дій було надто важливим. Чимало хто вважає, що американські ЗМІ неправильно тлумачили ці події як сигнал поразки США і спровокували зміну громадської та політичної підтримки війни [53]. Разом із тим, ці атаки, а також місячна кривава битва за відвоювання Х'ю і тривала облога морської бази в Хе Сан зумовили появу в США відчуття, що цю війну неможливо виграти. Ворог відкидав твердження адміністрації Джонсона щодо неминучої поразки й почувався досить упевнено по всій країні попри значні людські й фінансові втрати. Унаслідок цього заклики до завершення війни стали вкрай наполегливими і почали домінувати над іншими міркуваннями.

Тридцять першого березня 1968 року президент Джонсон оголосив про бомбардування Північного В'єтнаму як прелюдію до мирних перемовин. Він також задекларував свою відмову від участі у наступних виборах через цю війну. За 10 днів він повідомив, що генерал Крейгтон Абрамс (Creighton Abrams) заступив згадуваного генерала Вільяма Вестморленда (William Westmoreland) і займає пост командувача військ США у В'єтнамі. Проте минув ще рік, допоки у середині 1969-го перші військові підрозділи були змушені вийти з Південного В'єтнаму. Америка почала відступати, однак бойові дії тривали на тлі нещирих мирних перемовин і ротації військового контингенту (хоча після 1969 року заміщення відбувалось у менших кількостях), а також зростаючих антивоєнних конфронтацій у США. Війна набула надокучливого, агонізуючого, безвихідного характеру, і брак реальних свідчень прогресу прислужився поширенню відчуття марності цієї війни та фрустрації від неї.

Невдовзі затяжний характер антипартизанської війни почав негативно впливати на тих військових, які прибували сюди на заміну. Наростання деморалізації та розколу в основні роки війни особливо виявляло себе у расових інцидентах і поширенні вживання наркотиків (передовсім марихуани, а також стимулянтів і барбітуратів, які були в продажу). Дані правоохоронних органів демонструють зростання на понад 260 % кількості тих солдатів, які мали у користуванні або вживали марихуану, упродовж 1968 року порівняно з попереднім роком [30]. Окрім того, почастішали випадки надмірної агресії (жорстокості) під час бою. За Рональдом Спектором (Ronald Spector), який служив істориком у морських силах у В'єтнамі (1968–1969 роки):

> Коли війна вступила у третій і четвертий роки, престиж виконання місії дедалі менше щось означав для чоловіків, які більше не розуміли вели-

кої мети своєї місії і не бачили кінця безперервному патрулюванню, зачисткам, засідкам, які спричинювали лише ще більшу небезпеку, дискомфорт і втрати [30, с. 6].

Спектор відзначав, що глухий кут війни у В'єтнамі нагадував криваву війну в траншеях під час Першої світової, коли обидві сторони значною мірою недооцінювали одна одну [30, с. 314].

Журналіст Стерба (Sterba) поділився спостереженнями про зміни у демографії і особливо у ставленні до війни серед солдатів, які подалися воювати у В'єтнамі у 1969 році. Він продемонстрував, як розгортання політичних подій у США зумовило швидкий перехід від романтизму й ідеалізму початку війни до уявлень про «ненависну надокучливу боротьбу», у якій основним прагненням солдатів став самозахист:

Було невдоволення тих, хто потрапив сюди у 1969 році, — вони походили з тієї Америки, яку їхні командувачі бачили лише зі своїх вікон у Пентагоні. Вони пережили американський жах 1968 року, що визначив ту війну, в якій вони зараз воювали, року повстань та розколів, терористичних актів і Чикаго, року, коли відкрилась американська виразка [59, с. 447].

Психіатричний огляд перехідної фази

В офіційному огляді медичного досвіду Армії США у В'єтнамі в період до травня 1971 року відзначено щорічне зростання кількості випадків психіатричних розладів, починаючи з 1969 року (з 13,3/1000 у 1968 році до 25,1/1000 у першому кварталі 1970-го). Важливо не забувати, що це зростання не співвідноситься зі зменшенням кількості поранених, тобто тим показником, за яким традиційно вимірювали інтенсивність бойових дій; така кореляція підтверджувалась під час попередніх війн [31].

Головний автор цього звіту генерал Сперджеон Неель (Spurgeon Neel) пов'язував це нетипове зростання психіатричних розладів із протистояннями серед різних груп солдатів на расовому чи політичному ґрунті, культурою вживання наркотиків, а також зі збільшенням вживання нелегальних наркотиків у В'єтнамі. Однак, оскільки цей звіт охоплює лише дві третини періоду війни і не був опублікований аж до 1973 року, коли вивели війська, цей документ не зумів вчасно висвітлити повну й досить жахливу картину.

У 1970 році полковник Мет'ю Періш (Matthew Parrish), військовий консультант-психіатр головного хірурга, та майор Едвард Колбах (Edward Colbach), помічник консультанта (обидва служили у В'єтнамі), опублікували більш своєчасний звіт, у якому висловили своє занепокоєння кількостю психіатричних розладів у В'єтнамі в період до середини 1970 року. На їхню думку, це сталось унаслідок зростання протистоянь на расовому ґрунті та загального зменшення розуміння солдатами цілей війни.

Вони слушно передбачали, що наміри почати виведення військ із В'єтнаму призведе до зростання психіатричних проблем у тих, хто щойно розпочав там свою службу [6]. Проте, попри це застереження, у В'єтнамі не відбулося структурних змін в організації охорони психічного здоров'я, а також модифікацій у відборі, підготовці та відправленні персоналу психіатричних служб, який прибував за ротацією на театр бойових дій.

Стентон [17] наводить інформацію про відчутне зростання вживання більшості наркотиків (на підставі порівняння опитування про особливості вживання наркотиків, проведеного наприкінці 1969 року серед солдатів, які залишали В'єтнам, із результатами опитування 1967 року, проведеного Саполом і Рофманом). Стентон, однак, стверджує, що марихуана й інші наркотики могли сприяти деяким військовим функціонувати в умовах стресової бойової обстановки та туги за домом.

У Військово-морських силах США, які воювали у В'єтнамі, за твердженням капітан-лейтенанта Дж. А. Реннера-мол. (J. A. Renner Jr., психіатр, який служив у 1969 р. у В'єтнамі), спостерігалось подібне зростання дисциплінарних проблем, зокрема расових сутичок, нападів на старших за званням, вживання наркотиків, а також збільшення кількості тих, у кого діагностували поведінкові розлади («приховані втрати»).

Він висловив стурбованість з приводу поспішної оцінки військовими психіатрами рівня психіатричних розладів під час війни як низького [60]. (Він не друкував свій матеріал аж до 1973 року, допоки військові моряки не залишили В'єтнам).

Перехідна фаза і звіти психіатрів

Військові психіатри, які служили в ці роки, переважно не заохочувалися до публікацій інформації про свій професійний досвід у В'єтнамі порівняно з тими, хто служив під час фази нарощування. Заголовки наштовхують на думку про зростання уваги до викликів, пов'язаних із вживанням наркотиків солдатами та іншими проблемами бойового духу, а також небойовими проблемами. Проте для більшості із цих психіатрів розбіжності між військовими різних рангів не були предметом для занепокоєння (додаток 2.2).

Фаза виведення військ (1969–1972): війна Річарда Ніксона

Друга половина цієї війни мала принципово інший характер, аніж перша. На той момент, коли в січні 1969 року Президент Ніксон замінив Президента Джонсона, США воювали у В'єтнамі вже чотири роки. Ніксон пообіцяв «мир із честю», перемовини із ворогом і поступове виведення військ. При цьому йому доводилось протистояти сильній суспільній нетерпимості, а інколи і брутальним протестам в Америці [61]. Після заміни командування у В'єтнамі військову стратегію виснаження змінили на стратегію оборони, спрямовану на безпеку певних територій і «в'єтнамізацію» бойових дій. Наступальні дії противника також зменшились. Загалом, чисельність американських військ була найбільшою у середині 1969-го — 543 тисячі, й упродовж наступних трьох років скорочувалась, допоки всі війська не були виведені. Американські військові операції, в яких брав участь батальйон або більший військовий підрозділ, поступово скорочувались, починаючи із середини 1968 року [62]. Та попри скорочення воєнних операцій і нерегулярні мирні перемовини, американські військові

ДОДАТОК 2.2

ДЕЯКІ ПУБЛІКАЦІЇ (ЗОКРЕМА, ЗВІТИ ДОСЛІДЖЕНЬ) ВІЙСЬКОВИХ ПСИХІАТРІВ, ЯКІ СЛУЖИЛИ ПІД ЧАС ПЕРЕХІДНОЇ ФАЗИ

Рік служби у В'єтнамі	Кількістьсть тих, хто мав публікації/Загальна кількість військових психіатрів, які служили у В'єтнамі (у %)*	Публікації
1968	3/22 (13,6 %)	Colbach EM, Crowe RR. Marijuana associated psychosis in Vietnam. *Mil Med*. 1970;135:571–573. Colbach EM, Willson SM. The binoctal craze. *US Army Vietnam Med Bull*. 1969;March/April:40–44. Forest DV, Bey DR, Bourne PG. The American soldier and Vietnamese women. *Sex Behav*. 1972;2:8–15. Postel WB. Marijuana use in Vietnam: a preliminary report. *US Army Vietnam Med Bull*. 1968;September/October:56–59.
1969	2/22 (9,1 %)	Bey DR. Change in command in combat: a locus of stress. *Am J Psychiatry*. 1972;129:698–702. Bey DR, Smith WE. Organizational consultant in a combat unit. *Am J Psychiatry*. 1970;128:401–406. Bey DR, Zecchinelli VA. Marijuana as a coping device in Vietnam. *Mil Med*. 1971;136:448–450. Master FD. Some clinical observations of drug abuse among GIs in Vietnam. *J Kentucky Med Assn*. 1971;69:193–195. Stanton MD. Drug use in Vietnam. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26:279–286. Research report.

*У цю кількість не входять дослідницькі звіти, хоча вони й містяться в колонці «Публікації».

продовжували гинути (15 316 смертей упродовж 1969–1972 років).

У 1969 році американське суспільство із жахом дізналося про те, що в 1968 році підрозділ Армії США знищив кілька сотень в'єтнамських мирних жителів у селищі Мі Лай. Хоча й раніше подекуди повідомляли про факти жорстокості американських військових, проте саме цей інцидент утвердив найгірші страхи громадської думки щодо беззмістовності та деструктивності війни.

«Американська війна» стала затяжною, безвихідною та надто дорогою; відчуття національних завдань швидко втрачалось. Більше того, залишення сподівань на перемогу у В'єтнамі мало дуже потужний негативний вплив на країну та Армію США як суспільний інститут [64–66]. Особливо це стосувалося тих, кому випала доля служити в період виведення військ із В'єтнаму і від кого очікувалась участь у бойових діях під час відходу на тлі тиску з дому стосовно протидії війні та військовим [62]. Одночасне ведення війни та пошук миру з ворогом підривали відданість солдатів (порівняно з тими, хто служив у перші роки війни). Відданість замінилась на відчуження, невдоволеність і спад бойового духу. У ретроспективі поступове зростання рівня психіатричних розладів і поведінкових проблем упродовж 1968–1969 років сигналізувало про масове наростання невдоволення та незгоди серед військового контингенту.

Культурна поляризація в Америці і війна у В'єтнамі

Для повного розуміння психологічних чинників, які впливали на солдатів у В'єтнамі, необхідно згадати про потужні та почасти дуже конфліктні протистояння різних культур у США наприкінці 1960-х — на початку 1970-х років. Доцільно вивчати історію не лише крізь призму національного досвіду після Другої світової війни та подальшого протистояння у вигляді «Холодної війни» між США та колишнім Радянським Союзом, а й з огляду на появу телевізійного висвітлення війни, вбивство Президента Джона Кеннеді у 1963 році та зростання покоління «бебі-бум» після Другої світової війни.

Роки, на які припала В'єтнамська війна (1965–1975), — це болісний мінливий період в американській історії. Урядові структури, почасти й військові, зіткнулися з низкою вагомих викликів. Зокрема це: а) зростання рухів за права людини і права темношкірих; б) поява «нових лівих» і молодіжної контркультури («розрив поколінь»); в) на противагу останнім сформувався рівноцінно запальний і активний консервативний прошарок. Затяжна і дорога війна у В'єтнамі, з її аргументами «за» і «проти», була відправною точкою для пристрастей та амбіцій. Ці три рухи, підживлені зростанням вживання наркотиків, усіляко сприяли поширенню кризи серед військових загалом (безпрецедентній деморалізації та відчуженню) і у В'єтнамі зокрема. Їх синергетична взаємодія формувала підвалини для опору військовій службі серед тих, хто підпадав під призов.

Протидія війні з боку громадськості і політичний активізм. Із затягуванням ведення війни у США відбувалися дедалі більші та гучніші антивоєнні протести, мітинги, марші й демонстрації, інколи навіть бунти. Нова практика телевізійного висвітлення війни доносила до кожного помешкання в США питання вартості та політичного безладу у В'єтнамі. Це, імовірно, стимулювало появу в громадській думці сумнівів щодо виправдання війни, незважаючи на заспокійливі заяви Адміністрацій Джонсона і Ніксона.

Зростання незгоди громадськості з війною у В'єтнамі можна легко відстежити за результатами серії національних опитувань громадської думки, проведених Інститутом Геллапа у роки війни. На запитання «З огляду на розвиток подій після початку бойових дій у В'єтнамі, чи вважаєте ви, що США припустилися помилки, відправивши війська воювати у В'єтнам?» у 1965 році лише 25 % респондентів вважали американське втручання помилкою (натомість як 60 % відповіли «Ні»). У 1971 році ці частки помінялися місцями (60 % відповіли «Так», вважаючи, що це було помилкою, і лише 30 % не погодились із цим) [67].

Після висадки сухопутних військових підрозділів у березні 1965 року зросла потреба військового персоналу у В'єтнамі, і це призвело до стрімкого зростання призову на строкову службу. Наприклад, у 1965 році призов становив 120 тисяч, а впродовж 1966–1967 років він збільшився

у 2,5 рази. Із поглибленням протистояння війні саме питання призову опинилось в епіцентрі антивоєнних протестів, аж поки у 1973 році армія не перейшла на цілковито добровільну основу [30]. З кожним роком війни, коли була очевидною потреба більшого числа військових, додаткові умови звільнення від призову усувалися з метою збільшення числа тих, хто підлягав призову. У 1968 році задля приглушення стурбованості громадськості з приводу нерівності та непослідовності системи відбору для служби відбулася модифікація призову і його перехід на принцип лотереї (в основі якої — дата народження). Першого грудня 1969 року було проведено перший призов у такий спосіб. Попри те, що чоловіки знали про імовірність потрапити під призов залежно від дати народження, у тих, кого відібрали й відправили у В'єтнам за цією новою, рандомізованою системою, відчуття несправедливості було надзвичайно сильним [68]. Зрештою, чотири мільйони молодих людей не підпали під призов через свої високі номери у лотереї; понад 200 тисяч були звинувачені в порушенні призову [68].

Контркультура і молодіжний (студентський) опір війні у В'єтнамі. Опір діям США у В'єтнамі повільно розгортався у кампусах різних коледжів з 1964 року як частина ширшої хвилі студентського активізму. Крім різноманітних ліберальних поглядів набули популярності й такі ідеї, як «свобода слова», «вільне кохання», «мир», «роби свою справу». Серед засобів виявлення опору були: політичне представництво інтересів, громадянська непокора, сидячі страйки, диспути та загальне ненасильницьке протистояння наявному порядку речей.

Безперервність ланцюга надзвичайно приголомшливих подій засвідчила виникнення активного духу протиборства панівному ладу: вбивство Президента Кеннеді восени 1963 року; перше повстання у гетто влітку 1964 року; ескалація війни у В'єтнамі, що розпочалась у 1965 році, та вплив призову; вбивства у 1965 році кандидата в президенти Роберта Кеннеді та лідера боротьби за громадянські права, священика Мартіна Лютера Кінга; несподівана наступальна операція «Тет» та інші схожі військові провали у В'єтнамі в тому ж 1968 році. Наслідком стали загальна нетерпимість і роздратування мирними, пасивними заходами, спрямованими на поступові зміни, а також глибокий цинізм і недовіра до американських суспільних інститутів і «кожного, хто старше 30 років». «Покоління Вудстоку» (назване на честь величезного рок-фестивалю, проведеного в штаті Нью-Йорк у серпні 1969 року) та його «літо миру і любові» швидко перетворилося на вицвілі спогади, адже на заміну йому постали більш радикальні рухи із відвертішими й інколи насильницькими революційними підходами.

Опитування студентів, проведені в 1969 році, виявили, що хоча лише 2 % молоді у коледжах були помітними активістами, приблизно 40 % їхніх однолітків поділяли схожі протестні настрої, що підтверджує справжній розрив між поколіннями. З-поміж цієї більшої групи приблизно половина поділяла ідею про те, що американське суспільство є хворим, і визнавала втрату віри в інститути демократії. Дві третини схвалювали громадянську непокору як спосіб утвердження ідей, особливо антивоєнні протести й опір призову [69].

Виникнення руху за права темношкірих і расові заворушення. У 1948 році президент Гаррі Трумен увів у дію розпорядження, згідно із яким у національній військовій службі расова сегрегація мала бути цілком усунута. Відтоді багато здобутків темношкірих американців безпосередньо пов'язують із чоловіками та жінками, які служили в армії. Однак рух за громадянські права, який розгорнувся у 1960-ті роки, підвищив усвідомленість темношкірими солдатами наявних відмінностей у посадах і функціях темношкірих в армії (а також викликав звинувачення у дискримінації), особливо це стосувалося молодих солдатів і, зокрема, участі темношкірих у бойових діях і ризиках для них [62, 75].

Наприклад, у перші роки війни у В'єтнамі поставали питання, чи не є непропорційно великою частка темношкірих серед загиблих і поранених у боях. Насправді за період 1965–1966 років у кожному з батальйонів, що брали участь у боях, частка афроамериканців серед загиблих перевищувала частку афроамериканців у підрозділах. Проте ретельніший аналіз доводить, що частка темношкірих у військових підрозділах у В'єтнамі загалом не перевищувала частки цієї групи серед населення; вищі ризики для афроамериканців у В'єтнамі зумовлювалися не расовою політикою,

а різноманітними соціальними та культурними чинниками (наприклад, рівнем освіти та соціально-економічним статусом) [30]. Проте на початку 1967 року в армії розпочалося скорочення кількості темношкірих солдатів, які служили у В'єтнамі у піхотних, бронетанкових і кавалерійських підрозділах, і до середини 1969 року відсоток втрат серед темношкірих став майже таким самим, як і відсоток темношкірих у військових частинах у В'єтнамі.

Расове напруження в Америці стало вибухонебезпечним опісля вбивства священика Мартіна Лютера Кінга у квітні 1968 року. Расові протести і заворушення спалахнули у численних американських військових контингентах по всьому світу, зокрема й у В'єтнамі.

Найбільш сумнозвісним був інцидент у В'єтнамі в серпні 1968 року, коли темношкірі в'язні захопили військову в'язницю Лонг Бінь і утримували її майже місяць. Ці настрої збігались зі швидким розвитком більш радикального руху «чорної влади», який виступав за революцію «чорної гідності» та відкидав асиміляцію в американській культурі як одну з головних цілей для афроамериканців. Темношкірі військові професіонали часто опинялися на роздоріжжі між лояльністю до військової служби та підтримкою молодих темношкірих солдатів строкової служби, які виявляли непокору й очікували солідарності з ними у питаннях опору дискримінації. Із продовженням війни темношкіра молодь дедалі більше не сприймала жертви і ризики у війні, яку вона визнавала як таку, що має расовий характер (наприклад, проти інших «кольорових людей») [71, 72]. Вони відкидали цю війну як «війну білої людини» та демонстрували наміри повернутися додому задля того, щоб узяти участь у боротьбі проти репресій і расизму в Америці [73].

Опір солдатів і солдатський підпільний рух. Зі зростанням опозиції війні громадська думка в США про солдатів, які поверталися, змінювалась від прийняття до презирства. Через це багато з тих, хто вибрав або був направлений служити у В'єтнам, опинилися перед протиріччями стосовно питання, що вважати патріотичною, морально прийнятною поведінкою, а також меншою визначеністю відносно невід'ємних ризиків і поневірянь, із якими стикаються тут. Джонстон і Бахман (Johnston і Bachman) [74] порівняли результати опитувань, проведених навесні 1969-го й улітку 1970 року серед тих, хто підлягав призову, стосовно їхніх планів і ставлення до військової служби. За цей короткий проміжок часу більшість перейшла від ототожнення себе із політичними і військовими стратегіями США у В'єтнамі до відчуження від значної частки суспільства, уряду і дій США тут [74]. У період з 1964-го по 1974 роки у чотири рази зросла кількість тих, хто перебував у самовільній відлучці, та дезертирів, що може свідчити про зростання опозиції війні в ході її проведення [75].

Організована протидія війні серед військових виникла не раніше 1967 року та зникла 1973 року, коли бойові підрозділи залишили В'єтнам. Розвивалася ця протидія повільно, адже для її стимулювання потрібна була комбінація із тривог ветеранів, що повертались, та опору призовників. З часом виникло своєрідне зачароване коло, коли ветерани публічно відкидали свій досвід служби у В'єтнамі, інколи навіть вступаючи до лав антивоєнних протестних організацій, як-от «Ветерани В'єтнаму проти війни». Це, своєю чергою, заохочувало майбутніх солдатів противитися службі у В'єтнамі. У США цей антивоєнний рух опору тих, хто вступав на службу, та призовників поширювався через солдатські кав'ярні «альтернативної культури», підпільні газети (за оцінками, їх поширювали на 300 базах) [51, с. 234], антивоєнні петиції та підтримку з боку цивільних антивоєнних груп.

Як виявилося згодом, більшість солдатів у В'єтнамі не належали до справжніх антивоєнних протестувальників, і загалом рух солдатського опору мав незначний успіх [76]. Антивоєнний рух серед військових у час в'єтнамських подій не набув революційного розмаху через низку причин, зокрема через брак цивільного населення у В'єтнамі, що симпатизувало б йому. Проте поява цього руху була особливим явищем в історії США, і дехто вважає, що він пришвидшив вихід із війни [51]. Інші твердять, що він заохотив ворогів до переривання мирних перемовин, а отже, і продовження війни. Як би там не було, військові та урядові керманичі були досить стурбовані наслідками цього опору.

Поширення культури наркотиків і її вплив на солдатів, командированих до В'єтнаму.

У 1960-ті роки у США швидко зросло вживання нелегальних наркотиків, особливо психоделіків і марихуани, серед підлітків і молодих людей, що також впливало на формування інакомислення цієї групи. Різноманітні дослідження, проведені під час війни у В'єтнамі, порівнюють вживання наркотиків солдатами та їхніми цивільними однолітками. Наприклад, загальнонаціональне дослідження вживання психоактивних речовин молодими чоловіками наприкінці війни у В'єтнамі засвідчує, що пік епідемії наркоспоживання припадав на 1969–1973 роки і що ветерани, незважаючи на те, де вони служили, мають такий само рівень споживання, як і не-ветерани [77]. Що стосується військових, які проходили службу в США, то опитування про вживання наркотиків, проведені у 1970, 1971 і 1972 роках в одному з американських військових гарнізонів у країні, засвідчили як зростання частки респондентів, які заявили про вживання наркотиків у довійськовий період, так і зростання обсягів споживання та кількості постійних споживачів [78]. Дослідження практики вживання наркотиків серед 5482 чоловіків, які потрапили у списки рекрутованих і були приписані до 56 окремих військових підрозділів у США, виявило, що серед опитаних була чверть тих, хто визнав наявність досвіду вживання марихуани, амфетамінів, діетиламіду лізергінової кислоти (ЛСД) або героїну [79]. За два роки аналогічне опитування серед 19 948 нових військових призовників, проведене у січні-червні 1971 року, виявило, що третина мала досвід вживання наркотиків у цивільному житті [80].

Сапол і Рофман, які у 1967 році опитали 584 рекрутованих солдатів, які відправлялись у В'єтнам, виявили, що 31,7 % з них хоча б один раз вживали марихуану. Автори дійшли висновку, що рівень поширення відповідає тим даним, про які йдеться в публікаціях про дослідження серед студентської молоді [81]. Під час дослідження, проведеного за два роки, серед солдатів, які відправлялись до В'єтнаму або поверталися відтіля, Стентон виявив значне зростання кількості респондентів, які повідомили про вживання марихуани: 50,1 % серед тих, хто залишав В'єтнам (у 1967 році про це повідомили 28,9 % цієї самої категорії респондентів). Це пояснювалося переважно тим, що зростало споживання серед тих солдатів, хто прибували до В'єтнаму. Проте Стентон побачив, що серед рекрутованих солдатів, які залишали В'єтнам, зросло число активних споживачів наркотиків (29,6 % порівняно із 7,4 % у попередньому дослідженні). Разом із тим, у нього склалося враження, що зростання кількості випадків вживання марихуани у В'єтнамі переважно віддзеркалювало ріст вживання марихуани серед цивільної молоді [82].

Що стосується вживання героїну, то опитування, проведене у 1972 році серед 1007 військових у В'єтнамі, які не брали участі в бойових діях, і 856 солдатів, які служили в США, засвідчило, що 13,5 % солдатів у В'єтнамі та 14,5 % солдатів в Америці мали досвід попереднього вживання героїну. Автори порівнюють результати цього опитування з іншими опублікованими даними і доходять висновку про появу епідемії вживання героїну у В'єтнамі на початку 1970-х років, проте вважають, що будь-які твердження стосовно «унікальності цієї епідемії та те, що вона "інфікувала" багатьох звичайних американських солдатів, є некоректними і оманливими» [83]. Усі ці дослідження підтверджують, що молодші солдати, які потрапили на військову службу й були командировані до В'єтнаму, принесли свої звички вживання наркотиків із цивільного життя.

Дискусії щодо етики військової психіатрії

Зміна соціального та політичного клімату під час другої половини війни, особливо посилення антивоєнних та антивійськових настроїв, почала впливати на психіатрів і психіатрію та зумовила появу стурбованості щодо співпраці з військовими. На початку 1970-х років у професійній літературі почали точитися дискусії, як правило, дуже пристрасні, навколо етики тих психіатрів, які проводили психіатричний огляд призовників [84–85] або служили в армії, передовсім у В'єтнамі [39, 89–93]. Звинувачення на адресу військової психіатрії лунали як з боку тих психіатрів та інших лікарів, які служили у В'єтнамі, так і з боку тих, хто там не був [26].

Організації з охорони психічного здоров'я також ставили під сумнів офіційну політику щодо війни. Навіть якщо вони не ставили конкретних питань про етику колег у формі, вони, проте, висловлювали сумніви стосовно моральності дій

американських військових та уряду. У березні 1971 року 67 % респондентів опитування, проведеного Американською психіатричною асоціацією серед своїх членів, висловилися за припинення всіх військових дій США у В'єтнамі [94]. У липні 1972 року Американська психіатрична асоціація приєдналася до сімох інших організацій у сфері психічного здоров'я у їхній критиці ролі Америки у цій війні. У зверненні наголошувалося: «Ми вважаємо, що для будь-якого уряду морально неприпустимо вимагати таких значних людських страждань задля абстрактних концепцій національної гордості чи честі» [95]. Водночас кілька психіатрів, переважно тих, хто служив у В'єтнамі, висловили професійну підтримку військовим [5, 6, 96–99].

Зростання впливу біопсихосоціальних стресорів

У другій половині війни, незважаючи на те, що кількість військ, які виводили з В'єтнаму, перевищувала кількість тих, хто потрапляв туди на заміну, було ще чимало небезпек і ворожого ставлення. Всі поступові заміни складались із солдатів, на яких суттєво впливала моральна криза в Америці, що характеризувалася зростаючою радикалізацією щодо політики США, зокрема й війни, та збільшенням споживання наркотиків. Більше того, сплановані щорічні ротації, швидке транспортування солдатів і представників мас-медіа, сучасні технології — все це сприяло поширенню антивоєнних, антивійськових настроїв серед вояків у В'єтнамі. Невщухаючі публічні виступи проти війни спричинили виведення американських військ, але вони також деморалізували тих, хто потрапив сюди у період згортання воєнних дій. Зрозуміло, що чимало солдатів сприймали антивоєнні настрої як критику на свою власну адресу, а не війни в цілому. Також деморалізуючий вплив мали незрозумілі результати бойових дій і військових стратегій, зокрема й нерішуча, інколи суперечлива політика уряду щодо засудження війни та пошуку миру.

Ця деморалізація та відчуження солдатів у В'єтнамі проявлялися через психіатричні та психологічні проблеми, особливо вживання наркотиків, інциденти на расовому ґрунті, порушення поведінки. Армія та військові психіатри зіткнулись із цим у небачених доти обсягах. Це радше було проблемами солдатів «у тилу», проте й у підрозділах, що брали участь у бойових діях, приховано, а інколи й відкрито, виявляли незгоду із командуванням (наприклад, відмовлялися від участі в бойових діях або місіях, виявляли надмірну жорстокість). Справи стали ще серйознішими після того, як навесні 1970 року у В'єтнамі почав успішно функціонувати ринок героїну і чимало американських солдатів стали його користувачами. Знадобилося 9 місяців для запровадження ефективного скринінгу наркотиків у сечі, що давало змогу військовим зрозуміти цю підступну та поширену проблему солдатів і протидіяти їй. Таку саму проблему становили випадки нападу солдатів на своїх командирів, як правило, з використанням вибухових пристроїв (гранат). І збільшення вживання героїну солдатами, і напади стали доволі частими явищами під час фази виведення військ [62, 100]. Офіційні дані про напади відсутні, однак Габріел (Gabriel) і Савадж (Savage) загалом ідентифікували 1016 випадків у всіх підрозділах у період 1969–1972 років (як фактичних нападів, так і підозр «у намірах вбити, завдати шкоди чи залякати») [65]. Хоча вбивства офіцерів та уорент-офіцерів відбувались у незначній кількості на початкових етапах війни, як правило, під час бойових дій, військова ситуація у В'єтнамі у другій половині війни характеризувалася не лише тим, що такі випадки стали досить поширеними, а й тим, що вони траплялись у тилу та за мовчазної згоди інших [101].

Тому, незважаючи на зменшення бойових дій, армійське командування і медичний (психіатричний) персонал у В'єтнамі зіткнулися з дедалі більшими проблемами деморалізації та відчуження солдатів — симптомами серйозно скомпрометованої армії, яка намагалася привернути увагу до себе і до труднощів, пов'язаних із тим, що армія Південного В'єтнаму готувалася заступити на місце США і союзників. Більше того, психіатри, які тепер прибували в країну, були ознайомлені із професійною літературою, де висловлювалася критика військових психіатричних структур і доктрини, що використовували у В'єтнамі [26].

У ґрунтовній історичній серії про війну у В'єтнамі, опублікованій Бостонською видавничою компанією, викладено яскраві описи різнома-

нітного вияву неповаги до війни, яку в останні її роки поділяли як американські, так і південнов'єтнамські військові:

> Щоденні випадкові смерті й поранення через міни та міни-пастки в поєднанні із гарячковістю короткостроковиків і скептицизмом щодо «зачисток» постійно знижували бойовий дух американських солдатів [62, с.97].

Автори надають розгорнуті свідчення очевидців про всеосяжну деморалізацію на театрі бойових дій і характер міжрасових відносин, особливо у не бойових підрозділах. Вони також задокументували пов'язане із цим послаблення військового законодавства. За цими авторами, останніми роками війни у В'єтнамі неможливо було розв'язати такі проблеми, як відмова від участі у бойових діях, вживання наркотиків та расові розбрати. У той час покарання мали тенденцію до пом'якшення, командири відкрито визнавали, що вважають своїм основним обов'язком безпечне повернення своїх солдатів додому, а не переслідування ворога чи виконання тактичних завдань. «Це більше скидалось на музичну групу, в якій чоловіки носили бандани, символіку миру та неохайне довге волосся і в якій залишилось зовсім мало військового або не залишилось зовсім» [43, с.16].

Схожу інформацію про безпрецедентне зростання кількості відмов від участі у боях, жорстокості поведінки у бойових діях, вживання героїну, вбивств командирів і погроз їм, расових конфліктів, дезертирства та самовільного залишення військових частин, появу солдатського антивоєнного руху наводить, посилаючись на відповідні джерела, Балкін (Balkin) у своєму історичному огляді значного падіння бойового духу й ефективності американських військових у Південно-Східній Азії на цьому етапі війни [51]. Недостатньо оціненим чинником, який мав шкідливий вплив на бойовий дух і згуртованість, був повсюдно поширений кар'єризм військового командування («домагання звільнення з армії»), на яке звертали увагу Габріел і Савадж [65].

Кірк (Kirk), журналіст, який вів репортажі в останні роки війни, відзначав:

> У реальності це — уривчаста боротьба, що перемежовувалась випадковими вибухами і трагедіями для останніх американців, які воювали у В'єтнамі. Це був своєрідний лімб між перемогою і поразкою, період тимчасового затишшя перед тим, як північні в'єтнамці знову кинули серйозний виклик контролю американців та їхніх союзників над узбережжям, як це відбувалося під час операції «Тет», а також в операціях у травні й вересні 1968 року. Для звичайного піхотинця ця війна стала не випробуванням на міцність, як це було кілька років тому, а щоденним уникненням патрулювання, уникненням ворога, уникненням контакту, тобто намаганням не стати останнім американцем, убитим у В'єтнамі [58, с.65].

Ще більш загрозливу інформацію містить звіт іншого кореспондента — Ліндена (Linden), який провів журналістське розслідування під час свого візиту 1971 року. Він розповів про ті самі явища, які описувались і в попередніх публікаціях, проте він навів більше прикладів і спостережень. Зокрема, свідчення капітана Роберта Ландена (Robert Landeen), військового психіатра 101-ї повітрянодесантної дивізії. Лінден динамічно змальовує обставини й наміри, комбінація яких зумовила класове протистояння у В'єтнамі між командуванням і підлеглими з використанням вибухових пристроїв як крайнього засобу. Він описує, як використовувалися різні насильства для контролю над офіцерами й уорент-офіцерами: «[використання вибухових пристроїв] стало поширеним, неемоційним і, вочевидь, нічим не спровокованим засобом жахливої гри, яку вели солдати у цій психологічній війні» [100, с.12].

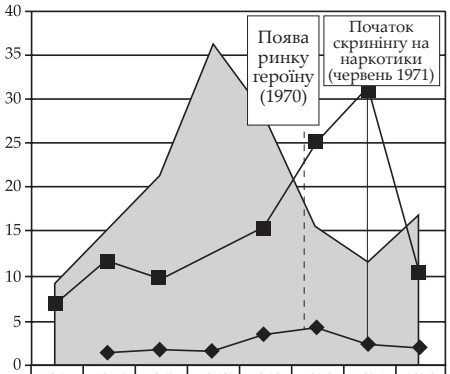
Не дивно, що згубний бойовий дух в Армії та проблеми з дисципліною віддзеркалилися на такому ж рівні у Військово-морських силах у В'єтнамі. Офіційний звіт діяльності Військово-морських сил у пізній період війни визнає жорстокість, звірства, які виявлялися під час бойових дій, випадки «вогню по своїх», відмови від участі у бойових діях, расові суперечки, вживання наркотиків, напади із використанням вибухових пристроїв і непокора [102]. Вільям Корсон (William Corson), підполковник Військово-морських сил у відставці (експерт із питань революції та протипартизанської війни, ветеран Другої світової війни, воєн у Кореї та В'єтнамі) покладав відповідальність за поразку Америки у В'єтнамі та за «ерозію моральних принципів військових» на процеси демобілі-

зації в останні роки у В'єтнамі (вживання наркотиків, непокора, расова колотнеча) [103, с.100]. Він звертався до збільшення випадків використання вибухових пристроїв проти командирів як до нової форми психологічної боротьби в армії та як до прояву інституціоналізованої бунтівної поведінки (поряд із саботажем, міжусобними конфліктами та ухиленням від командирських обов'язків). За Корсоном, «підриви командирів як можливість бунтівної відмови від порядку стали настільки поширеними [у В'єтнамі], що розпорядок служби зовсім не підтримувався тими, хто за це відповідав» [103, с.99].

Психіатричний огляд фази виведення військ

Традиційні показники військової психіатрії. Підсумок військової нейропсихіатрії у В'єтнамській війні, зроблений Дел Джонсом і Джонсоном, свідчить про виняткове зростання стандартних показників психіатричного виснаження в останні два роки війни [7]. Як зауважувалося раніше, у перші три роки бойових дій щорічний показник госпіталізації (у стаціонар) дорівнював приблизно 12–14/1000 солдатів, що було більш позитивно порівняно з даними війни у Кореї (73/1000) та Другої світової війни (28–101/1000) [11]. Проте цей показник почав зростати у 1968 році, подвоївся у період до квітня 1970 року, а до липня 1971 року знову подвоївся і досягнув щорічного значення у 40/1000. Відтоді й аж до повного виведення військ у березні 1973 року він почав стрімко зменшуватися, очевидно тому, що армія пом'якшила політику щодо медичної евакуації (виключно у В'єтнамі) для залежних від наркотиків солдатів, на яких, зазвичай, вона не поширювалася [104] (рис. 2.1).

Особливо вражаючим було надзвичайне зростання показника евакуації з країни за психіатричними показаннями. До 1971 року цей щорічний показник залишався на рівні, нижчому за 4–5/1000. У період до липня 1971 року він сягнув позначки 42,3, а упродовж наступного року — до липня 1972 року — підскочив до 129,8. Іншими словами, на цей момент війни кожен восьмий солдат був евакуйований із психіатричних причин (переважно через залежність від героїну). Як наслідок, зріс також відсоток евакуацій із нейропсихіатричних причин серед усіх медичних евакуацій. Він залишався нижче 5 %, але піднявся до 30 % наприкінці 1971 року, а за рік — наприкінці 1972 року — до 61 %. У 1971 році солдатів частіше евакуювали з В'єтнаму через вживання наркотиків, аніж через бойові поранення [82]. Однак якщо подивитися на ці дані без жодних порівнянь, то можливо перебільшити рівень нейропсихіатричних розладів, адже в цей час відбувалося зменшення кількості поранених у бойових діях.



	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
Показник бойових втрат в армії	9,42	15,6	21,6	36,3	28,4	15,7	11,7	17,1
Показник госпіталізації в армії через психіатричні проблеми	6,98	11,8	9,8	12,7	15,4	25,2	31,3	10,4
Рівень психозів в армії		1,58	1,83	1,78	3,63	4,35	2,43	2,2

Рис. 2.1. Показники бойових втрат*, госпіталізації через психіатричні проблеми** і психози*** на 1000 військових Армії США у В'єтнамі

* US Army Adjutant General, Casualty Services Division (DAAG-PEC). Active duty Army personnel battle casualties and nonbattle deaths Vietnam, 1961–1979, Office of The Adjutant General counts. February 3, 1981.

** Datel WE. *A Summary of Source Data in Military Psychiatric Epidemiology*. Alexandria, Va: Defense Documentation Center; 1976. Document ADA 021-265.

***Jones FD, Johnson AW, Jr. Medical and psychiatric treatment policy and practice in Vietnam. *J Social Issues*; 1975;31(4):49–65.

Важливо відзначити той факт, що між 1969 і 1970 роками вдвічі зросла поширеність психозів серед військових порівняно із очікуваним показником у 2/1000, що стало загадкою для військових психіатрів. Дел Джонс і Джонсон спочатку вважали поширення психозів в армії вторинним по відношенню до впливу нелегальних наркотиків у ситуаціях невизначених діагнозів [7]. Відповідно Дел Джонс зазначає, що рівень поширеності

психозів повернувся до свого історичного значення тільки на В'єтнамському театрі бойових дій і лише після того, як армія дозволила використовувати засоби медичної евакуації для залежних від наркотиків солдатів [105]. Він висунув припущення, що зростання цих рівнів також показує схильність військових психіатрів та інших лікарів у В'єтнамі до зумисного діагностування психозу в солдатів, «які не належать до військ поза метрополією» (натякаючи на намір лікарів маніпулювати системою) [105].

Поведінкові проблеми та порушення дисципліни. Традиційні показники психіатричних захворювань вражають уже самі по собі. Рівноцінно тривожним, однак, було супутнє зростання поведінкових проблем упродовж періоду виведення військ із В'єтнаму. Це вимірювалося через такі показники, як: а) дисциплінарні порушення із судовим і несудовим покараннями (стаття 15) [106]; б) небойові втрати [107]; в) відмови від участі в бойових діях [62]; г) корупція і спекуляція [30, 51]; ґ) інциденти на расовому ґрунті [30, 51]; д) вироки за вчинення злочину з підриву командирів [108, 109]; е) вживання нелегальних наркотиків. Військові психіатри часто мали справу з цими проблемами і намагались використовувати традиційні засоби та моделі, хоча й із непевними результатами.

Героїнова епідемія. Починаючи з 1970 року, перед психіатрами та військовим командуванням, як уже зауважувалось раніше, постала проблема зростання вживання героїну серед рядових, що впливало на дисципліну та бойовий дух. Це значною мірою заплутало психіатричну картину останньої третини війни. Дел Джонс і Джонсон підтверджують стрімке зростання наприкінці війни випадків потрапляння до психіатричного закладу й евакуації, коли в червні 1971 року стала доступною технологія скринінгу наркотиків у сечі. Це значно збільшило виявлення випадків вживання солдатами наркотиків і вплинуло на показник поширеності проблеми. За статистикою Міністерства оборони, наприкінці війни приблизно 60 % солдатів у В'єтнамі вживали марихуану, а 25–30 % — вживали героїн [62]. Дослідження, проведене Робінсом (Robins) у 1972 році серед ветеранів війни у В'єтнамі, засвідчило, що 44 % респондентів під час перебування у В'єтнамі пробували той чи інший наркотик (для порівняння: 7 % визнали, що вживали героїн до того, як туди відправилися) [110]. Ще страшнішими є дані про смертність через вживання наркотиків (підтверджені аутопсією): у листопаді 1970 року вона сягнула максимуму — 15, а потім почала поступово спадати [111].

В огляді Стентона, зробленому на підставі достатньо обґрунтованих досліджень про рівень поширеності вживання наркотиків, проведених під час війни, цьому аспекту приділено мало уваги. Хоча зростання у 1966–1970 роках вживання наркотиків у В'єтнамі пояснено зростанням їх вживання у дов'єтнамський період, без пояснення залишилося надзвичайно швидке збільшення вживання героїну на початку 1970-х. Це зростання збіглося із погіршенням соціальної та політичної ситуації в США і раптовою доступністю героїну у В'єтнамі. Оскільки героїн був дуже дешевим, чистим і доступним, то солдати у В'єтнамі переважно змішували його з тютюном і курили, наче звичайні на вигляд цигарки. Деякі солдати надавали перевагу вдиханню героїну і лише меншість — ін'єкційному способу.

Певне розуміння світу солдата, який споживав героїн у В'єтнамі, надає соціологічне дослідження Інґрагама (Ingraham) [112]. Наприкінці 1971 року він проінтерв'ював солдатів, які вживали опіати, й надав результати про патерни вживання наркотиків. Він наголосив на братерській соціальній мережі, описаній його респондентами (вона існувала у більшому колективі солдатів, які схвально ставилися до цього), а також різноманітні статусні дисфункції, що виникали всередині цієї спільноти. Солдати пояснювали вживання героїну потребою в адаптації до унікальних стресорів у В'єтнамі (необов'язково бойового стресу), при цьому вони не вважали це вживання принциповим і відмовлялися від будь-якого лікування. Більшість стверджувала, що вони були здатні підтримувати свої звички без втрати функцій. У жаргонній мові респондентів звеличувалися «голови» (солдати) та принижувались уорент-офіцери й офіцери. Для Інґрагама вживання героїну не було віддзеркаленням політичної антивоєнної ідеології, натомість воно стимулювало появу розширеної мережі однодумців, із якими можна було поділитися антивійськовими настроями, що супроводжувалося відчуттям прийняття і причетності [112].

«Програма амністії». Як зазначено у звіті «Медична підтримка армії у В'єтнамі» за авторством згаданого вище Спарджена Ніла, «зростання обізнаності щодо природи та розмаху проблеми наркотиків у В'єтнамі зумовило пошук гнучкої, некаральної відповіді» [31, с. 48]. Зрештою, політика Армії США у В'єтнамі (USARV) втілилася в «Програмі амністії», яка була адаптацією документа № 600-32 (Програма наркореабілітації/амністії) [113]. Цей документ визначив процедури й умови одноразової «амністії», а також окреслив складові реабілітаційної програми у підрозділах («для споживачів наркотиків, яких можливо повернути у стрій, якщо це потрібно й узгоджується із завданнями»). Зусилля із впровадження були спрямовані на нашвидкуруч скомпоновану програму з лікування/реабілітації та заклади, де застосовували різноманітні підходи у допомозі солдатам, які добровільно прагнули відмовитися від наркотиків. З часом, однак, стало зрозуміло, що ці зусилля були марними. Єдиним чинником, який позитивно впливав на відмову від героїну, було наближення дати повернення додому [20, 114, 115]. Унаслідок цього військові вдавалися до примусових заходів, у межах яких у підрозділах без попередження проводився обов'язковий скринінг сечі. Солдати, в сечі яких знаходили залишки продуктів морфіну, направлялися до центрів детоксикації і, коли вони ставали «медично чистими», далі спрямовувалися до одного з 34 військових госпіталів у США для подальшої діагностики й лікування. На 21 вересня 1971 року пройшли тести 92 096 солдатів, із них 5,2 % (4788) мали позитивний результат [18]. Проте ці дані не відображають реального поширення проблеми у В'єтнамі, адже солдати, які готувалися до відправки додому, були вмотивовані припинити вживання героїну, щоб не затримати свого повернення до США.

Вплив героїнової епідемії на театр бойових дій і повернення додому. Найсерйозніше занепокоєння викликав вплив вживання героїну солдатами на їхню бойову готовність та ефективність. Згідно зі Спектором (Spector), лише окремі солдати, якщо взагалі такі були, вживали наркотики у бойовій ситуації, хоча вони вірили, що після бою наркотики допомагають їм заспокоїтися [30]. З іншого боку, Холловей (Holloway) у своїх дослідженнях доходить висновку, що вживання наркотиків американськими військовими становило «значну загрозу бойовій готовності» [116].

Позитивним є те, що не справдились очікування урядовців і військового командування про появу на вулицях США великої кількості звільнених з армії ветеранів В'єтнаму, залежних від наркотиків. Не тільки контрольне дослідження патернів (шаблонних зразків) відмови залежних від героїну солдатів, яке проводилося у В'єтнамі і засвідчило несподівано м'яку психологічну відмову попри високі рівні толерантності до героїну [12], а й інші дослідження у США підтвердили, що ці солдати переважно не поверталися до вживання героїну [117]. Зважаючи на дані Стентона, що після повернення у США рівень ремісії у солдатів, які вживали героїн, становив 95 %, а також відсутність даних про негативний вплив героїну на індивідуальне виконання обов'язків у В'єтнамі, постає питання, чи був героїн шкідливішим, аніж алкоголь у попередніх війнах [82]. На продовження цього Зінберг (Zinberg) пригадує, як під час інспекційного візиту до В'єтнаму в 1971 році військовий суддя казав йому, що 80 % із його підсудних, які вживали героїн, за свою ефективність отримували високі оцінки від командирів [20].

Звіти психіатрів фази виведення військ

Як і під час перехідної фази, лише декілька психіатрів, які служили під час фази виведення військ, опублікували свої звіти.

Ті, хто друкувався, писали про героїнову епідемію серед солдатів і відзначали провал своїх зусиль реагувати на цю та схожі проблеми деморалізації солдатів традиційними психіатричними засобами (додаток 2.3).

Два звіти цього періоду видаються особливо корисними. Майор Р. Ратнер (R. Ratner), який служив у серпні 1970-го — серпні 1971 років у 935-му медичному (психіатричному) закладі неподалік Сайгона, задокументував свій досвід у «Наркотики і відчай у В'єтнамі», де він переважно змалював виклики героїнової епідемії [118]. Ратнер поділився моторошною картиною військового життя у В'єтнамі того часу. Він вважав, що до нього зверталася лише якась частка від тих 30 % моло-

ДОДАТОК 2.3

ДЕЯКІ ПУБЛІКАЦІЇ (ЗОКРЕМА, ЗВІТИ ДОСЛІДЖЕНЬ) ВІЙСЬКОВИХПСИХІАТРІВ, ЯКІ СЛУЖИЛИ ПІД ЧАС ФАЗИ НАРОЩУВАННЯ

Рік служби у В'єтнамі	Кількість тих, хто мав публікації / Загальна кількість військових психіатрів, які служили у В'єтнамі (у %)*	Публікації
1970	2/20 (10 %)	Char J. Drug abuse in Vietnam. *Am J Psychiatry*. 1972;129:463–465. Ratner RA. Drugs and despair in Vietnam. *U Chicago Magazine*. 1972;64:15–23.
1971	1/13 (7,7 %)	Joseph BS. Lessons on heroin abuse from treating users in Vietnam. *Hosp Community Psychiatry*. 1974;25:742–744. Holloway HC. Epidemiology of heroin dependency among soldiers in Vietnam. *Mil Med*. 1974;139:108–113. Research report.
1972	0/1 (0,0 %)	Holloway HC, Sodetz FJ, Elsmore TF, and the members of Work Unit 102. Heroin dependence and withdrawal in the military heroin user in the US Army, Vietnam. In: *Annual Progress Report, 1973*. Washington, DC: Walter Reed Army Institute of Research; 1973: 1244–1246. Research report.

*У цю кількість не входять дослідницькі звіти, хоча вони й містяться в колонці «Публікації».

дих рядових солдатів, які, за оцінками, регулярно вживали героїн, і що це лише частково віддзеркалювало глибоку деморалізацію військового контингенту у В'єтнамі. Хоча Ратнер і посилався на індивідуальні чинники виникнення наркотичної залежності у солдатів, його основна увага зосереджувалася на загальному відчаї, який він пов'язував із низкою суспільних чинників (наприклад, мотивація Америки до продовження війни у Південно-Східній Азії стимулювалася прагненням замістити внутрішню «расову ворожість») і «негуманністю» армії. Більше того, він визнавав клінічну неспроможність, яку він поділяв із колегами («здається, тут немає місця для психіатрів»), і демонстрував цинічне ставлення, притаманне його солдатам-пацієнтам [118].

Такою ж проблемною є публікація Фішера (H. W. Fisher), капітан-лейтенанта, який служив психіатром у 1-й морській дивізії у ті ж роки, що й Ратнер, проте далеко на півночі, поблизу Дананга. За Фішером, із тисячі військових моряків, які звернулись до нього, у 960 випадках він діагностував особистісні розлади, переважно антисоціальні [119]. Хоча він відрізняється від Ратнера в тому, що пов'язує військову дисфункцію зі схильністю до неї (наприклад, він вживає діагноз «розлад особистості»), а також звинувачує офіцерів та уорент-офіцерів у потуранні недисциплінованості. Він вважає, що це трапилося через мінливість нормативних документів, і доводить, що ці проблеми посилилися через очікування рекомендацій від психіатрів щодо медичної евакуації або адміністративного усунення від служби замість покарання. І саме це призвело до зростання бунтівних порушень у Військово-морських силах [119].

Загалом, звіти цієї фази війни наштовхують на думку, що бойовий дух деяких психіатрів зазнав серйозного занепаду, як це відбувалося й із рядовими солдатами. Також важливо: вони свідчать про те, що лікарі, як і військове командування у В'єтнамі, були цілковито не готовими до ситуації, коли після операції «Тет» (1968 рік) значна частина американських військових протидіятиме службі, що проявилося в антивійськовій поведінці та психологічних розладах.

ПОВОЄННІ ОСОБЛИВОСТІ

Ветерани В'єтнаму і значна поширеність проблем адаптації

Наразі ми не маємо на меті подавати детальний звіт про адаптацію та психіатричну захворюваність після повернення додому. Наявні дані свідчать про те, що ті, хто служив у В'єтнамі, згодом переживали серйозні й тривалі проблеми адаптації, зокрема посттравматичні стресові розлади (ПТСР). Дехто вважає, що поширеність психологічних і соціальних проблем у ветеранів В'єтнаму перевищувала рівні попередніх американських воєн. Якщо ж до психологічних труднощів повернення додати психологічні проблеми, які виникали на театрі бойових дій, то психологічна «ціна» війни у В'єтнамі буде безпрецедентною.

Однак оцінки поширеності проблем із повоєнною адаптацією та психіатричних проблем у ветеранів В'єтнаму різняться так само широко, як і політичні реакції на саму війну [22, 120–125]. Більше того, порівняння психологічних наслідків різних воєн Америки видається особливо складним, адже відповідні показники неможливо співвіднести. Досить втішними є результати опитування, проведеного 1980 року Гаррісом Полом (Harris Poll) серед ветеранів В'єтнаму на замовлення Департаменту з питань ветеранів. 91 % респондентів повідомили, що вони були раді служити своїй батьківщині; 74 % сказали, що їм подобався час, який вони провели на службі; дві третини заявили, що вони знову поїхали б до В'єтнаму, навіть знаючи, чим закінчиться ця війна [29].

Зростання серед фахівців стурбованості психологічними травмами у ветеранів В'єтнаму сприяло революційним змінам таксономії психіатричних розладів, якою послуговуються у цивільній медицині. Протягом 10 років після війни в «Міжнародну класифікацію хвороб, 9-те видання. Клінічна модифікація» (ICD-9-CM — International Classification of Disease, 9th edition, Clinical Modification) [126] і «Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів, 3-тє видання» (DSM-III) [127] внесли нову категорію «посттравматичний стресовий розлад», який спочатку називали «поств'єтнамський синдром». Включення ПТСР до DSM-III відображало політичні зусилля ветеранів В'єтнаму з пошуку більшого визнання, а також намагання тих американців, які мали залишкові антивоєнні настрої, та психіатрів, які вірили, що DSM-III ігнорує проблеми ветеранів бойових дій [128]. У DSM-III етіологічним чинником ПТСР визначено бойові дії, проте також запропоновано вважати ідентичними виснажливому бойовому стресу й цивільні катастрофи. Але така пропозиція виглядає суперечливою.

Найдетальніша інформація про поширеність і кількість випадків ПТСР після війни у В'єтнамі міститься в профінансованому державою Національному дослідженні адаптації ветеранів В'єтнаму (NVVRS — National Vietnam Veterans' Readjustment Study Report). На момент дослідження (у середині 1980-х) приблизно 30 % чоловіків і 27 % жінок, які брали в ньому участь, були свідками ПТСР у певний момент служби у В'єтнамі, і для багатьох ПТСР став постійним та інвалідизуючим (15 % і 9 % учасників дослідження) [129].

Однак відбулася зміна оригінальної моделі ПТСР, у якій наголошено на травмувальній події. З роками, що минали після війни, виникли дискусії про значення різних етіологічних впливів (наприклад, схильностей та особистісних чинників, глибини травматизму бойових обставин, поств'єтнамського досвіду). Ці дискусії ускладнювали діагностику та лікування ПТСР і пов'язаних із цим труднощів адаптації. Багато науковців у галузі психології відзначало, що чимало труднощів повоєнної адаптації зумовлювались психологічною та соціальною динамікою, яка не була безпосереднім наслідком бойової «травми» [39, 123, 130–131]. За Артуром С. Бланком-мол. (Arthur S. Blank Jr.), колишнім військовим психіатром, який служив у В'єтнамі, а після цього багато років був національним директором центрів адаптації Департаменту у справах ветеранів:

> Починаючи з 1973 року, я лікував, оцінював, контролював лікування чи обговорював випадки приблизно 1400 ветеранів В'єтнаму з ПТСР і досі не чув про жоден випадок, коли симптоматика не супроводжувалася: 1) серйозними сумнівами чи конфліктом щодо цінності цієї війни; 2) значним невдоволенням з приводу відсутності підтримки війни з боку уряду чи народу. Більше того, хоча

дослідники не занурювались у вивчення зв'язку між виникненням ПТСР і надзвичайно суперечливим характером війни, за спостереженням клініцистів, які лікували значну кількість ветеранів із ПТСР, клінічну картину майже завжди супроводжувала глибока стурбованість стосовно цілей того, що відбулось у В'єтнамі [133].

Опісля зменшення протистояння у Південно-Східній Азії етичні виклики військовій психіатрії, які постали під час війни, змінилися критичними висновками стосовно довготривалих негативних наслідків польової психіатричної практики у В'єтнамі (доктрини, про яку йшлося раніше). Передбачалось, що впровадження цих практик сприятиме досягненню колективних цілей (наприклад, виконання військових завдань), проте ці практики ігнорували потреби солдатів і стимулювали розвиток ПТСР [39, 134–136]. Окрему думку висловив Бланк (Blank), який відзначив, що гострий бойовий стрес, зазвичай, не відповідає критеріям ПТСР і, як правило, не переходить пізніше у діагностований ПТСР [137]. За твердженням Дела Джонса, повоєнні співчуття ветеранам В'єтнаму могли спричинити те, що психіатри, які не служили у В'єтнамі, не могли адекватно зрозуміти унікальний стан солдатів, коли під час бойових дій підвищується рівень психологічного захисту. Унаслідок цього фахівці не були здатні визнати мінливу та зворотну природу гострого стресового розладу і зростання ризику психіатричного захворювання (зокрема, ПТСР) у разі, якщо лікування не спрямоване на пригнічення симптомів і швидке повернення до військових обов'язків і товаришів [138].

Опитування військових психіатрів, які служили у В'єтнамі

Як зазначалося раніше, у 1982 році WRAIR опитував військових психіатрів-ветеранів, які служили у В'єтнамі, про їхній досвід у війні [2, 27]. Із приблизно 135 тих, хто служив у В'єтнамі, було визначено місцезнаходження ста п'ятнадцяти осіб, із яких вісімдесят п'ять (74 %) заповнили структурований опитувальник щодо психіатричних проблем, з якими доводилося мати справу, різновидів та ефективності клінічних підходів, а також особистого ставлення до професійних викликів і дилем. Учасників дослідження рівномірно розподілили за різними роками служби у В'єтнамі, тому отриману інформацію можна вважати репрезентативною. 21 % (18) служили у В'єтнамі винятково в бойових підрозділах (приблизно третина від щорічної ротаційної заміни); 49 % (42) служили лише у військових медичних підрозділах (наприклад, у госпіталях чи психіатричних командах); 25 % (21) виконували свої обов'язки і там, і там. Ще 4 % служили консультантами із нейропсихіатрії при головному хірургові CG/USARV. Далі подано найцікавіші результати цього дослідження:

- *Безпрецедентний рівень професійного навчання до відправки.* Рівень офіційного навчання цих психіатрів був безпрецедентним порівняно з Першою та Другою світовими війнами. Це ж стосується й частки психіатрів, які пройшли підготовче навчання у військових програмах (одна третина) [139].
- *Із накопиченням проблем у зоні бойових дій попередній військовий досвід психіатрів, які прибували до В'єтнаму, зменшувався.* Хоча у психіатрів, які служили у В'єтнамі, у середньому був незначний військовий досвід опісля завершення професійного навчання, у другій половині війни сюди потрапляло дедалі більше цивільних психіатрів без практичного військового досвіду або військових психіатрів без польового досвіду. Якщо у першій половині війни ці дві групи становили близько чверті від усіх психіатрів, то в другій половині — три чверті. Зменшення практичного досвіду у психіатрів, які прибували до В'єтнаму на заміну, також спостерігався у консультантів із нейропсихіатрії при головних хірургах (хоча це позначалось на їхніх рангах).
- *Психосоціальні розлади поступово переважали над тими, що пов'язані з бойовими діями.* Що стосується розподілу респондентів за стандартними психіатричними діагнозами, то психіатри-ветерани визначили, що більше ніж половина їхніх зусиль спрямовувалася на розлади особистості, адаптивні реакції та синдроми залежності від психоактивних речовин. Більше того, 32 % (24) учасників дослідження зазначили, що вони лише зрідка мали справу із психіатричними розладами, зумовленими бойовими діями. Лише 12,6 % з усіх клінічних ви-

падків, які вели всі психіатри, що брали участь у дослідженні, мали причетність до реакцій на бойові ситуації. Ці результати підтверджують те, що війна у В'єтнамі була «низької інтенсивності» [30], принаймні з огляду на потенційне психологічне навантаження на солдатів, відданих військовій справі. Однак у другій половині війни масштаби лікування психологічних проблем збільшилися дуже відчутно. Порівнюючи рейтинги шістнадцяти поведінкових проблем, визначених учасниками дослідження, у першій і другій половинах війни, можна побачити надзвичайне зростання вживання героїну, натомісь як вживання інших психоактивних речовин, як-от алкоголю чи марихуани, залишалось стабільним, хоча й не таким уже незначним. Ці дані підтверджують як психіатри, які служили тільки у бойових підрозділах, так і ті, хто служив лише у психіатричних відділеннях. Учасники дослідження — поряд із зростанням вживання героїну в останній третині війни — також відзначали збільшення випадків свого залучення до групових конфліктів на расовому ґрунті та допомоги індивідам, відповідальним за насильницькі дії.

- *Психоактивні препарати призначалися досить активно, проте ризики й результати не оцінювались.* Описові та кількісні дані, надані 48 % (41) психіатрів, які мали справу із пов'язаними з бойовими діями випадками, свідчать про екстенсивне та високо поціновуване призначення нейролептиків та анксіолітиків для лікування й підтримки солдатів, які страждали від широкого спектру симптомів, зумовлених участю у бойових діях. Однак військові психіатри майже не мали змоги оцінювати відповідні впливи вживання цих препаратів на ефективність у бою тих солдатів, які поверталися до бойових завдань опісля лікування, або довгострокові наслідки, включно з повоєнною адаптацією.
- *Багато психіатрів досі відчувають невдоволення, гіркоту, а надто ті, хто служив у В'єтнамі в другій половині війни.* Значна частка психіатрів, які взяли участь у дослідженні, наголошували, подекуди досить емоційно, на своїх почуттях, переважно негативних, стосовно цієї війни і власної ролі в ній. Це, передовсім, стосується тих, хто служив у другій половині війни. Відповіді цих респондентів свідчать, що вони у багатьох випадках почувалися незатишно, коли намагались лікувати солдатів і консультувати командування в умовах розгортання епідемії вживання наркотиків, появи расових протистоянь і спалахів насильства, використовуючи персонал і правила, підготовлені для лікування значної кількості випадків, зумовлених бойовими діями. Ці психіатри — порівняно з їхніми колегами у першій половині війни — виглядали більш практичними, мали різну навчальну підготовку та займали в деяких випадках більш захисну позицію. Психіатрам пізнішого періоду також більш притаманне критичне ставлення до того, як їх готували та використовували в армії [2, 27].

ТРИВАЛІ ПИТАННЯ І МІРКУВАННЯ

Під час фази виведення військ (1969–1973 роки) військові психіатри зіткнулися з іншим, складнішим розвитком подій, аніж ті, хто служив раніше, — небезпечною ерозією бойового духу та епідемією психіатричних розладів і порушень дисципліни.

Також постали важливі питання, на які необхідно було знайти відповіді задля підготовки до майбутніх американських військових операцій. Проте для пошуку адекватних відповідей мало би бути проведене ретельне й систематичне дослідження психіатричних і поведінкових криз після завершення бойових дій.

Чи мали б зробити більше військові та медичні керівники для збереження психічного здоров'я, психологічної стійкості і, опосередковано, для бойової готовності тих солдатів, яких командирували до В'єтнаму на заміну? Чи не проігнорували командування та психіатри у В'єтнамі збільшення свідчень та попереджень з боку медичних спостерігачів [6, 31] і чи не зазнали вони невдачі у пристосуванні психіатричної допомоги або модифікації підготовки, відправки та організації роботи психіатричних кадрів, які мали б знайти відповіді на ці виклики? Попри запізні-

лі дані та неповну інформацію, можна висловити певні міркування.

Армія США під час війни

Хоча ситуація в американських військах у В'єтнамі була більше показовою, проте тривала й суперечлива війна суттєво позначилася на бойовому дусі та психічному здоров'я Армії США у цілому [64–66, 140]. Військові у В'єтнамі поділяли бунтівні настрої своїх військових колег, які не брали участі у цій війні. Стосовно психічного здоров'я, то епідеміологічні дані щодо стану справ в Армії США свідчать про те, що до середини 1973 року:

- поширеність психоневрологічних захворювань серед військовослужбовців Армії США загалом сягнула пікового рівня, який спостерігався під час Корейської війни;
- рівень захворюваності на психози серед військовослужбовців Армії США загалом був максимальним;
- діагностування розладів особистості та поведінки сягнуло піку;
- частка ліжок у військових шпиталях США, на яких перебували хворі на психіатричні розлади, була як ніколи високою [25] (навіть вищою, аніж у «період психіатричної катастрофи» у Другій світовій війні).

Солдати, які служили у В'єтнамі

Спад бойової активності та відчуття демобілізації, безумовно, пояснюють зростання психіатричних і поведінкових проблем, починаючи з 1969 року. Ці проблеми були очікувані — з огляду на досвід Другої світової та Корейської воєн, коли значне число військових перебувало поза домом, жило обмеженими й ізольованими групами, виконувало тилові та допоміжні функції [141–142]. Схожі проблеми притаманні й поліційним силам, а також тим, хто служив за кордоном і мав бути демобілізований, але кого попросили продовжити службу після завершення воєнної операції [104, 143]. Навіть серйозне зростання рівня вживання наркотиків американськими солдатами також мало аналог у Корейській війні, що можна пояснити веденням бойових дій в Азії [144]. Чи варто пов'язувати ці проблеми з концепцією «колективного синдрому короткостроковика» (як-от нетерплячість завершити бойові завдання та повернутися додому)? Стосовно стрімкого зростання евакуації з В'єтнаму тих солдатів, у яких знайшли в сечі залишки опіатів, Джонес (Jones) вживає поняття «синдром евакуації» (маючи на увазі намагання солдатів маніпулювати системою, щоб позбутися служби за кордоном та, можливо, бойових ризиків) [105].

Проте, окрім цих відомих стресорів, військові у В'єтнамі в останній період війни продемонстрували посилену протидію своїм командирам, тобто таке ставлення, яке збіглось із виразними антивоєнними та антимілітаристськими почуттями вдома. Чи можливо з цього зробити висновок, що серйозні психіатричні та поведінкові проблеми були переважно віддзеркаленням загального роздратування солдатів, які обурювались тим, що від них зажадали пожертвувати собою заради рятування програної Америкою справи тоді, коли американська громадськість засуджувала це? Дехто вважає ці колективні прояви поведінки солдатів «макрострайком» [145]. Та чи був В'єтнам настільки соціально й політично унікальним, що на досвід США тут не варто зважати, бо таке навряд чи десь повториться? Чи все-таки потрібен пильніший погляд на те, що трапилося тут? Чого цей досвід може навчити стосовно обмежень людини, зокрема й цивільного населення вдома, в специфічних умовах війни, особливо з погляду психології військових стосунків?

Військова психіатрія у В'єтнамі

Психіатрична допомога, надана під час війни у В'єтнамі, безумовно, заслуговує на загальні схвальні оцінки. Але під кінець війни традиційні психіатричні моделі лікування масової деморалізації та психічних розладів видавалися переважно неефективними. Схоже, військові психіатри не спромоглися навчитися на проблемах, що виникають під час демобілізації, із досвіду попередніх війн. Неспроможність передбачити зростання деморалізації у В'єтнамі на тлі суспільного засудження війни мало наслідком невдачу в модифікації системи охорони психічного здоров'я, а також у відборі та підготовці психіатрів, які прибували на заміну.

Соціальний стрес і модель «хвороби»

З іншого боку, можливо, ці проблеми й не могли бути вирішені силами військових психіатрів. По-перше, із прогресуванням війни питання бойового духу та психічного здоров'я дедалі більше перемежовувалися між собою. Проте ті, хто відповідав за перше питання (військові командири), і ті, хто відповідав за друге (військові психіатри), зазвичай не підтримували постійного діалогу, особливо якщо належали до різних структур. А саме так і було в більшості випадків. По-друге, з огляду на надзвичайно високу поширеність проблем серед тих солдатів, які раніше мали належний рівень функціонування, можливо вести мову про колективний соціально-психіатричний розлад (для порівняння: у Ґофмана (Goffman) — патогенна «тотальна інституція» [146], у Флемінґа (Fleming) — «соціозіс» [131], у Роуза (Rose) — «макрострайк» [145]), який протистоїть індивідуальним розладам у солдатів. Доцільно відзначити, що психіатрична підготовка у той час, зокрема й у військових закладах (незважаючи на наміри змін [23]), не робила наголос на соціальній патології і втручаннях (включно із макрорівнем соціальних втручань), а також не забезпечувала достатнього практичного навчання.

Інакше кажучи, оскільки ці проблеми набули епідемічного характеру саме у В'єтнамі, а в інших ситуаціях бойових дій — ні, то виглядає доречним застосування моделі соціального стресу. Адже ці проблеми є виявами неспроможності до адаптації на груповому рівні. Вони виникли внаслідок складної взаємодії особистих обставин із потужними біологічними (часто стимульованими наркотиками), психологічними та соціальними стресорами у В'єтнамі йудома. Із наближенням війни до гіркого завершення вплив цих стресорів поступово зростав у солдатів, які прибували на заміну.

Проблеми повоєнної адаптації ветеранів

Як зазначалося раніше, важлива тематика проблем адаптації ветеранів після війни виходить за межі цього розділу. Проте варто зауважити, що конфлікт цінностей, який мав місце у В'єтнамі, безумовно, ускладнив реінтеграцію солдатів, які поверталися додому. Цей конфлікт сприяв появі у багатьох ветеранів хронічних психіатричних розладів і серйозних проблем із адаптацією. Адже деякі симптоми допомагали грати «роль хворого», завдяки якій відбувалась «почесна» адаптація до неймовірно суперечливої громадської думки («проклятий за те, що пішов воювати; звинувачений у тому, що програв»). Більше того, у багатьох випадках симптоми та проблеми цих ветеранів залишалися без уваги, адже до 1980 року діагноз «ПТСР» не ставили. Після оприлюднення інформації про ПТСР через публікацію DSM-III проблеми та розлади цієї групи ветеранів опинились у фокусі більш систематичної уваги з боку Департаменту у справах ветеранів, який почав поступово розгортати національну мережу консультаційних центрів для ветеранів війни (у 2009 році таких центрів було 260). Більше інформації про центри доступно на сайті http://www.vetcenter.va.gov.

Прикінцеві міркування

Доктор Вільям Меннінгер (Wililam C. Menninger), головний психіатр при головному хірургові Армії, у своїй книзі «Психіатрія у тривожному світі» [148] описує військову психіатрію як «брудну роботу», бо психіатр допомагає нормальному індивіду прилаштуватися до ненормальної ситуації бойових дій. Він переважно звертається до моральних почуттів лікарів, коли після коротких і простих заходів класичного військового психіатричного лікування (описана раніше доктрина) доводилось повертати солдатів до участі у бойових діях і додаткових ризиків. З огляду на досвід військової психіатрії у В'єтнамі, її також можна визнати «недоладною роботою». Адже падінню бойового духу, відданості та дисциплінованості солдатів прислужилися численні соціальні чинники навколишнього середовища, які також вплинули на психічне здоров'я в умовах несприятливих бойових обставин. А у психіатрів було обмаль можливостей пом'якшити ці проблеми солдатів.

ВИСНОВКИ

Американські військові були залучені до бойових дій у Південно-Східній Азії упродовж семи виснажливих років. Однак, попри матеріальну та технологічну перевагу Армії США, сміливість і стійкість її противників переважили толерантність американської громадськості. Втручання США закінчилось опісля зростання протестів у самій Америці, виведення американських військ і цивільних радників у 1973 році і, зрештою, поразки сайгонського уряду та його капітуляції перед Північним В'єтнамом у квітні 1975 року — трохи більше, ніж за два роки після досягнутого у січні 1973 року перемир'я. Для військової психіатрії мало значення те, що ці значимі події та обставини, які супроводжувалися соціальними та політичними потрясіннями в Америці, мали несприятливий вплив на психічне здоров'я та психологічну стійкість значної частини військових, які служили у В'єтнамі, а завдання військових психіатрів розширились і стали більш комплексними.

Різноманітні та розрізнені публікації психіатрів та інших фахівців, які служили у В'єтнамі, відвідували театр бойових дій або мали змогу спостерігати за ситуацією там, формують неповну історичну картину. Ці звіти та опитування військових, проведені WRAIR, дають підстави визначити низку викликів, які постали перед психіатрами у В'єтнамі. До того ж деякі з цих викликів є унікальними, бо не траплялись у попередніх війнах. Вони також поставили низку важливих питань.

Ще на початку, коли американські Сухопутні війська тільки висадились, а також під час фази нарощування (1965–1967), у бойових підрозділах були наявні адекватні психіатричні ресурси, і психіатричні та поведінкові проблеми були контрольовані. Рівень евакуації з В'єтнаму через психіатричні проблеми був надзвичайно низький, так само як і рівень дисциплінарних проблем. Бойовий дух і відданість військових, зокрема й психіатрів, були високими. Важливо звернути увагу на щойно розроблені на той час психоактивні лікувальні препарати, особливо нейролептики та анксіолітики, які охоче використовувалися психіатрами й іншими військовими лікарями на театрі бойових дій. Проте результати використання цих ліків ніколи не досліджувалися.

Громадська думка у США стосовно війни кардинально змінилась опісля сміливого й несподіваного наступу противника у 1968 році. Це стало провісником виведення американських військ і демобілізації. Однак і після 1968 року до країни прибували нові військові (хоча і в меншій кількості), зокрема й психіатри; американські військові продовжували гинути та зазнавати поранень. Тим часом в американському суспільстві домінували антивоєнні та антимілітаристські настрої. У ці роки піднялася хвиля госпіталізації з психіатричними діагнозами та поведінковими проблемами в усій Армії США, а надто у В'єтнамі.

З часом ситуація у В'єтнамі стала зовсім не такою, аніж передбачалося. Рівень бойового виснаження не досяг очікуваних показників, і військові психіатри та решта персоналу, які служили у В'єтнамі, починаючи з 1969 року, зіткнулись із зовсім іншою війною (та принципово іншою армією), аніж ті, хто служив у попередніх війнах (коли основна увага приділялася солдатам, які переживали психіатричне виснаження через постійну участь у бойових діях), або ті, хто служив на початковому етапі у В'єтнамі. До того ж, хоча проблеми на театрі бойових дій примножувалися, до В'єтнаму потрапляли менш досвідчені психіатри зі значно меншим військовим досвідом, навіть на керівні посади. Вони зіткнулися не лише з безпрецедентним рівнем психіатричних і поведінкових проблем, а й тим, що вони безупинно продовжували зростати. І це тоді, коли США скорочували свою військову та політичну присутність у Південному В'єтнамі, американські військові поступово передавали бойову ініціативу армії Республіки Південного В'єтнаму, а втрати серед американських військових знизилися.

У підсумку військова психіатрія мала справу зі значною кількістю молодих військових із високим ступенем деморалізації, зростаючим небажанням служити в армії, протистоянням — інколи брутальним — військовим командирам, а також різноманітними психіатричними та поведінковими розладами. Статистика госпіталізації через психіатричні причини військових із театру бойових дій засвідчує 4-кратне зростання, порівняно з початком війни. Ще більш прикметним є повсюд-

но поширене вживання героїну американськими військовими, хоча й не в усіх із них була залежність від психоактивних речовин. У найгірший період один із восьми солдатів, призваних на військову службу, був евакуйований із В'єтнаму через вживання наркотиків.

Зростання кількості психіатричних і психологічних проблем збіглось із засудженням війни в Америці та поширенням контркультури серед цивільної молоді, що мало безумовний вплив на військову службу в театрі бойових дій, хоча в більшості випадків не мало безпосереднього зв'язку із самими бойовими діями. Скидається на те, що чимало солдатів прагнуло стати інвалідами (або демобілізуватися) завдяки розладам психічного здоров'я, вживанню наркотиків, іншим симптомам або порушенню поведінки.

Що стосується відповіді медиків на поглиблення деморалізації серед військових та проблем психічного здоров'я, які були значно вищими у не бойових підрозділах, то слід зауважити таке: основні зусилля почали докладатися до допомоги на базі психіатричних відділень військових шпиталів, які почали домінувати серед інших форм допомоги. Наявні проблеми неможливо було вирішити традиційними психіатричними засобами, і дедалі більшою була потреба адміністративних і судових заходів. Психіатри, які служили в останній період війни, скаржились на свою непідготовленість та невпевненість у власних цілях. Вони також, до певної межі, поділяли деморалізацію та антимілітаристські настрої військових, з якими служили. На щастя, бойова готовність не була випробувана противником. Дивовижним є те, що не сталося структурних змін служб охорони психічного здоров'я у В'єтнамі або модифікації відбору, підготовки та відправлення психіатрів на театр бойових дій.

Нині, коли плин часу сприяє відносній об'єктивності, можна визнати, що розуміння та передбачення випадків бойового стресу та стресу участі у воєнних операціях є значно складнішими, аніж здавалося до чи навіть під час війни у В'єтнамі. Попередня модель будувалася на спостереженнях за військовими, які воювали у сталому, напруженому бойовому середовищі. Вона розглядала бойовий стрес і витримку індивіда (хоча буферні, проміжні ефекти відданості бойовим друзям та інші чинники також схвалювались). Але в умовах екстенсивного антипартизанського конфлікту «низької інтенсивності» ця модель має бути розширена і враховувати інші змішані й часто опосередковані впливи театру бойових дій. Перелік цих впливів, зосереджених на «солдатських змінних», може містити: а) характер та обстановку бойових дій; б) підготовку та рівень кваліфікації; в) фізичні умови; г) попередній досвід та особистісні риси; ґ) соціальні обставини (в малому бойовому підрозділі, а також соціальну мережу солдата, що складається з його родини і друзів); д) віру у військове командування і техніку; е) відданість військовим цілям. Цей перелік також, і не в останню чергу, може містити потребу в обґрунтуванні того, щоб солдати вірили, що країна потребує та цінує невід'ємні ризики і жертви, на які вони йдуть.

Ретроспективні пропозиції з урахуванням досвіду В'єтнамської війни передбачають розробку військовими багатовимірної концепції згортання бойових дій (на противагу завершенню бойових дій). За такої концепції вато зважати на появу у солдатів певних симптомів та дисфункцію, що виникає у груп солдатів;асам концепція має ґрунтуватися на епідеміологічному підході до раннього виявлення руйнівних психосоціальних обставин. Наприклад, у В'єтнамі можливо було створити дослідницьку психіатричну команду з метою збирання, аналізу та поширення інформації про погіршення показників, які були початково добрими, а потім почали свідчити про послаблення бойового духу (наприклад, зростання поширеності малярії серед солдатів, які ігнорували профілактичні заходи з наміром у такий спосіб уникнути військової служби). Така інформація могла б прислужитися лікарям і командуванню для своєчасного визначення стресорів, стану бойового духу та боєздатності, симптомів, наявних у військових, що дало би змогу розробити заходи раннього втручання. Такий епідеміологічний підхід слід було б поєднати із систематичними опитуваннями психіатрів, які поверталися з війни, з тим, щоб лікарі, які відправлялись їм на зміну, переорієнтували свою увагу з моделі бойового стресу на модель соціального стресу.

Інші структурні зміни із тривалістю війни у В'єтнамі мали би включати: а) більш тривалий час служби кожного з провідних консультантів

із психоневрології (так само, як й інших психіатрів на керівних посадах) задля забезпечення необхідної послідовності; б) направлення на заміну військових психіатрів вищого рівня, оскільки кількість досвідчених цивільних психіатрів зменшувалася; в) прив'язку числа психіатрів, яких направляли в країну, до епідеміологічно обґрунтованих потреб, а не чисельності військового контингенту. Зрештою, мало бути ухвалене політичне рішення, що відповідало б загальним потребам мобілізації та передбачало, що кожен психіатр, який нещодавно отримав освіту, мав би певний час відслужити у військовому підрозділі в США перш ніж бути відправленим до В'єтнаму.

ЛІТЕРАТУРА

1. Jones FD. Reactions to stress: combat versus combat support troops. Paper presented at: World Psychiatric Association; August 19, 1977; Honolulu, Hi.
2. Camp NM, Carney CM. US Army psychiatry in Vietnam: preliminary findings of a survey, I: background and method. *Bull Menninger Clin*. 1987;51:6–18.
3. Allerton WS. Army psychiatry in Vietnam. In: Bourne PG, ed. *The Psychology and Physiology of Stress: With Reference to Special Studies of the Viet Nam War*. New York, NY: Academic Press; 1969: 219–236.
4. Johnson AW Jr. Combat psychiatry, I: a historical review. *Med Bull U S Army Europe*. 1969;26(10):305–308.
5. Johnson AW Jr. Combat psychiatry, II: the US Army in Vietnam. *Med Bull U S Army Europe*. 1969;26(11):335–339. [Reprinted as: Psychiatry stresses activity in Vietnam. *U S Medicine*. June 1, 1970: 8–13.]
6. Colbach EM, Parrish MD. Army mental health activities in Vietnam: 1965–1970. *Bull Menninger Clin*. 1970;31:333– 342.
7. Jones FD, Johnson AW Jr. Medical and psychiatric treatment policy and practice in Vietnam. *J Soc Issues*. 1975;31(4):49– 65.
8. Baker SL Jr. Traumatic war disorders. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1980: Chap 25.3: 1829–1842.
9. Bourne PG. *Men, Stress, and Vietnam*. Boston, Mass: Little Brown; 1970.
10. Datel WE. *A Summary of Source Data in Military Psychiatric Epidemiology*. Alexandria, Va: Defense Documentation Center; 1976. Document AD No A 021-265.
11. Tiffany WJ Jr. The mental health of Army troops in Vietnam. *Am J Psychiatry*. 1967;123:1585–1586.
12. Holloway HC, Sodetz FJ, Elsmore TF, and the members of Work Unit 102. Heroin dependence and withdrawal in the military heroin user in the US Army, Vietnam. In: *Annual Progress Report*. Washington, DC: Walter Reed Army Institute of Research; 1973: 1244–1246.
13. Howe RC, Hegge FW, Phillips JL. Acute heroin abstinence in man, I: changes in behavior and sleep. *Drug Alcohol Dependence*. 1980;5:341–356.
14. Howe RC, Hegge FW, Phillips JL. Acute heroin abstinence in man, II: alterations in rapid eye movement (REM) sleep. *Drug Alcohol Dependence*. 1980;6:149–161.
15. Bourne PG, ed. *The Psychology and Physiology of Stress: With Reference to Special Studies of the Viet Nam War*. New York, NY: Academic Press; 1969.
16. Roffman RA, Sapol E. Marijuana in Vietnam: a survey of use among Army enlisted men in two southern corps. *Int J Addict*. 1970;5:1–42.
17. Stanton MD. Drug use in Vietnam. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26:279–286.

18. Baker SL. US Army heroin abuse identification program in Vietnam: implications for a methadone program. *Am J Public Health*. 1972;62:857–860.

19. Holloway HC. Epidemiology of heroin dependency among soldiers in Vietnam. *Mil Med*. 1974;139:108–113.

20. Zinberg NE. Rehabilitation of heroin users in Vietnam. *Contemp Drug Problems*. 1972;1:263–294.

21. Camp NM, Stretch RH, Marshall WC. *Stress, Strain, and Vietnam: An Annotated Bibliography of Two Decades of Psychiatric and Social Sciences Literature Reflecting the Effect of the War on the American Soldier*. Westport, Conn: Greenwood Press;1988.

22. Pols H, Oak S. War and military mental health: the US response in the 20th century. *Am J Public Health*. 2007;97:2132– 2142.

23. Tiffany WJ Jr, Allerton WS. Army psychiatry in the mid-'60s. *Am J Psychiatry*. 1967;123:810–819.

24. Jones FD. Traditional warfare combat stress casualties. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Office of The Surgeon General, US Department of the Army and Borden Institute; 1995: 35–61.

25. Datel WE, Johnson AW Jr. *Psychotropic Prescription Medication in Vietnam*. Alexandria, Va: Defense Technical Information Center; 1981. Document No A097-610.

26. Camp NM. The Vietnam War and the ethics of combat psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1000–1010.

27. Camp NM, Carney CM. US Army psychiatry in Vietnam: preliminary findings of a survey, II: results and discussion. *Bull Menninger Clin*. 1987;51:19–37.

28. US Department of State. *Why We Fight in Viet-Nam*. Washington, DC: Office of Media Services, US Department of State; 1967. Viet-Nam Information Notes No. 6.

29. Sorley L. *A Better War: The Unexamined Victories and Final Tragedy of America's Last Years in Vietnam*. New York, NY:Harcourt Books; 1999.

30. Spector RH. *After Tet: The Bloodiest Year in Vietnam*. New York, NY: The Free Press; 1993.

31. Neel S. *Medical Support of the US Army in Vietnam, 1965–1970*. Washington, DC: Government Printing Office; 1973.

32. Doyle E, Lipsman S, and the editors of Boston Publishing Co. *The Vietnam Experience: Setting the Stage*. Boston, Mass: Boston Publishing Co; 1981.

33. Dougan C, Lipsman E, Doyle C, and the editors of Boston Publishing Co. *The Vietnam Experience: A Nation Divided*. Boston, Mass: Boston Publishing Co; 1984.

34. Doyle E, Weiss S, and the editors of Boston Publishing Co. *The Vietnam Experience: A Collision of Cultures*. Boston, Mass: Boston Publishing Co; 1984.

35. Doyle E, Lipsman S, and the editors of Boston Publishing Co. *The Vietnam Experience: America Takes over*. Boston, Mass: Boston Publishing Co; 1982.

36. US Department of the Army, Vietnam. *Medical Services: Mental Health and Neuropsychiatry*. APO San Francisco, Calif: HQ USARV; October 15, 1970. USARV Regulation No. 40–34.

37. Cooke ET. Another look at combat exhaustion. Medical Field Service School Department of Neuropsychiatry. Training document GR 51-400-320. [Distributed to the author, July, 1967.]

38. Training documents GR 51-400-960 and TABLE GR 51-400-104-105. Army Medical Field Service School. San Antonio, Tex. [Distributed to the author, July, 1967.]

39. Boman B. The Vietnam veteran ten years on. *Aust N Z J Psychiatry*. 1982;16:107–127.

40. Bloch HS. Army clinical psychiatry in the combat zone: 1967–1968. *Am J Psychiatry*. 1969;126:289–298.

41. Johnson AW Jr, Bowman JA, Byrdy HS, Blank AS Jr. Panel discussion: Army psychiatry in Vietnam. In: Jones FD, ed. *Proceedings: Social and Preventive Psychiatry Course, 1967*. Washington, DC: Government Printing Office; 1968: 41–76. [See also Alexandria, Va: Defense Documentation Center (Document ADA950-058).]

42. Moskos CC Jr. Military made scapegoat for Vietnam. In: Millett AR, ed. *A Short History of the Vietnam War*. Bloomington, Ind: Indiana University Press; 1978: 67–72.

43. Fulghum D, Maitland T, and the editors of Boston Publishing Co. *The Vietnam Experience: South Vietnam on Trial*. Boston, Mass: Boston Publishing Co; 1984.

44. Moskos CC Jr. *The American Enlisted Man: The Rank and File in Today's Military*. New York, NY: Russell Sage Foundation;1970.

45. Edmendson SW, Platner DJ. Psychiatric referrals from Khe Sanh during siege. *U S Army Vietnam Med Bull*. 1968;July/August:67–72.

46. Glass AJ. Introduction. In: Bourne PG, ed. *The Psychology and Physiology of Stress*. New York, NY: Academic Press; 1969: xiii–xxx.

47. Bourne PG. Military psychiatry and the Vietnam experience. *Am J Psychiatry*. 1970;127(suppl):481–488.

48. Hays FW. Psychiatric aeromedical evacuation patients during the Tet I and Tet II offensives. *Am J Psychiatry*.1970;127:503–508.

49. Tischler GL. Patterns of psychiatric attrition and of behavior in a combat zone. In: Bourne PG, ed. *The Psychology and Physiology of Stress: With Reference to Special Studies of the Viet Nam War*. New York, NY: Academic Press; 1969: 19–44.

50. Dowling JJ. Psychological aspects of the year in Vietnam. *U S Army Vietnam Med Bull*. 1967;May/June:45–48.

51. Balkind JJ. *Morale Deterioration in the United States Military During the Vietnam Period*. Ann Arbor, Mich: University Microfilms International. [Dissertations Abstracts International, 39 (1-A), 438. Order No. 78-11, 333]; 1978.

52. Dougan C, Weiss S, and the editors of Boston Publishing Co. *The Vietnam Experience: Nineteen Sixty-Eight*. Boston, Mass: Boston Publishing Co; 1983.

53. Braestrup P. *Big Story: How the American Press and Television Reported and Interpreted the Crisis of Tet 1968 in Vietnam and Washington*. Boulder, Colo: Westview Press; 1977.

54. Yager J. Personal violence in infantry combat. *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32:257–261.

55. Schell J. *The Military Half: An Account of Destruction in Quang Ngai and Quang Tin*. New York, NY: Alfred A. Knopf; 1968.

56. Norden E. American atrocities in Vietnam. In: Falk RA, Kolko G, Lifton RJ, eds. *Crimes of War*. New York, NY: Random House; 1971: 265–284.

57. Vietnam Veterans Against the War. *The Winter Soldier Investigation: An Inquiry Into American War Crimes*. Boston, Mass: Beacon Press; 1972.

58. Kirk D. *Tell It to the Dead: Memories of a War*. Chicago, Ill: Nelson-Hall; 1975.

59. Sterba JP. Cover your ass. In: Falk RA, Kolko G, Lifton RJ, eds. *Crimes of War*. New York, NY: Random House; 1971:

445–458. [Originally printed as: Close up of the grunt: the hours of boredom, the seconds of terror. *New York Times Magazine*. February 8, 1970.]

60. Renner JA Jr. The changing patterns of psychiatric problems in Vietnam. *Comp Psychiatry*. 1973;14:169–181.

61. Mueller JE. Trends in popular support for the wars in Korea and Vietnam. *Am Political Science Rev*. 1971;65:358–375.

62. Lipsman S, Doyle E, and the editors of Boston Publishing Co. *The Vietnam Experience: Fighting For Time*. Boston, Mass: Boston Publishing Co; 1983.

63. Hersh SM. *My Lai 4: A Report on the Massacre and its Aftermath*. New York, NY: Random House; 1970.

64. Johnson H, Wilson GC. *Army in Anguish*. New York, NY: Pocket Books; 1972.

65. Gabriel RA, Savage PL. *Crisis in Command: Mismanagement in the Army*. New York, NY: Hill and Wang; 1978.

66. Cincinnatus. *Self-Destruction: The Disintegration and Decay of the United States Army During the Vietnam Era*. New York, NY: Norton; 1981.

67. Gallup GH. *The Gallup Poll: Public Opinion 1935–1971*. New York, NY: Random House; 1972.

68. Baskir LM, Strauss WA. *Chance and Circumstance: The Draft, the War, and the Vietnam Generation*. New York, NY: Alfred A. Knopf; 1978.

69. Seligman D. A special kind of rebellion. *Fortune*. January 1969: 66–69, 172–175.

70. Binkin M, Eitelberg MJ. From Bunker Hill to Vietnam. In: Binkin M, Eitelberg MJ. *Blacks in the Military*. Washington, DC: Brookings Institution; 1982: 11–38.

71. Mullen RW. *Blacks and Vietnam*. Washington, DC: University Press of America; 1981.

72. Terry W. *Bloods: An Oral History of the Vietnam War by Black Veterans*. New York, NY: Random House; 1984.

73. Terry W. The angry blacks in the army. In: Horowitz D and the editors of Ramparts. *Two, Three . . . Many Vietnams: A Radical Reader on the Wars in Southeast Asia and the Conflicts at Home*. San Francisco, Calif: Canfield Press; 1971:222–231.

74. Johnston J, Bachman JG. *Young Men Look at Military Service*. Ann Arbor, Mich: University of Michigan, Institute for Social Research; 1971.

75. Bell DB. *Characteristics of Army Deserters in the DoD Special Discharges Review Program*. Arlington, Va: US Army Research Institute; 1979. Report No. 1229.

76. Hayes JH. The dialectics of resistance: an analysis of the GI movement. *J Soc Issues*. 1975;31(4):125–139.

77. O'Donnell JA, Voss HL, Clayton RR, Slatin GT, Room RGW. *Young Men and Drugs: A Nationwide Survey*. Rockville, Md: National Institute on Drug Abuse; 1976. Research monograph No. 5.

78. Greden JF, Morgan DW, Frenkel SI. The changing drug scene: 1970–1972. *Am J Psychiatry.* 1974;131:77–81.

79. Black S, Owens KL, Wolff RP. Patterns of drug use: a study of 5,482 subjects. *Am J Psychiatry.* 1970;127:420–423.

80. Callan JP, Patterson CD. Patterns of drug abuse among military inductees. *Am J Psychiatry.* 1973;130:260–264.

81. Sapol E, Roffman RA. Marijuana in Vietnam. *J Am Pharm Assn*. 1969;9:615–619.

82. Stanton MD. Drugs, Vietnam, and the Vietnam veteran: an overview. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1976;3:557–570. [Reprinted as: Stanton MD. The hooked serviceman: drug use in and after Vietnam. In: Figley CR, Leventman S, eds. *Strangers at Home: Vietnam Veterans Since the War*. New York, NY: Praeger; 1980: 279–292.]

83. Frenkel SI, Morgan DW, Greden JF. Heroin use among soldiers in the United States and Vietnam: a comparison in retrospect. *Int J Addict*. 1977;12:1143–1154.

84. Frank IM, Hoedemaker FS. The civilian psychiatrist and the draft. *Am J Psychiatry.* 1970;127:497–502.

85. Liberman RP, Sonnenberg SM, Stern MS. Psychiatric evaluations for young men facing the draft: a report of 147 cases. *Am J Psychiatry.* 1971;128:147–152.

86. Roemer PA. The psychiatrist and the draft evader [letter]. *Am J Psychiatry.* 1971;127:1236–1237.

87. Ollendorff RH, Adams PL. Psychiatry and the draft. *Am J Orthopsychiatry*. 1971;41:85–90.

88. Moskowitz JA. On drafting the psychiatric "draft" letter. *Am J Psychiatry.* 1971;128:69–72.

89. Lifton RJ. Advocacy and corruption in the healing professions. *Conn Med*. 1975;39:803–813.

90. Spragg GS. Psychiatry in the Australian military forces. *Med J Aust*. 1972;1:745–751.

91. Brass A. Medicine over there. *JAMA*. 1970;213:1473–1475.

92. Maier T. The Army psychiatrist: an adjunct to the system of social control [letter]. *Am J Psychiatry.* 1970;126:1035–1040.

93. Barr NI, Zunin LM. Clarification of the psychiatrist's dilemma while in military service. *Am J Orthopsychiatry*. 1971;41:672–674.

94. APA members hit meeting disruptions in opinion poll results. *Psychiatric News.*March 3,1971:6.

95. Psychologists, MH groups attack Vietnam war. *Psychiatric News*. July 5, 1972: 7.

96. Bloch HS. Dr. Bloch replies [letter]. *Am J Psychiatry*. 1970;126:1039–1040.

97. Parrish MD. A veteran of three wars looks at psychiatry in the military. *Psychiatr Opinion*. 1972;2:6–11.

98. Gibbs JJ. Military psychiatry: reflections and projections. *Psychiatr Opinion*. 1973;10:20–23.

99. Bey DR, Chapman RE. Psychiatry—the right way, the wrong way, and the military way. *Bull Menninger Clin.* 1974;38:343–354.

100. Linden E. The demoralization of an army: fragging and other withdrawal symptoms. *Saturday Review*. January 8, 1972:12–17, 55.

101. Gillooly DH, Bond TC. Assaults with explosive devices on superiors: a synopsis of reports from confined offenders at the US Disciplinary Barracks. *Mil Med*. 1973;138:700–702.

102. Cosmas GA, Murray TP. *US Marines in Vietnam: Vietnamization and Redeployment, 1970–1971*. Washington, DC: History and Museums Division, US Marine Corps; 1986: 343–369.

103. Corson WR. The military establishment. In: *Consequences of Failure.* New York, NY: Norton; 1974: 74–105.

104. Jones FD. Disorders of frustration and loneliness. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *Military Psychiatry: War Psychiatry*. In: *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Office of The Surgeon General, US Department of the Army and Borden Institute; 1995: 63–83.

105. Jones FD. Psychiatric lessons of war. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Office of The Surgeon General, US Department of the Army and Borden Institute; 1995: 3–33.

106. Prugh GS. *Law at War: Vietnam 1964–1973*. Washington, DC: Government Printing Office; 1975.

107. US Army Adjutant General, Casualty Services Division (DAAG-PEC). Active duty Army personnel battle casualties and nonbattle deaths Vietnam, 1961–1979, Office of The Adjutant General counts. February 3, 1981.

108. Bond TC. The why of fragging. *Am J Psychiatry*. 1976;133:1328–1331.

109. Gabriel RA, Savage PL. Cohesion and disintegration in the American Army: an alternative perspective. *Armed Forces Soc.* 1976;2:340–376.

110. Robins LN. A follow-up study of Vietnam veterans' drug use: the transition to civilian life. *J Drug Issues*. 1974;4:61–63.

111. Department of Defense Information Guidance Series. *Drug Abuse in the Military—A Status Report*. Part II. Office of Information for the Armed Forces; August 1972:1–3. No. 5A-18.

112. Ingraham LH. 'The Nam' and 'The World': heroin use by US Army enlisted men serving in Vietnam. *Psychiatry*. 1974;37:114–128.

113. Headquarters, US Army Republic of Vietnam. Drug Rehabilitation/Amnesty Program. [Published as an urgent theater adaptation of Army regulation AR 600-32 (*Drug Rehabilitation/Amnesty Program*) sent to all commands in Vietnam "pending publication of USARV Suppl 1 to AR 600-32." The letter "establishes policies, responsibilities, and procedures for implementation of a Drug Rehabilitation/Amnesty Program in USARV." December 29, 1970 [letter].

114. Lloyd SJ, Frates RC, Domer DC. A clinical evaluation of 81 heroin addicts in Vietnam. *Mil Med*. 1973;138:298–300.

115. Joseph BS. Lessons on heroin abuse from treating users in Vietnam. *Hosp Community Psychiatry*. 1974;25:742–744.

116. Holloway HC, Angel CR, Bardill DR, and the members of work unit 032. Drug abuse in military personnel. In: *Annual Progress Report*. Washington, DC: Walter Reed Army Institute of Research; 1972: 1185–1201.

117. Robins LN, Davis DH, Goodwin DW. Drug use by US enlisted men in Vietnam: a follow-up on their return home. *Am J Epidemiology*. 1974;99:235–249.

118. Ratner RA. Drugs and despair in Vietnam. *U Chicago Magazine*. 1972;64:15–23.

119. Fisher HW. Vietnam psychiatry: portrait of anarchy. *Minn Med*. 1972;55:1165–1167.

120. Stretch RH. Posttraumatic stress disorder among US Army Reserve Vietnam and Vietnam-era veterans. *J Consul Clin Psychol*. 1985;53:935–936.

121. Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. Health status of Vietnam veterans. I. Psychosocial characteristics. *JAMA*. 1988;259:2701–2707.

122. Gabriel RA. *No More Heroes: Madness & Psychiatry in War*. New York, NY: Hill and Wang; 1987.

123. Marlowe DH. *Psychological and Psychosocial Consequences of Combat and Deployment, With Special Emphasis on the Gulf War*. Santa Monica, Calif: National Defense Research Institute/Rand; 2001.

124. Dean ET. *Shook Over Hell*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1997.

125. Veterans Administration. *Myths and Realities: A Study of Attitudes Toward Vietnam Era Veterans*. Washington, DC: Government Printing Office; 1980.

126. Centers for Disease Control and Prevention. *International Classification of Disease, 9th Ed, Clinical Modification*. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9.htm. Accessed November 23, 2009.

127. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed (DSM-III). Washington, DC: APA; 1980.

128. Shephard B. *A War of Nerves*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2000.

129. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, et al. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings From the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1990.

130. Holloway HC, Ursano RJ. Viet Nam veterans on active duty: adjustment in a supportive atmosphere. In: Sonnenberg SM, Blank AS Jr, Talbott JA, eds. *The Trauma of War: Stress and Recovery in Viet Nam Veterans*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1980: 321–338.

131. Fleming RH. Post Vietnam syndrome: neurosis or sociosis? *Psychiatry*. 1985;48:122–139.

132. Frueh BC, Grubaugh AL, Elhai JD, Buckley TC. US Department of Veterans Affairs disability policies for posttraumatic stress disorder: administrative trends and implications for treatment, rehabilitation, and research. *Am J Public Health*. 2007;97:2143–2145.

133. Blank AS Jr. Personal communication to author. May 4, 2008.

134. Abse DW. Brief historical overview of the concept of war neurosis and of associated treatment methods. In: Schwartz HJ, ed. *Psychotherapy of the Combat Veteran*. New York, NY: Spectrum Publications; 1984: 1–22.

135. Perlman MS. Basic problems of military psychiatry: delayed reaction in Vietnam veterans. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1975;19:129–138.

136. Scurfield RM. Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. In: Wilson JP, Raphael B, eds. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York, NY: Plenum Publishing; 1993: 285–296.

137. Blank AS Jr. The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In: Davidson JRT, Foa EB, eds. *Posttraumatic Stress Disorder: DSM–IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992.

138. Jones FD. Chronic post-traumatic stress disorders. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Office of The Surgeon General, US Department of the Army and Borden Institute; 1995: 409–430.

139. Farrell MJ, Berlien IC. Professional personnel. In: *Zone of the Interior*. Vol 1. In: Glass AJ, Bernucci RJ, eds. *Neuropsychiatry in World War II*. Washington, DC: Government Printing Office; 1966: 41–51.

140. Hauser W. *America's Army in Crisis: A Study in Civil-Military Relations*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1973.

141. Tureen LL, Stein M. The base section psychiatric hospital. In: Hanson FR, ed. *Combat Psychiatry*. Washington, DC: Government Printing Office; 1949: 105–134. [Also published as a supplement to *Bull US Army Med Depart*. 1949: 9.]

142. Harris FG. Some comments on the differential diagnosis and treatment of psychiatric breakdowns in Korea. In: *Proceedings of Course on Recent Advances in Medicine and Surgery, Army Medical Service Graduate School*. Washington, DC:Walter Reed Army Medical Center; April 30, 1954: 390–402.

143. Lee RA. The Army "mutiny" of 1946. *J Am History*. 1966;53:555–571.

144. Froede RC, Stahl CJ. Fatal narcotism in military personnel. *J Forensic Sci*. 1971;16:199–218.

145. Rose E. The anatomy of a mutiny. *Armed Forces Soc.* 1982;8:561–574.

146. Goffman E. Characteristics of total institutions. In: *Symposium on Preventive and Social Psychiatry, Walter Reed Army Institute of Research*, Washington, DC; April 15–17, 1957: 43–84. Expanded as: Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, NY: Doubleday; 1990.

147. Parsons T. *The Social System*. New York, NY: Free Press; 1951.

148. Menninger WC. *Psychiatry in a Troubled World*. New York, NY: Macmillan; 1948.

Розділ 3

ПІДГОТОВКА ДО ВІДПРАВЛЕННЯ ВІЙСЬК ЗА КОРДОН: ЗМІЦНЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ

Патрісія Уотсон[I] · Бретт Літц[II] ·
Стівен Саусвік[III] · Елспет Кемерон Річі[IV]

ВСТУП

ТЕОРЕТИЧНІ МОДЕЛІ СТРЕСУ, ТРАВМИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ

Стрес

Травма

Психологічна стійкість

ОЦІНЮВАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ

ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

ЗАХОДИ ЗІ ЗМІЦНЕННЯ ВИТРИВАЛОСТІ ТА ПІДГОТОВЛЕНОСТІ

Зміцнення реакцій на стрес

Зміцнення сильних сторін за допомогою навчальних програм

Зміцнення психологічної стійкості через програми самодопомоги

Навчання навичок, які зазвичай стають у пригоді в ситуаціях виживання

Посилення навичок завдяки військовій підготовці

ІДЕЇ ДЛЯ МАЙБУТНЬОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор філософії, доцент, Дартмутська медична школа, 1 Rope Ferry Road, Hanover, New Hampshire 03755-140; старший фахівець з питань освіти адміністративного відділу, Національний центр з питань посттравматичних стресових розладів, Департамент у справах ветеранів, White River Junction, Vermont.

[II] Доктор філософії, професор факультету психіатрії, Школа медицини Бостонського університету, 77 East Concord Street, Boston, Massachusetts 02118; асоційований директор відділу поведінкових наук, Національний центр з питань посттравматичних стресових розладів, Департамент у справах ветеранів, White River Junction, Vermont.

[III] Доктор медицини, професор факультету психіатрії, Школа медицини Єльського університету та Єльського центру вивчення дітей, 333 CedarStreet, NewHaven, Connecticut 06510; ад'юнкт-професор факультету психіатрії, Школа медицини Маугт Синай, OneGustaveL. LevyPlace, New York, New York 10029; заступник директора відділення клінічної неврології, Національний центр з питань посттравматичних стресових розладів, Департамент у справах ветеранів, White River Junction, Vermont.

[IV] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника військово-медичної служби армії США з психіатрії та директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — Головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

ВСТУП

Воєнні операції в Афганістані й Іраку, під час яких відбувалося багаторазове розгортання контингенту військових, привертають увагу підготовчими навчальними заходами, які можуть збільшити психологічну стійкість військовослужбовців до стресу, пов'язаного із відправленням до іншої країни.

Військовослужбовців навчають у різний спосіб, і це сприяє адаптації до стресу, напруги і втрат. Наприклад, фізична підготовка, підготовка до місії, навчання за фахом, вивчення досвіду, що сприяє впевненості в лідерах і довірі до колег, донесення повідомлень, які підкреслюють мету і функції місії, — усе це разом є необхідними компонентами успішного дотримання майже усіх потреб до відправки військових за кордон. Проте невідомо, чи ці стандартні навчальні заходи допомагають розвиткові можливостей упоратися із суворими вимогами й травмами, пов'язаними із відправленням військ за кордон. Невідомо також і те, як впливають чинні навчальні курси на ризики отримати стресовий розлад чи проблеми психічного здоров'я, пов'язані зі стресом на початку воєнної операції. Зрештою, досі не було проведено системних досліджень щодо підготовчих втручань, розроблених для зміцнення психологічної стійкості та профілактики розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців.

Брак емпіричної літератури, покликаної підтримати підготовчі заходи у військових підрозділах, посилюється браком загальноприйнятої або єдиної концептуальної основи, що визначає потрібні й достатні компоненти психологічної стійкості до травми. До того ж, оскільки більшість досліджень бойового стресу є міждисциплінарними, мало що відомо про ризики і чинники, які захищають або роблять людину уразливішою, про механізми, процеси і способи впливу на адаптацію до стресу [1].

На жаль, під час визначення психологічної стійкості вживають такі конструкції, які є надто широкими або змінними. Крім того, дослідження стійкості, витривалості, самоефективності в подоланні стресу, а також біологічних компонентів стресостійкості проводилися в рамках патології розвитку, вивчення травми, позитивної психології з незначним взаємним використанням результатів між цими дисциплінами [2].

Через високу можливість зазнати жорсткого стресу і посилення мотивації залишатися готовими до бойових дій військовослужбовці слугують природною лабораторією для вивчення стратегій зі зміцнення психологічної стійкості.

Ті нові дані, які викладені у літературі щодо стійкості, часто пов'язані із дослідженням людей, які вели бойові дії. Ці дослідження показують, що психічна стійкість пов'язана із цінуванням альтруїзму, здатністю відчувати зв'язок з групою зі спільною місією, витримувати високі рівні страху і продовжувати ефективно виконувати завдання, у той час як психобіологічні чинники відіграють не надто значну роль [3].

У цьому розділі розглядатимуться теоретичні моделі психологічної стійкості, питання вивчення стресу, травматичного стресу та відновлення після травми.

Мета полягає у створенні пріоритетів навчання стресостійкості, яке може бути вивчене в ході майбутніх досліджень.

ТЕОРЕТИЧНІ МОДЕЛІ СТРЕСУ, ТРАВМИ І ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ

Для початку потрібно визначити теоретичні моделі й ключові поняття, пов'язані зі стресом, травмою і психологічною стійкістю, а також значення цих моделей для навчання і раннього втручання.

Стрес

Дослідження проблем психічного здоров'я людей, які пережили травму, є складовою ширшого поля досліджень стресу. Теорія стресу загалом визначає, що зовнішні *подразники* (травмувальні події як первинні стресори) зумовлюють реакції, які залежать від внутрішніх і зовнішніх ресурсів — як матеріальних (соціальних, фінансових), так і нематеріальних (віра, очікування), що може стати вторинним стресором і суттєво впливати на процес одужання [4]. Окрім того, реакції самої людини (тривога, безсоння, депресія) можуть відбирати ресурси, перетворюючись на третинний стресор [5].

За короткотривалої дії стресора одужання є очікуваним за наявності достатніх ресурсів і з плином часу (з варіаціями, зумовленими інтенсивністю і тривалістю дії стресора) [6]. Стрес-менеджмент зазвичай передбачає: визначення і пом'якшення тих чинників, які впливають на одужання (брак підтримки з боку інших, безперервні стреси, неконструктивні переконання); забезпечення ресурсами, які допоможуть постраждалим зорганізуватися і втілити свій план [7].

Травма

Не існує єдиної хворобливої реакції на травму. Теорія травматичного стресу ґрунтується переважно на психологічних і біологічних дослідженнях, що визначають і змальовують процеси виразної реакції на травматичний стрес [8, 9]. Результати досліджень підтверджують думку про те, що коли травматичні реакції є надмірними, неконтрольованими й виражаються через надзвичайне психологічне збудження, то вони можуть консолідувати зв'язок між страхом і відтворенням травмувальної події, зумовлювати поведінку уникнення, постійне відтворення подій у пам'яті та, зрештою, ПТСР. Додаткові труднощі, які часто спостерігаються після відправлення військовослужбовців за кордон, можуть зумовити низку реакцій, що взаємно підсилюють одна одну і можуть назавжди залишитися у пам'яті людини.

Модель травми Елерса і Кларка (Ehlers та Clark) [10] передбачає, що превентивні програми мають зосереджуватися на переосмисленні негативних оцінок посттравматичних реакцій, на допомозі індивідам розрізняти минулі й теперішні загрози і долати нав'язливі спогади. Зокрема,

- індивіди мають вищий ризик постійного ПТСР, якщо у них надзвичайно негативні оцінки травмувальної ситуації та нав'язливі спогади (погане розуміння ситуації та її контексту; сильна асоціативна пам'ять; сильна перцептуальна реакція). Якщо людина негативно оцінює свою реакцію на травму, вона ризикує дістати постійний ПТСР. Тому допомога індивідам у зміні їхніх реакцій на нейтральніші або позитивні дасть змогу зменшити імовірність тривалого ПТСР;
- оскільки у ПТСР ключовою є неспроможність відрізняти загрози, пов'язані з минулою травмою, від теперішньої ситуації, Елерс і Кларк обстоюють втручання на основі когнітивної терапії, покликані допомогти протистояти дискримінації в минулому і в теперішньому.

Нав'язливі спогади є природними реакціями на жорсткі й значущі життєві події. Подолання (артикулювання, висловлення у терапевтичний спосіб) неконгруентних, нав'язливих, стресових і невпинних спогадів і поведінкових реакцій на них — це ті унікальні чинники, на які мають спрямовуватися програми щодо травми, які розглядають як стрес, так і вміння управляти негативними наслідками [12].

Одужанню після травматичного стресу сприяють: бажання індивіда відкритися та соціальна підтримка, відчуття, що соціальне оточення сприйме реакції індивіда та заохочуватиме від-

криття; сприйняття себе як героя або постраждалого, а не як жертви; відчуття зв'язку з «Богом», вищою силою або філософським вченням; лікування, сфокусоване на травмі, яке дає змогу переосмислити негативні реакції, позбутися нав'язливих спогадів і допомагає відрізнити минулу загрозу від теперішньої [13]. Посттравматична соціальна підтримка і відносно нечасті посттравматичні негативні події можуть слугувати захисними чинниками, які допомагають одужанню після травми [14, 15].

Психологічна стійкість

Робоча група зі зміцнення психологічної стійкості Американської психологічної асоціації, як відповідь на тероризм, визначає психологічну стійкість як процес доброї адаптації в умовах суперечливих подій, травми, трагедії, загроз чи навіть у більш суттєвих стресових ситуаціях [16]. Вона звертається до багатьох досліджень, які демонструють, що первинними чинниками психологічної стійкості є: а) турботливі взаємини усередині родини і поза нею, які створюють любов, довіру, забезпечують моделі соціальних ролей, заохочують і підтримують; б) можливість будувати реалістичні плани та втілювати їх; в) упевненість у собі; г) навички комунікації та вирішення проблем; ґ) здатність керувати емоціями. Загально прийнято вважати, що психологічна стійкість походить від базової спроможності людини адаптуватися до нових ситуацій [17].

Більшість досліджень психологічної стійкості проводились у межах психології розвитку (вікової психології); дослідники намагались ідентифікувати загальні характеристики відновлення психологічної стійкості після стресу [18]. До загальних характеристик належать: витривалість, ефективність (як самоефективність, так і колективна ефективність), а також нейробіологічні компоненти стійкості.

Витривалість

Вивчення витривалих індивідів дало підстави вважати, що їм притаманні такі особистісні характеристики, які підтримують психологічну стійкість. Вони вдаються до пошуку допомоги і мають значні мережі підтримки, оцінюють свій досвід більш позитивно (труднощі як крок до досягнень); вірять, що вони можуть змінити стресову ситуацію або відновитися після її наслідків; віддають перевагу зосередженню на позитивних наслідках сильних життєвих викликів; сприймають себе як здатних контролювати власну долю; мають сутнісні життєві цілі; розглядають стрес як виклик, який можна подолати; з меншою вірогідністю можуть мати поведінкові розлади чи розлади психічного здоров'я, вживати алкоголь для протистояння стресові; з більшою вірогідністю описуватимуть себе як таких, що вирішують проблеми [19–21].

Мадді та Кобаса (Maddi та Kobasa) [22] досліджували, як медики бачать ті методи, які вони використовують для підвищення «психічної стійкості». Вони виявили, що витривалі особи є відданими своїй роботі (у них є місія, в яку вони вірять), їм притаманне відчуття контролю над подіями свого життя, вони невтомно шукають і приймають виклики, відчуваючи, що навчатимуться з досвіду. Вони рідко хворіють.

Самоефективність

Основою людського існування є відчуття здатності бути ефективним (спроможність робити певні дії задля досягнення мети) [23]. Допоки люди не повірять, що вони можуть досягати бажаних результатів завдяки своїм діям, у них обмаль мотивації діяти або протистояти труднощам. Частково саме завдяки вірі в самоефективність люди обирають, яким викликам вони можуть протидіяти, скільки зусиль можна витратити, як довго триматись попри перешкоди та втрати і чи сприймати втрати як мотивуючі або демотивуючі. Беніт і Бандура (Benight і Bandura) [24] рекомендували навчати індивідів обирати досяжні цілі, які заохочуватимуть до повторення успішного досвіду, а також формуватимуть відчуття контролю свого середовища, що зміцнюватиме психологічну стійкість. Навіть більше, навчивши індивіда новим навичкам вирішувати проблеми, можна підвищити його сприйняття самоефективності у подоланні труднощів. У свою чергу, сильне відчуття власної ефективності зменшує уразливість

до стресу і депресію в складних ситуаціях, а також посилює стресостійкість.

Колективна ефективність

Соціальна когнітивна теорія поширює концепцію індивідуальної ефективності на «колективного агента» [25], що, зокрема, стосується й військовослужбовців. Спільна віра у свою колективну силу досягати бажаних результатів — це ключова характеристика колективного агента. Дослідження свідчать, що сильнішим є відчуття колективної ефективності і що вищі прагнення членів групи та вмотивованість їхніх дій, то сильніша їхня спроможність впоратися з перешкодами й невдачами, вищий бойовий дух і стресостійкість, кращі досягнуті результати. Як на суспільному, так і на індивідуальному рівнях висока самооцінка ефективності поліпшує групові зусилля та досягнення. Діяльність військових керівників із формування колективної ефективності потребує об'єднання різноманітних індивідуальних інтересів задля підтримки спільних базових цінностей і цілей.

Військові спільноти відіграють активну роль у зміцненні стресостійкості завдяки плануванню і конструюванню умов середовища, в яких підтримується готовність, лідерство і допомога [23, 25].

Виявлено, що суспільні ресурси, як-от соціальна підтримка, соціально-економічний статус, доступ до послуг, значно впливають на психічне здоров'я і на розвиток стресу [26]. Аналіз демонструє, що соціальна підтримка має позитивний вплив настільки, наскільки вона зміцнює відчуття самоефективності у подоланні вимог середовища [27].

Однак деякі дослідження доводять, що на процес одужання впливає не так позитивна, як негативна соціальна підтримка. Данмор, Кларк і Елерс (Dunmore, Clark і Ehlers) [28] стверджують, що на появу хронічного ПТСР впливає радше відчуття негативних соціальних взаємодій, а не відчуття позитивної підтримки. Тому здається, що військові виграють від тих програм, що побудовані на товариській підтримці (включно з вирішенням конфліктів), моделюванні та зміцненні соціальної допомоги, навчанні стратегіям забезпечення підтримки й розуміння тих військовиків, які з будь-яких причин висловлюють невдоволення або виявляють ознаки порушення порядку.

Нейробіологічні чинники

Провідну роль у здатності витримувати стрес і травму відіграють нейробіологічні чинники. Вивчення близнюків виявило, що спадковість ПТСР коливається в межах 28–33 % [29]. Дослідження DNA (дезоксирибонуклеїнової кислоти) підтвердило, що різноманітність поліморфізму генів сприяє стресовій реактивності та можливому розвитку психопатології, пов'язаної із травмою. Прикладами можуть слугувати відмінності у діяльності симпатичної нервової системи (поліморфізм гена α-2C-адренергічного рецептора) [30], викид кортизолу у відповідь на психологічний стрес (варіант гена глюкокортикоїдного рецептора) [31] і метаболізм серотоніну (поліморфізм гена переносника серотоніну) [32].

Роль метаболізму серотоніну в реагуванні на стрес вивчав Каспі (Caspi) [32], який виявив, що функціональний поліморфізм у промоторній ділянці гена переносника серотоніну стримує вплив стресових життєвих подій на розвиток депресії. Серед осіб, які зазнали в дитинстві жорстокого поводження, ті, що були з двома довгими алелями, виявилися значно менш схильними до розвитку депресії, ніж ті, хто мав дві короткі алелі. Таким чином, ті, хто мав дві довгі алелі, були більш захищеними від психопатологій, пов'язаних із травмами, тимчасом як ті, у кого було дві короткі алелі, виявились уразливішими до травм. Хоча, як виявилося, чинники оточення можуть відігравати захисну роль навіть у тих, хто має генетичну уразливість. Кауфман (Kauffman) [33] нещодавно виявив, що сильна соціальна підтримка захищає від розвитку депресії у дітей, які пережили травму і є тимчасово всиновленими, попри генетичну уразливість (наприклад, у тих, хто має дві короткі алелі гена переносника серотоніну).

Широке розмаїття гормонів, нейротрансмітерів і нейропептидів, які відомі як такі, що активуються стресом і травмою, також асоціюється із психологічною стійкістю. Чарні (Charney) [3] у всебічному огляді літератури описав 11 нейрохімічних речовин, які видаються такими, що мають особливе значення для нейробіології психологічної стійкості. Є свідчення про те, що психологічно гнучкі індивіди мали найвищі рівні дегідроепіандростерону (DHEA), нейропептиду Y (NPY), гала-

ніну, серотоніну (5-HT1a), а також високий рівень функціонування бензодіазепінових рецепторів. Ці ж психологічно гнучкі індивіди мали найнижчі показники функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (HPA) системи, кортикотропін-рилізинг-гормону (кортиколіберін), активності блакитного ядра і викидів норадреналіну. Для осіб, уразливих до стресу, результати протилежні.

Наприклад, NPY — це амінокислота, яка допомагає підтримувати реактивність симпатичної нервової системи на оптимальному рівні. В умовах небезпеки симпатична нервова система (SNS) вивільнює адреналін і норадреналін (NE) як частину відповіді організму «боротьба або втеча». У ситуаціях сильного стресу також виділяється нейропептид Y, який допомагає стримувати норадреналін і в такий спосіб утримує SNS від зриву та можливого посилення тривожності, надмірної обачності та страху. Високі рівні NPY у солдатів спецназу під час стресу, зумовленого екстремальними військовими навчаннями, асоціювались із високою продуктивністю. Вірогідно, що у військовослужбовців із високим рівнем психологічної стійкості стрімке зростання норадреналіну стримується схожим стрімким зростанням NPY [3, 34, 35].

Галанін та DHEA — дві інші нейрохімічні речовини, які підвищують психологічну стійкість завдяки стримуванню або зміні стресової реакції [3]. Наприклад, під час стресових ситуацій відбувається викид кортизолу, що допомагає мобілізувати запаси енергії та посилює збудження, вибіркову увагу, пильність, а також зміцнює емоційну пам'ять, тобто все те, що є адаптивним. Однак коли рівень кортизолу постійно залишається високим і не перестає зростати, то це може мати токсичні наслідки для мозку і всього організму [36, 37]. DHEA, який виділяється одночасно з кортизолом, допомагає знижувати рівні кортизолу і тому має захисні властивості [35]. Як у випадку з NPY, високе співвідношення DHEA до кортизолу асоціювалось із кращими показниками солдатів спецназу під час стресових військових навчань, і воно може відігравати роль у зміні психологічних, психосоціальних і поведінкових реакцій на стрес.

Цілком імовірно, що індивідуальні нейробіологічні чинники самі по собі мають відносно обмежений вплив на стресостійкість. Однак, відповідно до моделі відновлення гомеостазу [38], сумарні ефекти множинних нейробіологічних чинників можуть суттєво позначитися на психологічній стійкості. Отже, Чарні [3] висунув гіпотезу про те, що витривалим індивідам притаманні: відносно високий рівень зумовленого стресом NPY, галаніну, DHEA і тестостерону, а також відносно низький рівень активації симпатичної нервової системи та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи.

Чимало ділянок мозку та нервові шляхи, що беруть участь в обробці й регулюванні страху, навчання, пам'яті, емоцій, винагород, мотивації та соціальної поведінки, також, безсумнівно, залучені до протистояння стресу. Наприклад, психологічна стійкість може бути пов'язана із оптимальним стимулюванням або стримуванням взаємодії мигдалеподібного тіла і префронтальної кори головного мозку, що сприятиме відповідній або адаптивній стрес-реакції. Аналогічно, вияви здатності до співробітництва, соціальних зв'язків, позитивних емоцій і сподівання в умовах негараздів, тобто всього того, що пов'язано із психологічною стійкістю, можуть залежати від належного функціонування мозкової системи винагород, зокрема концентрації допаміну в прилеглому ядрі [3, 34].

Цілковито можливо, що відповідні нейротрансмітери і гормональні системи, а також нервові шляхи можуть змінюватись із набуттям досвіду. Дослідження у сфері вікової психології продемонстрували, що ранній досвід стресу може мати довгострокові наслідки для поведінкових і нейробіологічних реакцій на страх і стрес у майбутньому [38]. Отже, неконтрольований або сильний стрес у дитинстві може зумовити надмірну емоційну реакцію, а також реакцію SNS та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи на стресори навіть у дорослому віці. Помірно м'які стресори, які є керованими, можуть мати «гартувальний» або стрес-модифікуючий ефект, коли організм стає менш реактивним до майбутніх стресорів [39]. Хоча увага і збудження необхідні для виживання, проте коли вони виходять за межі оптимального діапазону, то це має згубні біологічні наслідки. Під час стресу активується кілька кіркових і підкіркових ділянок мозку (зо-

крема сенсорні, моторні, ділянки префронтальної кори, гіпокамп, мигдалина, таламус, смугасте тіло, середній мозок, а також моноамінергічні ядра стовбура мозку і гіпоталамус). Зв'язок між цими ділянками забезпечує оцінку подій, пов'язаних зі стресом, психомоторну відповідь на них і пам'ять про них. Хоча збудження може врятувати життя, була висунута гіпотеза, що надмірне й тривале нервове піднесення після травми може збільшити ймовірність розвитку ПТСР [5, 40, 41]. Численні дослідження на тваринах засвідчили, що затяжний і надмірний стан тривоги та збудження здатний сприяти як сенсибілізації, так і довготривалій дії стресу [42], що може спричинити психопатологію, пов'язану із травмою.

Розуміння біологічних компонентів психологічної стійкості та робота з ними є сферою з великим потенціалом для втручання. З огляду на результати нейробіологічних досліджень пластичності мозку, очевидно, що певна підготовка й навчання можуть впливати на нервові шляхи і нейротрансмітери, які забезпечують стресостійкість. Вони передбачають: навчання того, як регулювати емоції, протистояти страху, обговорювати і переоцінювати негативні думки, знаходити позитивний сенс у труднощах, допомагати іншим, хто потребує підтримки, і як залучити соціальну підтримку.

Визначення психологічної стійкості

Психологічну стійкість загалом вважають «багатовимірною» [18], яка має різні ознаки залежно від сфер життя людини (наприклад, професійної чи соціальної). Ці «траєкторії стійкості» можуть бути нерівномірними [18, 43]. Наприклад, після травми індивід здатний адекватно виконувати свої функції на робочому місці, але може страждати від міжособистісних проблем (заціпеніння, відсторонення від інших). Більше того, вираження психологічної стійкості залежить від контексту: природи стресора, рис індивіда і культури суспільства [43]. Чимало дослідників у цій сфері дійшли висновку, що психологічна стійкість не є сталою характеристикою, це — різновид «функціональної траєкторії» реакції на ризик, яка залежить від обставин та індивіда (наприклад, уразливості та захисних механізмів). Коли обставини змінюються, то може змінитися й траєкторія стійкості [18, 44].

Багатомірний аналіз показує, що за витриману поведінку в одній сфері інколи доводиться поступатися в іншій. Наприклад, компетентність на роботі може супроводжуватися емоційною відстороненістю від родинних проблем [45, 46], а уразливі особи зі зразковою поведінкою можуть переживати внутрішній дистрес [47, 48]. Зрештою, визнається, що чинники, які сприяють психологічній стійкості, не бувають адаптивними у всіх випадках (приміром, при соціопатії чи нарцисизмі [13]).

Експерти у сфері психологічної стійкості наполягають на тому, що всі заплановані дослідження і втручання мають виходити із розуміння психологічної стійкості як стану, а не як риси характеру [18]. Тому вони рекомендують уникати поняття «стійкість» у зв'язку із рисами людини. Натомість вони радять вживати словосполучення «траєкторія стійкості або адаптації», пояснюючи, що в різні часи ці траєкторії варіюють залежно від ситуації і від конкретної людини [18].

Справді, психологічна стійкість — це процес і результат. Є наслідки психологічної стійкості (наприклад, в умовах незчисленних бойових травм у військовослужбовців не виникло жодних проблем психічного здоров'я чи значних проблем функціонування), а є процеси психологічної стійкості (механізми, які зумовлюють результати стійкості), які змінюються упродовж життя зі зміною вимог, обставин і самих військовослужбовців. Мета навчання психологічної стійкості полягає в посиленні або нарощуванні наявних ресурсів, які сприятимуть адаптації.

ОЦІНЮВАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ

Під час оцінювання психологічної стійкості потрібно зважати на: 1) характер травми; 2) поширення симптомів і проблем (особливий наголос має бути на ступені суб'єктивного дистресу і страждань); 3) функціональні можливості у різних сферах (зокрема робота, відпочинок, догляд

за собою, стосунки). Хоча існують дефініції психологічної стійкості, проте успішна адаптація військовослужбовців чи їх відновлення після травми, зумовленої відправкою на службу за кордон, залежить від характеру травми і ступеня впливу травмувальних воєнних подій. Неприйнятно порівнювати психологічну стійкість у різних індивідів без врахування відмінностей впливу травмувальних подій. У разі жорстких і екстенсивних травмувальних воєнних подій психологічна стійкість не може вузько розумітися лише як відсутність посттравматичних розладів психічного здоров'я, як-от ПТСР. Військовослужбовці можуть скаржитися на низку симптомів, які відображають тривалий психологічний вплив їхнього досвіду військової служби за кордоном. Тому психологічну стійкість слід визначати не лише як відсутність симптомів, а й як ступінь суб'єктивного дистресу, зумовленого цими проблемами, і, що важливіше, якою мірою це загрожує функціонуванню цих людей [49].

Вивчаючи психологічну стійкість як процес, потрібно розробити критерії для оцінювання індивідуальних відмінностей у захисних чинниках і процесах, щоб під час досліджень була можливість протестувати потенційні механізми пом'якшення впливу травми та її наслідків. Інші цілі полягають у тому, щоби описати поширеність різних показників психологічної стійкості у певних травмувальних умовах упродовж певного часу й оцінити ефективність втручань, спрямованих на підвищення стресостійкості. Які механізми чи процеси сприяють психологічній стійкості у певний період після травмувальної події? Можна розглядати психологічну стійкість так: ресурси й переваги індивіда і групової культури (як-от згуртована та підтримуюча команда військовослужбовців) переважають вплив перешкод і слабкостей. За цих умов індивідуальні й соціальні ресурси використовуються для: а) подолання посттравматичних викликів; б) знаходження сенсу, цілей і надій; в) зменшення чи подолання поточних труднощів і стресорів; г) одержання позитивних емоцій від різноманітної діяльності (наприклад, роботи, відпочинку). Досліджуючи психологічну стійкість, особливо важливо визнавати, що процес цієї стійкості стосується як людини, так і середовища (а також взаємодії між ними). Ретельний аналіз ресурсів психологічної стійкості має брати до уваги соціально-демографічні чинники, повсякденні труднощі, соціальні мережі та інтимні стосунки.

ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Документ «Оцінка ризиків і психологічної стійкості при відправленні за кордон» (DRRI — Deployment Risk and Resilience Inventory) тлумачить психологічну стійкість як процес, що розвивається, та багатовимірний конструкт, у якому рівноцінно важливими вважаються індивідуальні чинники, характеристики впливу травмувальної події, соціальне оточення (як в армії, так і вдома). Він був розроблений на підставі огляду літератури, результатів опитування і фокус-групи, підтверджувального факторного аналізу задля того, щоб оцінювати ризики і змінні психологічної стійкості, пов'язаної зі здоров'ям і добробутом після відправлення військовослужбовців за кордон. DRRI оцінює ризик і психологічну стійкість у 14 сферах, виокремлюючи довоєнні чинники, чинники воєнної зони та повоєнні чинники.

Довоєнні чинники

1. Родинне оточення у дитинстві (згуртованість, близькість до родини).
2. Попередні стресори (вплив надзвичайно стресових чи травмувальних подій).

Чинники воєнної зони

3. Готовність (самосприйняття готовності, зокрема віра в якість і кількість обладнання, витратних матеріалів, а також навчання).
4. Участь у бойових діях (вплив об'єктивного бойового досвіду).
5. Наслідки бою (спостереження за останками або їх прибирання, дотичність до вій-

ськовополонених, спостереження за зруйнованими громадами і біженцями).
6. Сприйняття загрози (суб'єктивні побоювання за власну безпеку і благополучність у зоні воєнних дій).
7. Важкі умови проживання і роботи (щоденний тиск, дискомфорт, депривація).
8. Стурбованість щодо життєвих і сімейних проблем (пов'язані з кар'єрою побоювання, сімейні турботи).
9. Сексуальні домагання (небажані дотики сексуального характеру чи відповідні висловлювання).
10. Загальні домагання (переслідування за ознакою біологічної статі або належності до певної меншини).
11. Соціальна підтримка у зоні воєнних дій (допомога і заохочення з боку командирів, інших бійців підрозділу).
12. Вплив ядерних, біологічних чи хімічних чинників.

Повоєнні чинники

13. Повоєнна соціальна підтримка (емоційна підтримка та дієва допомога від родини, друзів, колег і роботодавців, громади).
14. Повоєнні стресори (загальні стресові події, як-от: нещасні випадки, хвороби; питання реінтеграції, зокрема переривання роботи, труднощі у перевизначенні ролі).

Оскільки оцінка ризиків і психологічної стійкості (DRRI) спеціально орієнтована на оцінку адаптації до стресу і травми, зумовлених відправленням військовослужбовців для участі у бойових діях за кордон, і є психометрично підтвердженою, її широке використання цілком бажане.

Проте DRRI не вимірює індивідуальні відмінності у психологічній стійкості, яка також є вагомим особистим ресурсом. Ще до призову всім військовослужбовцям була певною мірою притаманна вроджена і набута здатність ефективно долати серйозні життєві проблеми і загрози (психологічна стійкість). На жаль, не існує ідеального методу оцінки психологічної стійкості як індивідуальної характеристики, що не дивно з огляду на відсутність єдиного концептуального визначення стійкості.

Один із варіантів оцінки, який видається адекватним за змістом, — це «Шкала психологічної стійкості Коннора–Девідсона (Connor–Davidson)» [52]. Вона складається із 25 питань, які виявляють ставлення до того, як долати труднощі (наприклад, «подолання стресу робить мене сильнішим»).

У всіх питаннях від респондентів вимагають визначити рівень їхньої згоди за п'ятибальною шкалою: від повної незгоди до повної згоди. Коннор і Девідсон повідомляють про коефіцієнт альфа Кронбаха 0,89 при валідації (серед загального населення), що демонструє високу імовірність отримання послідовних і надійних відповідей, навіть якщо замінити частину питань іншими схожими питаннями.

Національний центр ПТСР розробив методологію оцінки, яка отримала назву «Шкала реакцій на стресовий досвід» і покликана визначати психологічну стійкість. Шкалу сконструйовано таким чином, щоб охопити механізми стійкості, зокрема:

- **Поведінкові.** Ті дії (активні або пасивні), які особа демонструє у відповідь на інтенсивний життєвий стресор і які сприяють поверненню до базового психологічного функціонування та психологічного росту, зокрема дії, спрямовані на отримання соціальної підтримки.
- **Емоційні.** Ступінь ефективності особи у використанні власних емоцій задля здобуття своїх цілей. Це досягається через керування емоційними реакціями у гнучкий і відповідний до ситуації спосіб.
- **Когнітивні**. Усвідомлене мислення, сприйняття та очікування, що мають на меті адаптуватися або подолати стресову ситуацію через зміну особистих думок, коли це доцільно, задля знаходження реалістичних і прийнятних поглядів на власну уразливість, імовірність майбутніх ризиків, а також можливість досягнення особистого зростання.

Варто зауважити на тому, що звернення до різних сфер дасть змогу досягти дієвішого і точнішого рівня оцінки психологічної стійкості.

ЗАХОДИ ЗІ ЗМІЦНЕННЯ ВИТРИВАЛОСТІ ТА ПІДГОТОВЛЕНОСТІ

В армії постійно працюють над посиленням психологічної стійкості військовослужбовців — починаючи з набору новобранців, їх базової підготовки й аж до виходу військовослужбовців на пенсію. Узагальнення та опис усіх заходів, спрямованих на посилення психологічної стійкості військовослужбовців у весь період їхньої служби, наводяться нижче. Натомість подана інформація зосереджена на зусиллях, які докладаються або мають бути обмірковані, щоб зменшити вплив командирування за кордон, негараздів і серйозних травм (первинна профілактика) на психічне здоров'я.

Досі не зрозуміло, чи певна підготовка може слугувати повноцінним «щепленням» індивіда від жорстокої травми. Деякі стратегії, які походять із різних сфер, описані як такі, що можуть бути складовими підготовки та профілактики. Слід зважати на те, що для підготовки необхідні мотивація, передбачення, час й енергія. А це за певних обставин може бути нереалістичним і економічно невигідним. Якщо підготовка неможлива, то, за даними досліджень, запобігання втраті ресурсів є відчутнішим у посиленні відновлення, аніж намагання залучити додаткові ресурси після травмувальної події [6]. Далі обговорюються інші програми, покликані підготувати індивідів.

Зміцнення реакцій на стрес

Чи можуть індивіди бути краще підготовленими до відправлення за кордон і до бойових дій? У літературі про «стійкість» припускається, що за певних умов повторні випадки труднощів або загроз, за якими слідують періоди відновлення (наприклад, парашутно-десантне тренування та робота в умовах сильного холоду) можуть посилювати стрес-реакцію нейроендокринної системи. Так, люди, які проходили парашутно-десантне тренування, були більш енергійними та емоційно стабільними, аніж до того, як вони отримали цей досвід [53]. Кращі адренергічні реакції у людей пов'язані із вищою продуктивністю і навчанням складним завданням.

Стійкість, однак, менше стосується ситуацій переживання травми або втрат, коли негативні наслідки вже очевидні або коли корисні копінг-стратегії марні (наприклад, можна виснажити організм надмірно інтенсивним, тривалим або несподіваним навчанням; навіть одна травмувальна подія може бути руйнівною). Поєднання непередбачуваності зі значною тяжкістю події може зруйнувати відновну здатність організму, призвести до слабкості, а не стійкості [54].

Посилення реакцій на стрес

У нещодавньому експертному обговоренні було досягнуто згоди, що будь-яка програма втручання, розроблена для ситуацій тривалої загрози, має містити елементи посилення надії, відчуття безпеки, ефективності, спокою та зв'язку з іншими [55]. Моделі набутого оптимізму і позитивної психології [56, 57] містять усі ці елементи задля розвитку сильних сторін людей, які перебувають у ризикованих ситуаціях. До цих компонентів, спрямованих на зміцнення сили і профілактику, належать: вселення надії; посилення підтримувальних сильних сторін (наприклад, навичок міжособистісної взаємодії; оптимізму; наполегливості; здатності отримувати задоволення від досягнення цілей); розповідь історії свого життя іншим; обговорення (навички визнання своїх думок катастрофічними та перебільшеними, а також їх ефективного обговорення).

Селіджмен (Seligman) виявив, що подібне навчання зміцнює індивіда та запобігає депресії у дітей і дорослих. Унікальність цього навчання полягає в тому, що воно зосереджено на розвитку сильних сторін, а не на «ремонті зламаного». Програми втручання Селіджмена дістали назву «навчальних програм», а не терапії, хоча вони мають такі самі сприятливі результати, як і психотерапія [57–59].

Зміцнення психологічної стійкості через програми самодопомоги

Американська психологічна асоціація нещодавно розмістила на своїй веб-сторінці, присвяченій са-

модопомозі, он-лайн модуль зі зміцнення психологічної стійкості [16]. Провідні дослідники у сфері психологічної стійкості та посттравматичного відновлення сформували комітет, який розробив цей модуль. Він розвиває ідеї основних кроків самодопомоги для поліпшення стійкості на підставі емпіричної і загальноприйнятої інформації: підвищення соціальної підтримки, оптимізму, реалістичної оцінки і постановки цілей, емоційного і соціального балансу, тобто поєднання проблемно-орієнтованих і емоційно-орієнтованих копінг-стратегій. Оскільки література з вікової психології припускає, що самостійне навчання дорослих є важливим для успішного опанування матеріалу, такий підхід до поширення інформації може бути ефективним у допомозі солдатам відновитися, особливо тим, хто переймається стигмою через звернення по допомогу або хто має напружений робочий графік.

Навчання навичок, які зазвичай стають у пригоді в ситуаціях виживання

Інший підхід до розвитку психологічної стійкості полягає в проведенні інтерв'ю з тими, хто вижив у надзвичайно стресових умовах, з метою розуміння тих загальних чинників, які допомагають виживати. Наприклад, нещодавнє дослідження таких випадків [60] засвідчило, що застосування стратегії вирішення проблем допомогло тим, хто пережив травму, зберегти відчуття самоефективності й контролю над загрозливими для життя ситуаціями. Прикладами таких стратегій були:

- пригадування і практичне застосування набутих раніше навичок щодо ситуації, в якій вони опинилися (приміром, безпека і дихання);
- упевненість у тому, що друзі допоможуть;
- вдумливий аналіз усього і вимога результатів;
- відкидання думок про смерть як неконструктивних;
- зосередження на тому, як заспокоїти людину, яка становить загрозу;
- відчування контролю над ситуацією;
- збереження спокою;
- думки про близьких людей;
- молитви;
- зосередження на позитивних копінг-стратегіях;
- уникнення відволікання на звуки або знаки.

Основні навички виживання були окреслені Гонсалесом (Gonzales) [61], який вивчав випадки та провів інтерв'ю з сотнями людей, які вижили у загрозливих для життя ситуаціях. Перелік чинників, які зазвичай спостерігаються у тих, хто вижив у небезпечних ситуаціях, складається з шести пунктів.

1. Обізнаність, наскільки це можливо, про ситуацію заздалегідь, усвідомлення, що сили можуть бути такими значними (або швидкими), які навіть неможливо уявити.
2. Адаптивність і гнучкість, яка спирається на правильне розуміння ситуації та відповідну зміну поведінки.
3. Швидка організованість, встановлення правил і дисципліни; дроблення великих завдань на маленькі частини, виконувані доручення; визначення досяжних цілей і розробка короткострокових планів із їх досягнення; час від часу виконання того, що перебуває у межах можливого, і відмова від усього іншого.
4. Усвідомлення власних можливостей і відмова від їхнього недооцінювання чи переоцінювання.
5. Спроможність оцінювати ситуацію та зупинятися, якщо умови не дають змоги просуватись уперед, незалежно від того, як багато було заплановано; реалістичність щодо цілей і часових меж, зорієнтованість здебільшого на зміст, аніж на процес.
6. Культивування позитивного психологічного налаштування щодо:
   - розуміння того, що життя не завжди справедливе;
   - наявності стійкості, терпіння, ввічливості, скромності, зовнішньої пристойності та волі (у найгірших ситуаціях), які дадуть змогу вчинити якнайкраще;
   - відзначення успіхів, відчуття радості від завершеного завдання, навіть найменшого;
   - підтримання постійної мотивації, попередження відчуття безнадії та влаш-

тування собі невеличких перерв у відчутті стресовості ситуації;
- налаштування на обачність і виконання задуманого, переконання у власному успіхові;
- відсутності збентеження невдачами;
- визнання, що середовище, ситуація постійно змінюються;
- підготовки себе та початку всієї справи заново, якщо потрібно, маленькими кроками;
- використання того світу, в якому опинилася людина, і бачення можливостей у труднощах.

Військовослужбовці можуть бути краще підготовленими до стресу, зумовленого відправкою за кордон, якщо вони матимуть конкретну інформацію, яка допоможе їм вдосконалити навички виживання в екстремальних ситуаціях, та отримують інструкції із застосування цих навичок як складової стратегій розв'язання проблеми. Окрім навчання навичок для специфічних ситуацій, важливим є навчання людей копінг-стратегіям у несподіваних ситуаціях, у яких вони можуть відчувати збентеженість, розгубленість, безпорадність. Програма психологічної стійкості Bell [62] покликана допомогти у цьому через використання езотеричних навчальних принципів, зокрема медитативних вправ, які розвивають урівноваженість, ясність, гнучкість, уважність, емоційну витривалість. Проте ці принципи не застосовувались у ситуаціях травматичного стресу.

Посилення навичок завдяки військовій підготовці

Військові навчання зосереджені на підготовці військовослужбовців до бойових дій чи до якихось хаотичних і катастрофічних ситуацій. Американські військові у різний спосіб прагнуть підготувати своїх солдатів для потенційного впливу бойових дій та операцій, які не є війною, а також до стресів, пов'язаних із командируванням за кордон. У бойових підрозділах багато часу відводиться військовим тренуванням (інколи досить тривалим), під час яких солдати мають ризик вогневого ураження, мало сплять і беруть участь у стрімких операціях. Ті, хто відбуває навчання у школах виживання, ухиляння, опору та втечі (SERE), піддаються надзвичайно стресовим інсценованим захопленням у полон і допитам у таборах для військовополонених. Також стандартною є підготовка до ядерної, біологічної, хімічної війни, зокрема навчання користуватися протигазом і одягати його протягом 9 секунд. Особливо за кордоном практикують тренування з носіння хімічного захисного костюма протягом тривалого часу при виконанні поставлених завдань. Постійне повторення та стандартизоване вимірювання майстерності мають на меті посилити відчуття контролю у військовослужбовців, разом із тим у них формується усвідомлення, що «ми підготовлені до будь-чого, що може трапитися на нашому шляху».

Іншим захисним чинником у війні є згуртованість підрозділу. Шпігель (Spiegel) [63] висловив думку, що повага до товаришів та лідерів, турбота про репутацію групи і прагнення забезпечити успіх підрозділу — все це було тим, що підтримувало солдатів, які воювали у Другій світовій війні [64]. Більше того, він визначив, що індивід часто відчуває порушення такої згуртованості після зміни взаємин із групою [63].

Під час війни у В'єтнамі було відзначено, що зрештою згуртованість підрозділу не пов'язана з альтруїзмом, породженим особистим тяжінням. Вона радше є усвідомленням того, що виживання солдата залежить від його здатності зробити так, щоб інші схотіли йому допомогти, коли в нього виникне потреба [65].

Згуртованість може стосуватися всієї структури, до якої належить підрозділ, що служить посиленню гордості індивіда. Почуття власної гідності солдата стає пов'язаним із репутацією підрозділу, забезпечуючи додаткову мотивацію. Іншими словами, ідентифікація індивіда передбачає не тільки самоідентифікацію, а й колективну ідентичність, яка, у разі доброї розвиненості, є захисним чинником.

Фізичне гартування є також найважливішим компонентом військової підготовки. Протягом усієї кар'єри військовослужбовці двічі на рік складають тестування з фізичної підготовки. Це гарантує, що військові підтримують достатній рівень фізичної підготовки, незважаючи на інші

численні завдання. В елітних підрозділах фізичний гарт є пріоритетним. На додачу до отримання фізичного навантаження, необхідного в бою, фізична підготовка також тісно пов'язана зі зменшенням стресу, тривоги та депресії [66].

Тренування та військові навчання є ще одним компонентом розвитку готовності та психологічної стійкості. У Військово-морських силах, наприклад, тренування може бути зосереджене на тому, як реагувати на пожежу, потоплення корабля, команду «людина за бортом» та інші ситуації. Ці вправи керуються ідею профілактики стресу, яка у цивільному світі набуває форми когнітивно-поведінкових методів передбачення та пригнічення реакцій на події, що породжують тривожність, з метою пом'якшення відповіді на сприйняття загрози [6].

Окрім підвищення розуміння між солдатами, тренування в армії також сприяють взаємодії між ними і усвідомленню власної майстерності в умовах катастрофи. Дехто з військових, хто пережив напад на Пентагон 11 вересня 2001 року, вважає, що попередні тренування підготували їх до хаосу на виході з будівлі, натомість як цивільні службовці скаржилися на свою непідготовленість [68].

Незважаючи на потенційну користь профілактики стресу і тренувань, недавній досвід показує, що багато військовослужбовців не готові до сприйняття жертв серед цивільного населення, ані до перенесення тіл своїх друзів чи ворогів. Наприклад, опісля вибуху на американському військовому кораблі «Айова», коли морякам довелося виносити тіла своїх друзів, у кількох із них розвинулись симптоми ПТСР [69].

Армія США розробила брошуру «Лише факти… Робота зі стресом у тих, хто має справу з останками тіл людей», у якій подано інструкції, яким чином військовослужбовці мають поводитися з останками людей, аби знизити рівень стресу [70]. Однак донині невідомо, яким має бути набір стимулів та їхня інтенсивність, щоб справді підготувати людей, а не зробити їх надмірно чутливими.

В армії завжди наголошують на значенні командирів. Військових керівників учать: розвивати витривалість, згуртованість підрозділу і бойовий дух «власним прикладом»; сприяти відкритому обговоренню того, які завдання плануються; визначати, як виправляються помилки чи невдачі, а також учитися на них; знаходити (і за необхідності створювати) значущі та складні групові завдання; розуміти основні потреби команди (зокрема, необхідність відпочинку); надавати всім індивідам можливість використовувати їхні унікальні навички вирішення проблем (зокрема й молитву або написання листів додому).

Дослідження, проведене з групою норвезьких курсантів Військово-морського флоту, засвідчило, що підрозділи, в яких опісля стресових навчань значно зросла згуртованість, також оцінювали своїх командирів як таких, що мають кращі навички та є дбайливішими, порівняно з тими підрозділами, де згуртованість не зросла. Особи, які бачать своїх лідерів більш ефективними та турботливими, навіть якщо ці лідери перебувають в умовах надмірного стресу, своєю чергою, швидше за все, осмислюватимуть свій досвід позитивно. При виконанні групових завдань ця позитивна інтерпретація знаходить своє відображення в підвищеній груповій згуртованості.

Ще один компонент, на який американські військові звертають особливу увагу при підготовці до відправлення за кордон, — це «стан справ удома», адже емоційна підтримка, як було доведено, суттєво впливає на наслідки такої відправки [71].

Дані Армії оборони Ізраїлю, наприклад, показують, що 30 % їхніх жертв у Ліванській війні були зумовлені стрес-реакціями на бойові ситуації. Ізраїльські сили оборони виявили, що солдати, які пережили певні подружні проблеми або напругу в особистих стосунках, мали вищі ризики страждання від бойового стресу.

Останнім часом Армія США розробила план активної підтримки всього циклу відправлення військовослужбовців за кордон під назвою «Battlemind» [73], спрямований на реінтеграцію солдатів, які повертаються до родини й у суспільство, особливо тих, хто був поранений. Військово-морський флот і морська піхота розробили багатогранну програму, зосереджену на визнанні того, що стресові реакції, травми та хвороби належать до стабільного простору бойового стресу та зусиль, спрямованих на забезпечення допомоги військовослужбовцям і членам їхніх родин із

самого початку задля уникнення тривалих проблем [74–76].

Нарешті, військові були досить чутливими до ідентифікації загиблих. Після нападу на американський військовий корабель «Кол» командування вдалося до узгоджених дій задля того, щоб загиблих поховали з усіма військовими почестями, а ті, хто залишився живими, були допущені засвідчити свою повагу. Через залучення команди корабля для забезпечення належного поховання командування: посилювало у команди відчуття контролю; повідомляло тим, хто вижив, що кожне життя цінне і до нього потрібно ставитися з належною гідністю, особливо після смерті; розпочинало процес скорботи для тих, хто був більш тісно пов'язаний із загиблими [77].

ІДЕЇ ДЛЯ МАЙБУТНЬОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ

Первинна профілактика та навчання, які передують стресовим ситуаціям в армії, часто передбачають такі заходи, як здобуття навичок вирішення проблем або зміцнювальне тренування, подібне до військових навчань. Ця форма «щеплення від стресу» покликана посилити психологічну стійкість. Проте травматичний стрес за своєю природою є непередбачуваним і неконтрольованим. Тому хоча стресостійкість пов'язана зі специфічними чи можливими стресорами, підготовка до травматичного стресу має більше орієнтуватися на підготовку індивідів до неочікуваного, коли вони ще не можуть зрозуміти, що відбувається, коли ситуація є новою і вони можуть відчувати розгубленість або безпорадність.

Інша стратегія покликана посилювати психологічну стійкість через навчання чинникам, які допомогли іншим після травматичної чи стресової ситуації, як-от соціальна підтримка і самоефективність чи позитивна зміна переконань або діяльності.

Цей підхід може містити: внесення відновлювальних заходів у розклад життя після травми; прагнення індивідів знайти, що саме може відновити їхню природну здатність добре почуватись; підвищення рівня інформованості про наслідки і вартість відмови на різних етапах опісля травми. Програми мають бути готові до активної роботи поза закладом і до допомоги протягом тижнів і місяців опісля командирування військовослужбовців за кордон.

Важливо пам'ятати: те, що працює для одних людей у певному контексті, може не спрацювати з цими ж або іншими групами людей — в іншому. Розумна стратегія дослідження для максимізації траєкторії психологічної стійкості до, під час і після відправлення військовослужбовців за кордон має бути міждисциплінарною, багатогранною і чутливою до контексту, а також до відмінностей у впливах і реакціях. Існує також нагальна необхідність у співпраці клініцистів і дослідників задля розроблення та оцінки програм.

Необхідно також дотримуватись обережності у будь-яких твердженнях про те, які заходи можуть попередити довгострокові функціональні та симптоматичні наслідки. Наприклад, невідомо, чи залежить поліпшення у функціонуванні від якихось втручань. Крім того, слід подбати, щоб під час планування заходів додати те, чому віддають перевагу солдати.

Дослідження користування послугами виявило, що більшість людей, які зазнали впливу травмувальної події, не звертатимуться за послугами до психіатричних закладів. Тому, насамперед, потрібне ретельне вивчення того, які втручання є прийнятними та такими, що підтримують природне відновлення. Це дасть змогу розробити потужні рекомендації для будь-яких втручань у сфері охорони психічного здоров'я.

Більш прийнятними, аніж реагування на індивідуальну кризу, виглядають втручання, які спрямовані на забезпечення «моделі навчання психологічній стійкості» і які реалізуються у межах базової підготовки всіх військовослужбовців, а також забезпечення родини та друзів засобами, необхідними для надання допомоги близьким у тому, щоб ефективніше долати травматичний або тривалий стрес.

ВИСНОВКИ

У цьому розділі, виходячи з теоретичних моделей психологічної стійкості, а також пов'язаних із цим досліджень стресу, травматичного стресу і відновлення після травми, запропоновано пріоритети для тренування психологічної стійкості, які можуть бути перевірені під час майбутніх досліджень. Психологічна стійкість розуміється як динамічний процес, до якого залучені захисні чинники та чинники уразливості у різних ризикованих умовах і на різних стадіях розвитку. Отож ця сфера становить значний інтерес і важливість для військовослужбовців. Проте брак емпіричних даних, що підтверджували б ефективність заходів із забезпечення боєготовності підрозділів, посилюється відсутністю загальновизнаної чи уніфікованої теоретичної основи, яка визначала б необхідні та достатні складові психологічної стійкості в травмувальних ситуаціях або заходи зі зміцнення психологічної стійкості солдатів у межах підготовки до відправки за кордон.

ЛІТЕРАТУРА

1. Layne CM, Warren JS, Watson PJ, Shalev A. Risk vulnerability, resistance, and resilience: toward an integrative conceptualization of posttraumatic adaptation. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, eds. *Handbook of PTSD: Scienceand Practice*. New York, NY: Guilford Press; 2007: 497–520.
2. Luthar SS, Zelazo LB. Resilience and vulnerability: an integrative review. In Luthar SS, ed. *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. New York, NY: Cambridge University Press; 1987: 510–549.
3. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*. 2004;161:195–216.
4. Raphael B, Wilson JP, eds. *Psychological Debriefing: Theory, Practice, and Evidence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000.
5. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitivebehavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66:862–866.
6. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol*. 1989;44:513–524.
7. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*. 2002;65:207–239.
8. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav*. 1978;19:2–21.
9. Greene GJ, Lee MY, Trask R, Rheinscheld J. How to work with clients' strengths in crisis intervention: a solution focused approach. In: Roberts AR. *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.
10. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38:319–345.
11. Halligan SL, Michael T, Clark DM, Ehlers A. Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:419–431.
12. Watson, PJ, Shalev A. Assessment and treatment of acute traumatic stress following mass traumatic events. *CNS Spectr*. 2005;10:123–131.
13. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004;59:20–28.

14. Brewin C, Andrews B, Valentine J. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:748–766.

15. King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *JPers Soc Psychol*. 1998;74:420–434.

16. APA road to resilience Web site. Available at: http://www.apahelpcenter.org/featuredtopics/feature.php?id=6. Accessed July 21, 2009.

17. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001;56:227–238.

18. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol*. 2000;12:857–885.

19. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol*. 1982;42:168–177.

20. Maddi SR, Hightower M. Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. *Consult Psychol J*. 1999;51:95–105.

21. Waysman M, Schwarzwald J, Solomon Z. Hardiness: an examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma. *J Trauma Stress*. 2001;14:531–548.

22. Maddi SR, Khoshaba DM. Hardiness and mental health. *J Pers Assess*. 1994;63:265–274.

23. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:1–26.

24. Benight CC, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behav Res Ther*. 2004;42:1129–1148.

25. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: WH Freeman; 1997.

26. Norris FH, Murrell SA. Protective function of resources related to life events, global stress, and depression in older adults. *J Health Soc Behav*. 1984;25:424–437.

27. Benight CC, Ironson G, Durham RL. Psychometric properties of a hurricane coping self-efficacy measure. *J Trauma Stress*. 1999;12:379–386.

28. Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav Res Ther*. 2001;39:1063–1084.

29. True WJ, Rice J, Eisen SA, et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:257–264.

30. Finley PR. Depression and medical comorbidity—treatment considerations. *Rx Consult*. 2004;12:1–8.

31. Wüst S, Federenko IS, van Rossum EF, et al. A psychobiological perspective on genetic determinants of hypothalamuspituitary-adrenal axis activity. *Ann N Y Acad Sci*. 2003;1032:52–62.

32. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301:386–389.

33. Kaufman J. Stress and its consequences: an evolving story. *Biol Psychiatry*. 2006;60:669–670.

34. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Ann Rev Clin Psychol*. 2005;27:255–291.

35. Morgan CA 3rd, Wang S, Mason JW, et al. Hormone profiles in humans experiencing military survival training. *Biol Psychiatry*. 2000;47:891–901.

36. Bremner JD, Narayan M, Staib LH, et al. Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1787–1795.

37. McEwen BS. Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacol.* 2000;22:108–124.

38. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med.* 1993;153:2093–2101.

39. Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatry.* 2000;48:778–790.

40. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:748–766.

41. Bryant RA, Harvey AG, Guthrie RM, Moulds ML. A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol.* 2000;109:341–344.

42. Blank T, Nijholt I, Eckart K, Spiess J. Priming of long-term potentiation in mouse hippocampus by corticotropinreleasing factor and acute stress: implications for hippocampus-dependent learning. *J Neurosci.* 2002;22:3788–3794.

43. Tusaie K, Dyer J. Resilience: a historical review of the construct. *Holis Nurse Pract.* 2004;18:3–8.

44. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *J Adolesc Health.* 1993;14:626–631.

45. Anthony EJ, Cohler BJ, eds. *The Invulnerable Child.* New York, NY: Guilford Press; 1987.

46. Werner EE, Smith RS. *Overcoming the Odds: High Risk Children From Birth to Adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1992.

47. Cohler BJ, Stott FM, Musick JS. Adversity, vulnerability, and resilience. Cultural and developmental perspectives. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental Psychopathology.* Vol 12. *Risk, Disorder, and Adaptation*. New York, NY: Wiley; 1995: 753–800.

48. Luthar SS. Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Dev.* 1991;62:600–616.

49. Litz BT. Has resilience to severe trauma been underestimated? *Am Psychol.* 2005;60:262.

50. King LA, Orcutt HK, King DW, Kimerling R, Ouimette PC, Wolfe J. Gender differences in stress, trauma, and PTSD research: application of two quantitative methods. In: *Gender and PTSD.* New York, NY: Guilford Press, 2002: 403–433.

51. Vogt DS, Pless AP, King LA, King DW. Deployment stressors, gender, and mental health outcomes among Gulf War I veterans. *J Trauma Stress.* 2005;18:272–284.

52. Vaishnavi S, Connor K, Davidson JR. An abbreviated version of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Res.* 2007;152:293–297.

53. Dienstbier RA. The effect of exercise on personality. In: Sachs ML, Buffone GD, eds. *Running as Therapy: An Integrated Approach*. Lincoln, Neb: University of Nebraska Press; 1984: 128–135.

54. Dienstbier RA. Arousal and physiological toughness: implications for mental and physical health. *Psychol Rev.* 1989;96:84–100.

55. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry.* 2007;70:283–315.

56. Seligman MEP. *What You Can Change and What You Can't*. New York, NY: Knopf; 1994.

57. Seligman MEP, Peterson C. Positive clinical psychology. In: Aspinwall LG, Staudinger UM, eds. *A Psychology of Human Strengths: Fundamental Questions and Future Directions for a Positive Psychology.* Washington, DC: American PsychologicalAssociation; 2003: 195–305.

58. Peterson GD. Political ecology and ecological resilience: an integration of human and ecological dynamics. *Ecological Econ.* 2000;35:323–336.

59. Seligman MEP, Schulman P, DeRubeis RJ, Hollon SD. The prevention of depression and anxiety. *Prevention Treatment.* 1999;2(1). Available at: journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html. Accessed December 10, 2004.

60. Ness GJ, Macaskill N. Preventing PTSD: the value of inner resourcefulness and a sense of personal control of a situation. Is it a matter of problem-solving or anxiety management? *Behav Cogn Psychother.* 2003;31:463–486.

61. Gonzales L. *Deep Survival: Who Lives, Who Dies, and Why*. New York, NY: WW Norton; 2003.

62. Bell CC. Cultivating resiliency in youth. *J Adolesc Health.* 2001;29(5):375–381.

63. Spiegel HX. Psychiatry with an infantry battalion in North Africa. In: Mullens WS, ed. *Neuropsychiatry in World War II.* Vol 2. *Overseas Theaters*. Washington, DC: Government Printing Office; 1973: 111–126. GPO Stock No. 0832-00047.

64. Glass AJ. Lessons learned. In: Mullens WS, ed. *Neuropsychiatry in World War II.* Vol 2. *Overseas Theaters*. Washington, DC: Government Printing Office; 1973: 989–1027. GPO Stock No. 0832-00047.

65. Kviz FJ. Survival in combat as a collective exchange process. *J Polit Mil Sociol*. 1978;6:219–232.

66. Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clin Psychol Rev*. 2001;21:33–61.

67. Meichenbaum D. *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York, NY: Plenum Press; 1977.

68. Thomas MO. New priorities in evacuation training based on the Pentagon experience. *Mil Med*. 2002;167(9 Suppl): 22–23.

69. McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS, Liu X, Lundy A. Somatic symptoms in Gulf War mortuary workers. *Psychosom Med.* 2002;64:29–33.

70. Directorate of Health Promotion and Wellness, US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine. *Just the Facts… Dealing With the Stress of Recovering Human Dead Bodies.* Available at: http://chppm-www.apgea.army.mil/documents/FACT/36-004-0202.pdf. Accessed November 17, 2008.

71. Bolton E, Litz BT, Glenn DM, Orsillo S, Roemer L. The impact of homecoming reception on the adaptation of peacekeepers following deployment. *Mil Psychol.* 2002;14:241–251.

72. Neumann M, Levy A. A specific military installation for treatment of combat reactions during the war in Lebanon. *Mil Med*. 1984;149:196–199.

73. US Army Medical Department. Battlemind Training. Available at:https://www.battlemind.army.mil. Accessed November 17, 2008.

74. Nash WP, Krantz L, Westphal RJ, Litz B. The evolving challenges of mental health prevention in the military, and two approaches to meet them: Army Battlemind and the Navy–Marine Corps stress continuum. In: Ruzek J, Vasterling, J, Schnurr P, Friedman M, eds. *Posttraumatic Stress Reactions: Caring for the Veterans of the Global War on Terror*. New York, NY: Guilford Press; in press.

75. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *J Affective Disorders* [Published online]. 2009. Available at: http://www.linkinghub. elsevier.com/retrieve/pii/S0165032709003723. Accessed October 16, 2009.

76. Arik Y. Shalev, MD. Professor and Chairman, Department of Psychiatry, Hadassah University School of Medicine, Jerusalem, Israel. Personal communication, April 18, 2004.

77. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.* 2000;71:543–562.

Розділ 4

КОНТРОЛЬ БОЙОВОГО СТРЕСУ

Едвард Брашер[1]

ВСТУП

ЗАГРОЗА БОЙОВОГО СТРЕСУ

Джерела стресу

Психічні та фізичні стресори

ПОВЕДІНКА У СТАНІ БОЙОВОГО СТРЕСУ

Адаптивні стрес-реакції

Реакції бойового стресу

Недисциплінована поведінка в стані стресу

Стрес після війни та військових операцій

Посттравматичне зростання

Простір поведінки у стані бойового стресу

КОНТРОЛЬ БОЙОВОГО СТРЕСУ

Програма «Battlemind»

Згуртованість і бойовий дух

Контроль бойового стресу як функція військових керівників

Фахівці із контролю бойового стресу

Релігійна підтримка контролю бойового стресу

ВТРУЧАННЯ, ПОБУДОВАНІ НА КОНТРОЛІ БОЙОВОГО СТРЕСУ

Принципи управління контролем бойового стресу

Сфери функціонування контролю бойового стресу

ВИСНОВКИ

ДОДАТОК: НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА «BATTLEMIND»

[1] Ліцензований клінічний соціальний працівник, бакалавр соціальних наук; підполковник Медичного корпусу, Армія США; заступник директора відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, 5109 Leesburg Pike, Skyline 6, Suite 693, Falls Church, Virginia 22041-3258; у минулому — менеджер програм контролю бойового стресу медичного управління Армії США; Fort Sam Houston, Texas.

ВСТУП

Бойовий стрес включає всі різновиди психологічного й емоційного стресу і виникає як наслідок небезпек і вимог виконання завдань бойових та інших військових операцій. Контроль бойового стресу (COSC — combat and operational stress control) в Армії США може бути визначений як розроблені програми й діяльність військових керівників у підрозділах, спрямовані на запобігання, ідентифікацію та управління небезпечною поведінкою у стані бойового стресу (COSB — combat and operational stress behavior). Ці програми мають на меті: оптимізувати виконання завдань; зберегти бойову силу; запобігти шкідливим впливам реакцій бойового стресу (COSR — combat and operational stress reaction) на солдатів, на їхнє фізичне, психологічне, інтелектуальне й соціальне здоров'я чи мінімізувати ці впливи. Мета COSC — оперативно повернути солдатів до їхніх обов'язків. COSC передбачає таку діяльність, як рутинний скринінг призовників; тривале спостереження упродовж проходження служби, особливо до, під час і після відправлення за кордон; постійну оцінку і консультації з медиками та іншим персоналом на полі бою.

У минулому, коли американські військові брали участь в операціях, COSR (негативні реакції зі спектру COSR) зумовлювали майже половину втрат на полі бою залежно від складності умов. Хоча у війнах XXI століття рівень COSR залишився високим, втрати значно скоротилися. Це сталося завдяки впровадженню COSC у функціонування військових підрозділів. У сучасних бойових умовах військові керівники можуть розраховувати, що 95 % військовиків, які мають COSR, повернуться до виконання завдань. COSC є тактичним заходом, який не варто випускати з уваги або мінімізувати. COSC — це одна з 10 медичних систем, які діють на полі бою (інші 9 — це керівництво, контроль і комунікація; госпіталізація та хірургія; превентивна медицина; ветеринарні послуги; лабораторні послуги, послуги дантистів і пов'язані із кров'ю; логістика медичних послуг; евакуація пацієнтів і регулювання; медична допомога на певній території). Військовослужбовці — особливо військові керівники — мають навчатися розпізнавати симптоми COSR і запобігати або зменшувати їхні руйнівні наслідки. У цьому розділі розглянуто Програму контролю бойового стресу Армії США, викладену в посібниках 4-02.51 «Контроль бойового стресу» (липень 2006 р.) і 6-22.5 «Посібник для військових керівників і солдатів щодо бойового стресу» (березень 2009 р.).

ЗАГРОЗА БОЙОВОГО СТРЕСУ

Нині на полі бою кожному доводиться бути солдатом. Військовослужбовці — незалежно від того, чи вони служать у піхоті, чи надають медичні послуги, чи забезпечують логістичну підтримку — опиняються перед загрозою атаки відданих своїй справі сил ворога. Перебуваючи у зоні бойових дій, вони наражаються на ризик зазнати впливу багатьох серйозних стресорів. І в мирний час, і під час війни військові відчувають наслідки бойового стресу. Це стосується будь-якої військової операції, а надто умов, наближених до бойових. Ці операції варіюють від військових навчань, усіх етапів відправки військ за кордон, миротворчих операцій, гуманітарних місій, місій із підтримки стабільності й відновлення, урядових місій допомоги і до місій, під час яких використовують зброю

масового ураження, зокрема хімічну, біологічну, радіологічну, ядерну, а також вибухові пристрої.

Важливо розуміти, що участь у бойових діях і військових операціях впливає на всіх солдатів — і професійних військових і добровольців, які служать за контрактом, при цьому йдеться про всі види діяльності під час військової служби. Перед військовиками постійно постає можливість відправки за кордон і участі в бойових діях, тривалих і напружених військових навчаннях, а також розлуки із родиною. Ці стресори впливають найсильніше під час бойових дій, але їхня дія часто розпочинається з отримання повідомлення про відправку за кордон. Бойовий стрес часто продовжується й після завершення боїв. Військові мають справу з наслідками відправки за кордон — службою у бойових підрозділах, перебуванням у полоні, серйозним пораненням.

Існує небагато ґрунтовних досліджень, здійснених із наміром оцінити психічне здоров'я і добробут військовиків та їхніх родин у період основних військових операцій [3]. Більшість досліджень про вплив бойових дій на психічне здоров'я було виконано серед ветеранів через роки після завершення ними військової служби [4]. Однак стресори, зумовлені відправкою за кордон, пов'язали із подальшим зростанням рівня проблем психічного здоров'я. Було виявлено, що перебування під впливом серйозних бойових стресорів пов'язане із розвитком у майбутньому низки психічних розладів [5]. Також зафіксовано зв'язок між стресорами, зумовленими відправкою за кордон, і розвитком психічних розладів [4, 6–8]. Відправку за кордон також пов'язують зі зростанням симптомів ПТСР, депресії, а також з агресивною поведінкою [9, 10]. Крім того, виявлено наростання симптоматики через 3–6 місяців після повернення солдатів додому [11, 12]. Зрештою, 20–30 % американських військових, які повертаються після бойових операцій, повідомляють про симптоми серйозних психологічних розладів [12].

Джерела стресу

Стресори, пов'язані з бойовими діями, мають різні джерела, зокрема: одиничні інциденти, які потенційно можуть серйозно вплинути на підрозділ або солдатів, яких це стосувалося; тривалий вплив різних бойових інцидентів; затяжний вплив через тривалу операцію у ворожих умовах. Впливи цих стресорів відчутні до, під час і після військових операцій і місій. Інколи стресори пов'язані зі значними чи множинними потенційно травмувальними подіями (PTE — potentially traumatic event). PTE — це така подія, під час якої індивід чи група переживає інтенсивне почуття жаху, страху, безпорадності чи безнадії і яка сприймається і відчувається як загроза власній безпеці або ж стабільності. Можливими емоційними і когнітивними реакціями на PTE є провина, гнів, сум і порушення поглядів на світ і віру. Поєднаний вплив стресорів, пов'язаних з бойовими діями та військовими операціями, зумовлює відповідну поведінку (у додатку 4.1 наведено приклади стресорів, пов'язаних з бойовими діями і військовими операціями).

ДОДАТОК 4.1

СТРЕСОРИ, ПОВ'ЯЗАНІ З БОЙОВИМИ ДІЯМИ І ВІЙСЬКОВИМИ ОПЕРАЦІЯМИ

Стресори, пов'язані з бойовими діями

- Власне поранення
- Вбивство комбатантів
- Спостерігання за смертю людей
- Смерть іншого члена підрозділу
- Поранення, яке призвело до втрати кінцівки

Стресори, пов'язані з військовими операціями

- Тривале перебування в екстремальних природних умовах, як-от: у спеці в пустелі чи в арктичному холоді
- Знижена якість життя і комунікаційних ресурсів упродовж тривалого часу
- Тривала розлука з важливими підтримувальними системами, наприклад родиною
- Спостерігання за значними втратами у багатьох місіях, наприклад, спостерігання за смертями кількох членів підрозділу під час різних бойових місій

Хоча в бойових умовах чимало стресорів є наслідком зумисних дій ворогів, які мають на меті вбити, поранити, деморалізувати противника, проте наявні й інші стресори, пов'язані з природним середовищем, зокрема із нестерпною спекою чи холодом, вологістю, поганою якістю повітря. Утім деякі стресори виникають через дії та помилки

військового командування (наприклад, рішення щодо міцності підрозділу, маневрів, часу атаки, планів медичної та логістичної підтримки). Грамотні військові керівники прагнуть стримувати стресори, пов'язані з участю у військових операціях, у припустимих межах і готують війська психологічно і фізично до того, щоб витримувати їх. У деяких випадках, однак, надмірний стрес може вплинути на прийняття рішення як командиром, так і солдатами, і це призводить до втрати переваг або до гіршого — значних жертв чи нездатності виконати завдання.

Насамкінець, деякі з найвідчутніших стресорів мають міжособистісну природу і можуть виникати через конфлікти в підрозділі чи з родиною. Екстремальними реакціями на такі стресори може стати заподіювання шкоди собі (приміром, вчинення самогубства солдатом, який дізнався, що його дружина хоче розлучення) або іншим (наприклад, солдат, який у стані гніву через несправедливість імпульсивно стріляє в уорент-офіцера підрозділу). Ці стресори мають бути визначені і по змозі скореговані чи взяті під контроль.

Психічні та фізичні стресори

Психічний стресор — це такий стресор, коли мозок отримує інформацію про певну загрозу чи вимогу, але ця інформація має лише опосередкова-

ДОДАТОК 4.2

ПРИКЛАДИ СТРЕСОРІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ БОЙОВИМИ ДІЯМИ І ВІЙСЬКОВИМИ ОПЕРАЦІЯМИ

Фізичні стресори

- *Екзогенні*
  - Спека, холод, волога, пил
  - Вібрація, шум, вибух
  - Шкідливі запахи (дим, отрута, хімічні сполуки)
  - Іонізуюче випромінювання
  - Інфіковане середовище
  - Фізична праця
  - Погана видимість (яскраве світло, темнота, серпанок)
  - Складнодоступна місцевість
  - Перебування на висоті
- *Фізіологічні*
  - Позбавлення сну
  - Зневоднення
  - Недоїдання
  - Погана гігієна
  - М'язова та гіпоксична втома
  - Надмірне використання м'язів або їх невикористання
  - Розлад імунної системи
  - Хвороба чи травма
  - Сексуальна фрустрація
  - Вживання психоактивних речовин (куріння, кофеїн, алкоголь)
  - Ожиріння
  - Поганий фізичний стан

Психічні стресори

- *Когнітивні*
  - Інформація (забагато або замало)
  - Сенсорне перенавантаження або депривація
  - Двозначність, невизначеність, непередбачуваність
  - Часові вимоги чи очікування
  - Складні рішення (правила бою)
  - Організаційна динаміка та зміни
  - Складний вибір чи відсутність вибору
  - Визнання погіршеного функціонування
  - Робота, яка виходить за межі власної компетенції
  - Попередні невдачі
- *Емоційні*
  - Новачок у підрозділі, ізольованість, самотність
  - Страх і загрози, які спричинюють тривогу (смерть, травму, невдачі чи втрати)
  - Втрати, які спричинюють скорботу (жалобу)
  - Обурення, агресія і фрустації, які спричинюють гнів і відчуття суму
  - Конфліктні/неоднозначні мотиви і відданість
  - Неактивність, яка спричинює відчуття суму
  - Релігійна конфронтація або спокуса втратити віру
  - Міжособистісні конфлікти (у підрозділі або з товаришами)
  - Проблеми вдома, ностальгія за домом
  - Втрата приватності
  - Віктимізація/сексуальні домагання
  - Спостереження за битвою/мертвими тілами
  - Вбивання

ний фізичний вплив на тіло. Натомість основний вплив полягає у пробудженні реакцій з боку перцептивної, когнітивної та емоційної систем мозку (наприклад, перевантаження інформацією, відчуття втрати контролю чи втрати, яка викликає почуття скорботи). Фізичний стресор має прямий, потенційно шкідливий вплив на тіло. До цих стресорів належать: екстремальні умови середовища (наприклад, температура) або ж внутрішні фізіологічні вимоги, які висуває тіло людини (потреба гідратації або відповідь імунної системи на вірусну інфекцію).

У додатку 4.2 наведено приклади двох різновидів фізичних стресорів (середовища та фізіологічних) та двох різновидів психічних стресорів (когнітивних та емоційних). Фізичні стресори можуть також спричинити появу психічних стресорів тоді, коли вони викликають відчуття дискомфорту, роздратування та відчуття загрози, а також коли вони безпосередньо шкодять функціонуванню мозку. Психічні стресори можуть зумовити адаптивну чи неадаптивну поведінку в стані стресу, і це зменшить або збільшить вплив фізичних стресорів.

ПОВЕДІНКА У СТАНІ БОЙОВОГО СТРЕСУ

Стрес має як фізичні, так і поведінкові прояви. Стрес може підвищувати рівень захворюваності через порушення правил гігієни і захисту, а також через розлади імунної системи. Може спричинити розлади психічного здоров'я, наприклад, суїцидальну поведінку чи одержимість думками про вбивство. Деякі стресори здатні призводити до порушення дисципліни, що може потребувати дисциплінарних заходів і відсторонення солдата від служби й притягнення його до кримінальної відповідальності, ув'язнення. Стрес також може стати причиною бойових і небойових втрат через неуважність, неповороткість і бездумну поведінку, зокрема втрату бойової техніки і стрілянину у своїх. Надмірний стрес у бойових умовах призводить до помилок в оперативних і тактичних оцінках і до втрачених можливостей, що з часом може збільшити кількість поранених солдатів.

Поведінка у стані бойового стресу (COSB) — це поняття, яке використовують для опису низки реакцій — як адаптивних, так і неадаптивних — на стрес, пов'язаний із участю солдатів у бойових діях і військових операціях упродовж усього періоду їхньої служби [1–14].

На рис. 4.1 зображено, як бойовий стрес і PTE можуть призвести до адаптивних реакцій та COSR, а також до постбойового стресу (PCOS — postcombat and operational stress), який може завершитися посттравматичним зростанням (PTG — posttraumatic growth) або посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Кожен солдат може зазнати бойового стресу, проте не всі витримують стрес однаково. Солдати, яких опитували в Іраку, зазначали, що ті, хто найбільше брав участь у боях, мали вищі шанси позитивного тестування на наявність проблем

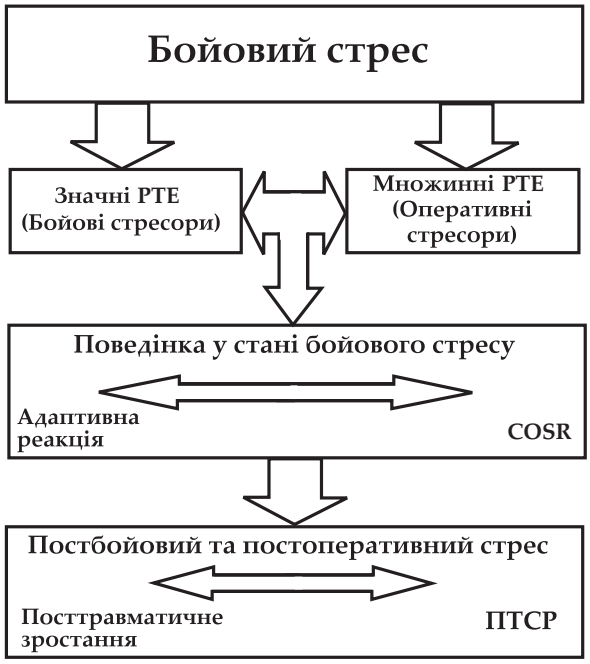


Рис. 4.1. Модель стресу та його наслідків для військовиків і членів їхніх сімей

COSR — реакції бойового стресу;
PTE — потенційно травмувальна подія;
ПТСР — посттравматичний стресовий розлад.

психічного здоров'я, у тому числі ПТСР. Приблизно третина військовиків, які діяли за межами безпечної території військової бази, відчували серйозні негативні симптоми бойового стресу, що могли суттєво впливати на виконання підрозділом своїх завдань [14].

По суті, дослідження свідчить, що тривалий час після повернення додому солдати продовжують боротися із симптомами бойового стресу. У них не відбувається швидкого «перезавантаження», близько 17 % ветеранів, які повернулися додому, можуть долати негативні симптоми стресу ще 12 місяців після повернення [14]. Командири і солдати мають визнати тривалі наслідки перебування у стресових ситуаціях. Розуміння цих наслідків допоможе військовим відповідно планувати допомогу один одному і тим, хто їм довіряє. Це особливо важливо для підтримання тривалих чи множинних ротацій, а також військових операцій.

Адаптивні стрес-реакції

За умов ефективного командування і міцних зв'язків із побратимами стресори можуть спричинювати адаптивні стрес-реакції, які поліпшують виконання завдання індивідом чи підрозділом. До прикладів адаптивних стрес-реакцій належать:

- горизонтальні зв'язки — сильна особиста довіра, відданість, згуртованість, які сформувалися серед військових маленького підрозділу;
- вертикальні зв'язки — сильна особиста довіра, відданість, згуртованість, які сформувалися між командирами та їхніми підлеглими;
- дух братерства — відчуття ідентифікації та належності до більшої постійної організації із розумінням її історії й намірів (організацією може бути підрозділ — батальйон, бригада, полк, дивізія, або різновид військ — піхота, артилерія, військова поліція чи армія);
- згуртованість підрозділу — з'єднувальна сила, яка тримає солдатів разом і дає змогу виконати завдання попри небезпеку й труднощі.

Згуртованість — це наслідок того, що солдати знають один одного й довіряють іншим і своїм командирам, розуміють свою взаємозалежність. Це досягається завдяки особистим зв'язкам і сильному почуттю відповідальності щодо підрозділу. Максимальна адаптивна стрес-реакція — це вияви надзвичайної мужності й майже неможливої сили. Це може стати причиною проявів героїзму, який вимагає максимальної самопожертви.

Реакції бойового стресу

Фокусований стрес є життєво важливим для виживання і виконання завдань. Однак надто тривалий чи інтенсивний стрес зумовлює реакцію бойового стресу (COSR), яка порушує здатність ефективно функціонувати. В Армії США в офіційних медичних звітах поняття «COSR» (схвалене Міністерством оборони) використовують у зв'язку із негативною адаптацією до високостресових подій чи РТЕ. Діагностують COSR в осіб, які потребують формальної чи неформальної підтримки через бойовий стрес, а також утручань, спрямованих на ідентифікацію, лікування чи нормалізацію, перетворення негативних впливів стресу, зумовленого бойовими діями чи військовими операціями. Хоча чимало реакцій виглядають наче симптоми психічного захворювання (як-от паніка, надмірна тривожність, депресія, галюцинації), насправді вони є тимчасовими реакціями на травматичний бойовий стрес або множинний стрес від участі у військових операціях.

Військові командири, солдати й медичні працівники мають розуміти відмінність між COSR і ПТСР. COSR не є тим самим, що й ПТСР. COSR як негативна адаптація на високостресові та потенційно травмувальні події є субклінічним діагнозом із високим ступенем одужання у разі приділення належної уваги і часу. З іншого боку, ПТСР — це тривожний розлад, який асоціюється із травмувальними подіями і характеризується такими симптомами, як відчуття провини, постійне переживання травми уві сні, оніміння і брак зв'язку із реальністю, рецидивні думки та образи. ПТСР — це клінічний діагноз, визначений у Діагностичному та статистичному довіднику психічних розладів (DSM — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) і Міжнародній

статистичній класифікації хвороб і супутніх проблем. ПТСР — один із численних можливих наслідків впливів бойового стресу.

COSR і ПТСР можуть мати схожі вияви симптомів, проте COSR виявляється одразу або невдовзі після травмувальної події. ПТСР притаманні певні хронологічні межі та симптоматичні маркери, які мають проявитися такою мірою, щоб можна було діагностувати розлад. ПТСР може діагностувати тільки спеціально підготовлений і кваліфікований медичний працівник. Військовики і медики мають зосереджувати свої зусилля на управлінні COSR задля того, щоб сформувати довготермінові реакції солдатів і підрозділів. Індивіди, які мають поведінкові розлади, що виникли ще до відправки за кордон або які вперше виявилися під час відправки, потребують ґрунтовнішої допомоги стосовно психічного здоров'я, аніж втручань щодо COSR.

Недисциплінована поведінка у стані стресу

Недисциплінована поведінка в стані стресу варіює від дрібних порушень порядку у підрозділі до серйозних порушень військового кодексу та законів воєнного часу [1]. Така поведінка найчастіше виникає у погано підготовлених, ненавчених солдатів в умовах надмірного бойового стресу. Недисциплінована поведінка у стані стресу може становити відчутну проблему для добре згуртованих підрозділів із сильним духом братерства. Подібні підрозділи можуть почати розглядати себе як такі, що заслуговують на особливі привілеї, унаслідок чого після завершення військової операції дехто з особового складу може чинити щось протизаконне. Вони можуть вдаватися до протизаконної помсти за загиблого у бою товариша. Заходи із контролю стресу та вміле командування здатні запобігти такій недисциплінованій поведінці в стані стресу. Проте, якщо сталося серйозне порушення, солдати мають бути покарані, щоб запобігти подальшому руйнуванню дисципліни. Бойовий стрес, навіть за умов героїчного виконання бойових завдань, не може стати виправданням кримінальних правопорушень.

Стрес після війни і військових операцій

Поняття «стрес після війни і військових операцій» описує низку можливих наслідків у межах простору стрес-реакцій, які можуть переживати військовики упродовж тижнів чи навіть років після зіткнення зі стресовою подією. Такий стрес може включати: посттравматичне зростання (адаптивний варіант), помірний стрес чи більш серйозні симптоми, які часто пов'язують із ПТСР. Тому надзвичайно важливо розрізняти відмінності між адаптацією, стресом і ПТСР.

Посттравматичне зростання

Посттравматичне зростання — це таке явище, коли у тих, хто пережив травмувальну подію, наприклад автокатастрофу, пожежу, сексуальне насильство, бойові дії або має досвід перебування біженцем, виникають позитивні результати [15]. Наприклад, поліпшуються стосунки, відновлюється віра в життя, покращується сприйняття життя, зміцнюється відчуття власної сили, відбувається духовний розвиток [16].

Простір стресу після війни і військових операцій

Відмінності між адаптивними стрес-реакціями, проблемною стресовою поведінкою, реакціями бойового стресу, посттравматичним зростанням та ПТСР не зовсім виразні. Насправді різновиди бойового стресу можуть перетинатися між собою. Солдати з адаптивними стрес-реакціями теж можуть страждати від реакцій бойового стресу. В умовах бойових дій солдати відчувають емоції, які відрізняються від щоденних, а їхня поведінка впливає на безпеку підрозділу та успіх виконання завдання. Військові завдання можуть передбачати: тяжку фізичну працю; відсутність сну; дегідратацію; погане харчування; сильний шум, вібрацію, вибухи; перебування у спеці, холоді чи вологості; погані гігієнічні умови; можливе зіткнення з інфекційними хворобами, отруйними випарами чи шкідливими рідинами. Це викликає певні емо-

ції та формує умови виконання завдання так само, як проблеми, які виникають удома, впливають на здатність сприймати уявну чи реальну загрозу, застосовувати навички, потрібні для виконання завдання. Деякі реакції загострюють здатність до виживання і перемоги; інші реакції можуть зумовити неконструктивну поведінку та загрожувати безпеці індивіда чи підрозділу. Видатні військові, які продемонстрували мужність і героїзм, здатні також виявляти проблемну стресову поведінку.

Повоєнний стрес може розвинутися після переживання або спостерігання реальної чи можливої травмувальної події. Зазвичай стресові реакції виникають і зберігаються через тривалий час після самої події. Якщо повоєнний стрес заважає виконувати роботу й насолоджуватися життям, і ситуація стає дедалі гіршою, то він може призвести до ПТСР. Більшість солдатів почуваються добре, але деяким із них, у кого наявні постійні симптоми повоєнного стресу, потрібна медична допомога. Коли виникають проблеми із соціальним або професійним функціонуванням, потрібна клінічна оцінка. Програми контролю стресу потрібні для того, щоб підтримувати боєздатність армії та зменшувати витрати для суспільства, Міністерства оборони, військовиків та їхніх родин.

КОНТРОЛЬ БОЙОВОГО СТРЕСУ

Контроль бойового стресу (COSC) — це повноцінна медична програма охорони психічного здоров'я, яка поширюється на всі етапи військових операцій і відправки військ за кордон і не стосується лише театру бойових дій. Завдання COSC — посилення згуртованості підрозділів і боєздатності в умовах високостресового військового середовища та максимізація посттравматичного зростання. COSC є ефективним у разі, коли він стосується не тільки солдатів, а й систем їхньої підтримки, включаючи значущі стосунки, родини та зовнішні ресурси. COSC — це всеохопний процес виявлення солдатів, вільнонайманих службовців армії, їхніх родин, які можуть потребувати допомоги через проблеми, пов'язані з відправкою за кордон, а також гарантування того, що вони є краще підготовленими і стабільними на всіх етапах відправки. На рис. 4.2 проілюстровано 7 етапів підтримки відправлення за кордон.

Метою COSC є поліпшення готовності солдата і підрозділу, що досягається завдяки:

- поліпшенню адаптивних стрес-реакцій;
- запобіганню неадаптивних стрес-реакцій;
- допомозі солдатам контролювати реакції бойового стресу;
- допомозі солдатам із розладами поведінки.

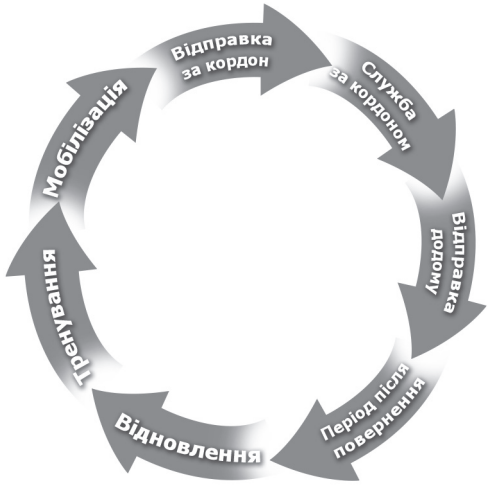


Рис. 4.2. Етапи підтримки циклу бойового розміщення

Програма «Battlemind»

Поняття «Battlemind» використовують на позначення програми Армії США із розвитку психологічної стійкості (див. додаток 4.3 до цього розділу). Це поняття описує навички психологічної стійкості у солдатів або внутрішні сили мужньо протистояти страхові й труднощам під час бойових дій. Навчання «Battlemind» посилює психологічну готовність кожного солдата до більш сильної та стійкої боротьби. Воно спрямоване на індивідуальне та організаційне визнання травматичного ушкодження мозку, ПТСР, ризиків самогубства та інших передбачуваних стресорів військових операцій, які можуть вплинути на виконання бойового завдання і боєготовність. Навчання

«Battlemind» має чотири основні завдання: 1) психічна готовність до труднощів бойових дій і відправки за кордон; 2) успішне повернення додому; 3) ефективна допомога бойовим побратимам під час повернення додому; 4) підготовка до наступної можливої відправки за кордон. Навчальна програма виконує ці завдання завдяки системному підходу, який має три складові: 1) життєвий цикл; 2) цикл відправки за кордон; 4) підтримка солдатів [8].

Навчання на основі життєвого циклу — це довгострокова інституційна ініціатива допомоги солдатам і командирам зменшувати наявні перешкоди, які стосуються психічного здоров'я. Воно поліпшує організаційне зростання через спрямування на стигму та інституційні бар'єри, впливаючи на розвиток згуртованості і прогресивного командування на важливих етапах професійної кар'єри військових.

Навчання на основі циклу відправлення за кордон спрямоване на кожен етап такої відправки і розвиває навички, набуті під час навчання на основі життєвого циклу. У високостресових бойових умовах солдати використовують навички ведення бойових дій і поведінки в бою. Ці навички допомагають солдатам вижити, проте ці ж навички мають бути адаптовані, коли солдати повертаються після виконання своїх військових завдань до гарнізонів або додому. Хоча кожен із солдатів пристосовується по-своєму, головним в успішному поверненні додому є адаптація бойових навичок таким чином, щоби вдома ці індивіди були такими ж успішними, як і в бойових умовах. Навчання, орієнтоване на підтримку солдатів, розраховане на певні групи, зокрема членів родин і спільноти військовиків. Сучасний COSC побудований на програмах «Battlemind» із розвитку навичок, які довели свою ефективність у налагодженні функціонування тих, хто повертається після бойових дій або військових операцій.

Згуртованість і бойовий дух

Згуртованість, або зв'язок між солдатами, традиційно вважають первинною мотивацією тих, хто воює [18]. Висока згуртованість і бойовий дух посилюють адаптивність стрес-реакцій у військовиків, вони є найкращими чинниками стресостійкості у підрозділі. Ті підрозділи, де згуртованість вища, мають нижчі рівні COSR, аніж ті, де згуртованість і бойовий дух низькі. Дух бойового товариства нівелює расові проблеми і відчуття несправедливості. Підтримка згуртованості та бойового духу є життєво важливим елементом бойової сили тактичних підрозділів [13]. Командир, який підтримує згуртованість незалежно від періоду бойової діяльності, має дбати про добробут солдата (індивідуальний бойовий дух) і підрозділу (бойовий дух підрозділу, згуртованість і бойова готовність). Тому для армії важливо, щоб командири вчилися підтримувати згуртованість, це підносить бойовий дух солдата, бойовий дух підрозділу, робить його згуртованішим і посилює відчуття готовності до бойових дій [19]. По суті, якщо командири не роблять нічого в межах програм COSC, окрім підтримки згуртованості підрозділу і бойового духу, то вони вдаються до того, що в Армії США називають «правило 80/20».

Контроль бойового стресу як функція військових керівників

COSC — це програма, яка спирається на командирів різних рівнів. Їм допомагають військовослужбовці, командири підрозділів, військові капелани підрозділів, медичний персонал (зокрема медики, безпосередньо приписані до підрозділу). Командир може також отримувати допомогу від персоналу, який безпосередньо займається COSC на рівні бригад і вище, медичного персоналу корпусів і закладів охорони психічного здоров'я. Головна турбота бойових командирів полягає у якнайшвидшому поверненні до лав тих солдатів, які тимчасово втратили боєздатність через стресогенні умови або у яких діагностовано розлади психічного здоров'я.

Фахівці з контролю бойового стресу

На здійснення COSC спрямовано п'ять професійних дисциплін з охорони психічного здоров'я та двох додаткових спеціальностей. До професійних дисциплін належать: соціальна робота, клінічна психологія, психіатрія, трудотерапія, медсестринство у галузі психіатрії. До додаткових віднесено охорону психічного здоров'я і професійну

реабілітацію. Хоча знання щодо COSC і навички є майже однаковими для всього персоналу охорони психічного здоров'я, проте кожен із фахівців привносить власне бачення, сформоване під час навчання, навички, які представники інших фахів можуть опанувати лише частково, і в деяких випадках — унікальні повноваження здійснювати оцінку та надавати лікування.

Релігійна підтримка контролю бойового стресу

Корпус капеланів Армії США — це важливий ресурс для підтримки COSC. Часто солдати, у яких виявлено COSR, спочатку звертаються за підтримкою до капеланів. Внутрішні ресурси військовиків часто ґрунтуються на релігійних і духовних цінностях. У бойових умовах у солдатів часто підвищується зацікавленість питаннями віри. Коли бойовий хаос кидає виклик релігійним і духовним цінностям, солдати можуть втратити зв'язок із внутрішніми ресурсами, які раніше підтримували їх. Команда священнослужителів у підрозділі — це основний ресурс для солдатів, які переживають такі дилеми. Вона може надати підтримку тим, кому потрібно переглянути свої духовні цінності. Священнослужителі надають превентивну, швидку та відновлювальну духовну й емоційну підтримку солдатам, які переживають COSR.

ВТРУЧАННЯ, ПОБУДОВАНІ НА КОНТРОЛІ БОЙОВОГО СТРЕСУ

COSC здійснюється на всіх етапах бойових дій, стабільності та відновлювальних операцій, а також операцій з підтримки. При визначенні COSC, який здійснюється як на рівні підрозділу, так і на індивідуальному рівні, до уваги беруться кілька змінних відповідно до моделі (рис. 4.3), яка визнає взаємозв'язок біологічних, психологічних і соціальних чинників.

На рисунку представлена концептуальна модель стресу, чинників, які його пом'якшують або загострюють, потенційних наслідків для солдатів і їхніх сімей. Ґрунтуючись на систематичному огляді цих взаємодій, оцінка COSC визначає, які чинники можуть бути змінені задля покращення результатів.

На підставі цих оцінок персонал, який здійснює COSC, рекомендує командирам план дій з метою підвищення ефективності підрозділу та солдатів, а також їхнього добробуту. Ця модель стресу може бути корисною для розробки заходів COSC, спрямованих на поліпшення короткострокових і довгострокових результатів.

Готовність солдатів і підрозділів найкраще досягається через активні профілактичні підходи. Втручання із COSC зосереджені на загальних потребах. Їх застосування може відрізнятися залежно від рівня допомоги та інших чинників, які стосуються місії, ворогів, місцевості і погоди, військ і доступної підтримки, наявного часу і цивільних міркувань. Проте всі профілактичні втручання покликані зменшити випадки чи серйозність стрес-реакцій, а отже, підтримати готовність солдата і підрозділу. Інтервенції з COSC можна розділити на чотири категорії:

1. **універсальні** інтервенції, спрямовані на всіх військових або на всю територію, де відбувається військова операція;
2. **вибіркові** інтервенції, спрямовані на підрозділи або на солдата, які мають вищі ризики, аніж інші;
3. **індикативні (бажані)** інтервенції для солдатів, у яких наявні стрес-реакції або ознаки потенційних поведінкових розладів, а також для підрозділів, які демонструють ознаки того, що бойовий стрес може вплинути на ефективність виконання завдання;
4. **лікувальні** інтервенції, покликані забезпечити лікування і спостереження за солдатами з поведінковими розладами, щоб запобігти втраті їх для військової служби.

Персонал, залучений до COSC, має визначити медичні, хірургічні чи психіатричні умови, які загрожують життю або функціонуванню людини, і якнайскоріше забезпечити термінове лікування для таких пацієнтів.

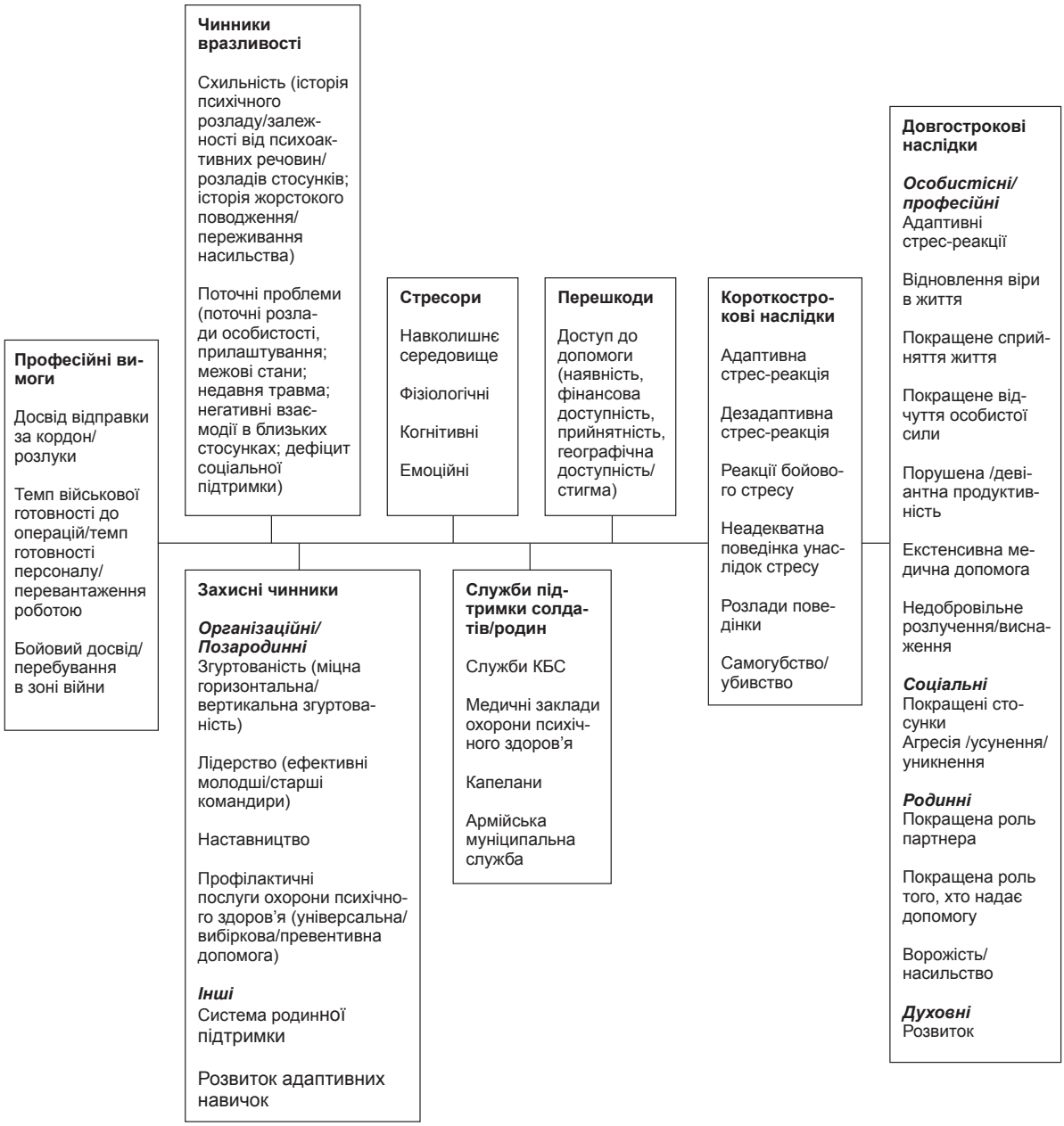


Рис. 4.3. Модель втручання у разі бойового стресу

Принципи управління контролем бойового стресу

COSC використовує такі принципи управління, як стислість, негайність, контакт, очікування, близькість і простота (BICEPS — brevity, immediacy, contact, expectancy, proximity, simplicity). Застосування принципів BICEPS дуже важливе для допомоги солдатам із COSR чи поведінковими розладами. Персонал, залучений до COSC у всіх медичних закладах чи службах COSC, може спиратися на ці принципи під час своїх втручань чи діяльності у бойових умовах. Хоча вони можуть бути використані неоднаково — залежно від рівня допомо-

ги та інших чинників (місії, ворогів, місцевості та погоди, військ і доступної підтримки, наявного часу і цивільних міркувань), описаних далі.

Стислість

Початковий відпочинок і відновлення у закладах COSC, розташованих близько до підрозділу солдата, не повинен тривати більше 1–3 днів. Ті, кому потрібне подальше лікування, мають бути переміщені на наступний рівень надання медичної допомоги. Оскільки багато солдатів не вимагають подальшого лікування, командири очікують на їхнє швидке повернення до служби.

Негайність

Зазвичай заходи із COSC мають втілюватись якомога раніше (щойно виникають симптоми), як тільки дає змогу проведення військової операції.

Контакт

Потрібно заохочувати солдатів продовжувати думати про себе як про бійців, а не як про пацієнтів чи хворих осіб. Група людей безпосередньо долучається до того, щоб солдат швидше одужав і повернувся до бойового строю. Персонал, залучений до COSC, співпрацює з командирами і прагне дізнатися, наскільки добрим виконавцем був індивід до того, як у нього виникли COSR. За можливості представники підрозділу мають повідомити солдатові усно чи письмово про те, що відчувається потреба його присутності і що було б добре, якби він повернувся назад. Персонал, залучений до COSC, координує свою роботу з командирами через медиків і капеланів, будь-які інші спеціальні засоби з тим, щоб забезпечити швидку реінтеграцію після повернення солдата до підрозділу.

Очікування

Деяким солдатам потрібно сказати, що вони нормально реагують на надмірний стрес і що від них очікується одужання та повернення до служби протягом декількох годин або днів. Командир цілком може впоратись із цією роллю. З усіх слів, які можуть бути сказані солдатові, який потерпає від COSR, найбільший вплив матимуть слова командира малого підрозділу, адже саме на цьому рівні виникають позитивні соціальні зв'язки. Командир має зауважувати солдату на тому, що його побратими мають потребу в ньому та очікують на його повернення. Коли ж він повертається, ставлення у підрозділі до нього має бути таким самим, як і до інших солдатів, і від нього мають очікувати належної служби.

Близькість

Солдатів, що потребують спостереження чи медичного догляду поза підрозділом, евакуюють у найближчі заклади, проте розміщують окремо від пацієнтів загальних медичних чи хірургічних відділень медпунктів батальйонів або медичних закладів. Програми COSC часто є найефективнішими, коли вони реалізовуються у місцях, близьких до підрозділу солдата. В умовах несталих бойових дій, які характеризуються швидкими, маневреними та безперервними операціями, персонал, залучений до COSC, має бути інноваційним і гнучким у розробленні інтервенцій, що максимізують і підтримують зв'язок солдата із його підрозділом. Солдатів, які не можуть продовжувати свою місію і потребують ґрунтовнішого втручання, найкраще відправляти не до лікарень, а до інших закладів (якщо така можливість існує).

Простота

Для відновлення фізичного стану та впевненості в собі необхідно використовувати короткочасні і прості методи.

Сфери функціонування контролю бойового стресу

Програми контролю бойового стресу реалізуються у дев'яти сферах, які стосуються усього спектра послуг із охорони психічного здоров'я — від профілактичних заходів і до клінічних інтервенцій.

Оцінка потреб підрозділів

Оцінка потреб підрозділів відбувається систематично і досить часто для того, щоб виявити прі-

оритети та які програми з охорони психічного здоров'я потрібні.

Консультація і навчання

Консультування передбачає підтримання зв'язків із командирами, солдатами, іншим персоналом і надання їм профілактичних порад. Навчання включає проведення тренінгів для ознайомлення з теорією та набуття навичок, які поліпшують стресостійкість солдатів.

Управління травмувальними подіями

Управління травмувальними подіями (ТЕМ — traumatic events management) пов'язане з іншими сферами COSC, і це дає змогу створити гнучкий набір заходів, зосереджених на управлінні стресом у підрозділах та у солдатів після РТЕ. Як і в інших сферах, ті, хто забезпечує COSC, мають підлаштуватися під потреби підрозділу й солдата. У військових підрозділах ТЕМ має відбуватися на всіх етапах циклу відправки за кордон і впродовж усієї військової операції як у гарнізонах, так і в польових умовах. ТЕМ — це структурований процес, покликаний зменшити вплив РТЕ у підрозділі та пришвидшити одужання військовослужбовців. Метою ТЕМ є забезпечення посттравматичного зростання й відновлення згуртованості у підрозділі і його структурі. До прикладів РТЕ, які потребують оцінки і заходів у рамках ТЕМ, належать:

- серйозні або тривалі бойові операції;
- смерть військовиків у підрозділі;
- нещасні випадки;
- серйозні тілесні ушкодження;
- самогубство/вбивство;
- спустошення навколишнього середовища чи людські страждання;
- серйозні проблеми вдома у військовослужбовця;
- операції, наслідками яких є смерть цивільних чи військових.

Якщо підрозділ пережив РТЕ, то командир може замовити оцінку у межах ТЕМ із тим, щоб визначити потенційний вплив події. Рекомендується, щоб командири робили це якнайшвидше після конкретної РТЕ. Сьогодні не існує часових обмежень для проведення оцінки та здійснення заходів ТЕМ після РТЕ, оскільки не виявлено суттєвого впливу таких обмежень на боєздатність, бойовий дух і згуртованість підрозділу чи організації, які зазнали РТЕ. Після запиту оцінку проводить певна команда ТЕМ, що надає рекомендації, яким чином можна якнайефективніше і результативніше подолати наслідки травмувальної події. До складу такої команди зазвичай входять офіцери медичної служби, капелани, фахівці з охорони психічного здоров'я та інші підготовлені фахівці.

Основне завдання ТЕМ — якнайшвидше відновлення згуртованості підрозділу та готовності повернутися до несення служби через з'ясування того, що насправді відбулось, а також виявлення помилок і непорозумінь. Важливо також зменшити імовірність довгострокового дистресу через обмін думками, почуттями та реакціями на РТЕ. Процес ТЕМ містить низку заходів і клінічних стратегій, спрямованих на допомогу військовим командирам зменшити вплив РТЕ. До ТЕМ належать:

- оцінка наслідків певної РТЕ;
- консультування і навчання командирів;
- групове й індивідуальне навчання у підрозділах;
- індивідуальні заходи з підтримки і соціально-психологічне консультування;
- психологічні дебрифінги;
- дебрифінги командирів після бойових дій.

Підтримка з відновлення

Відновлення — це особливі заходи, які планують і впроваджують командири для того, щоб повернути підрозділ на бажаний рівень бойової ефективності, відповідний поставленим цілям і наявним ресурсам. Процес відновлення передбачає більш інтенсивне, аніж рутинне щоденне, військове життя, але він базується тільки на наявних системах, і для цієї функції не передбачено жодних додаткових ресурсів. Під час надання підтримки з відновлення персонал COSC відповідає за здійснення відновлення солдатів і виконання функцій COSC. Ця підтримка надається підрозділам після травмувальної події та під час відновлення, повторної відправки за кордон і переміщень у ході військових операцій.

Сортування у рамках COSC

Сортування у рамках COSC — це процес розподілу постраждалих із реакціями бойового стресу та розладами психічного здоров'я на категорії за ознаками потреби в однорідних лікувально-профілактичних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань.

Стабілізація у рамках COSC

Стабілізація — це початкова допомога солдатам із серйозними реакціями бойового стресу чи поведінковими розладами. Їх відправляють у безпечне місце та оцінюють потенційну можливість повернутися до несення служби, потребу в подальшому лікуванні чи евакуації.

Відновлення (відпочинок) солдатів

Відновлення солдатів передбачає надання 1–3-денної допомоги солдатам із реакціями бойового стресу та поведінковими розладами, зазвичай, поряд із медичним закладом і неподалік підрозділу. З цією метою використовуються:

- запевнення в нормальності;
- відпочинок (перепочинок від боїв, перерва у роботі);
- поновлення фізичних сил (перебування у комфортній температурі, вода, харчування, гігієна, сон);
- відновлення впевненості у змісті завдань і контактування з власним підрозділом;
- повернення до несення служби та возз'єднання солдата з підрозділом.

Лікування психічного здоров'я

Пацієнти із виявленими поведінковими розладами мають пройти діагностику, лікування і перебувати під подальшим наглядом. Ця функціональна сфера передбачає наявність стосунків лікар-пацієнт, ведення клінічної документації та дотримання клінічних стандартів надання допомоги.

Інтенсивне відновлення солдатів

Інтенсивне відновлення — програми трудотерапії, військових дій, фізичних тренувань і психотерапії. Такі інтенсивні програми тривають сім і більше днів і впроваджуються на рівні військових корпусів. Додаткові програми інтенсивного відновлення можуть організовуватися за межами зони бойових дій.

ВИСНОВКИ

Контроль бойового стресу — це спільні програми, спрямовані на військовослужбовців Армії США та їхні поширені мережі підтримки. COSC залишається таким само важливим чинником бойової ефективності, як це було й під час попередніх воєнних конфліктів. Сучасний COSC спирається на уроки історії і досвід нещодавніх бойових дій. Він орієнтується на сильні, науково обґрунтовані кращі практики з тим, щоби зміцнити й адаптувати психологічну стійкість військових під час бою. Така стійкість потрібна для успішних військових операцій, а також для адаптивних стрес-реакцій і посттравматичного зростання індивідів. Сучасний COSC потребує тісної співпраці між командирами, спеціально підготовленими фахівцями із COSC, капеланами і медичним персоналом загалом. Справжній COSC можливий лише за умови, коли командири поєднують ідею COSC із підтримувальними зусиллями медиків і ресурсами релігійної підтримки.

ЛІТЕРАТУРА

1. US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control*. Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.51.
2. US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*. Washington, DC: DA; 2009. Field Manual 6-22.5.

3. Johnson SJ, Sherman MD, Hoffman JS, et al. American Psychological Association Presidential Task Force on Military Deployment Services for Youth, Families and Service Members. *The Psychological Needs of US Military Service Membersand Their Families: A Preliminary Report*. Washington, DC: APA; 2007: 5. Available at: http://www.apa.org/releases/ MilitaryDeploymentTaskForceReport.pdf. Accessed September 8, 2008.

4. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(1):13–22.

5. Boscarino JA. Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. *Psychosom Med*. 1997;59(6):605–614.

6. Jordan BK, Schlenger WE, Hough R, et al. Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:207–215.

7. King DW, King LA, Foy DW, Keane TM, Fairbank JA. Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *J Abnorm Psychol*. 1999;108:164–170.

8. Walter Reed Army Institute of Research—Psychiatry and Neuroscience. *Battlemind Training*. Available at: www.battlemind. army.mil. Accessed July 27, 2009.

9. Adler AB, Dolan CA, Castro CA. US soldier peacekeeping experiences and well-being after returning from deployment to Kosovo. *Proceedings of the 36th International Applied Military Psychology Symposium*. Split, Croatia: Ministry of Defense of the Republic of Croatia. September, 2000; 30–34.

10. McCarroll JE, Ursano RJ, Liu X, et al. Deployment and the probability of spousal aggression by US Army soldiers. *Mil Med*. 2000;165:41–44.

11. Bliese PD, Wright KM, Adler AB, Thomas JL. Psychological screening validation with soldiers returning from combat. In: Roy M, ed. *Novel Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. Washington, DC: North Atlantic Treaty Organization/IOS Press; 2006: 78–86.

12. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006;295(9):1023–1032.

13. Cox AA. *Unit Cohesion and Morale in Combat: Survival in a Culturally and Racially Heterogeneous Environment*. Fort Leavenworth, Kan: School of Advanced Military Studies; 1995: 1.

14. Mental Health Advisory Team (MHAT) IV. *Operation Iraqi Freedom 05-07.* Office of the Surgeon, Multinational Force-Iraq, and Office of The Surgeon General, United States Army Medical Command. November 17, 2006. Available at: www.armymedicine.army.mil/reports /mhat.html. Accessed September 4, 2008.

15. Tedeschi RG, Calhoun L. Posttraumatic growth: a new perspective on psychotraumatology. *Psychiatr Times*. 2004;21:4. Available at: http://www.psychiatrictimes.com/p040458.html. Accessed September 8, 2008.

16. Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic growth: future directions. In: Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG, eds. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum Publishers; 1998: 215–238.

17. Deputy Chief of Staff, US Army G1. *Deployment Cycle Support Process*. Available at: http://www.armyg1.army.mil/dcs/default.asp. Accessed September 8, 2008.

18. Wong L, Kolditz TA, Millen RA, Potter TM. *Why They Fight: Combat Motivation in the Iraq War*. Carlisle Barracks, Penn: Strategic Studies Institute of the US Army War College; 2003: iii.

19. McGurk D, Castro CA, Thomas JL, Messer SC, Sinclair RR. *Leader Behaviors for Combat Veterans and Noncombat Soldiers*. Silver Spring, Md: Walter Reed Army Institute of Research; 2005: 3–4.

ДОДАТОК 4.3

НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА «BATTLEMIND»: РОЗВИТОК ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ З ПИТАНЬ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В АРМІЇ США

Вступ

«Battlemind» — це інтегрована навчальна програма з питань психічного здоров'я в Армії США. Вона охоплює всі етапи циклу відправки військ за кордон, а також усі етапи військової служби і підготовки медичних працівників. Навчання спрямоване на солдатів, командирів і подружжя військовиків. Навчальна програма керується підходом, що спирається на сильні сторони індивіда, ідею підтримки військових одним одного, а також зосереджується на ролі командира у підтримці психічного здоров'я усіх солдатів.

Слово «battlemind» було вжито 1992 року генералом Кросбі Сейнтом (Crosby Saint), головнокомандувачем Армії США у Європі, у посланні «Рекомендації для командирів батальйонів щодо підтримки стійкості духу» («Battlemind Guidelines for Battalion Commanders»). Там це поняття описано як «стійкість воїна до небезпеки». Отже, концепція «battlemind» була створена воїном для воїнів. У 1998 році Карл Кастро (Carl Castro), на той час майор, командир підрозділу медичних досліджень Армії США у Європі (закордонної лабораторії Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда, WRAIR), ознайомився з концепцією і визнав значення «battlemind» для армії загалом.

Навчання з питань психічного здоров'я на прохання командування

У 2005 році командир бригади 3-ї піхотної дивізії звернувся з проханням до Кастро (на той момент — керівник Департаменту військової психіатрії WRAIR) розповісти про підготовку командирів до ведення бойових дій. Презентація Кастро «10 серйозних фактів про бойові дії і що командири можуть зробити для зниження ризиків» містила в собі концепцію «battlemind» і згодом стала основою одного з модулів у навчальній програмі «Battlemind». Цей виступ був настільки добре сприйнятий, що в бригаді розробили брошуру для всіх командирів, у якій узагальнили ключові моменти.

Невдовзі після цього, розуміючи потребу в навчанні для солдатів і всіх, хто обіймає командні посади, Кастро та полковник Чарльз В. Ходж (керівник відділу психіатрії та неврології WRAIR) почали планувати навчання з питань психічного здоров'я для військовиків, які поверталися з Іраку й Афганістану. Кастро та Ходж уперше теоретично обґрунтували це навчання, що стало основою того, що зараз зветься «Battlemind», під час авіаперельоту до Вашингтону і після зустрічі з вищим армійським командуванням. Навчальну програму «Battlemind» для тих, хто повертається з-за кордону, включно із її назвою-акронімом, тематикою і заходами, розробили Кастро, Ходж і доктор Емі Адлер (підрозділ медичних досліджень Армії США у Європі) та доктор Стівен Мессер (Steven Messer, Департамент військової психіатрії WRAIR).

Започаткування навчальної програми «Battlemind» для тих, хто повертається

Перші два навчальні модулі програми «Battlemind» були перевірені — згідно із науковим протоколом WRAIR — на солдатах, які поверталися після бойових дій в Іраку. Реінтеграційна навчальна програма «Battlemind» (початкова програма) і психологічні дебрифінги для тих, хто повертався, були перевірені 2005 року під час рандомізованого дослідження серед груп тих, хто брав участь у бойових діях [1]. Військовики зі значним бойовим досвідом, які пройшли навчання за програмою «Battlemind», мали кращий стан психічного здоров'я через 4 місяці після повернення, аніж ті, хто проходив стандартні навчальні програми стосовно стресу, пов'язаного із поверненням. Солдати під час сесій у межах програми «Battlemind» висловлювали прохання, щоб їхні подружжя також проходили подібний тренінг. Це спонукало Кастро та підполковника Ентоні Кокса (Департамент військової психіатрії WRAIR) розробити програму «Battlemind» для подружжя (призначену для індивідів і пар з питань відправки за кордон і повернення).

Оригінальне дослідження ефективності програми «Battlemind» було повторно проведене у 2006 році з групами в іншій бригаді [2]. Результати підтвердили, що навчання пом'якшує проблеми пристосування через чотири місяці після повернення. На додачу до початкового навчання одразу після повернення Кастро та Емі Адлер визнали за потрібне проводити подальші тренінги через три і шість місяців після повернення [3]. Рандомізоване дослідження тренінгів, які проходили через три і шість місяців після повернення, було проведене у 2005–2006 роках [4]. Знову ж таки результати засвідчили ефективність програми «Battlemind» у зниженні симптомів проблем психічного здоров'я. Отже, «Battlemind» швидко перетворився з одноразового заходу на повноцінну програму із

різними навчальними модулями, які стосуються різних аспектів відправки за кордон і професійної військової служби.

Кастро та полковник Чарльз Міллікен (відділ психіатрії та неврології WRAIR), окрім презентацій у PowerPoint, створили навчальне відео з чотирма сценаріями для тренінгів, які проводяться через три і шість місяців після повернення. Також способи і методи психологічних дебрифінгів на основі «Battlemind» були адаптовані для використання на театрі бойових дій і надані Центром і школою Медичної служби Армії США (AMEDD C&S — Army Medical Department Center and School) у лютому 2007 року [5]. Згодом Кастро та майор Денніс МакГерк (на той момент — Департамент військової психіатрії WRAIR) розробили навчальне відео, в якому демонструвались техніки психологічних дебрифінгів на основі «Battlemind». У лютому 2007 року майор Тодд Йосик інтегрував психологічні дебрифінги на основі «Battlemind» в курс AMEDD C&S щодо бойового стресу. Такий курс розробили для всіх фахівців із питань охорони психічного здоров'я і капеланів, які відправлялись в Ірак чи Афганістан.

Розширення навчальної програми «Battlemind»

Разом із дослідженням навчальних модулів «Battlemind» для тих, хто повертається, водночас розробляли модулі і для тих, кого мали відправляти за кордон. У 2007 році, ґрунтуючись на усвідомлених потребах і висновках дослідження наслідків наземних бойових дій, проведеного WRAIR [6] (де оцінювалася поширеність ПТСР: зловживання алкоголем, проблеми у стосунках; вплив участі у військових і бойових операціях на ці проблеми; чинники, які підвищують ризики; частка тих солдатів і родин, які не отримували допомоги з цих проблем), здійснили оцінку задоволення користувачів навчальної програми для тих, кого відправляють за кордон. У звіті, підготовленому Консультаційною командою з питань психічного здоров'я (MHAT — Mental Health Advisory Team), представлено результати оцінки здоров'я солдатів в Іраку. Там зазначено, що ті, хто залучався до навчальної програми «Battlemind» до відправки, повідомляли про поліпшення психічного здоров'я під час перебування на театрі бойових дій [7].

Оскільки програми підтримки різних етапів циклу підготовки солдатів до відправлення за кордон поступово впроваджувались, було розроблено й інші модулі «Battlemind». У 2007 році Milliken ініціював розробку «Battlemind First Aid» (швидка допомога на основі «Battlemind») — навчальної програми, яка мала забезпечити медичних працівників базовими навичками визначення проблем психічного здоров'я та потреб у направленні на лікування. Ця програма стала підґрунтям підготовки психологічної стійкості військових на основі «Battlemind», яка з 2007 року спрямована на весь медичний персонал Армії.

Кожен із нових навчальних модулів спирався на ті самі засадничі принципи. Він ґрунтувався на результатах досліджень, відкидав недосконалі моделі і спирався на сильні сторони солдатів. Модулі використовують приклади, які є близькими для солдатів і покликані дати відповіді щодо незрозумілих або суперечливих ситуацій. У кожному модулі також визначено конкретні дії, яких може вжити солдат для підтримки своєї сили духу, та наголошується на спостереженні за собою, своїми товаришами й підлеглими. Усі навчальні модулі були завершені командою дослідників як із Департаменту військової психіатрії WRAIR, так і підрозділу медичних досліджень Армії США у Європі.

Начання «Battlemind» і Медичний департамент Армії

У жовтні-листопаді 2006 року команда WRAIR на чолі з Кастро та McGurk провела оцінку психічного здоров'я і загального здоров'я військових, які перебували в Іраку. У ключових висновках звіту містилася рекомендація зробити обов'язковою участь у навчальній програмі «Battlemind» до та після відправки за кордон. Ця рекомендація була схвально сприйнята начальником військово-медичної служби — головним хірургом Армії США, начальником штабу Армії та секретарем Армії. Здійснення навчання «Battlemind» було доручено AMEDD C&S (наказ Армії США 2007-02, підписаний головним хірургом 26 березня 2007 року) [8]. Згідно із цим наказом AMEDD C&S офіційно створив відділ навчальної системи «Battlemind», спрямованої на підтримку стійкості духу в Армії США під час відправлення за кордон, військової служби та циклу підтримки солдатів. У витоків створення відділу стояли майор Йосик (Yosick), полковник Браян Скотт (Brian Scott), полковник Йозеф Пеко (Joseph Pecko) і майор Едвард Брашер (Edward Brusher). У наказі також ішлося про створення тимчасової структури-партнера у продовженні досліджень і розвитку змісту «Battlemind»; ці функції покладалися на WRAIR під командуванням полковника Шерон МакБрайд (Sharon McBride). Дослідники WRAIR продовжували відігравати ключову роль у розвитку та підтвердженні достовірності навчальної програми.

Теперішній статус

Коли було створено два підрозділи, які займались питаннями «Battlemind», також були започатковані й інші ініціативи, зокрема: а) базова програма «Battlemind» (для здійснення початкової підготовки); б) розробка командуванням навчальних і наукових досліджень з будівництва сухопутних військ США (TRADOC — US Army Training and Doctrine Command)

навчального відео «Гартуй свій бойовий дух» для поглибленої індивідуальної підготовки; в) програма «Battlemind» для командування, яка забезпечує молодших командирів ключовими лідерськими навичками та моделями поведінки; ця програма є складовою базового курсу з лідерства офіцерів і курсу військових лідерів. Станом на 2008 рік розроблялися й інші модулі. Це: а) навчання «Battlemind» для старших командирів; б) навчання «Battlemind» для персоналу транзитних реабілітаційних закладів для поранених бійців; в) програми «Battlemind» для громад. Деякі інші країни також адаптували «Battlemind» для себе, наприклад, у 2006 році це зробила Канада (інтегрувавши її в реінтеграційну програму для тих, хто повертається після військових операцій), а у 2007 році — Нідерланди.

Той факт, що програма «Battlemind» була з готовністю сприйнята Армією США та іншими країнами, відображає її рівень, який відповідає наявним потребам. Для збереження своєї актуальності система «Battlemind» орієнтується на динамічний підхід, у ній виникають нові модулі, що спираються на однакові засадничі принципи. Більше того, дослідження «Battlemind», які проводить WRAIR, зосереджені на способах піднесення ефективності навчання і забезпечення його адаптації до оперативних умов, як-от багаторазової відправки за кордон. Дослідники WRAIR та інших організацій (WRAIR's transition office, AMEDD C&S's Battlemind Office) працюють як команда над забезпеченням розвитку і впровадження інтегрованих навчальних програм із питань психічного здоров'я («броня для розуму»), покликаних допомагати військовослужбовцям протягом їхньої служби. Еволюція концепції «Battlemind» продовжує впливати на появу нових ініціатив, до яких належить Управління комплексної програми підготовки солдатів і членів сімей (Army Comprehensive Soldier Fitness Office), створене у листопаді 2008 року під командуванням бригадного генерала Ронди Корнум (Rhonda Cornum) для дослідження психологічної стійкості в Армії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Adler AB, Castro CA, McGurk D, Bliese PD, Wright KM, Hoge CW. Post-deployment interventions to reduce the mental health impact of combat deployment to Iraq: public health policies, psychological debriefing and Battlemind training. Paper presented at: 22nd Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies; November 2006; Hollywood, Calif.

2. Thomas JL, Castro CA, Adler AB, et al. The efficacy of Battlemind at immediate postdeployment reintegration. Paper presented at: 115th Annual Meeting of the American Psychological Association; August 2007; San Francisco, Calif.

3. Bliese PD, Wright KM, Adler AB, Thomas JL, Hoge CW. Timing of post-combat mental health assessments. *Psychol Serv*. 2007;4:141–148.

4. Adler AB, Castro CA, Bliese PD, McGurk D, Milliken C. The efficacy of Battlemind training at 3–6 months postdeployment. Paper presented at: 115th Annual Meeting of the American Psychological Association; August 2007; San Francisco, Calif.

5. Adler AB, Castro CA, McGurk D. *Battlemind Psychological Debriefings*. Heidelberg, Germany: US Army Medical Research Unit–Europe; 2007. USAMRU-E Research Report 2007-001.

6. Walter Reed Army Institute of Research, Department of Military Psychiatry. *Land Combat Study*. Silver Spring, Md: WRAIR. Available at: http://wrair-www.army.mil/Psychiatry-and-Neuroscience/wrair--doms-wwd.htm. Accessed July 24, 2009.

7. Mental Health Advisory Team (MHAT) V Report. *Operation Iraqi Freedom 06-08*. Office of the Surgeon, Multinational Force–Iraq, and Office of The Surgeon General, United States Army Medical Command. February 14, 2008. Available at: http://www.armymedicine.army.mil/ reports/mhat/mhat_v/mhat-v.cfm. Accessed June 4, 2009.

8. Geren P, Acting Secretary of the Army. *Deployment Cycle Support (DSC) Directive*. Washington, DC: DA. Memorandum, 26 March 2007. Available at: http://www.apd.army.mil/pdffiles/ad2007_02.pdf. Accessed June 5, 2009.

Розділ 5

ВНЕСОК ІНСТИТУТУ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ВОЛТЕРА РІДА (WRAIR) В ОПЕРАЦІЇ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» І «НЕПОХИТНА СВОБОДА»: ВІД ДОСЛІДЖЕНЬ ДО ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Чарльз В. Ходж[I] · Емі Б. Адлер[II] · Кетлін М. Райт[III] · Пол Д. Бліз[IV] · Ентоні Кокс[V] · Денніс МакГерк[VI] · Чарльз Міллікен[VII] · Карл А. Кастро[VIII]

ВСТУП

ІНСТИТУТ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ВОЛТЕРА РІДА

ВІД НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДО ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ПОЧАТКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ДО 11 ВЕРЕСНЯ 2001 РОКУ

ВПЛИВ АТАКИ НА ПЕНТАГОН НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

ДОСЛІДЖЕННЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З ОПЕРАЦІЯМИ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» І «НЕПОХИТНА СВОБОДА»

Епідеміологічні консультації щодо суїцидів і вбивств

Дослідження наземних бойових дій

Дорадницькі команди з питань психічного здоров'я

Скринінгові дослідження психічного здоров'я у разі відправки за кордон

Дослідження лідерства та інших чинників у бойових підрозділах, проведені у воєнний час

Навчальна програма «Battlemind»

Зустріч провідних офіцерів Медичного управління армії з питань психічного здоров'я

ІНШІ ІНІЦІАТИВИ WRAIR У ДОСЛІДЖЕННІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини; полковник у відставці, Армія США; у минулому — керівник відділу психіатрії та неврології, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; Robert Grant Avenue, Silver Spring, Maryland 20910.

[II] Доктор філософії; дослідник у сфері психології, підрозділ медичних досліджень Армії США у Європі, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; CMR 442, APO AE 09042-1030.

[III] Доктор філософії; дослідник у сфері психології, підрозділ медичних досліджень Армії США в Європі, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; CMR 442, Box 94, APO AE 09042; у минулому — заступник керівника департаменту військової психіатрії, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; Silver Spring, Maryland.

[IV] Доктор філософії; полковник, Медичний корпус, Армія США; керівник відділу психіатрії та неврології, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; 503 Grant Avenue, Silver Spring, Maryland 20910.

[V] Магістр соціальної роботи; підполковник, Медичний корпус, Армія США; консультант із соціальної роботи регіонального медичного центру в Грейт Плейнс; директор із соціальної роботи Військово-медичного центру Брука; 3851 Roger Brooke Drive, Fort Sam Houston, Texas 78234.

[VI] Доктор філософії; майор, Медичний корпус, Армія США; командир підрозділу медичних досліджень Армії США в Європі, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; CMR 442, APO AE 09042-1030.

[VII] Доктор медицини; полковник, Медичний корпус, Армія США; програмний директор; Національний столичний консорціум психосоматичної медицини, стипендіат із геріатричної психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда; 6900 Georgia Avenue, NW, Washington, DC 20307; у минулому — головний дослідник, відділ психіатрії та нейрології, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; 503 Grant Avenue, Silver Spring, Maryland.

[VIII] Доктор філософії; полковник, Медичний корпус, Армія США; керівник програми медичних досліджень під час військових операцій, Управління з питань матеріального забезпечення і медичних досліджень Армії США (USAMRMC); 504 Scott Street, Fort Detrick, Maryland 21702-5012; у минулому — керівник департаменту військової психіатрії та керівник департаменту з питань готовності солдатів і родин, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда; Silver Spring, Maryland.

ВСТУП

Як війна впливає на психічне здоров'я досліджували зазвичай через роки (а часто і десятиліття) після бойових дій [1–3]. Ще до операцій «Непохитна свобода» (OEF) й «Іракська свобода» (OIF) вчені Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда (WRAIR) завоювали міжнародне визнання у сфері психологічної підготовки військ. Цей досвід встановив лідерство WRAIR у нових ініціативах із розуміння психологічних наслідків OEF та OIC.

Під час війни 1991 року в Перській затоці (операції «Щит пустелі» і «Буря в пустелі») науково-дослідні команди WRAIR проводили опитування та інтерв'ю у підрозділах армії США на театрі бойових дій і після повернення додому з тим, щоб оцінити психологічний вплив відправки за кордон на військових [4–12].

Команди WRAIR також проводили дослідження на театрі бойових дій у підрозділах, які брали участь в операції «Справедлива справа» в Панамі 1989 року [13], в операції «Відродження надії» в Сомалі 1993 року [14], в операції «Підтримка демократії» в Гаїті 1994 року [15] і на Балканах в середині 1990-х на підтримку операції «Відродження надії» у Хорватії [16], в операції «Вирішальні зусилля» у Боснії [17] та операції «Спільний вартовий» у Косово [18]. Коли в 2002 і 2003 роках почалася військова мобілізація для OEF та OIC, дослідники WRAIR розробили і виконали комплексний план наукових досліджень для визначення психічного здоров'я солдатів під час бою. Ця програма надала дані в режимі реального часу, коли війна ще тривала, що привело до певних змін у політиці охорони здоров'я для поліпшення психічного здоров'я й добробуту військовослужбовців і членів їхніх сімей. У цьому розділі розглянуто деякі ключові дослідницькі ініціативи учених WRAIR щодо психічного здоров'я. Особливий акцент зроблено на зусиллях, які безпосередньо вплинули на політику у сфері психічного здоров'я, програм і навчання військовослужбовців, які беруть участь у воєнних діях.

ІНСТИТУТ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ВОЛТЕРА РІДА

WRAIR — провідний центр біомедичних досліджень Міністерства оборони (МО), який поєднує фундаментальні дослідження і передові технології для захисту й підтримки військовослужбовців. Програма WRAIR із досліджень психічного здоров'я реалізується на двох майданчиках. Це Департамент військової психіатрії, відділ психіатрії та неврології у головному інституті в Сілвер-Спрінг, штат Меріленд, та науково-дослідний підрозділ Армії США в Європі — у Гейдельберзі, Німеччина. У цих двох структурах працюють приблизно 35 співробітників. Програма є міждисциплінарною, складається із дослідників і клінічних психологів, психіатрів, соціальних працівників, соціологів, а також експертів з питань клінічної оцінки й управління, організаційної психології, ефективності індивіда і підрозділів, лідерства, психіатричної епідеміології та досліджень у сфері надання медичних послуг. На додачу до досліджень з військової психології та психіатрії інститут також має дві інші дослідницькі програми світового рівня. Одна спрямована на підтримку продуктивності в умовах депривації сну, інша — на зменшення наслідків травм голови під час бойових дій.

ВІД НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДО ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Після подій 11 вересня 2001 року і початку війни в Афганістані науковці WRAIR розпочали всеохопне дослідження впливу ОНС та ОІС на стан психічного здоров'я військовослужбовців. Програма під назвою «Заходи із посилення психологічної стійкості в бойових умовах» ґрунтується на визнанні результатів досліджень, пов'язаних із бойовими діями, проблем психічного здоров'я, посттравматичних стресових розладів чи користування медичними послугами безпосередньо на війні. Такі дослідження використання послуг медичних закладів були неможливі під час попередніх війн частково через відсутність електронних баз даних, які стали доступними тільки після війни у Перській затоці.

У дослідницькій програмі також визнавалася потреба даних, які могли б спрямувати політику охорони здоров'я на вирішення проблем психічного здоров'я, зумовлених війною. Дослідні пріоритети, визначені WRAIR, включали: 1) отримання інформації про чинники, які є предикатами високих рівнів психічних розладів, провалів у наданні послуг, стигми і перешкод у допомозі, а також пов'язаних із психічним здоров'ям проблем у виконанні функціональних обов'язків і бойовій готовності; 2) вироблення оцінювальних інструментів для ефективних методів скринінгу психологічного здоров'я у тих, хто воює; 3) розробку профілактичних заходів і ранніх втручань, спрямованих на підтримку психологічного пристосування до бойових умов, профілактичних заходів зі зниження впливу стресу, поліпшення психічної стійкості й здоров'я. Такі інструменти є підґрунтям профілактики і зусиль із раннього втручання. Далі у цьому розділі подано перелік найвагоміших зусиль WRAIR і досягнень цієї дослідницької програми.

ПОЧАТКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ДО 11 ВЕРЕСНЯ 2001 РОКУ

Дослідники WRAIR, спираючись на дані системи медичного обслуговування населення, визначили базовий рівень використання медичних послуг у сфері охорони здоров'я, який спостерігався до 11 вересня 2001 року [19–22]. У ході цих досліджень порівнювались основні категорії захворювань згідно із Міжнародною класифікацією хвороб (9-й перегляд). Було визначено, що психічні розлади є однією з основних причин захворюваності як професійної, так і загальної, якщо брати до уваги користування медичними послугами та втомлюваність від військової служби. Спостереження виявили, що щороку 12 % військовослужбовців користувалися психіатричними медичними послугами і що психічні розлади посідали провідне місце серед ліжко-місць у стаціонарах, а також що психічні розлади належали до тієї категорії хвороб, які найчастіше корелювали зі звільненням із військової служби й залишенням навчання для новачків. Такі результати стали тією підставою, на якій ґрунтувалося розуміння важливості підтримувальних послуг із охорони психічного здоров'я тих вояків, які брали участь у війнах в Іраку та Афганістані.

ВПЛИВ АТАКИ НА ПЕТАГОН НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Одразу ж після атаки на Пентагон 11 вересня офіс головного хірурга Армії США запровадив різнопланову програму для співробітників Пентагону під назвою «Операція із заспокоєння» і запропонував Центру із формування здорового способу життя та профілактичної медицини Армії США здійснити опитування задля оцінки наслідків для психічного здоров'я співробітників. WRAIR разом із колегами центру, а також військовим медичним університетом і офісом головного хірурга Армії США розробили й апробували інструмент для швидкого оцінювання, а також зібрали описові дані про програму [23–25]. Цей інструмент для опитування, разом із попе-

редніми, використаними під час висадки військ у Боснії та Косові, сприяв розробці методики оцінювання здоров'я після повернення зі служби з-за кордону (PDHA — Post-Deployment Health Assessment). PDHA у 2003 році була впроваджена Міністерством оборони для виявлення наслідків участі у бойових діях за кордоном у всіх, хто був причетний до цього.

ДОСЛІДЖЕННЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З ОПЕРАЦІЯМИ «НЕПОХИТНА СВОБОДА» Й «ІРАКСЬКА СВОБОДА»

У жовтні 2001 року США та їхні партнери по коаліції розпочали бойові дії в Афганістані, за якими у березні 2003 року здійснили операцію «Іракська свобода», що стала найбільшою наземною операцією після війни у В'єтнамі. Війни в Афганістані та Іраку надали унікальну можливість виявити вплив бойових дій на психічне здоров'я і згодом, із розгортанням воєнних операцій, отримати інформацію для військової політики охорони здоров'я.

Епідеміологічні консультації щодо суїцидів і вбивств

Незадовго до початку ОНС та ОІС дослідники WRAIR, використовуючи методологію, розроблену для спалахів інфекційних захворювань, визначили процедуру епідеміологічних обстежень для таких груп серйозних проблем психічного здоров'я, як суїциди і вбивства. Хоча епідеміологічні консультації з питань інфекційного захворювання (EPICONs) були досить поширені у військових і цивільних управліннях громадського здоров'я, дослідникам з питань психічного здоров'я бракувало добре розробленої методології.

Перше епідеміологічне дослідження з питань психічного здоров'я було проведено за новою методологією у 2000 році. Його мета полягала у визначенні корелятів спалаху суїцидальної поведінки та вчинених суїцидів серед солдатів, які брали участь у базовому навчанні в Форт Леонард Вуд, штат Міссурі [26]. З того часу дослідників WRAIR залучали до мультидисциплінарних команд Медичного управління Армії, які проводили в інших точках епідеміологічні консультації щодо суїцидів і вбивств. Ці групи проблем були пов'язані переважно з високим темпом підготовки до бойових операцій в Афганістані та Іраку, а також із подружніми й родинними стресорами [27–29].

До уваги національних ЗМІ потрапили результати досліджень суїцидів і вбивств у Форт Брегг, штат Північна Кароліна, серед солдат, залучених до участі в операціях в Афганістані [27]. За підсумками дослідження було підготовлено рекомендації, відповідно до яких у 2003 році впровадили військову циклічну програму підтримки тих, кого відправляють за кордон [30]. Ця програма є всеосяжною і спрямована на підтримку військовиків та членів їхніх сімей упродовж усього циклу відправки за кордон, а також на забезпечення того, що після повернення додому з бойового середовища солдати проходять оцінку через серйозні сімейні стресори.

Дослідження наземних бойових дій

Одним із найвідоміших епідеміологічних спостережень, пов'язаних із ОНС та ОІС, є масштабне п'ятирічне дослідження наземних бойових дій. Започатковане 2003 року, воно включає анонімне міжсекційне і лонгітюдне опитування, у ході якого визначали психічне і загальне здоров'я військовослужбовців піхотних бригад, які служили в Іраку й Афганістані. В опитуванні використовували валідизовані інструменти оцінки психічного і загального здоров'я військовослужбовців під час різних етапів циклу відправки за кордон (до, під час і після такої відправки). Опитуванням було охоплено понад 50 тисяч військовиків, переважно з бойових підрозділів Армії, але також і з військово-морських експедиційних сил і військово-морських інженерів, які працювали у наземних підрозділах. Відомості також збирали серед подружжя військовослужбовців.

Дані щодо перших підрозділів, які повернулися після ОНС та ОІС, були швидко проаналізовані та опубліковані у виданні New England Journal of

Medicine в липні 2004 року [31]. У цій публікації вперше подано системний погляд на психічне здоров'я солдатів і моряків, які брали участь у бойових діях в Іраку та Афганістані. Було виявлено, що 12–13 % солдатів і моряків із бойових підрозділів, дослідження серед яких проводилося через 3–4 місяці після повернення з Іраку, відповідали діагностичним скринінговим критеріям ПТСР, у той час як до відправки ця кількість становила 5 %. Крім того, у 15–17 % тих, за ким спостерігали на пізніших стадіях, були наявні ознаки ПТСР, серйозної депресії і загального розладу тривожності (проти 9 % на етапі до відправки).

Щоб якнайточніше визначити ступінь поширення явищ психічних розладів серед усіх військовослужбовців, дослідники застосували жорсткі критерії виключення. Використовуючи більш сензитивні критерії, перевірені у клінічних медичних закладах, вдалося визначити, що 18–20 % солдатів, які поверталися після бойових дій в Іраку, мали значні симптоми ПТСР, а 28–29 % — значні симптоми ПТСР, депресії і тривожності. Дослідження також виявило, що відправка за кордон пов'язана зі зловживанням алкоголем: 24–35 % респондентів повідомили, що вони споживали алкоголю більше, аніж мали намір це робити, а 20–29 % вважали, що вони хотіли б випивати менше чи їм варто було випивати менше.

Окрім визначення поширеності симптомів проблем психічного здоров'я серед військовослужбовців, іншим важливим результатом цього спостереження стало виявлення проблеми стигми і перешкод в отриманні допомоги. Дослідження засвідчило, що більшість військових, у кого виявилися серйозні проблеми психічного здоров'я, не отримували допомоги, а стурбованість щодо стигми та інших перешкод в отриманні допомоги була глибокою. Результатами зацікавилося Міністерство оборони, громадськість, ЗМІ, конгрес. Через Міністерство оборони й Департамент у справах ветеранів було докладено чимало клінічних, дослідницьких зусиль, вжито заходів громадського здоров'я для подолання стигми, усунення перешкод в отриманні допомоги, поліпшення виявлення і лікування ПТСР після повернення з-за кордону.

Наступна публікація у межах дослідження наземних бойових дій розкривала поширеність проблем психічного здоров'я через 12 місяців після повернення зі служби за кордоном. У цій вибірці 17 % військовиків відповідали критеріям ПТСР, серйозної депресії та/або тривожності (при застосуванні жорстких критеріїв виключення) [32]. Ці результати підтверджують, що впродовж першого року після повернення не відбувається зниження симптомів. Оскільки період ротації у тих, хто служив в Іраку чи Афганістані, становив саме один рік, це дає підстави припускати, що солдати повертаються на службу за кордоном тоді, коли вони ще не відновилися після першої відправки за кордон.

Дослідження також показало, що військовослужбовці, у яких є симптоми ПТСР, з більшою імовірністю, аніж солдати без цих симптомів, мають гірші показники загального здоров'я, частіше пропускають робочі дні, більше користуються медичними послугами та мають вищі рівні соматичних симптомів. Ці дані не залежать від поранень чи фізичних травм. Спостереження виявило коморбідність ПТСР і проблем фізичного здоров'я, а також потребу у діагностуванні ПТСР у тих ветеранів, які заявляють про соматичні проблеми. Це дослідження стало одним із кількох, які надали відомості на підтримку впровадження нових програм МО, спрямованих на поліпшення скринінгу проблем психічного здоров'я і лікування у закладах первинної медичної допомоги [33].

Дорадницькі команди з питань психічного здоров'я

Іншою важливою ініціативою, пов'язаною з OIC, стало епідеміологічне вивчення психічного і фізичного здоров'я військовиків під час перебування їх за кордоном. Щороку офіс головного хірурга Армії відправляв за кордон команду експертів з питань психічного здоров'я, які разом із дослідниками WRAIR проводили анонімну оцінку психічного здоров'я військових в Іраку. Ці команди вдавалися до опитувань, схожих на протокол дослідження наземних бойових дій, яке проводив WRAIR. Також вивчалась адекватність і розподіл ресурсів охорони психічного здоров'я на театрі воєнних дій [34–37].

Ключові результати досліджень консультаційних команд із питань психічного здоров'я такі:

- 15–20 % вояків із бойових підрозділів в Іраку мали серйозні симптоми гострого стресу, ПТСР або депресії; 20 % одружених військовиків мали подружні проблеми;
- тривалі терміни служби за кордоном, багаторазова служба, тривалий час перебування поза базою, частота бойових дій та їхня інтенсивність — усе це сприяло вищим рівням ПТСР, депресії та подружніх проблем;
- частота боїв і проблеми психічного здоров'я пов'язані з поганим ставленням до цивільного населення;
- належне командування є ключовим чинником у підтримці психічного і фізичного здоров'я у бойових підрозділах [34–37].

На підставі цих даних Армія переглянула доктрину бойового стресу й навчання [38], зробила тренінг з контролю бойового стресу обов'язковим для всіх фахівців із психічного здоров'я, яких відправляли на службу за кордон, вжила заходів, щоб на театрі бойових дій була достатня кількість персоналу з психічного здоров'я (кваліфікованих надавачів послуг і технічного персоналу). Консультаційні команди з питань психічного здоров'я визначили оптимальне співвідношення: один фахівець з питань психічного здоров'я на кожну тисячу військовослужбовців. Це мало підтримати зусилля Армії із забезпечення оптимального розподілу і доступу до послуг на театрі бойових дій. Результати дослідження також сприяли започаткуванню навчальних ініціатив для солдатів і командирів, що їх розробили дослідники WRAIR [39].

Скринінгові дослідження психічного здоров'я у разі відправки за кордон

Іншу важливу дослідницьку ініціативу WRAIR було зосереджено на психологічному скринінгу. Психологічний скринінг у межах МО розпочався 1996 року після відправки американських військ до Боснії і продовжився як програма командування під час наступної відправки до Косова [40]. Він був покликаний виявити індивідів, яким потрібна психіатрична допомога, і мав забезпечити випереджувальний підхід у налагодженні взаємодії між індивідом і фахівцями з питань психічного здоров'я. Сучасну скринінгову програму МО започаткувало у квітні 2003 року, через місяць після початку наземної операції в Іраку. На той момент МО запровадило обов'язкову оцінку стану здоров'я всіх військовослужбовців відразу після повернення з-за кордону, яка передбачала швидкий скринінг і клінічне інтерв'ю [41]. Програму започаткували з огляду на нагальну потребу, проте вона була суперечливою, оскільки впроваджувалася до того, як будь-які свідчення її ефективності стали доступними [42–43].

Мета дослідницької програми WRAIR — обґрунтувати і вдосконалити скринінг проблем психічного здоров'я, пов'язаних із відправкою за кордон. Щоб досягти цієї мети, WRAIR провів серію досліджень із визначення: належного змісту скринінгу до відправки за кордон і після повернення звідти [44], найкращого підходу до обстеження [45], психометрії інструментів [46], ефективності стратегії впровадження [47]. Результати цього дослідження і подальші оцінки впровадження програми [48] вплинули на розробку програми МО із психологічного скринінгу військового персоналу, який повертався з Іраку. Особливо важливими для програми МО з психологічного скринінгу тих, хто повертається з-за кордону, стали три дослідження, проведені WRAIR.

У першому йшлося про час проведення скринінгу. Невдовзі після оцінювання стану здоров'я дослідники з підрозділу WRAIR у Європі визначили, що серед військовиків імовірність повідомлень про стурбованість проблемами психічного здоров'я вища у 2–5 разів через 4 місяці після повернення, аніж відразу після нього [47]. На початку 2004 року ці результати були доведені до відома Управління охорони здоров'я МО, і на їх підставі прийняли рішення про розширення програми оцінки стану здоров'я та включення до неї другого скринінгу (повторної оцінки стану здоров'я після повернення) через 3–6 місяців після повернення [49].

Друге дослідження містило серію аналізів для перевірки ефективності питань психічного здоров'я, які використовувалися при оцінюванні стану здоров'я одразу після повернення і через 3–6 місяців після повернення, порівняно із «золотим стандартом» структурованого діагностичного інтерв'ю [46]. Це дослідження продемонструвало, що питання оцінки стану здоров'я мають

належний рівень сензитивності та конкретності у визначенні індивідів, які потребують подальшої діагностики й лікування. Також воно допомогло краще зрозуміти, як саме визначати бали в опитувальниках, які використовують для оцінювання стану здоров'я одразу після повернення та через 3–6 місяців після повернення.

Третє дослідження, проведене у співпраці із відділом медичного спостереження Армії США, оцінювало уроки масштабного впровадження програми оцінки стану здоров'я після повернення з-за кордону. Було виявлено, що проходження служби в Іраку має високу кореляцію із користуванням психіатричними послугами та виснаженням від військової служби після повернення [48]. Третина військовиків, які повернулись після OIC, отримували психіатричні послуги у медичних закладах упродовж першого року після повернення додому (зокрема, скринінг, профілактичні та лікувальні послуги). Проте оцінка стану здоров'я після повернення з-за кордону виявилася малопридатною для передбачення обсягу психіатричної допомоги, що може знадобитися після повернення. Ці результати висвітлили виклики у забезпеченні адекватних ресурсів для ветеранів, які повертаються додому й мають проблеми психічного здоров'я. Отримані дані також вплинули на рішення Управління охорони здоров'я МО розширити програму оцінки стану здоров'я після повернення з-за кордону і впровадити повторну оцінку через 3–6 місяців після повернення.

Дослідження лідерства й інших чинників у бойових підрозділах, проведені у воєнний час

До унікальних можна віднести проведені фахівцями WRAIR дослідження взаємозв'язків між психічним здоров'ям і чинниками підрозділів, як-от лідерством. Під час спостережень збиралися дані із великих підрозділів (наприклад, бойових команд у бригадах), відтак до них залучалися представники підрозділів, що мали однакове підпорядкування (наприклад, екіпаж чи взвод). Така стратегія побудови вибірки надавала змогу перевірити спільні колективні уявлення членів підрозділу про згуртованість і лідерство, а також зрозуміти, як ці уявлення пов'язані із психічним здоров'ям [50–51]. Дослідження показало, що ці змінні можуть мати прямий або опосередкований вплив [52]. Стосовно прямого впливу було виявлено, що уявлення про лідерство, згуртованість та інші аспекти соціального оточення безпосередньо позначаються на наслідках для психічного здоров'я. Так, у підрозділах із позитивним сприйняттям командування і згуртованості спостерігається вища імовірність меншого рівня психологічних проблем. Цей груповий ефект є сильнішим, аніж вплив, що аналізувався на рівні стосунків індивідів [51–53].

Лідерство та інші чинники, пов'язані із підрозділом, також взаємодіють із різноманітними стресорами. Негативні впливи стресорів можуть бути пом'якшені, якщо чинники, пов'язані із підрозділом, є позитивними. Цей результат дає підстави вважати, що лідерство, згуртованість та інші форми соціального клімату можуть слугувати для захисту військовиків від бойових стресорів. Так, під час висадки військ у Гаїті загальне сприйняття лідерства і командування мало захисний вплив [54]. Як зазначалося, ключовим результатом четвертої оцінки консультаційної команди з питань психічного здоров'я в Іраку (2006 рік) було визначення того, що належне командування підрозділом пов'язане з меншою кількістю проблем психічного здоров'я [37]. На підставі цих результатів WRAIR розробив навчальні матеріали для поліпшення поведінки командирів і стану психічного здоров'я у підрозділах.

Навчальна програма «Battlemind»

На момент, коли з'явилася програма МО з підтримки на всіх етапах відправки за кордон, не було стандартної навчальної програми з питань бойового стресу та стресу, пов'язаного із відправкою за кордон, яка готувала б військовиків до стресорів війни чи полегшувала повернення додому. А під час усього циклу відправки за кордон не передбачалось інтегрованого навчання з питань психічного здоров'я. Тому в кожному підрозділі фахівці з питань психічного здоров'я використовували власні навчальні матеріали, щоб виконати програму.

З огляду на таку потребу, дослідники WRAIR розробили навчальну програму «Battlemind», яка була валідизована й ґрунтується на комунікації щодо ризиків для психічного здоров'я. Програма «Battlemind» готує солдатів та командирів до того:

- що можна очікувати на різних етапах відправки за кордон;
- як можна дбати про власне психічне здоров'я;
- як допомагати товаришам зі свого підрозділу;
- які ресурси допомоги доступні для них під час служби за кордоном та після повернення, якщо виникатиме потреба.

Зміст навчальної програми ґрунтувався на результатах вивчення військовослужбовців, які брали участь в OIC та OHC; він був зосереджений на тих сильних сторонах і навичках, які допомагали солдатам вижити в бойових умовах. Після апробації першої програми в 2005–2006 роках спільно із Центром і школою Медичної служби Армії США (AMEDD) було створено й поширено кілька нових програм. Кілька базових навчальних модулів було розроблено для кожного етапу циклу відправки за кордон. Навчання тих, хто відправляється за кордон, складалося з модуля для солдатів і командирів зі зміцнення психологічної стійкості через передбачення бойових стресорів і типових реакцій, визначення заходів, які можуть бути застосовані для подолання цих проблем. У рамках навчання тих, хто відправляється за кордон, також були розроблені модулі для фахівців із питань психічного здоров'я та подружжя військовослужбовців.

Під час операцій в Іраку фахівці з питань психічного здоров'я використовували два різновиди методу проведення психологічного дебрифінгу на основі «Battlemind», розроблених WRAIR [55]. Подієвий психологічний дебрифінг був розроблений для використання після критичної події, у той час як часовий психологічний дебрифінг призначений для періодичного використання упродовж 12–15-місячної служби за кордоном. Ці методи ґрунтуються на концепціях «Battlemind», використовують структуровані групові дискусії щодо ключових питань, посилюють позитивні стратегії психічного здоров'я, заохочують до допомоги товаришам по підрозділу, зберігають здатність індивіда дотримуватися професійної та моральної поведінки.

Практика психологічного дебрифінгу є суперечливою, на сьогодні немає ґрунтовних досліджень (із контрольними групами) ефективності дебрифінгів із фаховими групами, яким притаманні ризики згуртованості [56, 57]. WRAIR продемонстрував ефективність психологічного дебрифінгу після повернення з-за кордону в дослідженні, побудованому на рандомізованому експерименті з контрольною групою, де військовослужбовців взводів відправляли на різні навчальні програми після повернення [58]. Методи дебрифінгу, використані в цьому дослідженні, лягли в основу модуля дебрифінгу, який проводиться на театрі бойових дій, та модуля психологічного дебрифінгу «Battlemind», інтегрованого в навчальний курс із бойового стресу Центру і школи AMEDD.

У цьому ж дослідженні виявили, що участь у навчальній програмі «Battlemind» із реінтеграції через 3–6 місяців після повернення з-за кордону ефективно зменшує появу в майбутньому симптомів проблем психічного здоров'я [59]. Ці два навчальні модулі для тих, хто повертається, виявили ті бойові навички, які потребують адаптації для полегшення повернення додому. Було також розроблено модуль програми «Battlemind» для тих, хто повертається, розрахований на подружжя. У стані розробки перебувають додаткові навчальні продукти «Battlemind», у тому числі модуль для медиків про першу допомогу, базовий курс для тих, хто лише розпочинає військове навчання, а також курс розвитку командирів. Також було створено кілька навчальних відео, які доповнюють систему «Battlemind».

Нині навчальна програма «Battlemind» інтегрована в програму підтримки циклу відправки за кордон і є складовою стандартного навчання, яке проходять військовослужбовці до та після відправки за кордон [30, 39]. Модуль «Battlemind», який пропонується подружжю, покликаний зміцнити психологічну стійкість під час розлуки через війну. Оскільки кожен продукт «Battlemind» є практичним, його можна знайти на сайті www.battlemind.org. Навчальна програма «Battlemind» адаптована в Канаді, Великій Британії та Австралії.

Зустріч провідних офіцерів Медичного управління армії з питань психічного здоров'я

У червні 2006 року на базі WRAIR проходила зустріч провідних офіцерів офісу головного хірурга Армії та Управління з питань медичних досліджень і забезпечення Армії США. Дводенна конференція, у якій взяли участь 20 офіцерів AMEDD, мала три такі ключові цілі: виробити спільне розуміння («лексикон») доступних даних про вплив бойових дій на психічне здоров'я; оцінити кращі практики й уроки з тим, щоби можна було визначити узгоджені підходи для всіх видів військ; сформулювати стратегію AMEDD стосовно психічного здоров'я. Цілей конференції було досягнуто, результати її роботи опублікували в ґрунтовному звіті про стратегію Армії щодо психічного здоров'я [60].

ІНШІ ІНІЦІАТИВИ WRAIR У ДОСЛІДЖЕННІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Дослідники WRAIR були залучені до низки інших ініціатив, зокрема до оцінки того, наскільки несприятливо ранні переживання дитинства впливають на психологічну адаптацію після бою [61], оцінки відповідності діагностичних критеріїв ПТСР, які застосовують для ветеранів бойових дій [62], розробки концептуальної моделі розуміння стигми проблем психічного здоров'я [63].

Програма досліджень також привела до інновацій у розробці інструментів, покликаних допомогти командирам оцінити стан психічного здоров'я в підпорядкованих підрозділах. Дослідники WRAIR, використовуючи свої знання про медичні заходи і військові правила, отримані під час дослідження наземних бойових дій, а також зворотний зв'язок від командирів, розробили програму оцінки потреб підрозділу, призначену для фахівців охорони психічного здоров'я, які мають консультувати військові частини. Програма містить інструменти, методичні рекомендації з діагностування, рекомендації із впровадження та зразок проведення дебрифінгу, що має полегшити оцінювання стану психічного здоров'я в підрозділах.

Зважаючи на складнощі, пов'язані з аналізом великої кількості даних, отриманих від солдатів у ієрархічно підпорядкованих військових підрозділах (взвод, відділення, команда тощо), програма досліджень WRAIR також сприяла інноваціям у статистичному програмному забезпеченні і статистичних техніках.

Багато з цих нововведень були реалізовані у мові програмування для статистичної обробки даних R, яка була у вільному доступі [64]. Наприклад, пакет «lme4» у програмі R був створений для аналізу ієрархічної моделі змішаних ефектів, що містять дихотомічність (наприклад, відповідає або не відповідає порогам ПТСР). Алгоритми, використовувані в пакеті «lme4», були розроблені в Університеті Вісконсина і Toyon Research Corporation (Голета, Каліфорнія) у грантовій програмі передачі технологій малого бізнесу, якою управляли вчені WRAIR.

Інший приклад: дослідники WRAIR розробили і підтримували багаторівневий пакет для R, який забезпечував низку шаблонів для визначення, наскільки відчутно члени групи погоджуються із спільним баченням, як-от стосовно командування підрозділом або згуртованості. Зрештою, пакет «ltm» призначений для виконання аналізу на основі прихованих рис у деяких опитуваннях і допомоги в створенні належних шкал із психометричними властивостями. Науковці WRAIR надали результати досліджень, які дозволили розширити пакет «ltm» для використання із множинними відповідями (наприклад, абсолютно незгодний; незгодний; наскільки незгодний, настільки й згодний; згодний; абсолютно згодний). Кожен із цих доробків допоміг в аналізі складних багаторівневих наборів даних, пов'язаних зі станом здоров'я.

Дослідники WRAIR активно публікували свої результати у рецензованих журналах та інших виданнях. У 2006 році доробок кількох дослідників WRAIR було представлено у чотиритомній серії книжок «Військове життя: психологія служби у мирний та воєнний час» [65–68]. Дослідження WRAIR посіли чільне місце у цьому комплексному обстеженні психологічних проблем, з якими стикаються військовослужбовці та члени їхніх сімей. У серії також визначено пріоритети досліджень військової психології на найближчі роки.

Насамкінець, на дослідження WRAIR широко посилалися ті, хто приймав рішення у політиці охорони здоров'я, та законодавці, воно сприяло суттєвому зростанню фінансування на лікування ПТСР і дослідження в МО та Адміністрації у справах ветеранів. Наприклад, асигнування Конгресу на 2007 фінансовий рік містили загалом 450 млн доларів для дослідницьких ініціатив і лікування ПТСР та ще 450 млн доларів — для лікування черепно-мозкових травм.

ВИСНОВКИ

Відповідно до своєї традиції — роботи безпосередньо у військових підрозділах під час конфлікту, після подій 11 вересня 2001 року WRAIR перебуває на передньому краї досліджень у сфері психічного здоров'я. Дослідники провели комплексний аналіз впливу OIF/OEF на психічне здоров'я, вдосконалили скринінгові ініціативи, пов'язані із відправкою за кордон, а також розробили заходи для поліпшення психологічного здоров'я американських військ.

Програма зосереджувалася на безпосередній допомозі військовим підрозділам, розгортанні науково-дослідних груп в Іраку і Афганістані, створенні своєчасних продуктів, відповідних поточним воєнним операціям, і наданні інформації для політики охорони здоров'я на рівні Армії та Міністерства оборони. Майбутні напрямки передбачають: розробку передових методів у навчанні з метою підвищення стійкості і пом'якшення наслідків участі в бойових діях для психічного здоров'я; проведення рандомізованих контрольованих випробувань для оцінки ранніх втручань; дослідження взаємозв'язку між посттравматичним стресовим розладом і бойовими травмами, зокрема черепно-мозковими травмами. Хоча дослідникам WRAIR доводиться балансувати між науковою строгістю й вимогливістю та потребами військовослужбовців щодо психічного здоров'я, все-таки вони продовжують фокусуватися на наданні якісної інформації та навчальних продуктів, які допомагають військовикам і членам їхніх сімей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposures among US men. *Am J Public Health*. 2002;92:59–63.
2. Kang HK, Natelson BH, Mahan CM, Lee KY, Murphy FM. Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndromelike illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *Am J Epidemiol*. 2003;157:141–148.
3. Jordan BK, Schlenger WE, Hough R, et al. Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:207–215.
4. Martin JA, Vaitkus MA, Marlowe DH, Bartone PT, Gifford RK, Wright KM. Psychological well-being among US soldiers deployed from Germany to the Gulf War. *Army Med Department J*. 1992;Sept/Oct:29–34.
5. Gifford RK, Marlowe DH, Wright KM, Bartone PT, Martin JA. Unit cohesion in Operations Desert Shield/Storm. *Army Med Department J*. 1992;Dec:11–13.
6. Stretch RH, Bliese PD, Marlowe DH, Wright KM, Knudson KH, Hoover CH. Physical health symptomatology of Gulf War-era service personnel from the states of Pennsylvania and Hawaii. *Mil Med*. 1995;160:131–136.
7. Stretch RH, Bliese PD, Marlowe DH, Wright KM, Knudson KH, Hoover CH. Psychological health of Gulf War-era military personnel. *Mil Med*. 1996;161:257–261.
8. Stretch RH, Marlowe DH, Wright KM, Bliese PD, Knudson KH, Hoover CH. Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans. *Mil Med*. 1996;161:407–410.

9. Rosen LN, Wright K, Marlowe D, Bartone P, Gifford RK. Gender differences in subjective distress attributable to anticipation of combat among US Army soldiers deployed to the Persian Gulf during Operation Desert Storm. *Mil Med*. 1999;164:753–757.

10. Wright KM, Marlowe DH, Gifford RK. Deployment stress and Operation Desert Shield: preparation for the war. In: Ursano RJ, Norwood AE, eds. *Emotional Aftermath of the Persian Gulf War: Veterans, Families, Communities, and Nations*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996: 283–314.

11. Brandt G, Norwood A, Ursano R, et al. Psychiatric morbidity in medical and surgical patients evacuated from the Persian Gulf War. *Psychiatr Serv*. 1997;48:102–104.

12. Marlowe DH. *Psychological and Psychosocial Consequences of Combat and Deployment*. Santa Monica, Calif: National Defense Research Institute, RAND; 2001.

13. Kirkland FR, Ender MG, Gifford RK, Wright KM, Marlowe DH. Human dimensions in force projection: discipline under fire. *Mil Rev*. 1996;76:57–64.

14. Gifford RK, Jackson JN, DeShazo KB. *Report of the Human Dimensions Research Team: Operation Restore Hope*. Washington, DC: Walter Reed Army Institute of Research; 1993. ADA274340. Available at: http://stinet.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA274340&Location =U2&doc=GetTRDoc.pdf. Accessed January 2, 2008.

15. Halverson RR, Bliese PD. Determinants of soldier support for Operation Uphold Democracy. *Armed Forces Soc*.1996;23:81–96.

16. Bartone PT, Adler AB, Vaitkus MA. Dimensions of psychological stress in peacekeeping operations. *Mil Med*.1998;163:587–593.

17. Bartone PT. American IFOR experience: stressors in the early deployment period. In: Soeters JL, Rovers JH, eds. *NL Arms: The Bosnian Experience*. Breda, The Netherlands: Royal Netherlands Military Academy; 1997: 133–139.

18. Castro CA, Bienvenu R, Huffman AH, Adler AB. Soldier dimensions and operational readiness in US Army forces deployed to Kosovo. *Int Rev Armed Forces Med Serv*. 2000;73:191–199.

19. Hoge CW, Lesikar SE, Guevara R, et al. Mental disorders among US military personnel in the 1990s: association with high levels of healthcare utilization and early military attrition. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1576–1583.

20. Messer SC, Liu X, Hoge CW, Cowan DN, Engel CC. Projecting mental disorder prevalence from national surveys to populations of interest: an illustration using the ECA and US Army. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:419–426.

21. Pavlin JA, Murdock P, Elbert E, et al. Conducting population behavioral health surveillance by using automated diagnostic and pharmacy data systems. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004;53(Suppl):166–172.

22. Hoge CW, Toboni HE, Messer SC, Bell N, Amoroso P, Orman D. The occupational burden of mental disorders in the US military: psychiatric hospitalizations, involuntary separations, and disability. *Am J Psychiatry*. 2005;162:585–591.

23. Hoge CW, Engel CC, Orman DT, et al. Development of a brief questionnaire to measure mental health outcomes among Pentagon employees following the September 11, 2001 attack. *Mil Med*. 2002;167(Suppl 9):60–63.

24. Hoge CW, Orman DT, Robichaux RJ, et al. Operation Solace: mental health intervention following the September 11, 2001 Pentagon attack. *Mil Med*. 2002;167(Suppl 9):44–47.

25. Jordan NN, Hoge CW, Tobler SK, Wells J, Dydek G, Egerton WE. Mental health impact of 9/11 Pentagon attack: validation of a rapid assessment tool. *Am J Prev Med*. 2004;26:284–293.

26. Hoge CW, Russell RK, Orman DT, Milliken C, Bliese P. *Final Report of Epidemiologic Investigation of Outbreak of Suicidal Behaviors Among Initial Entry Army Trainees at Fort Leonard Wood, July–October 2000.* Washington, DC: Walter Reed ArmyInstitute of Research, 2001. WRAIR Tech Report.

27. *Fort Bragg Epidemiological Consultation Report*. Washington, DC: Office of the Surgeon General, Department of the Army; 2002.

28. *Epidemiological Consultation Report: Suicides at Fort Hood, Texas*. Washington, DC: Office of the Surgeon General, Department of the Army; 2006.

29. *Epidemiological Consultation Report: Suicides at Fort Riley, Kansas*. Fort Sam Houston, Tex: Great Plains Regional Medical Command, US Army Medical Command; 2005.

30. Army G1 Deputy Chief of Staff for Personnel. Deployment cycle support program. US Army Web site. Available at: http://www.armyg1.army.mil/dcs/default.asp. Accessed January 2, 2008.

31. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351:13–22.

32. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, healthcare visits, and absenteeism among Iraq War veterans. *Am J Psychiatry*. 2007;164:150–153.

33. Engel CC. RESPECT-MIL: Bringing best practices and research together in primary care to improve Soldier-centered care. Paper presented at: 2007 Annual Force Health Protection Conference; August 6, 2007; Louisville, Kentucky.

34. *Operation Iraqi Freedom Mental Health Advisory Team (MHAT) Report*. Washington, DC: Department of the Army, Office of the Surgeon General; 2003.

35. *Operation Iraqi Freedom (OIF-II) Mental Health Advisory Team (MHAT-II) Report*. Washington, DC: Department of the Army, Office of the Surgeon General; 2005.

36. Office of the Surgeon, Multinational Forces Iraq, and Office of the Surgeon General, US Army Medical Command. *Mental Health Advisory Team (MHAT-III): Operation Iraqi Freedom 04-06*. Washington, DC: Department of the Army, Office of the Surgeon General; 2006.

37. Office of the Surgeon, Multinational Forces Iraq, and Office of The Surgeon General, US Army Medical Command. *Mental Health Advisory Team (MHAT-IV): Operation Iraqi Freedom 05-07*. Washington, DC: Department of the Army, Office of the Surgeon General; 2007.

38. Headquarters, Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control*. Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.51.

39. US Army Medical Research and Materiel Command, Military Operation Research Program. Battlemind. Available at: www.battlemind.org. Accessed July 12, 2007.

40. Wright KM, Huffman AH, Adler AB, Castro CA. Psychological screening program overview. *Mil Med*. 2002;167:853–861.

41. US Department of Defense. *Deployment Health*. Washington, DC: DoD; 2006. DoD Instruction 6490.03. Available at:http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/649003p.pdf. Accessed July 12, 2007.

42. Rona RJ, Hyams KC, Wessely S. Screening for psychological illness in military personnel. *JAMA*. 2005;293:1257–1260.

43. Wright KM, Bliese PD, Adler AB, Hoge CW, Castro CA, Thomas JL. Screening for psychological illness in the military [letter to the editor]. *JAMA*. 2005;294:42–43.

44. Wright KM, Thomas JL, Adler AB, Ness JW, Hoge CW, Castro CA. Psychological screening procedures for deploying US forces. *Mil Med*. 2005;170:555–562.

45. Wright KM, Bliese PD, Thomas JL, Adler AB, Eckford RD, Hoge CW. Contrasting approaches to psychological screening with US combat soldiers. *J Trauma Stress*. 2007;20:965–975.

46. Bliese P, Wright K, Adler A, Hoge C, Prayner R. *Post-Deployment Psychological Screening: Interpreting and Scoring DD Form 2900.* Heidelberg, Germany: US Army Medical Research–Europe, Walter Reed Army Institute of Research; 2005.Research Report 2005-003. Available at: http://www.usamru-e.hqusareur.army.mil/PDHRAResearchReport2005-003.pdf. Accessed July 26, 2007.

47. Bliese PD, Wright KM, Adler AB, Thomas JL, Hoge CW. Timing of post-combat mental health assessments. *Psychol Services*. 2007;4:141–148.

48. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006;295:1023–1032.

49. Winkenwerder W Jr, Assistant Secretary for Defense (Health Affairs). *Post-Deployment Health Reassessment*. Washington, DC: Department of Defense. Memorandum for Assistant Secretary of the Army, Assistant Secretary of the Navy, Assistant Secretary of the Air Force, March 10, 2005. Available at: http://www.ha.osd.mil/policies/2005/05-011.pdf. Accessed January 3, 2008.

50. Bliese PD, Jex SM. Incorporating a multilevel perspective into occupational stress research: theoretical, methodological, and practical implications. *J Occup Health Psychol*. 2002;7:265–276.

51. Bliese PD. Social climates: drivers of soldier well-being and resilience. In: Britt TW, Castro CA, Adler AB, eds. *Operational Stress*. Vol 2. In: *Military Life: The Psychology of Serving in Peace and Combat*. Westport, Conn: Praeger SecurityInternational; 2006: 213–234.

52. Bliese PD, Castro CA. The soldier adaptation model (SAM): applications to behavioral science peacekeeping research. In: Britt T, Adler A, eds. *The Psychology of the Peacekeeper: Lessons From the Field*. Westport, Conn: Praeger Security International; 2003: 185–203.

53. Bliese PD, Halverson RR. Individual and nomothetic models of job stress: an examination of work hours, cohesion, and well-being. *J Appl Soc Psychol*. 1996;26:1171–1189.

54. Bliese PD, Halverson RR. Using random group resampling in multilevel research. *Leadership Q*. 2002;13:53–68.

55. Adler AB, Castro CA, McGurk D. *Battlemind Psychological Debriefings*. Heidelberg, Germany: US Army Medical Research Unit–Europe; 2007. Research Report 2007-001. Available at: http://www.usamru-e.hqusareur.army.mil/Battlemind-PsychDebriefingProcedures 2APR07.pdf. Accessed July 16, 2007.

56. Castro CA, Engel CC, Adler AB. The challenge of providing mental health prevention and early intervention in the US military. In: Litz BT, ed. *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss.* New York, NY: Guilford Press; 2004: 301–318.

57. Litz BT, Gray M, Bryant RA, Adler AB. Early intervention for trauma: current status and future directions. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2002;9:112–134.

58. Adler AB, Castro CA, McGurk D, Bliese PD, Wright KM, Hoge CW. Post-deployment interventions to reduce the mental health impact of combat deployment to Iraq: public health policies, psychological debriefing and Battlemind training. Paper presented at: International Society for Traumatic Stress Studies; November 2006; Hollywood, Calif.

59. Adler AB, Castro CA, Bliese PD, McGurk D, Milliken C. The efficacy of Battlemind training at 3–6 months postdeployment. Paper presented at: Annual Meeting of the American Psychological Association; August 2007; San Francisco, Calif.

60. *Behavioral Health Strategy for the Way Ahead: Report of Army Medical Department General Officer Behavioral Health Summit, June 20–21, 2006*. Washington, DC: Department of the Army, Office of the Surgeon General; 2006.

61. Cabrera OA, Hoge CW, Bliese PD, Castro CA, Messer SC. Childhood adversity and combat as predictors of depression and post-traumatic stress in deployed troops. *Am J Prev Med*. 2007; 33:77–82.

62. Adler AB, Wright KM, Bliese PD, Prayner R, Salvi A, Evans S. Immediate responses to combat-related events: beyond fear, helplessness, and horror. Paper presented at: 114th Meeting of the American Psychological Association; August 2006; New Orleans, La.

63. Greene-Shortridge TM, Britt TW, Castro CA. The stigma of mental health problems in the military. *Mil Med*. 2007;172:157–161.

64. The R Foundation for Statistical Computing. The R project for statistical computing. Available at: http://www.Rproject. org. Accessed June 18, 2007.

65. Britt TW, Castro CA, Adler AB, eds. *Military Performance*. Vol 1. In: *Military Life: The Psychology of Serving in Peace and Combat*. Westport, Conn: Praeger Security International; 2006.

66. Britt TW, Castro CA, Adler AB, eds. *Operational Stress*. Vol 2. In: *Military Life: The Psychology of Serving in Peace and Combat*. Westport, Conn: Praeger Security International; 2006.

67. Britt TW, Castro CA, Adler AB, eds. *Military Family*. Vol 3. In: *Military Life: The Psychology of Serving in Peace and Combat*. Westport, Conn: Praeger Security International; 2006.

68. Britt TW, Castro CA, Adler AB, eds. *Military Culture*. Vol 4. In: *Military Life: The Psychology of Serving in Peace and Combat*. Westport, Conn: Praeger Security International; 2006.

ЧАСТИНА ДРУГА

НА АРЕНІ БОЙОВИХ ДІЙ

Розділ 6

ДИВІЗІЙНІ ПСИХІАТРИ ТА ОФІЦЕРИ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У БРИГАДАХ

Крістофер Х. Уорнер[I] · Джордж Н. Аппенцеллер[II] · Тодд Йосик[III] · Мет'ю Дж. Баррі[IV] · Ентоні Дж. Мортон[V] · Джил Е. Брайтбах[VI] · Габріель Брієн[VII] · Анджела Моббс[VII] · Аманда Роббінс[IX] · Джесіка Паркер[X] · Томас Грігер[XI]

ВСТУП

ДОКТРИНА

ПОГЛЯДИ НА РОЛЬ ПСИХІАТРА

ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

ПЛАНУВАННЯ І НАГЛЯД ЗА НАДАННЯМ ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Консультування командирів і головних хірургів із питань психічного здоров'я

Контроль ВСТ ВНО та залучених фахівців у бригадах

Навчання медичного персоналу дивізії

Надання медичної допомоги пацієнтам

Виконання адміністративних вимог

ОФІЦЕР І КЕРІВНИК

ТРУДНОЩІ

МАЙБУТНІЙ РОЗВИТОК

ВИСНОВКИ

Частина цього розділу була опублікована як: Warner CH, Breitbach JE, Appenzeller GN, Barry MJ, Morton A, Grieger T. The evolving role of the division psychiatrist. *Mil Med*. 2007;172:918–924.

[I] Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу охорони психічного здоров'я, цивільний військовий госпіталь Вінн, Building 9242, Room 20, 1083 Worcester Drive, Fort Stewart, Georgia 31324; у минулому — дивізійний психіатр 3-ї піхотної дивізії, Fort Stewart, Georgia.

[II] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; командир медичного управління Армії США на Алясці, 1060 Gaffney Road #7400, Fort Wainwright, Alaska 99703-7400; у минулому — заступник командира з питань клінічної допомоги, командна група, цивільний військовий госпіталь Вінн; Fort Stewart, Georgia 31314.

[III] Ліцензований незалежний соціальний працівник, майор, Медичний корпус, Армія США; заступник директора управління з питань психологічної стійкості і профілактики, офіс помічника міністра оборони США з питань охорони здоров'я, Військовий центр передового досвіду з питань психічного здоров'я і черепно-мозкових травм, 1335 East-WestHighway, SilverSpring, Maryland 20910; у минулому — начальник відділу з питань навчання «Battlemind», начальник управління з питань бойового стресу, Центр та школа AMEDD, FortSamHouston, Texas.

[IV] Доктор остеопатії, майор, Медичний корпус, Армія США, Резерв Армії США; штатний психіатр, поліклініка для ветеранів у Рочестері; 465 Westfall Road, Rochester, New York 14620; у минулому — майор, Медичний корпус Армії США, керівник психіатричної служби MEDDAC, психіатр 10-ї гірсько-піхотної дивізії, Fort Drum, New York.

[V] Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; медичний директор відділення поведінкової медицини, військовий госпіталь Монкріф, 4500 Stuart Street, Fort Jackson, South Carolina 29207-5720; у минулому — психіатр 1-ї бронетанкової дивізії, Wiesbaden, Germany.

[VI] Доктор психології, майор, Медичний корпус, Армія США; невропатолог, відділення психології, військовий госпіталь Еванс, USAMEDDAC, Fort Carson, Colorado; у минулому — груповий психолог, 1-ша спеціальна група підготовки до бойових дій; Fort Bragg, North Carolina.

[VII] Магістр соціальної роботи, ліцензований клінічний соціальний працівник, майор, Медичний корпус, Армія США; заступник начальника Департаменту соціальної роботи, Військово-медичний центр Уомакк; Stop A, Fort Bragg, North Carolina 28310; у минулому — офіцер з охорони психічного здоров'я 3-ї бригади, 4-та піхотна дивізія; Fort Carson, Colorado 80913.

[VIII] Доктор психології, психолог з питань відбору і діяльності спеціальних сил, спеціальний центр і школа з питань ведення бойових дій, навчальний центр Роув; Building T-5167, 1500 Camp Mackall Place, Marston, North Carolina 28363; у минулому — психолог 3-ї бригади, 3-тя піхотна дивізія; Fort Benning, Georgia.

[IX] Доктор психології, капітан, Медичний корпус, Армія США; офіцер із охорони психічного здоров'я 3-ї бригади, 10-та гірсько-піхотна дивізія Fort Polk, Louisiana 71459.

[X] Доктор психології, капітан, Медичний корпус, Армія США; начальник військового відновлювального центру, відділення поведінкової медицини, цивільний військовий госпіталь Вінн; 541 East 9th Street, Building 359, Fort Stewart, Georgia 31314-5674; у минулому — військовий психіатр, відділення черепно-мозкової травми, Військово-медичний центр Брук; San Antonio, Texas.

[XI] Доктор медицини, капітан у відставці, ВМС США; доцент кафедри психіатрії, Військово-медичний університет; 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814.

ВСТУП

Психологічні наслідки війни добре задокументовані протягом усієї історії; вони відомі за такими назвами, як ностальгія, синдром «серце солдата», контузії, бойове виснаження, а останнім часом — як бойовий стрес. Наприкінці XIX — на початку XX століть військове командування почало усвідомлювати значення лікування й вирішення цих проблем. Це стало причиною зростання кількості працівників охорони психічного здоров'я в бойових умовах. Ще з часів Першої світової війни Армія США відправляла психіатрів на передову для лікування бойового стресу та надання порад командирам підрозділів стосовно психічного здоров'я і впливу війни на солдатів [1–3].

Першим «бойовим» психіатром Армії США був доктор Томас Салмон (Thomas Salmon). У період Першої світової війни він відзначив цінність психіатра для військовослужбовців дивізії, вважаючи, що такий фахівець має надавати консультації безпосередньо хірургам, а також важливість його ролі для командування як штабного офіцера [2]. Салмон створив успішну систему управління в бойових умовах, що складалася з лікування, профілактики та консультацій. На жаль, багато з цих здобутків були втрачені або визнані непотрібними після закінчення війни. Лише під час Другої світової (Північноафриканської кампанії 1943 року) генерал Омар Бредлі (Omar Bradley) знову визнав цінність ресурсів охорони психічного здоров'я і відновив посади дивізійних психіатрів [3]. Від часу війни в Кореї у всіх гарнізонах і при командируванні військ за кордон психіатри залучалися до заходів із охорони психічного здоров'я, які втілюються на рівні дивізії [1, 3]. Функції та обов'язки дивізійних психіатрів, а також заходи із охорони психічного здоров'я визначено наказом Армії США «Психоневрологія і психічне здоров'я» № 40-216 від 1957 року [4].

Дивізійний психіатр здійснює керівництво відділом охорони психічного здоров'я (DMHA — Division mental health activity), що покликаний допомогти командуванню контролювати бойовий стрес через навчання, консультації та відновлення [5].

Донедавна у цьому відділі було три фахівці (психіатр, психолог і соціальний працівник), яким допомагали шість фахівців із когорти молодшого персоналу (рис. 6.1). Однак у процесі ведення глобальної антитерористичної війни в Армії США розпочалася найбільша після Другої світової реструктуризація, у межах якої значна увага приділялася не дивізіям, а бригадним бойовим групам (BCT — brigade combat team) [6]. Ця робота з реструктуризації спрямовувалася на те, щоб зробити армію більш мобільною, ефективною та боєздатною, збільшити у ній кількість BCT [6].

Окрім реструктуризації також відбувались реорганізація і збільшення кількості фахівців з охорони психічного здоров'я, приписаних до кожного відділу. Нова структура не мала формального централізованого підпорядкування і передбачала модульний характер відділів охорони психічного здоров'я.

Нова модульна структура відділів (рис. 6.2) складалася з дивізійного психіатра та старшого уорент-офіцера, які підпорядковувались дивізійному хірургу при штабі дивізії; офіцерів з охорони психічного здоров'я у бригадах (BCT BHO — brigade behavioral health officer; психологи або соціальні працівники); завербованих фахівців із охорони психічного здоров'я, приписаних до кожної бригади. До складу дивізії входять різні бригади, тож до відділу психічного здоров'я приписано

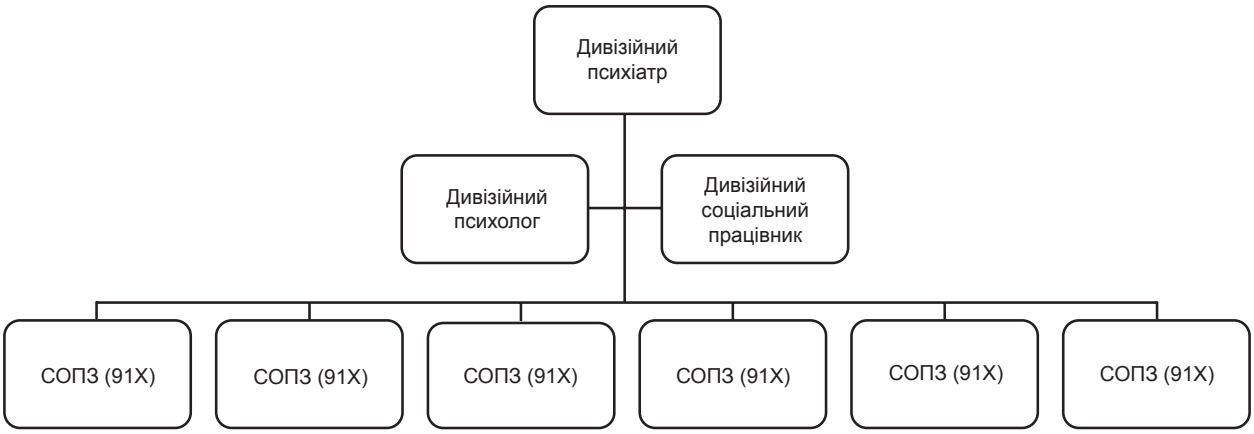


Рис. 6.1. Попередня структура відділу охорони психічного здоров'я в Армії

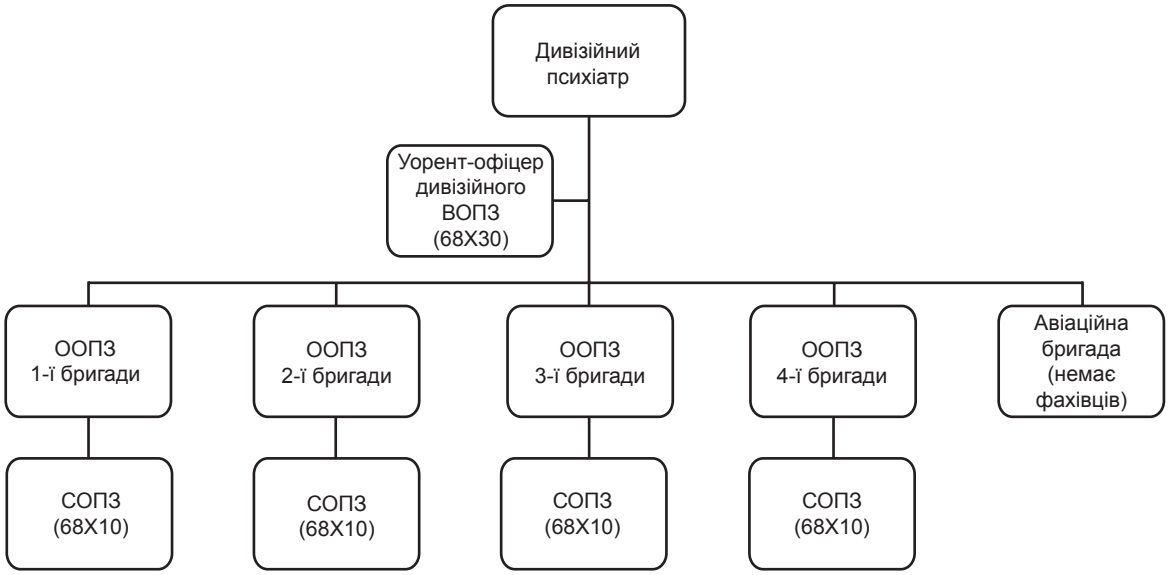


Рис. 6.2. Поточна структура відділу охорони психічного здоров'я в Армії

Умовні скорочення:

ВОПЗ — відділ охорони психічного здоров'я

ООПЗ — офіцер із охорони психічного здоров'я

СОПЗ — спеціаліст із охорони психічного здоров'я (англ. BHO)

5–6 надавачів психіатричних послуг (психіатрів, психологів, соціальних працівників). Ця нова модульна структура має більше фахівців і дає змогу командирам на нижчих рівнях (наприклад, батальйону і роти) використовувати ресурси. Швидке розширення й еволюція відділу охорони психічного здоров'я сприяли урізноманітненню ролі надавачів психіатричних послуг.

Аналіз комплексних наслідків для солдатів від участі в бойових діях засвідчив важливість

контролю бойового стресу під час відправки військ за кордон та потребу у відстеженні питань охорони психічного здоров'я після повернення [7–11]. Це стало причиною нещодавнього оновлення доктрини Армії США, в якій, на жаль, недостатньо відображена роль відділів охорони психічного здоров'я [12]. Мета цього розділу — окреслити роль і діяльність дивізійного психіатра, а також ВСТ ВНО, як це визначено сучасною військовою доктриною і на підставі понад 10-річного досвіду авторів, які брали участь в операціях за кордоном.

ДОКТРИНА

Хоча опубліковано багато матеріалів про психологічні наслідки бойових дій і командирування за кордон, існує досить мало літератури про функції дивізійних психіатрів, відділів охорони психічного здоров'я, офіцерів із охорони психічного здоров'я в гарнізонах і при відправці за кордон [13–20]. Наказ Армії США «Психоневрологія і психічне здоров'я» № 40-216, базовий нормативно-правовий документ з охорони психічного здоров'я, не оновлювався з 1984 року. У ньому лише визначено, що психіатр очолює відділ охорони психічного здоров'я, служить консультантом з психоневрологічних проблем і разом зі своїм відділом надає допомогу солдатам з психоневрологічними проблемами [4]. Практичні рекомендації № 8-51 «Контроль бойового стресу в умовах бойових дій: тактики, техніки та процедури» з'явились у 1994 році і в 1998 були оновлені [5]. У них визначено загальну мету та роль відділу охорони психічного здоров'я, міститься певна додаткова інформація про функції та відповідальність дивізійного психіатра як наставника. Ці рекомендації були нещодавно оновлені з огляду на інші практичні рекомендації №4-02.51 «Контроль бойового стресу». Проте й у цьому документі міститься мало інформації про діяльність відділу охорони психічного здоров'я, повноваження дивізійних психіатрів і ВСТ ВНО [1].

Підполковник Альберт Глас у книзі «Нейропсихіатрія часів Другої світової війни» у розділі «Набутий досвід» визначив необхідність у тому, щоб в армії — як під час війни, так і в мирний час — служили психіатри, які реагували б на оперативні потреби збройних сил. Він доводив, що цивільні психіатричні заклади не можуть впоратися із наявними запитами та підтримувати оперативну боєготовність, як це вимагається від військового психіатра. Він також розглянув складність психіатричної діагностики та скринінгу у воєнний час, оскільки це впливає на збереження бойової готовності [1]. У «Військовій психіатрії» підполковник Глас, зокрема, обговорив роль «психіатрії на рівні дивізії». У цьому ґрунтовному огляді окреслено конкретні принципи для оцінки, лікування і розміщення солдатів у бойовій обстановці. Крім того, в цьому розділі зроблено аналіз історичних даних Другої світової війни [21].

У розділі «Військова психіатрія Армії США» книги «Воєнна психіатрія» Н. Рок (N. Rock) і його колеги обговорили історичний розвиток ресурсів психічного здоров'я Армії США. Цей розділ знайомить зі змінами доктрини та розвитком підрозділів охорони психічного здоров'я, починаючи від Першої світової і до війни у В'єтнамі. Однак після змін у військовій охороні психічного здоров'я у 1980-х роках роль дивізійних структур зменшилась, і у фокусі уваги опинились підрозділи контролю бойового стресу [3]. Хоча обидва розділи є чудовими джерелами інформації про історичний розвиток військової системи охорони психічного здоров'я та роль офіцерів на рівні дивізії у лікуванні розладів психічного здоров'я, у них міститься обмаль даних щодо обов'язків і повноважень цих офіцерів.

У 1993 році в журналі «Військова медицина» було опубліковано дві відповідні статті. В одній із них Енджел і Кемпбел (Engel і Campbell) розглянули проблеми, що постали перед відділом охорони психічного здоров'я. Вони, спираючись на свій досвід участі в операції «Буря в пустелі», відзначили, що до початку відправлення військ за кордон цьому відділу не надають достатньої уваги, а також наголосили на важливості превентивних заходів [14].

В іншій статті Річі та Уайт (Ritchie та White) запропонували рекомендації, як стати успішним дивізійним психіатром, надали практичні пора-

ди з підготовки психіатрів, які щойно долучилися до армії, щодо того, як ефективно взаємодіяти з піхотними командирами. Також у цій другій статті описано різні обов'язки та повноваження (подані у порядку їхньої значимості): надання послуг із охорони психічного здоров'я; наставництво над іншими фахівцями з охорони психічного здоров'я; навчання інших надавачів послуг із охорони психічного здоров'я; адміністративна психіатрія; консультування командування; планування роботи відділу охорони психічного здоров'я та контроль його роботи; служба офіцером у штабі дивізії [15]. Ці рекомендації нещодавно переглянули Гіл, Ланґе і Бекон (Hill, Lange і Bacon), які зосередилися на тому, що потрібно зробити, аби штатні військові психіатри були готовими виконувати свою роль [16]. Хоча у цих статтях не йдеться про роль дивізійного психолога чи дивізійного соціального працівника, у них окреслено деякі обов'язки командира підрозділу з охорони психічного здоров'я.

Під час операції «Іракська свобода» Уорнер і Аппенцеллер (Warner і Appenzeller) та їхні колеги в журналі «Військова медицина» опублікували низку статей про значення та відповідальність дивізійного відділу охорони психічного здоров'я у новій структурі бригади. У цих статтях наведено плани профілактики, раннього виявлення, методи втручання. Також автори відзначають певні переваги нової структури, зокрема більшу можливість надавати послуги з охорони психічного здоров'я ближче до лінії фронту, змогу взаємодіяти і надавати консультації командирам нижчої ланки. Крім цього, вони вказали на деякі обмеження нової структури, а саме: розпорошене командування та контроль, посилення незалежності кожного фахівця і зменшення наставництва, збільшення ризику психологічного вигорання через належність до меншої команди. Хоча у статтях містилось певне обговорення заходів, які мають бути здійснені в гарнізонах до відправки, та значення дивізійних психіатрів у гарнізонах, все-таки увага здебільшого акцентувалась на їхніх функціях в умовах військових операцій [20, 22, 23].

У книзі «Військова психіатрія: підготовка до миру під час війни» йдеться не лише про значення дивізійного психіатра, а й інших надавачів послуг із охорони психічного здоров'я, визначено взаємодію між керівником відділу охорони психічного здоров'я та військовим командуванням. У розділі 9 висвітлено, як зростає поціновування командирами офіцерів із охорони психічного здоров'я після надання консультацій, зокрема і з різних аспектів проходження служби [24]. Крім того, у розділі 10 обговорюється необхідність того, щоб ВСТ ВНО розуміли стреси тих, хто перебуває на керівних посадах, і пропонували їм підтримку в зміцненні психологічної стійкості [25]. У розділах 11 і 12 визначено потреби у навчанні працівників відділів охорони психічного здоров'я, наголошено на значенні військових навчань [26], запропоновано навчальну модель із двох частин, покликану допомогти медичному персоналу і командирам визнавати проблеми бойового стресу й ефективно протидіяти втратам, зумовленим бойовим стресом [27].

ПОГЛЯДИ НА РОЛЬ ПСИХІАТРА

На думку одного з командирів дивізії, дивізійний психіатр і відділ охорони психічного здоров'я відповідають за те, щоби «тримати руку на пульсі» підрозділу [28]. З огляду на таку позицію відділ охорони психічного здоров'я має досить широкий перелік завдань, проте їх інтерпретація та виконання суттєво варіюються.

На рис. 6.3 наведено, що існують різні погляди, на які варто зважати. Дивізійні психіатри мають свою думку з цього приводу, проте вони повинні зважати на вимоги й очікування дивізійного хірурга і командира дивізії. Так само ВСТ ВНО у бригадах мають зважати на очікування дивізійних психіатрів, хірурга бригади та командира бригади. Крім цього, на те, в яких сферах почуваються компетентними і готовим до роботи ті, хто надає послуги з охорони психічного здоров'я, впливає і їхня освітня підготовка. Наприклад, офіцер-психолог має інші навички, аніж соціальний працівник. На обсяг і зміст практики впливає й особистий досвід офіцерів, яку підготовку вони не проходили б.

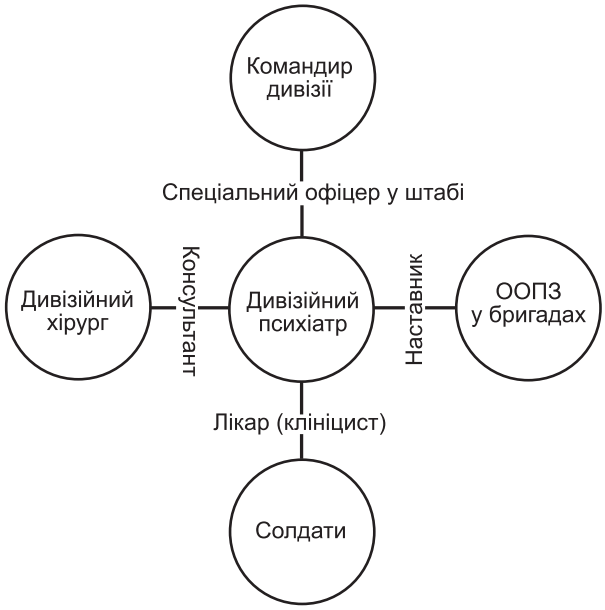


Рис. 6.3. Погляди на роль дивізійного психіатра

Умовні скорочення:
ООПЗ — офіцер із охорони психічного здоров'я (англ. BHO)

На посаду дивізійних психіатрів, як правило, призначають молодших офіцерів після проходження ними психіатричної ординатури чи стажування. Багато хто обіймає цю посаду капітаном і згодом отримує підвищення до майора. Для багатьох щойно призначених дивізійних психіатрів це перша можливість самостійної практики. Більше того, лише одиниці з новачків обізнані з діяльністю штабу дивізії і майже ніхто з них не відвідував навчання, специфічного для певного роду військ.

На посади ВСТ ВНО, як і на посади психіатрів, призначають офіцерів молодшого або середнього рівня. Під час перебування на цій посаді чимало з них отримують підвищення у званні. У минулому психологи здебільшого потрапляли на ці посади одразу після навчального стажування, без практичного досвіду. Проте нещодавно подібна ситуація змінилась: була запроваджена вимога проходження ліцензування. Тепер більшість психологів перш ніж стати ВСТ ВНО, мають набути 1–2 роки досвіду після завершення навчання. Для соціальних працівників достатньо однорічного досвіду роботи, переважно у медичному закладі, під наглядом старшого соціального працівника. Це дає йому право обійняти відповідну посаду в армії. Для багатьох ВСТ ВНО-новачків видається перша нагода працювати без наставника. Як і психіатри, ВСТ ВНО зрідка бувають обізнані із діяльністю штабу дивізії і не відвідували навчання, специфічного для певного роду військ.

Відповідно до отриманих знань під час проходження навчання як дивізійні психіатри, так і ВСТ ВНО переважно зосереджуються на функціях клініцистів і, можливо, наставників для молодшого персоналу з охорони психічного здоров'я та лікарів бригади. Вони не можуть швидко впоратися зі своїми обов'язками офіцерів штабу, радників і консультантів командирів дивізії чи бригади, а також збагнути, як ці обов'язки впливають на допомогу солдатам. У деяких випадках дивізійні психіатри поступаються своїми адміністративними обов'язками на користь ВСТ ВНО, що залишає їм більше часу для власної клінічної роботи. Для багатьох ВНО це також перший досвід взаємодії з бойовим підрозділом. Їм доводиться швидко прилаштовуватись до тих темпів, які диктуються військовими навчаннями та проведенням військових операцій.

На противагу цьому хірурги у дивізії та в бригадах очікують від ВНО порад і консультацій. Вони вбачають у психіатрі чи ВСТ ВНО джерело допомоги в плануванні цілої низки заходів із охорони психічного здоров'я та координації ресурсів підтримки у гарнізонах і під час військових операцій. Також очікують, що консультант із питань охорони психічного здоров'я буде здатний визначити загрози психічному здоров'ю підрозділу та надасть рекомендації з профілактичної роботи в дивізії чи бригаді. Вони розраховують, що ВНО обізнані із принципами Медичного управління Армії (AMEDD — Army Medical Department) щодо лікування, евакуації та повернення на театр бойових дій. Це передбачає організацію транспортування, координацію догляду за евакуйованими солдатами та відстеження пацієнтів.

До того ж дивізійний психіатр очікує, що ВСТ ВНО у бригадах виконуватиме функцію як порадника, так і клініциста. У багатьох випадках бригади не звітують перед дивізією, і дивізійний психіатр покладається на поради ВСТ ВНО стосовно проблем психічного здоров'я, які виникли у бри-

гаді. Також вони очікують, що ВСТ ВНО надаватиме першу психіатричну допомогу у підрозділі і оцінюватиме стан психічного здоров'я солдатів. Іншими вимогами є навчання та підтримка молодшого персоналу з охорони психічного здоров'я, а також надання консультацій лікарям і командуванню бригад.

І командири дивізії, і командири бригад очікують від офіцерів штабу надання кваліфікованих порад й альтернатив, які дадуть змогу ухвалити обґрунтовані рішення в інтересах підрозділу. Чимало командирів розглядають ВНО як важливу частину медичної команди бригади і розраховують на їхній досвід із вивчення тенденцій психічного здоров'я та їхнього впливу на боєготовність підрозділу.

Загалом, командири стали досить обережними у питаннях впливу бойових дій та відправлення за кордон на психічне здоров'я солдатів і очікують від ВНО підрозділу консультацій з приводу того, як вони, командири, можуть пом'якшити стрес під час відправлення, забезпечити спостереження за психічним здоров'ям після повернення, зменшити стигму тих, хто звертається за допомогою, принести користь своїм солдатам.

Випадок 6.1. Під час нещодавньої відправки за кордон командир дивізії сказав дивізійному психіатру, що він «непокоїться про стан психічного здоров'я свого підрозділу і хоче, щоб всі командири знали: у підрозділу є ресурси, здатність і бажання щось зробити з метою допомогти їм». Він часто запрошував дивізійного психіатра на місце проведення військової операції. Робилось це задля того, щоб команда з охорони психічного здоров'я була обізнана з тими різноманітними обставинами, в яких перебувають солдати, а також, щоб підлеглі командири побачили, яку увагу він приділяє питанням психічного здоров'я солдатів. Дивізійний психіатр мав можливість «тримати руку на пульсі» підрозділів, які вони відвідували, визначати потенційні ризики бойового стресу в підрозділі та надавати командирам рекомендації щодо пом'якшення цих ризиків.

Різноманітні завдання, обов'язки офіцера з охорони психічного здоров'я підрозділу, а також очікування від них та зовнішні тиски становлять проблему для відносно молодих офіцерів, які не можуть належним чином виставити пріоритети у своїй роботі. З огляду на це для оптимальної діяльності потрібні подальший професійний розвиток і оновлена доктрина.

ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

ВСТ ВНО як молодші офіцери мають кілька сфер відповідальності. Далі в цьому розділі в додатку 6.1 подано детальний перелік обов'язків ВНО в підрозділі.

Планування і нагляд за наданням послуг з охорони психічного здоров'я

Дивізійний психіатр або ВСТ ВНО є експертами у своїх підрозділах із питань наслідків впливу бойових дій чи відправлення за кордон на психічне здоров'я. Тому вони обов'язково мають служити в штабі для того, щоб надавати командуванню рекомендації з розташування та використання ресурсів охорони психічного здоров'я як у гарнізоні, так і під час командирування за кордон.

У період до відправлення за кордон дивізійний психіатр має розробити та впровадити навчальну програму для базового медичного персоналу, а також офіцерів та уорент-офіцерів, які не є медичними працівниками. Навчання має зосереджуватися на профілактиці та лікуванні бойового стресу та інших проблем психічного здоров'я, які можуть виникнути під час відправки за кордон.

Під час розгортання військ основними обов'язками дивізійного психіатра та ВСТ ВНО є оцінка загроз психічному здоров'ю, які можуть виникнути через умови перебування, та співпраця з хірургом у визначенні, яким чином розгорнуті та як використовуються ресурси охорони психічного здоров'я під час військової операції. Джерелами інформації можуть бути: історичні дані з попередніх конфліктів, що стались у цьому підрозділі або в цьому районі; рівень бойового стресу

в інших підрозділах, які беруть участь в операції; поширеність проблем психічного здоров'я у підрозділі під час його перебування у гарнізоні; результати тестування із визначення психологічного профілю, пов'язані із сильними бойовими характеристиками особистості. Дивізійні психіатри чи ВСТ ВНО можуть надати рекомендації відповідним командирам, яким чином використовувати ресурси у підрозділі. Більше того, дивізійний психіатр має розробляти стандартні робочі процедури для охорони психічного здоров'я в дивізії, план підтримки після травмувальної події, а також надавати рекомендації з використання методики оцінки психічного здоров'я підрозділу

ДОДАТОК 6.1

ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ОФІЦЕРА З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я (ВСТ ВНО)

Планування надання послуг з охорони психічного здоров'я в дивізії

- Планування та координація скринінгу психічного здоров'я перед відправкою за кордон і після повернення
- Надання рекомендацій щодо ресурсів охорони психічного здоров'я в дивізії під час перебування у гарнізоні та відправки за кордон
- Розробка для дивізії плану підтримки після події, що травмує
- Проведення консультацій із командиром підрозділу, який відповідає за питання бойового стресу, щодо розташування ресурсів у дивізії під час відправки за кордон
- Відстеження та надання рекомендацій із вживання психотропних препаратів
  - Визначення, які препарати мають бути в наявності у відповідального за логістику персоналу під час відправки за кордон
  - Розуміння того, що використання антидепресантів та слабкого снодійного є поширеною практикою, натомість як використання бензодіазепінів, стимуляторів та антипсихотичних препаратів має вирішуватись у кожному конкретному випадку індивідуально та з урахуванням наданих рекомендацій
- Підтримання зв'язків із іншими, хто може надати підтримку, під час перебування у гарнізоні та відправки за кордон
  - Консультування з медичним персоналом лікувальних закладів у гарнізоні, програмою з питань наркотичної залежності Армії, капеланами, військовими службами з підтримки у громаді, програмою «Military One Source» та місцевими фахівцями з охорони психічного здоров'я та лікарнями
  - Співпраця з тими капеланами, підрозділами, що відповідають за питання бойового стресу, а також медичним персоналом, який відправляється за кордон

Консультування командирів і хірургів дивізії з питань психічного здоров'я

- Координація профілактичних заходів із охорони психічного здоров'я
  - Надання регулярної консультативної інформації про загрози психічному здоров'ю на підставі даних щодо використання дивізійної психіатричної клініки, рівні госпіталізації з психіатричними діагнозами, випадки насилля над дітьми або подружжям, звіти про керування автомобілем у нетверезому стані, результати тестування на наявність наркотиків, оцінки стану здоров'я до та після відправки за кордон
  - Нагляд за проведенням стандартної навчальної програми «Battlemind» із розвитку психологічної стійкості військовослужбовців, їхніх подружжів та членів сімей
- Проведення підготовки до потенційно травмувальних подій
  - Співпраця з командирами, капеланами та іншим медичним персоналом у розробленні плану підтримки після травмувальної події з огляду на потенційно травмувальні події
- Відстеження громадської думки
  - Навчання командира з важливих питань охорони психічного здоров'я та надання командиру порад щодо потенційних впливів стратегічних змін і політики на психічне здоров'я
  - Забезпечення командира інформацією та можливими відповідями на питання представників ЗМІ про профілактичні заходи з охорони психічного здоров'я та поточні ситуації в підрозділі

Наставництво офіцерів з охорони психічного здоров'я в бригадах і рекрутованих фахівців

- Проходження служби як офіцер, відповідальний за відділ охорони психічного здоров'я

- Встановлення стандартів піклування про практику з охорони психічного здоров'я у підрозділі (мають бути опубліковані у певному форматі та регулярно переглядатися)
- Наставництво, супервізія усіх ВСТ ВНО
  - Проведення частих супервізій і перегляду робочих планів
  - Забезпечення того, що ВСТ ВНО у бригадах здійснюють регулярне наставництво іншого персоналу з охорони психічного здоров'я
- Організація постійного навчання
  - Розробка планів постійного навчання для різного персоналу, зокрема навчання на місцях (ранкові звіти, рутинне навчання) та інші можливості (курс стосовно бойового стресу, короткостроковий курс із охорони психічного здоров'я)
  - Забезпечення всього персоналу вимогами щодо постійного навчання та виконання завдань, потрібних для проходження ліцензування, тощо
- Забезпечення розвитку офіцерів та уорент-офіцерів
  - Забезпечення роботи всього персоналу над вдосконаленням і виконанням необхідних вимог, зокрема щодо навчання (професійні курси для капітанів, навчання уорент-офіцерів), а також цивільна освіта
  - Проведення оцінки всіх офіцерів із охорони психічного здоров'я

Проведення навчання медичного персоналу дивізії

- Забезпечення ознайомлення всього медичного персоналу із найновішими практиками діагностики та лікування:
  - посттравматичного стресового розладу
  - розладів сну
  - депресії та тривожності
  - нагальних ситуацій, в яких потрібна психіатрична допомога
  - наслідків травмувальної події
  - використання психотропних препаратів під час відправки за кордон

Клінічні (лікувальні) послуги

- Надання безпосередніх медичних послуг у гарнізоні та під час відправки за кордон
- Усвідомлення, що через брак ресурсів догляд переважно обмежується медикаментозним лікуванням

Адміністративна психіатрія

- Здійснення діагностики за наказами командування
  - Розуміння вимог Директиви 6490.1 Міністерства оборони й Інструкції 6490.4 Міністерства оборони (оцінювання може проводитися за наказом командира або відповідно до нормативного регулювання Армії)
- Проведення оцінки благонадійності
- Проведення судових експертиз (санітарних експертиз)
- Підготовка записів проведення медкомісій
- Підготовка звітів про ризик самогубств (ASERs)

Офіцер і командир відділу

- Підтримує особисту боєготовність
- Є лідером і взірцем для молодших офіцерів і солдатів

та інших форм оцінки. На додачу до цього вони зобов'язані координувати свої дії з іншими структурами, як-от підрозділами з контролю бойового стресу, що діють у районі проведення військової операції.

При плануванні та розподілі ресурсів до уваги беруться такі основні параметри, як безпечність, наявність охорони і близькість до підрозділів, що піддаються найбільшому ризику реакцій бойового стресу. Це передбачає залучення не лише дивізійного психіатра, а й ВСТ ВНО, який має розробити план про порядок надання медичним закладом первинної ланки допомоги в районі проведення військової операції підрозділу, що потребує відповідної транспортної підтримки.

Також важливим є відстеження та керування вживанням психотропних препаратів у дивізії та бригаді (сфера, до якої нещодавно стала прикута увага громадськості).

Дивізійний психіатр має працювати з медичними логістичними структурами для визначення, які препарати можуть вживатися в зоні військової операції, а також повинен допомагати у розробленні рекомендацій із призначення, вживання та відстеження психотропних препаратів у підрозділі. Загальною практикою є вживання антидепресантів і слабких снодійних. А використання бензодіазепінів, стимуляторів та антипсихотичних препаратів має вирішуватися у кожному конкретному випадку індивідуально та з підвищеною обережністю. Це питання розглянуто у розділі 10 «Застосування психотропних препаратів у військовій психіатрії».

Хоча ВСТ ВНО не мають права призначати препарати, вони повинні бути обізнані із вживанням психотропних препаратів та їхнім впливом на військовослужбовців у підрозділі. ВСТ ВНО потрібно тісно співпрацювати з дивізійним психіатром, постачальниками бригади, аби визначити, які медичні препарати доцільно використовувати в зоні військової операції, знати рекомендації щодо призначення, вживання та відстеження психотропних препаратів у дивізії.

Окрім того, ВСТ ВНО мають розглядати інші оперативні заходи, у яких може знадобитися участь працівників охорони психічного здоров'я, наприклад, операції з утримання під вартою, профілактичне навчання, а також програми підвищення психологічної стійкості солдатів. Комплексна програма на рівні дивізії, яка охоплює увесь цикл розгортання, може виявити непередбачені перепони і убезпечити від того, що доступові до медичної допомоги не будуть перешкоджати недосконалі програми скринінгу, непідготовлені клінічні послуги чи неадекватний штатний розклад персоналу. На рівні бригади обов'язковими є програми планування та контролю, які передбачають стандартні робочі процедури з охорони психічного здоров'я, розроблені з урахуванням керівних принципів стандартних оперативних процедур на рівні дивізії.

Проблеми проведення скринінгу до та після відправки за кордон із різних причин перебувають в центрі уваги мас-медіа та Рахункової палати США (Government Accountability Office). Такими проблемами є: випадки, коли під час перевірки були одержані заяви солдатів, які не отримали консультацій або лікування; різноманітні дослідження серед солдатів, які повернулись опісля розгортання, коли з'ясувалося, що поширення симптомів, пов'язаних із відправкою за кордон, може зростати з часом опісля повернення [7, 9, 10, 29, 30]. Нагляд за ефективною програмою скринінгу належить до відповідальності дивізійного психіатра і відділу охорони психічного здоров'я (що повністю підтримується командирами). Заходи складаються із просвітницької роботи, ранньої діагностики та негайного лікування. На додачу до цього необхідно координувати роботу з командирами, щоб пом'якшити стигму, пов'язану з психіатричним лікуванням.

Зрештою, як під час командирування за кордон, так і перебування у гарнізоні дивізійний психіатр мусить координувати зусилля та підтримувати комунікацію з капеланами і медичними працівниками у підрозділі (які є додатковим внутрішнім ресурсом). Також необхідно встановлювати зв'язок із зовнішніми ресурсами (це, зокрема, відділення психіатричної допомоги у місцевому медичному закладі, представники програми «Military One Source», військові служби з підтримки у громаді, військова програма з питань наркотичної залежності, соціальні служби, гарнізонні капелани, цивільні заклади у громаді). Координація та обговорення з цими структурами забезпечує психіатра інформацією про ресурси, доступні окремим солдатам, родинам, підрозділам і командирам. Загалом, для бригад, де розташовано штаб дивізії, обов'язок координувати роботу із зовнішніми структурами припадає на дивізійного психіатра. Проте для окремо розташованих бригад здійснення такої координації належить до обов'язків ВСТ ВНО.

Консультування командирів і головних хірургів із питань психічного здоров'я

Одна з важливих функцій ВСТ ВНО — консультування командування та медичного персоналу. Існує багато сфер, де психіатр чи ВНО у бригаді може надати експертну пораду. Три ключові сфери — це профілактика, реагування на критичні події та громадську думку. Профілактичні поради стосуються визначення важливості тих загроз,

що були ідентифіковані. При цьому медичному персоналу і командирам надаються рекомендації щодо заходів, до яких доцільно вдатися, та тих ділянок, на які потрібно звернути увагу. Це передбачає відстеження тенденцій звертання по допомогу до відділу охорони психічного здоров'я; рівнів госпіталізації з психіатричними діагнозами; випадків насилля над дітьми або подружжям; звітів про керування автомобілем у нетверезому стані; результатів тестування на наявність психоактивних речовин; результатів оцінки стану здоров'я до та після відправки за кордон. Крім цього, лонгітюдний аналіз має проводитися через значний проміжок часу для унаочнення поточних трендів та оцінки тих індикаторів психічного здоров'я, які зібрані під час поточної та попередньої відправки за кордон. Наявність важливої, прогностичної інформації може допомогти у розміщенні та використанні обмежених доступних ресурсів. Відстеження цих трендів має бути регулярним і здійснюватись у співпраці з головним хірургом. Командування має отримувати оновлену інформацію щомісяця.

Наданню командирам різних рівнів цінної інформації та забезпеченню адресних заходів може також допомогти система обліку використання послуг охорони психічного здоров'я, яка містить інформацію про підрозділ, діагноз, первинний стресор і дає змогу визначити тенденції на найнижчому організаційному рівні, наприклад, батальйону.

Випадок 6.2. Під час нещодавньої відправки за кордон один із відділів охорони психічного здоров'я, здійснюючи моніторинг тенденцій психічного здоров'я у підрозділі, помітив значне зростання рівня бойового стресу в певному батальйоні. Одразу після виявлення про цей факт було повідомлено як командира батальйону, так і бригади. Командир тоді був у змозі пов'язати цю інформацію зі звітом офіцера з безпеки про нещодавнє збільшення кількості нещасних випадків у поєднанні зі зниженням бойової ефективності. Це спонукало до того, що командир поміняв місцями підрозділи, аби дати певну «перерву»; результатом цих дій стало швидке поліпшення бойової ефективності в обох підрозділах і забезпечення виконання бойових завдань.

Окрім профілактики, ВНО може суттєво впливати на те, якою є реакція на потенційно травмувальну подію. Працюючи з капеланами у підрозділах, медичним персоналом і командирами, дивізійний психіатр може порадити та визначити, яким чином реагувати на смерть, небойові втрати, бойові втрати та інші важливі події у підрозділі. Офіцер із охорони психічного здоров'я в підрозділі має розробити план підтримки після травмувальної події, призначений для надання порад командирам і відповіді на потреби солдатів опісля таких подій. Для досягнення успіху в цьому питанні потрібні хороші комунікативні навички, знання та розуміння сучасної медичної літератури, а також гарні стосунки із командирами підрозділів і структурами забезпечення.

Випадок 6.3. Під час нещодавньої відправки за кордон один із відділів охорони психічного здоров'я встановив офіційну політику стосовно реагування на події, що травмують. Ця політика містила чіткі рекомендації командирам підрозділів і допоміжному персоналу з того, як реагувати після потенційно травмувальної події. Зокрема це стосувалося контактування із підрозділом з охорони психічного здоров'я та капеланами задля проведення оцінки в підрозділі, а у разі потреби — дебрифінгу. Також, у разі потреби, дебрифінг може бути проведений спільними зусиллями фахівців із охорони психічного здоров'я та капеланами. І якщо раніше чимало командирів і капеланів прагнули провести зустріч одразу після повернення підрозділу із завдання або повний дебрифінг із аналізу стресової ситуації (що може бути болісним), то новий план надавав виразні рекомендації, як саме реагувати на потенційно травмувальні події, та допомагав зменшити непорозуміння у підрозділі [31]. У цьому випадку ВНО необхідно розповісти командирам про важливість часу проведення та різновид дебрифінгу, що могло би зменшити потенційно негативні наслідки для солдатів.

Надзвичайно важливим є навчання командирів і надання їм порад із питань, які привертають увагу громадськості. Наприклад, нещодавно мас-медіа висловили критику на адресу військовослужбовців щодо здатності виявляти та лікувати посттравматичний стресовий розлад, а також із приводу використання психотропних препаратів у зоні бойових дій [30–33]. Як дивізійний психіатр, так і ВСТ ВНО мають бути обізнані з такими питаннями та приділяти їм необхідну увагу. Вони

мають бути здатні порадити командуванню, як відповідати на будь-які потенційні питання, що можуть поставити ЗМІ. Визначення можливої тематики досягається через звертання до різних джерел інформації, зокрема до відділу зв'язків із громадськістю, а також перегляд критичних звітів про інциденти. Інформація, окрім того, може бути зібрана з публікацій у місцевих та національних газетах стосовно питань охорони психічного здоров'я військових та завдяки постійній комунікації з різними консультантами з питань охорони психічного здоров'я, іншими дивізійними психіатрами та ВСТ ВНО щодо подібних запитів. Відповіді на запити ЗМІ завжди мають координуватися офіцером із зв'язків з громадськістю.

Навчання командирів та допоміжного персоналу може бути проведено за допомогою різних методів: надсилання оновленої інформації електронною поштою, навчальних зустрічей із комп'ютерними презентаціями або підготовки тез для командування. Вибір методу робить командир, і це залежить від того, як він чи вона краще обробляє інформацію. Це забезпечить командирів інформацією в стислій формі, а також підготує їх до потенційних запитань від ЗМІ.

Контроль ВСТ ВНО та залучених фахівців у бригадах

Дивізійний психіатр визначає стандарти лікування та практики для всіх працівників охорони психічного здоров'я у дивізії. Бригадні ВНО уточнюють ці процедури і використовують у своїх бригадах. Подібне завдання вимагає встановлення стандартів практики та їх відстеження через проведення контролю й регулярного зворотного зв'язку від усіх ВНО у бригадах. Це відбувається, здебільшого, через опис стандартних робочих процедур. Деякі вимоги щодо виконання завдань та подання рапортів можуть бути встановлені наказами. Стандартні робочі процедури стосуються таких ділянок, як: функціонування клініки психічного здоров'я в дивізії, процедура ведення обліку, управління персоналом високого ризику. Крім цього, дивізійний психіатр повинен визначити порядок контролю ВНО у бригадах, перегляду їхньої відповідальності та отримання зворотного зв'язку, що зазвичай відбувається щомісяця. Для бригад, у розташуванні яких немає відділу охорони психічного здоров'я, важливо, щоб ВНО отримав із дивізії стандартні робочі процедури та доповнив їх, аби вони відповідали умовам бригади.

Залучений персонал потребує постійного контролю з боку ліцензованого фахівця. Нагляд за такими працівниками має здійснюватися при надходженні кожного нового солдата та, у разі потреби, — при повторних оцінюваннях. Ліцензований фахівець має розглядати умови, з якими зіткнувся військовослужбовець, для того щоб залучений персонал вивчив методи інтерв'ювання, розумів епідеміологію поведінкових розладів та загальні побічні ефекти ліків.

У деяких дивізіях здійснення такого контролю може бути проблематичним, оскільки не весь персонал розташований в одному місці. Більше того, обов'язковим є проведення контролю та отримання зворотного зв'язку під час усього терміну перебування за кордоном. Має враховуватись і той факт, що під час відправки за кордон імовірним є приєднання до дивізії нових бригад і персоналу з охорони психічного здоров'я.

Додатковим обов'язком дивізійного психіатра є забезпечення постійного навчання для себе, ВНО у бригадах та іншого персоналу. Цей обов'язок поширюється й на ВСТ ВНО, які мають забезпечити навчання та підготовку персоналу, з яким вони працюють. Це передбачає забезпечення наявності поглибленого навчання та доступу до найновішої інформації про бойовий стрес і практику його подолання. Конкретні шляхи впровадження цього залежать від кожного дивізійного психіатра, які можуть використовувати ранкові звіти, щомісячні навчальні сесії, навчання «час сержанта», навчання у місцевих медичних закладах або відправляти персонал на навчальні конференції чи до навчальних закладів.

Усі ВСТ ВНО мають заохочуватися до відвідування щорічного військового короткого курсу з питань психічного здоров'я. Ця можливість гарантує, що офіцери отримують достатньо освітніх кредитів для підтвердження своєї ліцензії, та сприяє професійному розвитку, забезпечуючи можливість для колегіальності серед офіцерів, дислокованих по всьому світу. Крім цього, всі військовослужбовці відділу охорони психічного здо-

ров'я мають прослухати курс із бойового стресу до початку відправки за кордон, адже в цьому курсі розглядаються актуальні правила на театрі бойових дій, засвоєний досвід, поточна практика. Це також дає змогу побудувати команду, здійснити попереднє планування, отримати рекомендації зі стандартних робочих процедур для тих підрозділів, які не розташовані в гарнізоні.

Насамкінець, у психіатра як керівника існує обов'язок надавати поради ВНО та іншому персоналу охорони психічного здоров'я стосовно побудови кар'єри. Це передбачає консультування солдатів щодо виконання ними своїх завдань і надання їм змоги брати участь у потрібному навчанні, наприклад, професійному курсі Медичного управління Армії. Крім цього, як дивізійний психіатр, так і ВНО у бригадах повинні турбуватися про розвиток власних навичок письма, потрібних для заповнення форм консультування, рапортів із оцінки офіцерів та уорент-офіцерів, нагородних документів.

Навчання медичного персоналу дивізії

Оскільки у підрозділі, де служить приблизно 20 тисяч військовослужбовців і який може бути розміщений у різних точках, є тільки один психіатр, тому навчання всього медичного персоналу основ психічного здоров'я обов'язкове. Це може відбуватися у різний спосіб; творчий підхід вітається. Основна тематика — стрес після відправки за кордон, гострі ситуації, в яких потрібна психіатрична допомога, розлади сну, посттравматичний стресовий розлад, подолання наслідків травмувальної події і депресія. Курс навчання повинне містити інформацію про методи діагностичної оцінки і фармакологічний супровід. Медичні працівники мають зрозуміти показання для застосування певних препаратів, загальні побічні ефекти, взаємодії препаратів, вимоги до моніторингу та міркування щодо кожного соматичного втручання в умовах військової операції.

ВНО у бригадах мають відповідати за розробку програми навчання медичного персоналу у своєму підрозділі та узгодження її з бригадним хірургом. Це дуже важливо в умовах військових операцій, коли дивізійний психіатр може перебувати далеко від розташування бригади. Планування постійного навчання під час усіх циклів військової операції покладається як на дивізійного психіатра, так і на ВНО у бригадах.

Надання медичної допомоги пацієнтам

Як уже зазначалось раніше, дивізійний психіатр — це керівник охорони психічного здоров'я у дивізії. Через наявність інших обов'язків клінічна практика дивізійного психіатра досить обмежена і найчастіше складається із короткострокового втручання та призначення препаратів. Однак дуже важливо, щоби психіатр — задля збереження навичок і довіри до себе — продовжував практику як під час відправлення за кордон, так і в гарнізоні.

У гарнізоні дивізійний психіатр надає медичну допомогу на базі психіатричного закладу. Дискусії про те, де має базуватися дивізійний психіатр під час військової операції, тривають із часів Першої світової війни [3]. Із покращенням комунікації навіть у бойових умовах розширились можливості надання доступу до допомоги інших фахівців із охорони психічного здоров'я. Тому розташування дивізійного психіатра поряд із дивізійним хірургом дає їм змогу і працювати штабними офіцерами та консультантами командування, і призначати препарати, надавати консультативні поради з медичного догляду й інші рекомендації у всій дивізії телефоном, електронною поштою і, коли це потрібно, шляхом особистої діагностики. Попри це, дивізійний психіатр повинен часто відвідувати віддалені позиції для забезпечення медичної допомоги на місцях, консультування, надання рекомендацій та навчання. Така практика не лише забезпечує дивізійному психіатру виразне розуміння умов і потенційних проблем дивізії, а й посилює видимість усіх елементів частин на передовій.

ВСТ ВНО надають безпосередню медичну допомогу для всієї бригади. У гарнізоні ВНО мають працювати в клініці відділу з охорони психічного здоров'я тоді, коли це можливо, щоб навантаження там було рівномірно розподілене. Якщо це неможливо, то ВСТ ВНО заохочуються до перебування при військовому госпіталі бригади, що дає їм змогу підтримувати тісні контакти з командирами, медичними працівниками і солдатами в їх підрозділах. Під час військових операцій ВСТ ВНО,

зазвичай, розміщуються в бригадному військовому госпіталі, але заохочуються розвивати тісні стосунки із підрозділами з контролю бойового стресу, які теж можуть бути розташовані у цьому ж медичному закладі.

В обох випадках ВСТ ВНО у бригадах стикаються із проблемою адаптації свого розкладу та особливостей надання медичної допомоги з огляду на вимоги потреб підрозділу. Загалом, здійснення довготривалої терапії є рідкісним випадком. Більшість втручань ґрунтуються на психологічному навчанні та використанні короткої підтримувальної когнітивної чи групової терапії.

Виконання адміністративних вимог

Як дивізійний психіатр, так і ВСТ ВНО має велику кількість адміністративних обов'язків. Інструкція Міністерства оборони США 6490.4 [34] і Директива МО США 6490.1 [35] регулюють проведення психіатричних оглядів на вимогу командування та правила скерування до обов'язкового чи необов'язкового психіатричного огляду. Цими документами обов'язкові огляди передбачено для сержантів, які проводять базові військові тренування, вербувальників і снайперів. Усі військовослужбовці, які підлягають адміністративним покаранням, також проходять оцінку статусу психічного здоров'я. Коли ж командир просить провести огляд військовослужбовця, категорія якого не передбачена директивами, з вимогою зворотного зв'язку, то він застосовує свою дискреційну владу (тобто діє на власний розсуд). Своєю чергою, кваліфікований офіцер із охорони психічного здоров'я в підрозділі надає командиру рекомендації стосовно військовослужбовця.

Під час проведення огляду на вимогу командира той, хто проводить оцінку, зобов'язаний надати командирові офіційний звіт про стан психічного здоров'я (форма 3822-R Департаменту Армії, форма 699-R Медичного управління) з рекомендаціями і зворотним зв'язком. Звіт має бути повернутий тому, хто проводив огляд. Подібний звіт повинен щонайменше дати відповідь на питання, чи має солдат той чи інший діагноз, передбачення щодо стану солдата, обмеження для несення служби, огляд безпеки солдата та потрібних заходів безпеки, стан фізичного здоров'я для несення служби. Директиви вимагають, аби командир отримав цей звіт не пізніше ніж через 24 години після проведення огляду.

Крім цього, ВСТ ВНО мають бути обізнані з обмеженнями щодо рівня професійної кваліфікації тих, хто може здійснювати огляди на вимогу командирів та підписувати офіційні звіти про них. Загалом, соціальні працівники без наукового ступеня мають повноваження проводити необов'язкові огляди та підписувати звіти. Обов'язкові огляди та ті, на підставі яких рекомендується відсторонення від служби (розлади особистості або нездатність до адаптації), мають проводитися соціальним працівником із науковим ступенем доктора філософії, психологом або психіатром. Психологи, які є ВНО у бригадах, здатні проводити огляди на вимогу командирів та підписувати усі потрібні форми.

ВНО у бригадах, які є соціальними працівниками без наукового ступеня, зі своїми колегами мають розробити плани на випадок потреби проводити огляд за дискреційним проханням командира в умовах гарнізону чи при проведенні військової операції. Під час операції для цього може стати в нагоді співпраця із тим закладом у районі операцій, де займаються питаннями бойового стресу. Крім цього, за відсутності психологів чи психіатрів, лікар (бажано хірург у бригаді) може підписати документи про огляд.

Інколи військові фахівці з охорони психічного здоров'я можуть відчувати тиск і вдаватися до психіатричних оглядів задля усунення від служби замість перевірок фізичного стану чи оцінки інвалідності. Цей тиск може чинитися як пацієнтом, так підрозділом (або і тим, і тим) у намаганні якнайшвидшого залишення військової служби з різних причин. Таке відсторонення від служби є часто зручнішим, потребує меншої кількості документів та рівнів оцінювання. Проте солдати, які усунені від служби, не отримують грошової допомоги з інвалідності та можуть повторно вступити на військову службу вже за 6 місяців опісля виписки. Обов'язковим є проведення ретельного огляду фахівцем з охорони психічного здоров'я та надання належних висновків, як це визначено чинними військовими наказами. Також важливо, щоби військовослужбовці розуміли значення і наслідки

огляду та підстави для відсторонення. Можливість повернення солдата після відсторонення від служби назад слугує тому, що пацієнт може отримати найкращу медичну допомогу та прихильне ставлення військовослужбовців і суспільства.

Існують й інші адміністративні обов'язки. Вони передбачають оцінку безпеки для солдатів підрозділу, які звільняються, перевірку нормальності психічного стану та інші огляди за вимогою суду, а також медичні огляди за показаннями лікарів. Усі ці огляди можуть бути проведені або психіатром, або психологом. Також офіцери з охорони психічного здоров'я в підрозділі можуть отримати завдання провести безпосередній огляд тих, хто брав участь у подіях з невдалим результатом, подати рапорт відповідно до вимог Міністерства оборони про намір суїциду або скоєного самогубства. На такі огляди витрачається багато часу, але вони мають проводитися оперативно, оскільки забезпечують командирів та Армію важливою інформацією.

Офіцер і керівник

Зрештою, всім ВНО слід пам'ятати, що вони є офіцерами у своєму підрозділі. Армійська бойова форма не містить особливих знаків для дивізійних психіатрів або ВСТ ВНО, тому важливо, щоб вони відповідали стандартам, підтримували особисту бойову готовність, вправність у користуванні зброєю, брали активну участь у фізичній підготовці. Очікується, що вони візьмуть на себе додаткові завдання; це їхній обов'язок виконувати ці функції з максимально можливими зусиллями.

ТРУДНОЩІ

Для дивізійного психіатра та ВНО у бригаді може бути досить проблемним балансувати між різними обов'язками. Існують й інші чинники, які ускладнюють перебування на цих посадах. По-перше, дивізійний психіатр, як правило, є молодшим за званням, ніж інші офіцери в штабі дивізії. Згідно із уточненим спеціальним штатним розкладом і табелем майна (MTOE — Modified Table of Organization and Equipment), дивізійний психіатр виконує службові обов'язки при дивізійному хірургу (керівникові медичної служби бригади, підполковникові) та безпосередньо працює із кількома заступниками дивізійного хірурга (майорами). Окрім цього, більшість військовослужбовців, які дають поради генералу, є старшими офіцерами, натомість на посаду дивізійного психіатра, зазвичай, призначають осіб, які нещодавно закінчили інтернатуру та мають звання «капітан». З огляду на це, важко завоювати довіру командирів та радників. Більше того, недавні зміни у завданнях призвели до того, що на посадах ВНО у бригадах служать офіцери, вищі за званням, аніж дивізійні психіатри. Таким чином психіатри змушені контролювати тих, хто є старшим за званням, аніж вони.

У свою чергу, ВСТ ВНО надає безпосередні поради командиру та хірургу, проте він може не перебувати в одному розташуванні з ними. За уточненим спеціальним штатним розкладом і табелем майна, ВНО у бригаді приписаний до медичної команди у допоміжному батальйоні, тимчасом як хірург бригади приписаний до головного штабу бригади. Це може становити проблему, оскільки командири медичної команди та батальйону інколи відчувають, що ВСТ ВНО «працює для них». У такому випадку вони здатні обмежити ВСТ ВНО та рекрутованих фахівців із охорони психічного здоров'я у доступі до відділу охорони психічного здоров'я та командира бригади, вимагаючи надавати інформацію спочатку їм. Тому до обов'язків ВСТ ВНО належить досягнення домовленостей із командирами медичної команди та батальйону щодо місця служби, взаємодії з командуванням та участі у виконанні завдань підрозділу. ВНО у бригаді мають підтримувати належну взаємодію та звертатися по допомогу до дивізійних психіатрів і хірургів бригади у разі, якщо вони відчувають труднощі.

Доступ до залучених фахівців з охорони психічного здоров'я як в умовах гарнізону, так і під час військової операції може бути проблемним. Якщо ВНО у бригаді відчуває такі труднощі, варто залучити хірурга бригади, офіцера із планування допомоги чи дивізійного психіатра.

Інша проблема зумовлена тим, що ВСТ ВНО працює з хірургом у бригаді над тим, аби надавати командиру бригади поради з питань психічного здоров'я. Проте ВНО часто є офіцером, нижчим за званням, ніж інші офіцери. Загалом, як хірург, так і ВСТ ВНО є капітанами або майорами, натомість заступники командира бригади мають вищі військові звання. З огляду на менший досвід, особливо досвід участі у військових операціях, їм важко завоювати довіру командирів та інших радників. Це вимагає від ВНО у бригаді виявлення поваги, розуміння завдань та можливостей підрозділу. Вони мають швидко адаптуватися до потреб і вимог офіцерів штабу бригади у відповідній інформації.

Крім цього, дивізійний психіатр і ВСТ ВНО зобов'язані координувати ресурси охорони психічного здоров'я на певній території. У гарнізоні дивізійний психіатр має координувати ресурси та обмін інформацією з Медичним управлінням, медичним центром та місцевими цивільними лікарнями. Це може бути інколи проблематичним, адже чимало працівників лікарні можуть не розуміти сповна усіх обов'язків ВНО у бригаді. Цілком можливо, що вони звернуться до дивізійного психіатра, ВСТ ВНО чи залучених фахівців з охорони психічного здоров'я із проханням попрацювати у місцевому закладі та взяти на себе частину відповідальності. Не існує жодних рекомендацій щодо цього. Тому реагування на такі прохання залежать від місцевого військового хірурга.

Під час військової операції також виникає потреба координації. Можливо, бригада буде дислокована на великій території невеликими оперативними загонами, що утруднить доступ бригади до ресурсів охорони психічного здоров'я й задоволення відповідних потреб. Тому може виникати проблема в координації ресурсів охорони психічного здоров'я на рівні корпусу, оскільки це залежить від думки командирів про оптимальне розміщення таких ресурсів. У таких ситуаціях життєво важливо мати консультанта з охорони психічного здоров'я в зоні бойових дій.

Ще одна особливість полягає в тому, що кілька дивізій можуть перебувати в різних гарнізонах. У таких ситуаціях важко проводити оцінку мікроклімату в підрозділі та налагоджувати комунікацію між ВНО у бригаді й дивізійним психіатром. Це може зумовлювати появу певних прогалин в інформуванні відділу охорони психічного здоров'я та формувати у ВСТ ВНО відчуття браку підтримки з боку такого відділу. Таке відчуття може посилюватися під час розгортання військової операції, адже комунікація в умовах бойових дій може бути неналежною, а бригади можуть мати інших командирів дивізії, аніж вони мали в гарнізоні. Тому надзвичайно важливо, щоби дивізійний психіатр та ВНО у бригаді підтримували відкрите спілкування для розуміння тенденцій і діяльності в підрозділах. Це забезпечує безперервність поточних ініціатив підрозділу.

Іншим викликом в умовах військових дій є виконання неочікуваних ролей, як-от консультанта з психічного здоров'я в операціях із затримання полонених. У більшості випадків такі операції припускають визначені процедури, які стосуються психічного здоров'я. Проте важливо, аби до цього залучався дивізійний психіатр, виконувалися поточні вимоги, військові накази та рекомендації Міністерства оборони. До таких документів належать: наказ 190-8 «Ворожі військовополонені, затриманий персонал, інтерновані цивільні та інші затримані особи», додаток F до Звіту II «Консультативна група з психічного здоров'я» [36, 37]. Ці документи, разом із чинними рекомендаціями головного хірурга Армії США, мають допомогти дивізійному психіатру забезпечити етичне надання психіатричної допомоги затриманим.

До стресорів в умовах гарнізону можна також зарахувати фінансування та персонал. Клініка відділу охорони психічного здоров'я може перебувати у «власності» дивізії, в якій мало уваги приділяється робочому навантаженню та компенсаціям. Або (як у випадку з Форт Драм, штат Нью-Йорк) відділ охорони психічного здоров'я входить до складу більшого управління охорони психічного здоров'я. Незалежно від конкретних домовленостей, виразні межі й робочі угоди варто встановлювати між різними організаціями для вирішення бюджетних і логістичних питань, а також питань технічного обслуговування, оперативної діяльності й кадрів.

До уваги також слід взяти низку інших аспектів, пов'язаних із кадрами. Насамперед, у гарнізоні ресурси дивізії можуть бути обмежені, тоді як під час військових операцій бригади мають у своєму

складі ВСТ ВНО. Такі підрозділи, як бригади забезпечення та бригади бойової авіації, потребують і дивізійних, і недивізійних ресурсів. Окрім цього, у бригадах нерідко трапляється неповний набір персоналу в гарнізоні. Це може зумовити те, що в клініці відділу охорони психічного здоров'я ВНО у бригаді надає медичну допомогу солдатам з інших бригад або з'являється в бригаді напередодні її відправки за кордон. Під час військових операцій у дивізії з'являються нові бригади і додаткові фахівці, які працювали в інших відділах із охорони психічного здоров'я. Тому до обов'язків дивізійного психіатра належить забезпечення того, що всі надавачі відповідних послуг із охорони психічного здоров'я мають належну підготовку, дотримуються однакових правил і стандартів надання допомоги.

Нарешті, всі ВНО у бригадах, навіть у тих, які не розташовані в дивізії, мають розраховувати на проведення контролю, зворотного зв'язку та інформації з боку дивізійного психіатра. Проте за певних умов ВСТ ВНО можуть потребувати контролю з боку місцевого управління охорони здоров'я, наприклад, коли штаб дивізії вже розгорнуто у місці проведення операції, а бригада ще залишається в гарнізоні.

МАЙБУТНІЙ РОЗВИТОК

У відділів охорони психічного здоров'я виникло чимало проблем, коли посилилась увага громадськості до питань психічного здоров'я під час військових операцій та впровадження в Армії США більш модульних підходів. На відділ були покладені обов'язки, що передбачають наявність клінічно компетентних фахівців, які з легкістю можуть виконувати різні завдання та приймати рішення. З нещодавніми змінами в Армії США та зростанням обсягу діяльності з охорони психічного здоров'я на рівні дивізії стало критично важливим, щоб на відповідних посадах перебували здібні, гарно підготовлені психіатри, психологи та соціальні працівники. З огляду на це варто обговорити кілька питань.

Протягом останніх двох десятиліть в Армії США змінився підхід: акцент змістився з використання внутрішніх ресурсів бойових підрозділів на використання територіальних допоміжних ресурсів (військових допоміжних госпіталів і підрозділів із контролю бойового стресу), які надають допомогу за територіальним принципом, а не за належністю до певного підрозділу [3]. Більше того, підрозділи з контролю бойового стресу мають більші та різноманітніші команди, до складу яких входить кілька психіатрів, психологів, соціальних працівників, фахівців із психічного здоров'я, а також трудотерапевтів та психіатричних медсестер [11]. Ці підрозділи часто розосереджені на значній території, здійснюють профілактичні заходи та заходи із відновлення і часто мають центри з відновлення, де може надаватися медична допомога тривалістю до двох тижнів [11].

Чимало із цих підрозділів потрапляють на дійсну службу з Резерву Армії та інших видів військ. Обмаль із них, якщо взагалі таке було, мали попередні контакти з підрозділами в гарнізоні, і тому до початку військової операції не мали консультативних стосунків із командирами. Тому у них не встановлено тієї довіри, яка потрібна для ефективного навчання та консультування командирів. Така довіра встановлюється через попередню демонстрацію командирові того, що консультант присутній та здатен застосовувати клінічні навички й послуги, а «не проводить розслідування чи висуває звинувачення підрозділу в його проблемах» [34].

Крім того, наказ Міністерства оборони США № 6490.5 визначає, що кожен підрозділ повинен мати професійну підготовку, навчальні програми і рекомендації з контролю бойового стресу з акцентом на первинну, вторинну і третинну профілактику в гарнізонах [38]. Відділи контролю бойового стресу, зазвичай, не спроможні проводити навчання в гарнізоні. А багато медичних закладів нині не здатні забезпечити первинну і вторинну профілактику та навчання через поточні вимоги до лікування солдатів і членів їхніх сімей. Тому ця роль видається ідеальною для команди з охорони психічного здоров'я у дивізії, вона дає змогу побудувати міцні стосунки між підрозділами та відчуття єдності команд із охорони психічного здоров'я з їхніми підрозділами.

ВИСНОВКИ

Зараз, як ніколи раніше, важливою є роль відділу охорони психічного здоров'я. За нової модульної структури бригад ресурси з охорони психічного здоров'я переміщено на нижчий рівень і ближче до передової. Це дає змогу розвивати довготривалі консультативні та лікувальні взаємини на рівні батальйонів і рот. Подібна структура допомагатиме зміцнювати психологічну стійкість до відправлення за кордон і після повернення, акцентувати на навчанні надавачів послуг. Підтримання робочої взаємодії між дивізійними ресурсами охорони психічного здоров'я та підрозділами з контролю бойового стресу в прийнятті рішень щодо конкретних пацієнтів і спільної політики дає змогу послідовно навчати та проводити просвітництво, консультувати і лікувати в період поза військовими операціями, тоді як під час операцій з'являються додаткові ресурси з охорони психічного здоров'я. Схожий досвід є в Морській піхоті США, де розроблено власну Програму контролю бойового стресу та боєготовності (OSCAR — Operational Stress Control and Readiness). Ця програма, схожа на програму Армії США, посилює ресурси охорони психічного здоров'я в підрозділах. Відповідно до неї в дивізії має бути два психіатри, один із яких відповідає за консультативну й адміністративну роботу, тимчасом як інший очолює міждисциплінарну лікувальну команду.

Виконання обов'язків посади дивізійного психіатра та ВНО у бригаді є досить проблематичним, особливо з огляду на потребу балансування між ними. Морська піхота є єдиним родом військ США, який вбудовує в свою структуру ресурси з охорони психічного здоров'я своїх солдатів і визнає ці проблеми. Через складність ролей (штабний працівник, консультант, командир, вчитель, клініцист) призначення на ці посади має в майбутньому відбуватися з урахуванням знань, навичок і досвіду. Бажано, щоб ці посадові особи мали старше офіцерське звання та служили принаймні один термін після інтернатури задля отримання практичного досвіду в психіатрії, а також закінчили професійний курс Медичного управління Армії (AMEDD). Крім того, як зазначено в 5-й доповіді про команди з оцінки психічного здоров'я, слід розглянути питання розширення ресурсів психічного здоров'я в підрозділах, зокрема збільшити кількість залучених фахівців із охорони психічного здоров'я в кожному батальйоні і спеціально підготовлених психологів у кожній бригаді бойової авіації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Glass AJ. Lessons learned. In: Anderson RS, Glass AJ, Bernucci RJ, eds. *Neuropsychiatry in World War II. Vol I. Zone of the Interior*. Washington, DC: Government Printing Office; 1966: 735–759.
2. Bailey P, Williams FE, Komora PA, Salmon TW, Fenton N. *Neuropsychiatry.* In: *The Medical Department of the United States Army in the World War.* Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General; 1929: 303–310.
3. Rock NL, Stokes JW, Koshes RJ, Fagan J, Cline WR, Jones FD. US Army combat psychiatry. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry.* In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 149–175.
4. US Department of the Army. *Neuropsychiatry and Mental Health.* Washington, DC: DA; June 18, 1959. Army Regulation 40-216.
5. US Department of the Army. *Combat Stress Control in a Theater of Operations: Tactics, Techniques, and Procedures.* Washington, DC: HQDA; 1998. Field Manual 8-51, Change 1.
6. US Department of the Army. *2004 Army Transformation Roadmap*. Washington, DC: DA; July 2004.

7. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Eng J Med.* 2004;351:13–22.

8. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA.* 2006;295:1023–1032.

9. Southwick SM, Morgan CA 3rd, Darnell A, et al. Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 1995;152:1150–1155.

10. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1777–1783.

11. Appenzeller, GN, Warner CH, Grieger T. Postdeployment health reassessment: a sustainable method for brigade combat teams. *Mil Med*. 2007;172:1017–1023.

12. Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control.* Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.51.

13. Jones E, Palmer IP. Army psychiatry in the Korean War: the experience of 1 Commonwealth Division. *Mil Med.* 2000;165:256–260.

14. Engel CC, Campbell SJ. Revitalizing division mental health in garrison: a post-Desert Storm perspective. *Mil Med.* 1993;158:533–537.

15. Ritchie C, White R. Becoming a successful division psychiatrist: guidelines for preparation and duties of the assignment. *Mil Med.* 1993;158:644–648.

16. Hill JV, Lange C, Bacon B. Becoming a successful division psychiatrist: the sequel. *Mil Med.* 2007;172:364–369.

17. Leamon MH, Sutton LK, Lee RE. Graduate medical educators and infantry commanders: working together to train Army psychiatry residents. *Mil Med.* 1990;155:430–432.

18. Deeken MG, Newhouse PA, Belenky GL, Eshelman SD, Parker MT, Jones FD. Division psychiatrists in peacetime. *Mil Med.* 1985;150:455–457.

19. Noy S. Division-based psychiatry in intensive war situations: suggestions for improvement. *J R Army Med Corps.* 1982;128:105–116.

20. Warner CH, Appenzeller GN, Barry MJ, Morton A, Grieger T. The evolving role of the division psychiatrist. *Mil Med.* 2007;172:918–924.

21. Glass AJ. Psychiatry at the division level. In: Anderson RS, ed. *Combat Psychiatry: Experiences in the North African and Mediterranean Theaters of Operation, American Ground Forces, World War II*. Washington, DC: Government Printing Office;1949: 45–73.

22. Warner CH, Breitbach JB, Appenzeller GN, Yates V, Grieger T, Webster WG. Division mental health in the new brigade combat team structure. Part I. Predeployment and deployment. *Mil Med*. 2007;172:907–911.

23. Warner CH, Breitbach JB, Appenzeller GN, Yates V, Grieger T, Webster WG. Division mental health in the new brigade combat team structure. Part II. Redeployment and postdeployment. *Mil Med*. 2007;172:912–917.

24. McCarroll JE, Jaccard JJ, Radke AQ. Psychiatric consultation to command. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing for Peace for War*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbook of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1994: 151–170.

25. Kirkland FR, Jackson MA. Psychiatric support for commanders. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing for Peace for War*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbook of Military*

Medicine. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1994: 171–192.

26. Koshes RJ, Plewes JM, McCaughey BG, Stokes J. Educating mental health workers. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing for Peace for War*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbook ofMilitary Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1994: 193–213.

27. Lande RG. A model combat psychiatry training program for division personnel. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing for Peace for War*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbook of MilitaryMedicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1994: 215–226.

28. Major General WG Webster. Commander, Task Force Baghdad. Personal communication, September 17, 2005.

29. Government Accountability Office. *Post Traumatic Stress Disorder: DoD Needs to Identify the Factors Its Providers Use to Make Mental Health Evaluation Referrals for Servicemembers.* Washington, DC: GAO; May 2006: 1–34. Report No. GAO-06-397.

30. Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq War. *JAMA*. 2007;298:2141–2148.

31. Jacobs J, Horne-Moyer HL, Jones R. The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health.* 2004;6:5–14.

32. Chedekel L, Kauffman M. Mentally Unfit, Forced to Fight. *Hartford Courant*. 2006, May 14, 2006. Available at: www.courant.com/news/nationworld/hc-unfit0515.artmay14,0,7374793.story. Accessed April 24, 2009.

33. Thompson M. America's medicated army. *Time*. June 5, 2008. Available at: www.time.com/time/nation/article/0,8599,1811858,00.html. Accessed April 24, 2009.

34. Department of Defense. *Requirements for Mental Health Evaluations of Members of the Armed Forces.* Washington, DC: DoD; August 28, 1998. DoD Instruction 6490.4.

35. Department of Defense. *Mental Health Evaluations of Members of the Armed Forces.* Washington, DC: DoD; October 1, 1997. DoD Directive 6490.1.

36. US Department of the Army. *Enemy Prisoners of War, Retained Personnel, Civilian Internees, and Other Detainees.* Washington, DC: DA; October 1, 1997. Army Regulation 190-8.

37. Mental Health Advisory Team (MHAT-II). *Operation Iraqi Freedom (OIF-II). Annex F: Internment Detainee Facility Assessment of Mental Health Advisory Team (MHAT) II. Report.* The US Army Surgeon General. January 30, 2005. Availableat: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat.html. Accessed September 4, 2008.

38. Department of Defense. *Combat Stress Control (CSC) Programs.* Washington, DC: Department of Defense; February 23,1999. DoD Directive 6490.5.

Розділ 7

МОДЕЛЬ ПРОСТОРУ БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ КОРПУСУ МОРСЬКОЇ ПІХОТИ ТА ВІЙСЬКОВО-МОРСЬКИХ СИЛ США: ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ КЕРІВНИКІВ

Вільям П. Неш[1]

ВСТУП

ПРОСТІР БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ

Основна інформація та розробка

Готовність: зелена зона

Реагування: жовта зона

Травма: жовтогаряча зона

Захворювання: червона зона

П'ЯТЬ ОСНОВНИХ ФУНКЦІЙ КЕРІВНИКА ЩОДО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Підтримка військовослужбовців

Послаблення дії стресових чинників

Виявлення стресових реакцій, травм і захворювань

Лікування стресових травм і захворювань

Реінтеграція військовослужбовців, які постраждали від стресу

ВИСНОВКИ

[1] Доктор медицини, капітан у відставці, ВМС США (у відставці); клінічний доцент, відділ психіатрії Університету Каліфорнії у м. Сан-Дієго; у минулому — старший консультант Військового центру передових знань з психологічного здоров'я і травматичних уражень мозку, Rosslyn, Virginia 22209.

ВСТУП

В американській військовій системі загальну відповідальність за охорону здоров'я військовослужбовців у регулярних військах несе командир бойового підрозділу [1]. Лише командири, які перебувають на передовій, у змозі збалансувати зростаючі тактичні вимоги, через які вони неминуче опиняються в небезпечній ситуації, адже мають виконувати стратегічний обов'язок охорони здоров'я військовослужбовців. Лише безпосередні командири можуть вести повний спектр діяльності з охорони здоров'я військовослужбовців, потрібної для «прискорення, охорони, покращення, збереження та відновлення психічного й фізичного здоров'я військовослужбовців у різноманітних військових ситуаціях та операціях» [1, с. 10]. Лише перевірені керівники і наставники здатні усунути стигмати, пов'язані з визнанням наявності психічних проблем, а також забезпечити готовність військовослужбовців отримувати допомогу для вирішення психологічних проблем. Навіть у гарнізоні безпосередні командири не можуть передавати свої обов'язки з охорони здоров'я військовослужбовців допоміжному персоналу медичних чи релігійних установ, хоча така підтримка є ключовою для виконання місії охорони здоров'я. Двоєдині завдання з охорони здоров'я військовослужбовців — це збереження сил і довготривале фізичне й психічне здоров'я і добробут військовослужбовців і їхніх родин. Воєначальники та їхні радники із закладів охорони здоров'я і релігійних організацій намагалися вирішити питання охорони психологічного здоров'я (ПЗ), включаючи контроль бойового та оперативного стресу (COSC — Combat and operational stress control), який дещо відрізняється від охорони фізичного здоров'я внаслідок застосування «демедикалізованої» моделі реакцій бойового стресу, що панувала з часів Першої світової війни [2–4]. Відповідно до цієї моделі, реакції бойового та оперативного стресу розглядалися не як травма чи хвороба, а лише як тимчасові та оборотні реакції на стрес, над якими, як вважалося, людина зберігає значний контроль. Принципи перспективного управління стресовими реакціями, засновані на цій моделі та представлені абревіатурами PIES (proximity, immediacy, expectancy, simplicity — наближеність, негайність, очікування, простота) і BICEPS (терміни, вказані вище, а також нетривалість і контакт чи централізованість), рекомендують, щоб військовослужбовцям, у яких виникли реакції бойового та оперативного стресу, не дозволялося сприймати себе як хворих, недужих або травмованих (також див. розділ 4 «Контроль бойового стресу») [5]. Раннє виявлення та лікування серйозних симптомів психічного захворювання допомагає «нормалізувати» стресові реакції та використовувати силу переконання («очікування») для пришвидшення повернення до повного професійного функціонування. Підхід, що слід застосовувати до військовослужбовців, які зазнали бойового стресу в зоні воєнних дій, за цією демедикалізованою моделлю, стисло описав полковник у відставці Франклін Джонс (Franklin D. Jones), колишній консультант із психіатрії та неврології, для начальника медичної служби Армії США у книзі «Військова психіатрія», 1995 р.: «Ти ані хворий, ані боягуз. Ти просто втомився, і тобі стане краще, коли відпочинеш» [5, с. 9]. Однак, на думку цього автора, нові наукові знання переконливо аргументують потребу в розробці моделі, заснованої на охороні ПЗ і COSC, за тими ж принципами превентивної медицини, що лежать в основі охорони фізичного здоров'я. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), наприклад, сьогодні відомий як відносно

розповсюджене, потенційно інвалідизуюче захворювання, якому, імовірно, можна запобігти, з суттєвими біологічними, психологічними і соціально-духовними компонентами [6]. Ризик ПТСР підвищується прямопропорційно інтенсивності участі в бойових діях [7], а симптоми ПТСР та інші обумовлені стресом психічні розлади чітко спостерігаються в персоналу під час оперативних завдань [8]. Крім того, частковий збіг між ПТСР і незначним травматичним ураженням мозку як з огляду на симптоми, так і на основні патології мозку, свідчать про потребу в застосуванні подібних підходів до виявлення та лікування цих двох окремих, проте взаємопов'язаних проблем зі здоров'ям [9]. До того ж, заходи з охорони ПЗ, засновані на попередніх демедикалізованих моделях, не змогли запобігти розвитку серйозного ПТСР опісля розгортання воєнних дій серед ветеранів війни у В'єтнамі [10–14] та Іраку [7, 15, 16].

Упродовж останніх років командири бойових підрозділів Корпусу морської піхоти та ВМС США співпрацювали з фахівцями з психічного здоров'я та релігійними установами для розробки нових інструментів охорони ПЗ серед оперативних сил. Засновані на наукових принципах превентивної медицини та основах лідерства, ці інструменти розроблені для забезпечення потреб командирів і підлеглих керівників на всіх рівнях. Найважливіший із них — це доктринальна модель простору бойового та оперативного стресу (також відома як модель простору стресової травми, описана в розділі 8 «Мобільні засоби контролю бойового та оперативного стресу у Військово-морських силах США»).

ПРОСТІР БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ

Основна інформація та розробка

У звіті генерального інспектора Міністерства оборони (МО) від лютого 1996 року про регулювання бойового стресу серед військовослужбовців було визначено комплексний COSC, що складається з трьох ключових видів діяльності. Це: 1) попередження, 2) ідентифікація та 3) лікування, які слід проводити до, під час і після розгортання [17].

Через три роки МО розпорядилося про те, щоб всі військові частини застосовували програми COSC, що містять ці ключові види діяльності [18]. Однак розпорядження про попередження, виявлення та лікування ПЗ за нормалізованою демедикалізованою моделлю мало два недоліки:

1. Якщо всі реакції на стрес в оперативному середовищі є дійсно «нормальними», тоді що ж треба попереджати й лікувати? Зрештою, нормальні стани не потрібно ані попереджати, ані лікувати.
2. Якщо всі реакції на стрес є нормальними, натомість як ПТСР та інші опосередковані стресом психічні розлади є очевидно ненормальними, де можна провести межу між такими станами? Де закінчується нормальний стан і розпочинається патологія?

Щоб усунути ці недоліки, у 2014 році в Корпусі Морської піхоти розробили перехідну концепцію «стресової травми» [19]. Одночасно з цим і за подібних причин у Збройних силах Канади підполковник Стефан Грінер, ветеран місії Організації об'єднаних націй у Руанді 1994 року, винайшов термін «оперативна стресова травма» [20]. Обґрунтованість ідеї про те, що гнітючий або стійкий стрес може призвести до уражень мозку, свідомості та душевного стану, підтверджується двома лініями аргументів. По-перше, єдиною альтернативою підтвердження того, що людина може отримати ураження внаслідок стресу, є той факт, що людський мозок, свідомість і душевний стан невразливі та незламні попри сили, що діють на них. А це не може бути правдою, оскільки свідомість і мозок є матеріальними живими системами, схильними до уражень, старіння та смерті.

Другий аргумент ґрунтується на твердженні, що деякі (хоча і не всі) реакції на стрес або наслідки в оперативному середовищі повністю відповідають визначенням «ураження» чи «поранення», яке широко використовується в медичній і немедичній практиці [21]. Загалом ураження можна визначити як явище, що відбувається з людиною всупереч її волі:

- передбачає втрату цілісності особистості;
- спричиняє, принаймні тимчасову, втрату працездатності;
- викликає очікувані реакції самозахисту і загоєння;
- не може бути ліквідоване, хоча, як правило, минає з часом.

Елемент вольового акту в цьому визначенні, при застосуванні його до наслідків стресу, важко довести; тривалий час вважалося, що всі реакції на стрес людина обирає сама, хоча б на рівні підсвідомості. Однак загальний досвід свідчить, що травматичний стрес унаслідок відчуття терору, страху чи безпомічності скоріше є контролюючим, аніж підконтрольним. Насправді ж може бути так, що втрата вольових здатностей у разі події, що травмує, частково визначає її як травматичну. До того ж, симптоми найбільшої недієздатності не вилікуваного травматичного стресу, наприклад, панічні атаки, flashback-феномени (раптове і неконтрольоване відтворення у свідомості яскравих зорових або слухових образів, які переживаються як óбрази спогадів) і спалахи люті, є настільки інвалідизуючими, що їх не можна передбачити або попередити, спираючись на свідомий вибір.

Другий елемент у списку — втрата цілісності особистості — безсумнівно, не є зовнішньо очевидним настільки ж, що й, наприклад, втрата цілісності шкіри або кісток у разі фізичного ураження. Проте переважна кількість даних із доклінічних досліджень свідчить, що гострий чи хронічний стрес може спричинити втрату нормальної цілісності нейробіологічних систем, потрібних для ефективної боротьби зі стресом, зокрема відповідальних за регулювання збудження та емоційної інтенсивності [6]. Цілісність необхідних та глибоких переконань і цінностей, звісно ж, порушується внаслідок травми чи втрати [6]. Втрата працездатності внаслідок стресової травми (третього елемента з переліку), імовірно, є найбільш очевидним і помітним наслідком. Щоправда, у певних випадках це помітно лише особам, які також зазнали стресу, або їхнім близьким. Про нормальну реакцію самозахисту та загоєння (четвертий елемент із переліку) доступно небагато даних. Однак ПТСР і гострий стресовий розлад, що включені до діагностичних критеріїв «Діагностичного та статистичного довідника психічних розладів», 4-те видання, характеризуються умисним уникненням спогадів про травми та спробами зменшити збудження шляхом ізоляції [22].

Зрештою, припущення про те, що стресові ураження не можна ліквідувати, що хоча це й не доведено емпірично, переконливо підтверджується характерною і тривалою уразливістю (або її зростанням у багатьох випадках), продемонстрованою в осіб опісля гострого травматичного стресу або опосередкованих стресом депресивних чи тривожних розладів [19]. Очевидно, що травматичних спогадів неможливо так просто позбутися, а втрачених близьких товаришів не повернути.

Концепція стресових уражень як сполучна конструкція між оборотними стресовими реакціями з одного боку спектру стресової реакції та стресовим захворюванням з іншого отримала часткове визнання у військово-морських службах США. Аналогічно фізичним травмам, стресові травми розглядаються як такі, що менше залежать від вибору індивіда, аніж у демедикалізованій моделі, згідно з якою інвалідизація та стійкі стресові реакції виникали внаслідок попередньо наявної в індивіда слабкості [3]. Однак у 2007 році командувачі (у званні генералів) трьох Морських експедиційних сил висловили певні занепокоєння. Вони переймалися тим, що доктрина, заснована на концепції стресової травми, може бути проблематичною, якщо не приділяти достатньо уваги стимулюванню здатності до відновлення фізичних і душевних сил до того, як стресові реакції зможуть прогресувати в травми, або до того, як травми можуть стати захворюванням. Як наслідок, у вересні 2007 року три Морські експедиційні сили скликали робочу групу, до складу якої входили безпосередні командири, старші уповноважені керівники, військові священики, медичні працівники та фахівці з психічного здоров'я, а також вище керівництво штаб-квартири Корпусу морської піхоти (МП) США. Результатом дискусії стала розробка моделі простору бойового та оперативного стресу (рис. 7.1), яка від того часу є основою для всіх доктрин ПЗ і COSC, підготовки та ранніх втручань як у МП, так і у ВМС [23].

Модель простору — це парадигма, що визначає весь спектр стресових реакцій і наслідків: від психологічної адаптації та повної готовності (позна-

ГОТОВНІСТЬ (зелена зона)	РЕАГУВАННЯ (жовта зона)	ТРАВМА (оранжева зона)	ЗАХВОРЮВАННЯ (червона зона)
ВИЗНАЧЕННЯ • Психологічна адаптація • Ефективне функціонування • Добробут ХАРАКТЕРИСТИКИ • Все під контролем • Спокій та стабільність • Виконання поставлених завдань • Гра • Почуття гумору • Достатній сон • Поведінка відповідно до етичних та моральних принципів	ВИЗНАЧЕННЯ • Незначний та транзиторний дистрес або втрата функції ХАРАКТЕРИСТИКИ • Тривожність • Дратівливість, злість • Занепокоєність • Недобросовісне виконання завдань • Недостатній сон • Недостатня розумова концентрація • Соціальна ізоляція • Крикливість та гіперактивність	ВИЗНАЧЕННЯ • Більш тяжкий та стійкий дистрес або втрата функції ТИПИ • Травма • Втома • Сум • Моральна травма ХАРАКТЕРИСТИКИ • Втрата контролю • Проблеми зі сном • Паніка або лють • Апатія • Сором чи відчуття провини	ВИЗНАЧЕННЯ • Клінічні психічні розлади • Непов'язані стресові травми ТИПИ • ПТСР • Депресія • Тривога • Зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами ХАРАКТЕРИСТИКИ • Симптоми тривають > 60 днів після повернення з зони воєнних дій

Рис. 7.1. Модель простору бойового та оперативного стресу із зонами стресу, позначеними чотирма кольорами

ПТСР: посттравматичний стресовий розлад

чені зеленим кольором як зона «готовності») до незначного оборотного дистресу чи втрати функції (жовта зона «реагування»), більш серйозного стійкого дистресу чи втрати функції (жовтогаряча зона «травма») та клінічних психічних порушень унаслідок стресу й недолікованих стресових травм (червона зона «захворювання»).

Готовність: зелена зона

Зелена зона «готовності» може бути визначена як узагальнена психологічна адаптація, ефективне функціонування в усіх сферах та особистий добробут. Зелена зона відображає не відсутність стресу, а скоріше ефективне його подолання без значного дистресу чи ураження. Одним важливим завданням усіх процесів відбору, тренування та керівництва серед військовослужбовців є стимулювання зеленої зони «готовності» або повернення окремих осіб і військових частин до зеленої зони після того, як вони зазнали дистресу чи втрати функції внаслідок стресу. Здатність залишатися в зеленій зоні в умовах стресу та швидко повертатися до неї після стресового ураження чи травмування — це два ключові аспекти здатності швидко відновлювати фізичні та душевні сили. Вважається, що як окремі військовослужбовці, так і члени їхніх сімей, а також військові підрозділи або родини перебувають у зеленій зоні.

Далі наведені деякі з властивостей і поведінкових характеристик зеленої зони «готовності»:

- спокійний і врівноважений стан;
- упевненість у собі та в інших;
- виконання поставлених завдань;

- збереження фізичного, психологічного й емоційного контролю;
- дотримання етичних і моральних принципів;
- збереження почуття гумору;
- достатній сон;
- достатнє харчування;
- виконання фізичних вправ і робота над собою;
- задоволення від повсякденної діяльності;
- активна соціальна та духовна позиція.

Реагування: жовта зона

Жовта зона «реагування» може бути визначена як загальний незначний і тимчасовий дистрес або втрата функції внаслідок стресу. За визначенням, реагування в жовтій зоні завжди тимчасове та оборотне, хоча коли виникає стресова ситуація, важко сказати, чи буде реакція тимчасовою та чи не залишить вона тривалих наслідків. Реакції жовтої зони можна визначати за характером їхнього перебігу, відносною несерйозністю стану та широким розповсюдженням. Хоча дослідження з розповсюдження субклінічного дистресу чи втрати функції в оперативних умовах ще не проводилися, імовірно, що такі стресові реакції жовтої зони можуть бути вкрай поширеними, а то й всеосяжними.

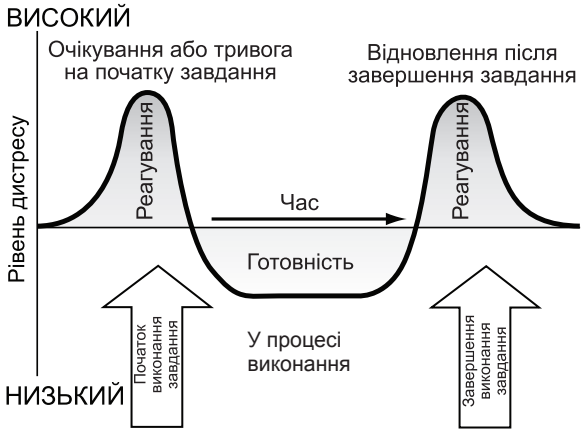


Рис. 7.2. Динаміка усвідомлення й адаптації до нового завдання

На рис. 7.2 відображена динаміка адаптації в зеленій зоні та реакції жовтої зони перед новими труднощами, такими як розгортання бойових дій чи бойове завдання [19]. Цей рисунок свідчить, що час найбільшого ризику для стресових реакцій жовтої зони — безпосередньо перед або під час виконання нового завдання, а також у самому кінці чи безпосередньо після завершення виконання завдання.

Для жовтої зони «реагування» характерні, зокрема, такі відчуття, лінії поведінки та симптоми:

- відчуття тривоги;
- занепокоєність;
- недобросовісне виконання завдань;
- гарячковість чи грубість;
- дратівливість чи незадоволеність;
- проблеми зі сном;
- переїдання чи недоїдання;
- апатія чи втрата життєвої енергії або ентузіазму;
- неможливість насолоджуватися повсякденним життям;
- закритість;
- крикливість або гіперактивність;
- негативний настрій або песимістичність;
- знижена можливість психологічної концентрації.

Травма: жовтогаряча зона

Жовтогаряча зона «травми» може бути визначена загалом як більш тяжкі та стійкі форми дистресу або втрати функції, що з часом зникають, іноді не повністю. Реакції, зокрема, жовтої зони, за визначенням, можна порівняти з гілками, що згинаються під дією вітру, проте завжди повертаються у початкове положення після того, як вітер вщухає. Натомість травми жовтогарячої зони можна порівняти в чомусь зі зламаною гілкою, яка не витримала напору вітру. Хоча стресові травми не можна повністю ліквідувати, як і фізичні ураження, зазвичай вони загоюються з часом. Однак, як і при фізичних ураженнях, загоєні стресові травми можуть залишити «рубець» — психологічний чи фізичний слід, уразливість або слабкість, що з часом можуть ставати менш відчутними, однак, скоріш за все, так ніколи й не зникнуть. Як

і з реакціями жовтої зони, триваліший характер стресових травм у жовтогарячій зоні не піддається швидкому лікуванню на ранніх стадіях. Проте стресові травми можуть бути виявлені на ранніх стадіях як за ступенем тяжкості, так і за характером стійкості симптомів, що вони провокують, та інтенсивністю стресових чинників, які їх спричиняють. Оскільки стресові травми не є клінічними психологічними розладами, вони не потребують клінічного втручання фахівця з психічного здоров'я для їх лікування. Але командири бойової частини та керівники невеликих підрозділів часто звертаються до військових священиків і штатного медичного персоналу, щоб ті виявили стресові травми жовтої зони та надали допомогу військовослужбовцям у лікуванні.

Бойові та оперативні стресові травми характеризуються чотирма можливими механізмами чи причинами [19]:

1. **Небезпека для життя**: пережита ситуація небезпеки для життя, що викликає жах, страх чи безпомічність.
2. **Перевтома**: накопичення стресу з усіх причин, зокрема й небойових джерел, без надання достатнього часу для сну, відпочинку й відновлення.
3. **Втрата:** розлука з близькими людьми, об'єктами чи елементами власної особистості.
4. **Внутрішній конфлікт:** здійснення актів (або присутність чи бездіяльність при здійсненні таких актів), що порушують або глибоко суперечать твердим моральним цінностям і переконанням.

Хоча стресові травми можуть бути спричинені одним або кількома з цих чотирьох механізмів, відчуття, лінії поведінки та симптоми, що характеризують їх, подібні з огляду на механізм. До них належать такі:

- втрата контролю над власним тілом, емоціями або думками;
- неможливість заснути чи постійні прокидання;
- постійні реалістичні нічні кошмари;
- стійке, інтенсивне відчуття провини або сорому;
- надмірне відчуття розкаяння;
- напади паніки або сліпої люті;
- втрата пам'яті чи здатності раціонально мислити;
- нездатність насолоджуватися повсякденними приємними справами;
- втрата обґрунтування колишніх твердих моральних цінностей;
- демонстрація суттєвих і стійких змін лінії поведінки чи зовнішності;
- виношування серйозних думок про суїцид чи вбивство.

Захворювання: червона зона

Червона зона «захворювання» містить усі психологічні розлади внаслідок дії на особистість бойових чи інших службових стресових чинників. Оскільки захворювання червоної зони є клінічними психічними порушеннями, їх можуть діагностувати лише фахівці. Однак командири, інші керівники, колеги та члени родини можуть і мають бути уважними до характерних симптомів стресових захворювань. Найпоширеніше стресове захворювання — це ПТСР. Однак стресові захворювання можуть набувати різних форм і часто виникають в однієї й тієї ж особи одночасно або в різний час. До поширених захворювань червоної зони належать:

- ПТСР;
- депресивні розлади, особливо сильна депресія;
- тривожні розлади, включаючи генералізовану тривогу та панічний розлад;
- зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами або залежність.

Хоча взаємозв'язок між травмами жовтогарячої зони та захворюваннями червоної зони ще недостатньо досліджений, наявність стресового захворювання дуже імовірна, якщо симптоми стресової травми або не покращуються, або погіршуються навіть опісля ліквідації джерел стресу. Специфічними індикаторами можливого стресового захворювання (і потреби оцінювання психічного здоров'я) є:

- симптоми стресової травми або стереотипи поведінки, що суттєво не покращують-

ся упродовж 60 днів опісля повернення з зони бойових дій;
- симптоми стресової травми, що погіршуються з часом замість того, щоб покращуватися;
- симптоми стресової травми, що рецидивують опісля покращення або зникнення;
- значний і стійкий дистрес або втрата функції, що виникає після ліквідації джерела стресу.

Шістдесятиденний поріг тривалості, запропонований вище для діагностування стресового захворювання, взятий дещо довільно. Однак вважається, що він відображає оптимальний компроміс між конкуруючими пріоритетами для швидкої ідентифікації проблем, які важко вирішити без клінічної допомоги, та сумнівами при постановці клінічного діагнозу проблем стресу, що можуть зникнути самі собою. Знову ж таки, воєначальники мають непокоїтися не про те, чи страждають окремі військовослужбовці від психічних розладів, що піддаються діагностуванню, а лише про те, чи звертаються вони до фахівця з психічного здоров'я для оцінки придатності такої особи для виконання завдань чи вимог до лікування.

П'ЯТЬ ОСНОВНИХ ФУНКЦІЙ КЕРІВНИКА ЩОДО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Модель простору бойового та оперативного стресу є масштабною і охоплює всі допустимі реакції та наслідки стресу як для військовослужбовців, так і членів їхніх родин. Очевидно, жодна група індивідуумів не здатна управляти цілим простором стресу відповідно до визначення. У лівому кутку простору — зелена та жовта зони: діяльність безпосереднього керівника є домінуючою для забезпечення швидкого відновлення фізичних і душевних сил. При цьому основного значення набуває запобігання. У правому кутку простору — жовтогаряча та червона зони: допомогу можуть надати лише медичні працівники та психологи. Військові священики працюють у бойових частинах і підрозділах як з метою стимулювання відновлення фізичних і душевних сил у зеленій зоні, так і для виявлення й контролю реакцій жовтої, жовтогарячої та червоної зон, травм і захворювань. Їхня робота передбачає і прийняття доцільних рішень про подальше направлення, навіть незважаючи на те, що військові священики, як правило, не можуть надавати спеціалізованого лікування стресових травм чи захворювань.

Окремі військовослужбовці та члени їхніх родин несуть відповідальність за підтримку свого психологічного здоров'я в межах простору стресу, включаючи побудову власної моделі відновлення фізичних і душевних сил, управління власними реакціями на стрес та виявлення і отримання допомоги при стресових травмах і захворюваннях, якщо це потрібно. Навіть попри те, що простір стресу потребує участі та професіоналізму кількох груп зацікавлених осіб, загальні заходи з охорони ПЗ залишаються основною відповідальністю воєначальників, як уже зазначалося вище. Безпосередні командири та їхні підлеглі начальники невеликих підрозділів несуть відповідальність за координування заходів із охорони ПЗ і COSC у межах простору стресу для збереження бойової сили й тривалого здоров'я і добробуту військовослужбовців та їхніх родин.

Корпус морської піхоти та ВМС США ідентифікували п'ять основних функцій керівників із охорони ПЗ у межах простору стресу: 1) підтримка, 2) ослаблення, 3) виявлення, 4) лікування та 5) реінтеграція. Ці п'ять основних керівних функцій визначені нижче як контекст, у якому застосовується модель простору стресу.

Підтримка військовослужбовців

Формування стійкості підрозділів, військовослужбовців і членів їхніх родин — це основне завдання воєначальників у межах охорони ПЗ. Індивіди приступають до виконання службових обов'язків із певним набором попередньо наявних у них сильних і слабких сторін залежно від генетики, попереднього життєвого досвіду, способу життя, сімейної підтримки та ряду інших чинників, що можуть бути досить стійкими. Однак століття досвіду в військових організаціях, а

також ряд наукових досліджень продемонстрували, що командири військових підрозділів можуть багато зробити для того, щоб підвищити стійкість військовослужбовців і членів їхніх родин. Заходи, доступні командирам для посилення їхнього особового складу, класифікують за трьома категоріями: 1) підготовка, 2) згуртованість бойового підрозділу та 3) лідерство.

Підготовка

Сувора, реалістична підготовка виховує фізичні та душевні сили й витривалість, підвищує впевненість військовослужбовців у своїй здатності як особистостей і членів підрозділів упоратися з поставленими завданнями, а також готує їх до майбутніх стресових чинників. Яким саме чином попередня підготовка підвищує стійкість, остаточно не зрозуміло, але нові дані свідчать про те, що витривалість унаслідок пережитого стресу має як фізіологічний, так і біологічний компоненти. Підготовлені військовослужбовці мають менший пульс і вищі рівні пептидів у мозку, що є ключовим для збереження спокою в умовах сильного стресу [24]. Крім того, такі військовослужбовці вирішують знайомі їм завдання з більшою впевненістю та меншою втратою психологічної концентрації, пов'язаною з тривогою або розщепленням особистості [25]. Одним із важливих завдань керівників підрозділів є проведення підготовки, що була б достатньо жорсткою та реалістичною для виховання стійкості, однак не такою жорсткою, щоб спричинити травми жовтогарячої зони під час тренування.

Згуртованість бойового підрозділу

Згуртованість бойового підрозділу, що широко визначають як взаємну довіру та підтримку в соціальній групі, розвивається шляхом спільних випробувань у групі зі стабільним складом. Двостороння комунікація як у горизонтальній площині серед колег, так і в вертикальній площині між командирами та підлеглими, є важливою для згуртованості бойового підрозділу. Ретельно злагоджена командна робота — це добре відомий результат згуртованості підрозділу. Менше відомо те, яким чином участь у згуртованому підрозділі підвищує моральну стійкість членів підрозділу під дією шкідливого впливу стресу. Однак, імовірно, це відбувається за рахунок того, що згуртованість бойового підрозділу має як біологічні, так і психологічні аспекти. Джонатан Шей (Jonathan Shay), психіатр та автор книг, неодноразово зазначав, що «людський мозок кодує соціальне визнання, підтримку та прив'язаність як фізичну безпеку» [26, с. 210]. Більшість керівників знають, як побудувати згуртовані підрозділи за наявності достатнього часу та стабільності підрозділу. Але поширеною трудністю є підтримка згуртованості бойового підрозділу за умови заміни особового складу та його переходу з підрозділу в підрозділ, зокрема і втрати в особовому складі та поповнення втрат у бою.

Звісно ж, політика ротації підрозділів, що тепер практикується серед американських військових, є більш сприятливою для згуртованості, аніж індивідуальна заміна, як це було поширено за часів війни у В'єтнамі. Однак деякі резервісти, призвані для підсилення, чи підрозділи Національної гвардії можуть не отримати переваг цього важливого компоненту психологічної стійкості.

Іншим завданням керівників підрозділу є формування взаємної довіри та взаємної підтримки серед сімей військовослужбовців: вони — не менш важлива частина підрозділу, аніж військовослужбовці регулярних військ у згуртованих підрозділах, однак часто мають набагато менші можливості розвивати соціальну згуртованість з іншими родинами.

Лідерство

Лідерство — поняття комплексне та багатостороннє. Це ключовий чинник для підтримки військовослужбовців та їхніх сімей. Військовослужбовцям надають підтримку командири, які навчають, надихають, допомагають їм сконцентруватися на виконанні завдання, вселяють довіру і надають модель етичної й моральної поведінки [27]. Ще одним важливим способом, яким керівники стимулюють витривалість військовослужбовців, є надання джерела мужності та хоробрості, до якого військовослужбовці можуть звертатися у важкі моменти [28, 29]. Вплив, що ко-

мандири мають на своїх підлеглих, є інструментом, який діє у двосторонньому напрямку. Адже керівники, які самі перебувають у жовтій, жовто-гарячій чи червоній зонах, можуть завдати шкоди підлеглим підрозділам, якщо не провести ефективне лікування стресу в самих командирів.

Послаблення дії стресових чинників

Оскільки жоден військовослужбовець, яким би сильним і добре підготовленим він не був, не має імунітету до стресу, запобігання стресовим травмам і захворюванням передбачає безперервне ослаблення дії стресових чинників, що впливають на індивідів та підрозділи. Оптимальне ослаблення стресу передбачає балансування конкуруючих пріоритетів. З одного боку — умисне піддавання військовослужбовців дії стресу для їхніх підготовки та загартування, а також для виконання поставлених завдань у зоні бойових дій. З іншого боку — потреба зниження або усунення чинників стресу, що не є ключовим для підготовки або виконання завдань, а також відновлення біологічних, психологічних, соціальних і духовних сил, вичерпаних під дією стресу. Як представлено на рис. 7.3, запас ресурсів витривалості кожного індивіда можна порівняти з дірявим відром, із якого постійно витікає вміст під дією стресу. Щоб не допустити повного спустошення, його слід постійно поповнювати здоровим сном, відпочинком та іншими формами поповнення.

Послаблення дії стресу — це профілактичний захід, спрямований на утримування військовослужбовців у зеленій зоні «готовності» в умовах виконання оперативних завдань, а також повернення їх до зеленої зони після реакцій жовтої зони. Деякі з тактик, що можуть використовуватися керівниками підрозділів для ослаблення дії стресу, такі:

- забезпечення та контроль достатнього сну — 7 годин на добу для більшості людей;
- забезпечення належної фізичної форми та відпочинку;
- підтримка духовної форми та релігійної причетності;
- встановлення етичних стандартів і «правил війни»;

Рис. 7.3. Метафора «діряве відро» для визначення стресу. Запаси ресурсів психологічної стійкості кожного індивіда постійно вичерпуються під дією стресу, наче рідина з дірявого відра

- ротація військ у тил для відпочинку та відновлення сил, за можливості;
- ротація індивідуальних завдань для зменшення нудьги та недбалості;
- захист військовослужбовців від споглядання сцен насилля, за можливості;
- очікування та попередження надмірного самокатування (вини або сорому);
- використання розгляду та аналізу результатів виконання завдавань для надання цінності жертвам і втратам.

Виявлення стресових реакцій, травм і захворювань

Навіть найкращі заходи з охорони ПЗ не можуть усунути всіх проблем, пов'язаних зі стресом, які здатні впливати на професійне функціонування чи стан здоров'я. Таким чином, ефективна охорона ПЗ передбачає безперервний моніторинг чинників стресу та наслідків стресу. Безпосеред-

ні командири мають знати всіх особисто у підлеглих підрозділах, а також особливі сильні та слабкі сторони військовослужбовців, характер завдань, поставлених перед ними як у підрозділі, так і в родинному житті. Керівники мусять знати, коли члени підрозділу та їхні колеги втрачають впевненість у собі або в підрозділі послаблюється згуртованість унаслідок утрат в особовому складі, зміни керівництва чи важких завдань, поставлених перед підрозділом. Найголовніше, що кожен командир має знати, в якій зоні стресу перебуває кожного моменту та кожного дня той чи інший член підрозділу. Від військовослужбовців не можна очікувати, що вони самі розпізнають у себе реакцію на стрес, травму та захворювання, зокрема в зоні бойових дій. Зовнішня концентрація уваги та заперечення дискомфорту, що потрібно для успішного виконання завдань у напружених умовах, також ускладнює процес розпізнання стресової проблеми індивідом. Стигма також може стати неподоланим бар'єром на шляху до визнання наявності стресу перед іншими. Таким чином, найкращим і найнадійнішим методом є забезпечення того, щоб кожен, хто потребує допомоги, отримував її від керівника невеликих підрозділів із метою постійного контролю своїх підлеглих, а також взаємної підтримки між підлеглими.

Для спрощення цієї критично важливої оцінки зони стресу Корпус МП і ВМС США розробили схему прийняття рішення щодо бойового та оперативного стресу (рис. 7.4). Вона складається всього з чотирьох питань. Перше питання — чи спостерігаються ознаки дистресу або втрати функції, з їхнім стислим визначенням із використанням прикладів. У моделі простору та схемі прийняття рішення поріг виявлення реакцій жовтої зони навмисне встановлюється низьким. Іншими словами, щоб розцінити явище як «дистрес» чи «втрату функції», суб'єктивні відчуття занепокоєння чи очевидні лінії поведінки, що заважають оптимальному функціонуванню, мають бути незначними, лише злегка помітними. Завдання — безперервно розпізнавати реакції стресу жовтої зони на ранніх етапах, щоб керівники, військові священики і медичний допоміжний персонал могли розпізнавати та лікувати їх до того, як такі реакції почнуть прогресувати до травм жовтогарячої зони. Це не означає, що військовослужбовці в жовтій зоні не можуть зазнавати більшого тиску. Для них лише може знадобитися повторне оцінювання та, щонайменше, послаблення дії стресових чинників, щойно це стане можливим з точки зору оперативних вимог. Якщо не спостерігаються ані дистрес, ані втрата функції, вважається, що індивід перебуває в зеленій зоні. У такому випадку жодних додаткових заходів, окрім подальшого моніторингу стресу, не потребується. Якщо присутній або дистрес, або втрата функції, індивід перебуває, принаймні, у жовтій зоні «реагування». Тоді постає питання, наскільки тяжкими є його дистрес чи втрата функції. Визначення ступеня тяжкості дистресу або втрати функції — одне з найскладніших завдань у матриці прийняття рішення, до того ж, найважливіше. За визначенням, реакція на стрес, що передбачає сильний стрес або втрату функції, належить, як мінімум, до жовтогарячої зони. Принаймні, якщо йдеться про стресову травму та не діагностовано стресове захворювання. Ці наслідки стресу, що здатні суттєво вплинути на ефективність професійної діяльності, можуть бути стійкими, залишити психологічний чи емоційний «рубець» і підвищити ризик тривалих психічних проблем.

Через ризики, пов'язані з жовтогарячою і червоною зонами стресу, важливо, щоб керівники підрозділів швидко і послідовно ідентифікували військовослужбовців із тяжким стресом або втратою функції, що переміщує їх до цих двох зон. Стресові травми та захворювання в жовтогарячій і червоній зонах потенційно можуть бути усунені шляхом надання допомоги та лікування, причому за кожним випадком слід вести ретельний моніторинг для забезпечення одужання.

Якщо наявні тяжкий дистрес чи втрата функції, відповідь на питання «чи зберігаються ці тяжкі симптоми стресу достатньо довго для того, щоб задовольняти критерії діагностування клінічного психічного розладу» не є основним завданням командира бойової частини. Як правило, в цьому йому допомагають клінічний медичний персонал і фахівці з психічного здоров'я. Однак роль командира, військовослужбовець якого перебуває в червоній зоні, дуже важлива, оскільки він приймає ряд важливих рішень, включаючи визначення придатності військовослужбовця в червоній зоні до участі в розгортанні бойових дій і як скоро

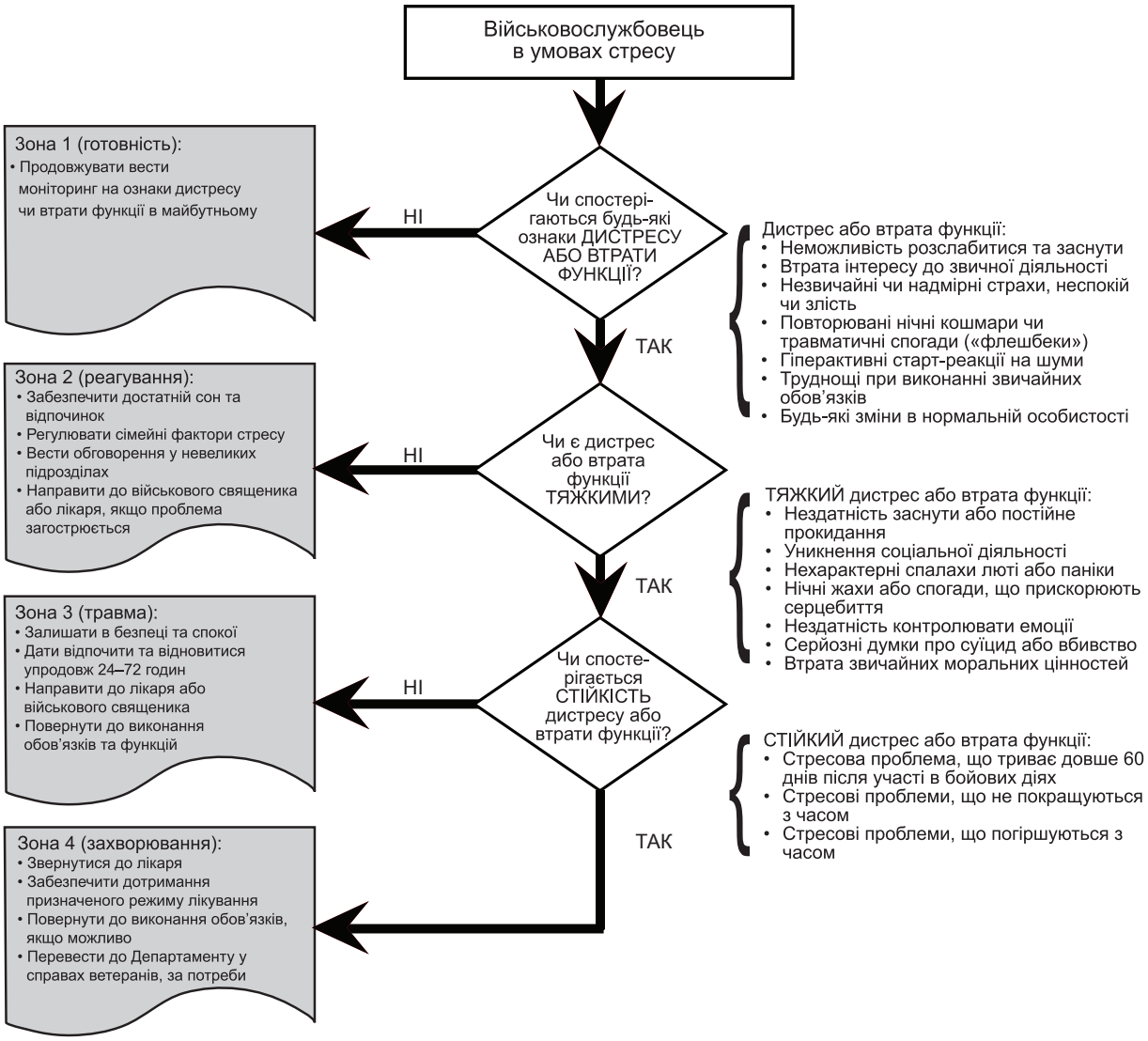


Рис. 7.4. Матриця прийняття рішень щодо бойового та оперативного стресу

такий солдат зможе (та чи взагалі зможе) повернутися до повноцінного виконання обов'язків опісля отриманого лікування.

Лікування стресових травм і захворювань

Як і у випадку фізичних травм і захворювань, доступним є широкий асортимент інструментів для лікування стресових травм і захворювань, зокрема: 1) самопоміч або поміч товаришів; 2) підтримка та додаткова допомога від товариша, командира, військового священика чи члена родини та 3) спеціалізоване психологічне чи медичне лікування. Хоча деякі з цих методів лікування можуть надаватися лише спеціально підготовленим персоналом із медичної або психологічної допомоги, інші форми потребують незначної спеціальної підготовки та можуть надаватися керівниками невеликих підрозділів, товаришами або чоловіком/дружи-

ною. Однак, як і для решти ключових функцій, потрібних для регулювання простору бойового та оперативного стресу, основний обов'язок забезпечення надання належного рівня допомоги для військовослужбовців із травмами жовтогарячої зони або захворюваннями червоної зони виконують бойові командири.

Перша допомога при бойовому та оперативному стресі

Основні принципи надання негайної доклінічної допомоги при стресових травмах, як і при фізичних травмах, засновані на простій ієрархії трьох пріоритетів: 1) підтримка життя, 2) мінімізація подальшого ураження та 3) ухвалення рішення про те, чи потрібна додаткова допомога. Що стосується першої медичної допомоги, підтримка життя здійснюється основними методами забезпечення життєдіяльності (алгоритм ABC) — серцево-легенева реанімація, дихальні шляхи, дихання та кровообіг — а подальший вплив ураження мінімізують шляхом очищення та перев'язки ран, іммобілізації, відпочинку та інших базових захисних заходів. ВМС, Корпус МП, Військовий центр передових знань з психологічного здоров'я і травматичних уражень мозку (DCoE — Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury), а також Національний центр із питань ПТСР (National Center for PTSD) серед ветеранів війни тісно співпрацюють, щоб надати військовослужбовцям і членам їхніх родин інформацію про процедури отримання допомоги при стресових травмах, еквівалентних допомозі при фізичних ураженнях. Це стосується розробки системи надання першої допомоги при бойовому та оперативному стресі (COSFA — Combat and operational stress first aid) [30] на підставі доказових принципів і процедур першої психологічної допомоги, розроблених Національною мережею з питань травматичного стресу в дітей (National Child Traumatic Stress Network) і Національним центром із ПТСР [31]. Сім ключових компонентів системи COSFA — це:

1. **Перевірка**: безперервна оцінка дистресу чи змін функцій, що свідчить про можливу стресову травму та потребу в додатковому втручанні; повторна оцінка після кожного втручання; подальша оцінка відстрочених чи стійких проблем.
2. **Координування**: безперервне інформування осіб, які потребують відомостей, таких як керівники чи члени родин, про виявлені проблеми, пов'язані зі стресом; додаткова допомога від інших осіб, як вказано вище, та забезпечення отримання такої допомоги.
3. **Прикриття**: гарантування безпеки («піти під прикриття») військовослужбовців, які зазнали гострого дистресу чи змін функціонування, і безпеки інших осіб до повернення нормального функціонування.
4. **Заспокоєння**: зниження інтенсивності фізіологічного збудження (пульсу й артеріального тиску) та потенційно деструктивних емоцій, таких як страх чи злість; тренування глибокого діафрагмального дихання, психологічне розвантаження та інші методи релаксації.
5. **Зв'язок**: забезпечення підтримки колег опісля виникнення стресової реакції, травми або захворювання; відновлення нормального спілкування в підрозділі або в сім'ї як чинника захисту та загоєння; співчутливе вислуховування та підтримка.
6. **Компетенція**: відновлення сил та ефективної діяльності в усіх сферах функціонування, включаючи професійне, сімейне та інше соціальне функціонування; повернення до виконання обов'язків (за можливості).
7. **Упевненість**: відновлення самооцінки та довіри до інших у підрозділі й у родині після отримання стресової реакції, травми чи захворювання; повернення надії.

Остаточне психологічне чи медичне лікування

Остаточна клінічна допомога може надаватися фахівцями з психічного здоров'я, наприклад, фахівцями, закріпленими за командами ВМС із оперативного контролю стресу та готовності (OSCAR — Marine Corps Operational Stress Control and Readiness) [32], або ж вона може надаватися у лікувальних закладах вищого ешелону в районі бойових дій чи в гарнізоні. Принципи доказової

медицини при отриманні травматичних стресових уражень і захворювань, зокрема й ПТСР, представлені в поточних рекомендаціях щодо клінічної практики Департаменту у справах ветеранів Міністерства оборони з лікування посттравматичного стресу [33]. Деякі з цих практик лікування можуть застосовуватися лише фахівцем із психічного здоров'я, проте інші спроможні здійснювати медичні працівники з надання першої медичної допомоги паралельно з медичним забезпеченням підрозділів бойових військових частин.

Незалежно від того, хто надає остаточну клінічну допомогу, основна роль командирів бойової частини та їхніх підлеглих керівників невеликих підрозділів у цьому сегменті простору лікування полягає в тому, щоб забезпечити надання лікування усім військовослужбовцям, які цього потребують. Також вони мають усунути бар'єри на шляху до надання допомоги, такі як стигма та безперервна підготовка або обов'язки щодо часу виконання операцій. Військовослужбовці, які раніше отримали стресову травму або захворювання, одержують остаточну клінічну допомогу, що прискорить їхнє одужання. Командири бойових частин несуть велику відповідальність за зниження стигми, пов'язаної з отриманням психологічної допомоги, оскільки їхній вплив на установки та лінії поведінки перебуває в основі стигми.

Реінтеграція військовослужбовців, які постраждали від стресу

Як уже зазначалося вище, нормальний перебіг стресового ураження, як і фізичної травми, передбачає його поступову нівеляцію. Більшість таких травм минає украй повільно. Аналогічним чином, нормальний перебіг стресового захворювання, особливо за належного лікування, передбачає суттєве поліпшення з часом, імовірно, навіть ремісію. Наприклад, із усіх морських піхотинців у регулярних військах, у яких діагностували і лікували ПТСР від початку війни в Південно-Західній Азії в 2003 році та до її завершення у 2006 році, менше 10 % отримали звільнення внаслідок інвалідності через ПТСР [34]. Таким чином, командири бойової частини стикаються з одним із вирішальних завдань у їхньому керуванні військовослужбовцями, які відбувають лікування внаслідок стресових травм або захворювань. Це — безперервний моніторинг їхньої придатності до виконання службових обов'язків, включаючи діяльність у зоні бойових дій в інших країнах світу, а також повернення до виконання службових обов'язків опісля одужання. І це є основним завданням реінтеграції. Щоб ефективно реінтегрувати осіб, які зазнали стресу, в їхніх підрозділах слід постійно контролювати стигму. Упевненість у таких особах і в самих собі, і з боку їхніх товаришів і керівників невеликих підрозділів слід відновлювати. Подібний процес може тривати місяці до отримання успішних результатів. Відновлення після стресової травми чи захворювання також може тривати декілька місяців. У випадках, якщо значне одужання і повне повернення до виконання службових обов'язків не передбачається, завдання командирів бойових частин полягає в тому, щоб допомогти військовослужбовцям у їхньому переході до цивільного життя і отримання допомоги в Департаменті у справах ветеранів.

ВИСНОВКИ

Корпус морської піхоти та Військово-морські сили США, у співробітництві з Центрами передових знань із психологічного здоров'я і травматичних уражень мозку, розробили і впровадили нову модель поліпшення психологічного здоров'я військовослужбовців та оперативних підрозділів на основі наукових знань і принципів лідерства. У центрі цієї нової парадигми простору бойового та оперативного стресу твердження про те, що реакції на стрес і його наслідки виникають у широкому діапазоні, зони якого можна умовно позначити чотирма кольорами. Це — зелений («готовність», психологічна адаптація); жовтий («реагування», незначний та оборотний дистрес або втрата функції); жовтогарячий («травма», більш тяжкий і стійкий дистрес або втрата функції) та червоний («захворювання», психологічне захворювання, що можна діагностувати). Хоча військові священики

й фахівці з психічного здоров'я виконують вагому функцію в контролі стресу жовтої, жовтогарячої та червоної зон, командири бойових частин і керівники невеликих підрозділів несуть основну відповідальність за ефективне управління усім спектром стресу. П'ятьма ключовими функціями фахівця з психічного здоров'я, розробленими Корпусом морської піхоти та Військово-морськими силами США, є: 1) підтримка, 2) послаблення, 3) ідентифікація, 4) лікування та 5) інтеграція.

Нова модель ПЗ і COSC, описана в цьому розділі, отримала визнання в Корпусі МП і ВМС США частково через те, що вона зменшує стигму та розвіює міфи про аспекти охорони ПЗ. Окрім того, ця модель отримала поширення завдяки її формам ефективної взаємодії між особовим складом, військовим священиком, членами родини й фахівцями з медичної чи психологічної допомоги. Лише спільними зусиллями та за допомогою набору інструментів можна об'єднати всіх цих зацікавлених осіб, щоб успішно вирішити питання психічного здоров'я військовослужбовців та їхніх родин.

Модель простору стресу та пов'язані ключові функції керівника, розглянуті в цьому розділі, ще не були випробувані емпірично, хоча й мають міцне наукове підґрунтя. Очікується, що емпіричний досвід сприятиме осмисленню деяких аспектів моделі, сприяючи удосконаленню інших моделей. Незалежно від цих результатів, підхід до бойового та оперативного стресу, викладений у цьому розділі, більше спирається на емпіричні оцінки, аніж попередні моделі, засновані на поглядах, підтверджених меншою кількістю медичних даних щодо несприятливих наслідків стресу.

ПОДЯКИ

Автори висловлюють подяку Брету Літцу (Brett Litz), Патрісії Уотсон (Patricia Watson), Марку Сміту (Mark Smith), Джефрі Родсу (Jeffrey Rhodes) й Едуардо Леардо (Eduardo Leardo) за надання корисних коментарів до тексту.

ЛІТЕРАТУРА

1. US Department of Defense. *Force Health Protection (FHP)*. Washington, DC: DoD; 2004. DoD Directive 6200.04.
2. Shephard B. *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century.* Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2001.
3. Lerner P. *Hysterical Men: War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930.* Ithaca, NY: Cornell University Press; 2003.
4. Wessely S. Risk, psychiatry, and the military. *Brit J Psychiatry*. 2005;186:459–466.
5. Jones FD. Psychiatric lessons of war. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbook of Military Medicine.* Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: Chap 1.
6. Nash WP, Baker DG. Competing and complementary models of combat stress injury. In: Figley CR, Nash WP, eds. *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management*. New York, NY: Routledge; 2007.
7. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351:13–22.
8. US Army Office of the Surgeon General. *Operation Iraqi Freedom Mental Health Advisory Team Report, 16 December 2003*. Washington, DC: OTSG; 2003.

9. Kennedy JE, Jaffee MS, Leskin GA, Stokes JW, Leal FO, Fitzpatrick PJ. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder-like symptoms and mild traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev.* 2007;44(7):895–920.

10. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings From the National Vietnam Veterans Readjustment Study.* New York, NY: Brunner/Mazel; 1990.

11. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: a revisit with new data and methods. *Science.* 2006;313:979–982.

12. Schlenger WE, Kulka RA, Fairbank JA, et al. The psychological risks of Vietnam: the NVVRS perspective. *J Trauma Stress.* 2007;20(4):467–479.

13. McNally RJ. Revisiting Dohrenwend et al's revisit of the National Vietnam Veterans Readjustment Study. *J Trauma Stress.* 2007;20(4):481–486.

14. Kilpatrick DG. Confounding the critics: the Dohrenwend and colleagues reexamination of the National Vietnam Veterans Readjustment Study. *J Trauma Stress.* 2007;20(4):487–493.

15. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA.* 2006;295:1023–1032.

16. Smith TC, Ryan MA, Wingard DL, Slymen DJ, Sallis JF, Kritz-Silverstein D. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self-reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *BMJ*. 2008; 336:366–371.

17. US Department of Defense Inspector General. *Evaluation Report on the Management of Combat Stress Control in the Department of Defense.* Arlington, Va: DoD IG; 1996. Report No. 96-079.

18. US Department of Defense. *Combat Stress Control (CSC) Programs.* Washington, DC: DoD; 1999. DoD Directive 6490.5.

19. Nash WP. Combat/operational stress adaptations and injuries. In: Figley CR, Nash WP, eds. *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management.* New York, NY: Routledge; 2007.

20. Grenier S, Darte K, Heber A, Richardson D. The operational stress injury social support program: a peer support program in collaboration between Canadian Forces and Veterans Affairs Canada. In: Figley CR, Nash WP, eds. *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management*. New York, NY: Routledge; 2007.

21. Nash WP. Combat/operational stress injuries (COSIs): fact or fiction? Paper presented at: Marine Corps Combat and Operational Stress Control Conference; June 18, 2007; Arlington, Va.

22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.

23. US Marine Corps. *Tri-MEF Combat Operational Stress Conference.* Camp Pendleton, Calif: I, II, and III Marine Expeditionary Forces. Letter to the Commandant, 12 September 2007. Available at: http://www.mca-marines.org/Gazette/PDF/USMCLetterPP.pdf. Accessed March 30, 2009.

24. Morgan CA 3rd, Wang S, Mason J, et al. Hormone profiles in humans experiencing military survival training. *Biol Psychiatry*. 2000;47:891–901.

25. Morgan CA 3rd, Hazlett G, Wang S, Richardson EG, Schnurr P, Southwick SM. Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1239–1247.

26. Shay J. *Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming.* New York, NY: Scribner; 2003.

27. US Marine Corps. *Leading Marines*. Washington, DC: Headquarters USMC; 2002. MCWP 6-11.

28. Moran CMW. *The Anatomy of Courage.* Boston, Mass: Houghton Mifflin; 1967.

29. Grossman D. *On Killing: The Psychological Cost of Learning to Kill in War and Society*. Boston, Mass: Little, Brown; 1995.

30. Nash WP, Westphal R, Watson P, Litz B. Combat and operational stress first aid (COSFA): A toolset for military leaders. Presented at: Defence Centers of Excellence Warrior Resilience Conference, November 18, 2008; Vienna, Virginia. Available at: http://www.dcoe.health.mil/event_docs/WRC/COSFA Nash DCoE Conf Nov 08%5bCompatibility Mode %5d.pdf. Accessed April 29, 2009.

31. Brymer M, Jacobs A, Layne C, et al; National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. *Psychological First Aid: Field Operations Guide.* 2nd ed. July 2006. Available at: http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf. Accessed April 29, 2009.

32. Nash WP. *Operational Stress Control and Readiness (OSCAR): The United States Marine Corps (USMC) Initiative to Deliver Mental Health Services to Operational Units.* Quantico, Va: Headquarters USMC; 2006. NATO RTO-MP-HFM-134-25.

33. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. DoD/VA clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress. 2004. Available at: http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_Base.htm. Accessed March 12, 2008.

34. Gaskin TA. US Marine Corps combat/operational stress control program update. Paper presented at: Marine Corps Combat and Operational Stress Control Conference; June 18, 2007; Arlington, Va.

Розділ 8

МОБІЛЬНІ ЗАСОБИ КОНТРОЛЮ БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВО-МОРСЬКИХ СИЛАХ США

Роберт Л. Коффман[I] · Річард Д. Бергтолд[II] · Джастін С. Кемпбелл[III] · Річард Дж. Вестфал[IV] · Пол Хеммер[V] · Томас А. Гаскін[VI] · Джон Ральф[VII] · Едвард Сіммер[VIII] · Вільям П. Неш[IX]

ВСТУП

МОДЕЛЬ ПРОСТОРУ СТРЕСОВОЇ ТРАВМИ

ЕКСПЕДИЦІЙНІ МЕДИЧНІ ПЛАТФОРМИ

Плавучі госпіталі

Експедиційні медичні заклади

ЕЛЕМЕНТИ КОНТРОЛЮ БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ

Спеціальні групи швидкої психіатричної допомоги

Психологічна програма для авіаносних суден

Оперативний контроль стресу і готовності (OSCAR)

НОВІ ЗАВДАННЯ ОПЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ВМС

Індивідуальний резерв

Допомога тим, хто її надає

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, капітан, Медичний корпус, ВМС США; директор з охорони здоров'я військовослужбовців у бойових діях, Міністерство ВМС, відділ медицини і хірургії, здоров'я військовослужбовців у бойових діях, 2300 E Street NW, Washington, DC.

[II] Доктор психології, командир, Медичний корпус, ВМС США; начальник штабу відділу медицини і хірургії поранених, хворих і травмованих, 2300 E Street NW, Washington, DC 20372.

[III] Доктор філософії, лейтенант, Медичний корпус, ВМС США; старший аналітик із питань здоров'я військовослужбовців у бойових діях, Міністерство ВМС, відділ медицини і хірургії, здоров'я військовослужбовців у бойових діях (M3C3), 2300 E Street NW, Washington, DC 20372.

[IV] Доктор філософії, дипломований фельдшер, капітан, Корпус медичних сестер, ВМС США; Програми охорони психічного здоров'я, Міністерство ВМС, відділ медицини і хірургії, здоров'я військовослужбовців у бойових діях, 2300 E Street NW, Washington, DC 20372.

[V] Доктор медицини, капітан, Медичний корпус, ВМС США; директор, Центр ВМС із контролю бойового й оперативного стресу, 34960 Bob Wilson Drive, Suite 400, San Diego,California 92134-6400.

[VI] Доктор філософії, коммандер у відставці, ВМС США; Директор управління з контролю бойового й оперативного стресу, Корпус морської піхоти США, відділ із питань людських ресурсів і резервів, особистої і сімейної готовності, 3280 Russell Road, Quantico, Virginia 22134; у минулому — голова програми контролю бойового й оперативного стресу, Headquarters, US Marine Corps, Quantico, Virginia.

[VII] Доктор філософії, начальник Медичного корпусу армії США, ВМС США; начальник відділу охорони психічного здоров'я, Національний медичний центр ВМС, 8901 Wisconsin Avenue, Bethesda, Maryland 20889; у минулому — начальник президентської програми підтримки, Marine Barracks, Washington, DC.

[VIII] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, капітан, Медичний корпус ВМС США; начальник штабу, госпіталь ВМС, 1 Pinckney, Beaufort, South Carolina 29902; у минулому — начальник відділу охорони психологічного здоров'я Військового центру передових знань з психологічного здоров'я і травматичних уражень мозку, Silver Spring, Maryland.

[IX] Доктор медицини, капітан у відставці, ВМС США; ВМС США (у відставці); клінічний доцент, відділ психіатрії Університету Каліфорнії у м. Сан-Дієго; в минулому — старший консультант Військового центру передових знань з психологічного здоров'я і травматичних уражень мозку, Rosslyn, Virginia 22209.

ВСТУП

Різноманітність операцій ВМС США, що розгортаються на землі, в повітряному, надводному/підводному просторах, встановлює високі вимоги до військових моряків і їхніх родин. Хоча Військово-морський флот США традиційно був розгорнутою силою, Глобальна війна з тероризмом (GWOT) поповнила перелік стресових чинників ВМС, пов'язаних із розгортанням бойових дій. Стрес, як його представлено в цьому розділі, вважається транзакційною моделлю [1, 2], описаною як загальна напруга, що виникає в службових обставинах і порушує фізичну й психологічну рівновагу військових моряків. Наслідки цієї напруги опосередковані комплексною взаємодією між змінними чинниками, специфічними для кожного індивіда й ситуації, і динамічною взаємодією між ними.

Вплив оперативного стресу на військових моряків проявляється розповсюдженістю психічних проблем серед тих, хто регулярно бере участь у розгортанні бойових дій на оперативних платформах. Наприклад, результати дослідження, проведеного на підставі структурованих комп'ютеризованих телефонних опитувань, розроблених для встановлення психіатричного діагнозу DSM-III-R («Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів, 3-тє доповнене видання») [3] засвідчили, що серед 782 військових моряків і морських піхотинців однорічна поширеність будь-яких психіатричних захворювань становить 21 %, а розповсюдженість протягом усього життя — 40 %. Для військовослужбовців, які брали участь у бойових діях під час операцій «Непохитна свобода» та «Іракська свобода» (OEF/OIF), ризик розвитку симптомів одного з двох захворювань — посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або великого депресивного розладу, майже такий самий. Так, 20 % цих військовослужбовців повідомляли про симптоми принаймні одного з двох розладів, відповідно до звіту Центру дослідження здоров'я військовослужбовців Корпорації RAND [4]. Подвійне завдання — успішність виконання бойового завдання та моральна відповідальність за охорону здоров'я моряків — стає підставою для медичного забезпечення Військово-морського флоту створити та впровадити програми згідно із доктриною всебічного контролю оперативного стресу [5]. У цьому розділі детально викладені ці заходи.

МОДЕЛЬ ПРОСТОРУ СТРЕСОВОЇ ТРАВМИ

Оскільки стресові ураження виникають у межах простору тяжкості та обставин, доктрина контролю стресу Військово-морського флоту має охоплювати всіх військових моряків незалежно від їхніх обов'язків, платформи чи бойового завдання (у морі та на суші), а не лише військовослужбовців у специфічних умовах бойових дій. Таким чином, вище керівництво ВМС (у співробітництві з Корпусом морської піхоти США) розробило комплексну програму контролю оперативного стресу, що може бути застосована до повного спектру завдань, поставлених перед ВМС (також див. розділ 7 «Модель простору бойового та оперативного стресу Корпусу морської піхоти та ВМС США: інструмент для керівників»). Однак суттєва частина оригінальної теорії та застосування її до контролю стресу серед військовослужбовців, як і очікується, базується на практиках контролю стресу

у бойових умовах. В цьому руслі доктрина, розроблена з метою впровадження ширших ініціатив з контролю стресу в ВМС, підкріплених теорією та об'єднаних у єдине ціле, адаптується на основі моделі бойового стресового ураження, розробленої Фіґлі (Figley) та Нешем (Nash) [1]. Точка відліку для цієї нової парадигми у контролі стресу ВМС — це модель простору стресової травми (SIC — Stress injury continuum) (опис цієї моделі див. у розділі 7, рис. 7.1). У цьому розділі застосовується модель SIC як критерій тлумачення наявних і майбутніх програм контролю стресу ВМС.

Парадигма SIC, прийнята завдяки здатності підготувати, навчити та залучити всіх моряків до процесу контролю стресу, підкреслює, яким чином обов'язок контролю стресу розподіляється між керівниками стройової служби (наприклад, командир ескадри, офіцери штабу), окремими військовослужбовцями та медичними працівниками (медичний персонал ВМС, військові священики). Модель SIC передбачає, щоб керівники підрозділів забезпечували психологічну готовність усіх військових моряків до розгортання бойових дій шляхом створення атмосфери в командах. Це забезпечує психічне здоров'я та здатність до адаптації завдяки реалістичним тренуванням, злагодженості бойового підрозділу та акценту на бойових завданнях. Моряки, які розгортають бойові дії, мають бути компетентні, мати соціальну підтримку і бути психологічно готовими до дії стресових чинників та їх адаптивного подолання [6]. Модель SIC передбачає п'ять основних функцій для керівників, зокрема: 1) підсилення психічної витривалості моряків завдяки реалістичним і цілеспрямованим тренінгам; 2) послаблення дії фізіологічних чинників стресу завдяки забезпеченню морякам можливості мати достатній сон, виконувати фізичні вправи і правильно харчуватися; 3) розробка процесів для раннього виявлення стресових реакцій і травм; 4) заохочення моряків до взаємодопомоги (наприклад, підтримка «бойового товариша») та 5) усунення перепон на шляху до надання допомоги шляхом переведення військових моряків, які зазнали стресу, на вищий рівень допомоги, та стимулювання реінтеграції без стигми серед моряків, які зазнали дії стресу.

На першому етапі SIC військових моряків готують до дії чинників стресу. На другій стадії військовослужбовці реагують на унікальні оперативні чинники стресу, які випробовують їхню фізичну та психологічну рівновагу. Наслідок такої реакції стає функцією особистості, ситуації та взаємодії особистість–ситуація, що впливають на інтенсивність реакції — незначна, тимчасовий дистрес або порушення з пов'язаним відчуттям тривоги, дратівливості та небажані зміни поведінки. Однак будь-які бойові обставини передбачають певний ступінь стресової реакції, внаслідок чого диференціація нормальних і ненормальних стресових реакцій стає критично важливою для керівників, медичних працівників та окремих військовослужбовців. При цьому, в точці реакції у просторі, окремі військовослужбовці мають узяти на себе основну відповідальність для того, щоб виявити, чи ефективно вони та їхні товариші справляються зі стресом під час бойових дій. Хоча стресові реакції вважаються нормальними в ситуаціях сильного потрясіння, ступінь тяжкості, стійкість і психічні порушення в деяких моряків можуть вийти за межі нормального для більшості з них сприйняття. Подібні випадки потребують підвищеної уваги з боку керівників, медичних працівників або самих постраждалих.

Замість встановлення чітких точок розмежування, концептуалізація стресової травми як простору передбачає комплексну взаємодію між моряками та ситуаціями, які слід розглядати при необхідності встановити, чи реакція індивіда на стрес вийшла за межі нормальної реакції і перейшла від реакції на стрес на третю стадію SIC — стресова травма. У цьому контексті важливо використовувати термін «травма», оскільки він повідомляє керівникам про присутність більш серйозної загрози як для окремих моряків, так і ефективності виконання операцій. Джерелами стресового ураження можуть бути: травма внаслідок почуття жаху, терору та безпомічності під час бойових дій; втома внаслідок накопичення чинників стресу в ході бойових дій; горе, пов'язане з втратою близької людини або речі; і моральний конфлікт у системі переконань і цінностей [1]. Хоча і далі очікується, що моряки, які зазнали стресу, самостійно можуть виявити його в себе і товаришів, медична служба ВМС та особи, які надають допомогу, починають виконувати серйозніші функції на фазі стресової травми

в межах простору. На цій фазі не очікується, що моряки самостійно подолають травму, їх заохочують звернутися до фахівця, який надає первинну допомогу для попередження перманентних, інвалідизуючих стресових травм.

Одразу ж опісля того, як у моряка виявлено стресове захворювання (поведінкові характеристики, що підпадають, загалом, під такі діагностичні категорії, як ПТСР, депресія, тривожність і залежність), лікування стає основним обов'язком медичної служби ВМС. Впровадження моделі SIC передбачає очікування того, що всі керівники, моряки та особи, які надають допомогу, зможуть упізнати та належним чином відреагувати на наявність стресу у військового моряка. Матриця прийняття рішення при стресовій травмі є прикладом інструменту на основі SIC, розробленого для того, щоб керівники, моряки та особи, які надають допомогу, могли визначити в моряка готовність, реакцію, травму чи захворювання внаслідок дії бойового або цивільного чинника стресу. Початковий стан SIC ускладнює визначення наслідків моделі як доктрини для контролю бойового стресу. Однак багатодисциплінарний і теоретичний характер моделі, а також залучення до процесу багатьох зацікавлених осіб є досить перспективною характеристикою для затвердження доктрини. Багатостороння природа моделі SIC також створює ідеальний контекст для інтеграції різних програм контролю бойового стресу, доступний на сьогодні.

ЕКСПЕДИЦІЙНІ МЕДИЧНІ ПЛАТФОРМИ

Як вже вказано в моделі SIC, ВМС як організація виконує дві основні функції у процесі боротьби зі стресом: 1) профілактичне консультування та 2) надання допомоги. Щоб забезпечити готовність моряків, профілактичне консультування з безпосереднім керівництвом підтримує розробку основних положень і процедур щодо командного складу, який готує моряків до зустрічі з психічними випробуваннями під час розгортання бойових дій і виявляє, надає допомогу, проводить реінтеграцію моряків, постраждалих від стресових травм і захворювань. Більш традиційна функція передбачає безпосереднє надання послуг із охорони здоров'я особам, які зазнали стресової травми, та лікування осіб із діагностованим стресовим захворюванням. Зважаючи на чисельність медичного персоналу, експедиційні медичні платформи пропонують, імовірно, найширший у ВМС спектр послуг із профілактики та лікування в умовах розгортання бойових дій. Експедиційні платформи у ВМС складаються з флотських плавучих госпіталів та експедиційних медичних закладів (EMFs — Expeditionary medical facilities). Ці платформи — це поєднання окремих можливостей, що забезпечують гнучкість бойового застосування в межах логістичних обмежень під час розгортання бойових дій. Експедиційні платформи контролю бойового та оперативного стресу повинні мати можливість виконувати завдання від тилового забезпечення військ у GWOT до гуманітарної допомоги та аварійно-рятувальних робіт. Слугуючи основним інструментом дипломатії, ці мобільні платформи забезпечили можливість надання медичних послуг військовослужбовцям у Афганістані, Іраку та Кувейті одночасно із наданням послуг із профілактики, медичних послуг під час бойових дій, збереження здоров'я, медичної розвідки, оперативного планування та психіатричної допомоги військовому персоналу.

Плавучі госпіталі

Флот плавучих госпіталів складається з суден військово-морської транспортної служби США «Мерсі» та «Комфорт», порти реєстрації яких розташовані відповідно на західному і східному узбережжі Сполучених Штатів. Плавучі госпіталі мають можливості госпіталізації такі самі, як і великі медичні заклади на суші. Кожен із них оснащений дванадцятьма повністю обладнаними операційними, 1000 лікарняних ліжок, радіологічним устаткуванням, медичною лабораторією, аптекою, оптометричною лабораторією, комп'ютерним томографом і двома кисневими установками. Обидва плавучі госпіталі мають злітно-посадкову палубу, розраховану для великих військових гелікоптерів, а також бокові порти для прийому пацієнтів із моря.

Експедиційні медичні заклади

Передбачається, що експедиційні медичні заклади (EMF) повинні мати такі ж можливості, як і плавучі госпіталі, однак меншу площу та вищу мобільність. EMF — повністю модульна, оперативно сформована структура, яка може бути розгорнута в межах 48 годин. Подальше вдосконалення EMF сприятиме наданню якіснішої медичної допомоги у разі серйозних конфліктів, малоінтенсивних боїв, інших операцій, не пов'язаних із воєнними діями, а також аварійно-рятувальних операцій чи заходів із надання гуманітарної допомоги. Як модульний експедиційний підрозділ, EMF може використовуватися окремо або в поєднанні зі спільною системою охорони здоров'я ТВД для евакуації, медичного забезпечення, медичного звітування і виконання інших функцій. У поєднанні плавучий госпіталь і EMF є унікальними платформами передового розгортання для контролю бойового стресу з погляду медичного характеру своїх основних завдань. Імовірно, найважливішою характеристикою цих платформ є те, що до них входить велика кількість фахівців і ресурсів різноманітних сфер компетенції, що підкріплюють модель SIC із обох боків.

ЕЛЕМЕНТИ КОНТРОЛЮ БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ

У цьому підрозділі описано три елементи контролю бойового та оперативного стресу: 1) спеціальні групи швидкої психіатричної допомоги (SPRINT — Special Psychiatric Rapid Intervention Teams), 2) кар'єрна психологічна програма та 3) програма оперативного контролю стресу і готовності (OSCAR — Operational Stress Control and Readiness). Вони виникли упродовж останніх 30 років унаслідок розширення тенденцій у Збройних силах США з метою організаційного оформлення інтеграції медичної компетенції у бойові частини і підрозділи. Щодо моделі SIC, усі три програми орієнтовані на втручання між фазами стресової травми та захворювання в межах простору. Однак психологічна програма для авіаносних суден і, зокрема, програма OSCAR також забезпечує готовність як елемент простору стресової реакції завдяки залученню фахівців в оперативних умовах і надання профілактичного консультування керівникам з питань забезпечення готовності окремих моряків.

Спеціальні групи швидкої психіатричної допомоги

Історія виникнення

У 1975 році відбулося зіткнення між кораблями ВМС США «Белкнап» (Belknap) і «Джон Ф. Кеннеді» (John F. Kennedy), що призвело до загибелі людей і серйозного пошкодження обох суден. Опісля того, у 1977 році, корабель радіоелектронної розвідки ВМС США зіткнувся з іншим кораблем у порту м. Барселони. В обох інцидентах порти реєстрації суден були розташовані на східному узбережжі, а до психіатричного відділу військово-морського госпіталю у м. Портсмут (нині військово-морський медичний центр, м. Портсмут) у штаті Вірджинія було доставлено велику кількість пацієнтів із симптомами стресу, спричиненого тим інцидентом. Стало очевидно, що медична служба ВМС має розробити план раннього втручання для запобігання стресовим захворюванням. Ті ж концепції, що розроблялися для лікування бойового стресу, були модифіковані для використання у ранньому втручанні при морських катастрофах. У результаті були створені спеціальні групи швидкої психіатричної допомоги — «SPRINT».

Склад та основні завдання

У 1983 році SPRINT були формально схвалені як одні з мобільних груп медичного персоналу підсилення ВМС. Групи SPRINT ВМС формально засновані в м. Віфезда (штат Меріленд), м. Портсмут (штат Вірджинія) і м. Сан-Дієго (штат Каліфорнія). Декілька неформальних угруповань базуються в інших країнах світу. З моменту заснування групи SPRINT не лише надають допомогу при морських інцидентах, а й підтримку у військових операціях, не пов'язаних із воєнними діями, в операціях із ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, терористичних атаках і

природних катастрофах. Кожна група складається з двох психіатрів, двох клінічних психологів, одного чи двох військових капеланів, двох чи більше медичних сестер, одного чи двох соціальних працівників і чотирьох або більше санітарів психіатричної клініки. Особа з командного складу призначається керівником групи, а старший санітар психіатричної клініки є головним корабельним старшиною. Основні завдання групи SPRINT — у випадку надзвичайних обставин бути готовою і безпосередньо доступною для: а) оцінки психологічного впливу травматичного стресу, б) надання прямої підтримки військовослужбовцям і підрозділам, які зазнали оперативного стресу, в) ідентифікації та направлення осіб, які потребують професійної психіатричної допомоги та г) консультування командирів і керівників з питань ослаблення несприятливих наслідків події. З точки зору SIC, групи SPRINT мають бути залучені на етапі реагування для того, щоб попередити перехід пацієнта на етап травми та захворювання уздовж простору стресу. Групи також надають підтримку родинам військовослужбовців у регулярних військах.

Командири загонів несуть відповідальність за залучення групи SPRINT. Групи обмежено оснащені відповідно до їхнього завдання — бути силою швидкого реагування. Швидке розгортання передбачає, щоб командування або агенція, які подають запит, надали матеріально-технічну підтримку (надання місця на причалі, харчування, комунікації, транспортування тощо) групі. Таким чином, групи SPRINT готові до негайного розгортання за умови подання запиту за одну добу. Прикладами можуть слугувати розгортання SPRINT під час ураганів Ендрю, Іван і Катріна; терористичної атаки на корабель ВМС «Кол»; авіакатастрофи рейсу 800 авіаліній TWA [в минулому Trans World Airlines]; падіння цивільного авіалайнера на острові Гуам та сильних повеней і зсувів ґрунту в Центральній Америці. Групи SPRINT також надавали підтримку озброєній охороні на початкових етапах місії супроводження затриманих у затоці Гуантанамо (Куба). Окрім як на достатньо гучні, групи SPRINT також регулярно реагують на менш масштабні події, такі як службові нещасні випадки, що призводять до загибелі бойових товаришів, суїциди та авіакатастрофи.

Стратегії втручання

Група SPRINT не дотримується жодної конкретної професійної доктрини з методики втручання. Однак очікується, що члени групи будуть компетентні у відповідних дисциплінах та обізнані у новітніх методик кризового втручання і стратегій лікування при гострому стресі та ПТСР. Це дає групам змогу гнучко адаптувати їхні реакції до потреб в окремих ситуаціях, одночасно забезпечуючи, щоб їхня методика була заснована на передових практиках та, за можливості, на наукових доказах. У 1980-ті й 1990-ті роки методика управління стресами у критичних ситуаціях (CISM — Critical incident stress management) була розроблена для того, щоб допомогти працівникам аварійних служб, таким як пожежна команда, парамедики й офіцери поліції, вирішувати особливо стресові ситуації. Було зроблено спроби адаптувати методику CISM до застосування у військових втручаннях. Однак її використання було офіційно відхилено, оскільки її ефективність не було доведено у контрольованих дослідженнях, а деякі дані свідчать про те, що вона може бути потенційно шкідливою [7–9]. Замість того основним пріоритетом є надання консультацій командуванню, психологічно-освітнє втручання і перша психологічна допомога. Група допомагає командуванню розробити стратегію послаблення впливу події на військовий підрозділ загалом; забезпечує надання вчасної, актуальної та корисної інформації для особового складу підрозділу і командирів; підтримує контакт із максимально можливою кількістю потенційно постраждалих осіб; підтримує людей у вкрай тяжкому стані. Вживаються всі заходи для того, щоб не допустити передчасного прийняття рішення або діагностування, навіть індивідам, в яких помітні серйозні реакції на стрес. Навпаки, постраждалих військовослужбовців спонукають мобілізувати їхні власні та суспільні ресурси для прискорення одужання і відновлення функціонування. Групи SPRINT загалом надають скоріше підтримку, аніж лікування. Перевагою надання підтримки є те, що групи, здебільшого, не зобов'язані вести медичної документації, завдяки чому забезпечується вищий рівень конфіденційності. Вважається, що така конфіденційність може знизити

потенційну стигму, пов'язану з отриманням психологічної допомоги.

Окрім володіння теоретичними знаннями й методиками проведення втручання, члени групи SPRINT мають демонструвати професіоналізм у різноманітних оперативних ситуаціях, зокрема й на бойових надводних кораблях, субмаринах та авіаційних платформах; інженерно-будівельних підрозділах ВМС, розташованих на суші й у морських оперативних зонах; а також під час спільного обслуговування операцій. Члени групи також мають досить добре орієнтуватися у різних військово-морських системах, організаційних і структурних питаннях, які впливають на те, як командування витримує вплив стресових подій. Більшість реакцій SPRINT є короткостроковими (найчастіше лише 1 день), однак є й такі, що тривають до 6 місяців. Практично в усіх випадках групи SPRINT тісно співпрацюють з місцевими ресурсами і делегують їм деякі функції, якщо ситуація цьому сприяє.

Підготовка груп SPRINT передбачає ряд підходів. Нові члени завжди беруть участь у діяльності SPRINT відповідно до інструкцій, перш ніж перейти до виконання основних завдань. Резиденти й інтерни з психіатрії також можуть долучатися, однак під наглядом більш досвідчених учасників групи. Студенти-практиканти психіатричних клінік також отримують підготовку з надання допомоги при катастрофах і травмах. Групи проводять регулярні тренінги з підвищення кваліфікації в межах надання першої допомоги при бойовому та оперативному стресі (COSFA — Combat and operational stress first aid) [10], до того ж, велика кількість членів групи також отримує ознайомлювальну підготовку з методики CISM (хоча її використання дещо збентежує, командири та інші особи часто мають питання щодо неї, тому знання цієї методики може допомогти в їхньому навчанні). Групи SPRINT залишаються активними у воєнний час, при стихійних лихах, морських катастрофах та інших небойових стресових подіях, хоча підбір кадрів може бути проблематичним. Концепції, навички та методики, розроблені завдяки досвіду групи SPRINT ВМС за мирних часів, є безцінними для формування і навчання більшої кількості фахівців ВМС із психічного здоров'я в цілому та загального вдосконалення втручання й лікування стресу серед оперативних сил ВМС.

Психологічна програма для авіаносних суден

Історія

Від середини 1990-х років психологи й психіатричні фахівці стали постійними членами серед персоналу на всіх авіаносцях ВМС США. До початку розгортання психологічної програми для авіаносних суден, 25 із 30 моряків евакуювали за медичними показаннями з авіаносця через порушення психічного здоров'я протягом 6-місячного періоду розгортання бойових дій. Від моменту виникнення програми кількість випадків медичної евакуації в середньому складала менше п'яти осіб на одне бойове завдання. У 2001 році середня вартість медичної евакуації повітрям (пальне/транспортування) з авіаносця передового базування складала 4400 доларів. Це свідчило про те, що стандартний психолог у зоні бойових дій забезпечує військово-морському флоту економію щонайменше у 110 000 доларів на одне бойове завдання лише завдяки недопущенню медичної евакуації [11]. «Недопущена медична евакуація» визначається як ситуації, в яких моряки залишаються на борту, однак через серйозні психологічні труднощі не залишилися б за відсутності психолога. Більше того, цей показник не враховує численні збитки, пов'язані з втратою персоналу, який володіє цінним досвідом, і зниженням морального стану серед решти членів екіпажу, змушених виконувати додаткову роботу, щоб компенсувати неочікувану нестачу працівників. Зазначені збитки також не враховують вартість ескорту персоналу при медичній евакуації. Крім того, повідомлялося, що на авіаносцях поза зоною бойових дій вдавалося попереджати в середньому 2,8 випадку самогубств на місяць, причому така економія витрат забезпечується протягом всього циклу тренування на авіаносці.

Повідомляються численні приклади такої економії. На борту вже згаданого судна ВМС США «Джон Кеннеді» у 1999 році евакуювали 28 моряків через психологічні проблеми в межах 6-місячного розгортання бойових дій у Середземному морі. У 2001 році, після першого залучення психолога на борт, не було жодного випадку медичної евакуації [12]. Подібні результати спостерігалися на борту судна ВМС США «Карл Вілсон» у 1999 році [11]

та судна ВМС США «Ентерпрайз» у 2001 році [13]. Останні дані свідчать на користь цієї тенденції. Протягом 2006–2007 рр. оціночна кількість недопущених випадків медичної евакуації з авіаносців передового базування складала в середньому більше чотирьох на місяць. (Усі статистичні дані отримані зі щомісячних звітів, наданих психологами з кожного авіаносця; дані фіксуються спілкою клінічних психологів ВМС).

Профілактика хронічних психологічних проблем

Залучені фахівці з психічного здоров'я займають унікальну позицію в тому, що вони можуть виявити проблеми на ранніх стадіях SIC. Постійно контролюючи моральний стан та уважно аналізуючи рівень стресу серед персоналу бойових підрозділів, психологи на авіаносцях здатні здійснювати втручання до того, як проблема стане серйозною. Вони встановлюють контакт з індивідами чи групами, які потенційно мають особливо високий ризик розвитку психологічних проблем, або консультують командування щодо способів підвищення загальної психологічної готовності бойових підрозділів. При багатьох психічних розладах, зокрема при ПТСР, рання ідентифікація та лікування мають ключове значення з точки зору недопущення ускладнень у довгостроковій перспективі.

Одним із найкращих способів запобігти патології до її виникнення є навчання. Виконуючи цю функцію, психологи на авіаносцях також підтримують роботу командирів підрозділів, які, по суті, несуть основну відповідальність за готовність у межах моделі SIC. Психологи на авіаносцях і бортові психіатричні фахівці проводять в середньому 4,5 профілактичних заняття на місяць. Такі класи проводять, щоб допомогти військовослужбовцям виявити психологічні проблеми, що наростають, на ранній стадії (жовта і жовтогаряча зони) до того, як вони стануть деструктивними. Бортові психологи також здатні запобігти виникненню серйозних проблем унаслідок частої взаємодії з командуванням підрозділу. Психологи на авіаносцях проводять більше 40 консультацій на місяць з представниками командування їхніх пацієнтів. Такі консультації проводяться для навчання командирів, а також для обговорення стратегій профілактики загострення симптомів. Важливим обов'язком психологів на авіаносцях та їхнього персоналу стає надання допомоги військовим морякам, у яких очевидна стресова реакція, травма або захворювання. Вони підтримують контакт у середньому зі 105 пацієнтами на місяць, тобто їхня участь у наданні допомоги дуже активна. Безсумнівно, їхній активній ролі як психологів сприяє той факт, що вони живуть і працюють в оточенні своїх пацієнтів, часто зустрічають їх протягом робочого дня, спостерігають за ними при виконанні робочих завдань і взаємодіють з колегами. Як товариші по службі, вони здатні отримати глибоке розуміння повсякденного життя їхніх пацієнтів. Зважаючи на таку регулярну присутність, члени бойових підрозділів більше схильні скористатися послугами фахівця з психічного здоров'я, аніж якби отримання таких послуг потребувало поїздки до психіатричної клініки у медичному закладі.

Зменшення стигми

Серед усіх чинників, що створюють перепони на шляху до надання ефективної психологічної допомоги військовому персоналу, найпотужнішим може бути стійке переконання у багатьох військових частинах, що отримання психологічної допомоги — це ознака слабкості особистості або що така допомога негативно позначиться на військовій кар'єрі. Одним із основних висновків, зроблених у 2007 році оперативною групою з психічного здоров'я Міністерства оборони [14], стало те, що значна стигма ще й досі пов'язана з отриманням психологічної допомоги серед військовослужбовців. Рекомендацією, яка, як вважалося, була «ключовою для психічного здоров'я військовослужбовців», стало те, що «військовослужбовці мають вважати фахівців із психічного здоров'я невід'ємною частиною лінійного підрозділу» [15, с. 4].

Очевидні три переваги моделі SIC у психологічній програмі для авіаносних суден. По-перше, досить близькі стосунки між моряками й військовими психологами зменшують стигму при отриманні допомоги. Внаслідок цього зростає імовірність того, що військовослужбовець звернеться по допомогу, перш ніж стресова травма стане захворюванням. По-друге, доступність послуг психоло-

га знижує часову відстань між визнанням симптомів стресової травми та зверненням по допомогу. Це знижує потребу в медичній евакуації моряків, у яких розвинулося деструктивне стресове захворювання. По-третє, психологи, закріплені за авіаносцем, здатні надати допомогу безпосереднім командирам у підтримці психологічної готовності військ.

Оперативний контроль стресу та готовності (OSCAR)

Історія виникнення

Групи OSCAR і психологи авіаносців виконують ряд спільних функцій із профілактики та лікування психологічних розладів у межах SIC. Концепція OSCAR була створена у 1999 році й утілена як програма оперативного контролю стресу й відновлення у 2-й дивізії Морської піхоти в 2000 році. До складу перших груп OSCAR входили фахівці з психічного здоров'я, санітари, військові священики і військовослужбовці сержантського складу корпусу МП у повністю інтегрованій багатодисциплінарній групі. У 2004 році корпус МП співпрацював із Головним медичним управлінням ВМС для затвердження 2-річної програми OSCAR у всіх трьох активних дивізіях ВМС. Підбір кадрів для груп OSCAR був ускладнений через конкуруючі потреби у фахівцях із психічного здоров'я, кількість яких була вкрай недостатньою у воєнні часи. Однак пілотна група продемонструвала успішні результати, довівши свою цінність для керівництва Корпусу морської піхоти. У 2006 році Військово-морський аналітичний центр [16] оцінив ефективність програми OSCAR і стисло описав модель:

> Застосовуючи модель *суспільного психічного здоров'я* в умовах перебування морських піхотинців на передовій із врахуванням загальної обстановки у ВМС, OSCAR є програмою *органічною* в підрозділах, де вона застосовується, *експедиційною* (супроводжує підрозділ упродовж циклу розгортання бойових дій), *багатодисциплінарною* (застосування командного підходу), *профілактичною* (наголос на повний спектр первинних, вторинних і третинних профілактичних заходів), а також *терапевтичною* (надання відповідних послуг із охорони психічного здоров'я) [16, с. 1].

Центр розцінив пілотну програму й модель OSCAR як успішну з погляду досягнення цільової аудиторії та здатності забезпечити очікувані результати. Програма OSCAR була рекомендована для продовження і розширення за межі активних підрозділів ВМС у авіаційних крилах, групах матеріально-технічного забезпечення і, ймовірно, підрозділах резервістів ВМС. Упродовж 2006–2007 років Корпус морської піхоти виступив спонсором кількох робочих груп для додаткового розширення можливостей і вимог програми OSCAR за участі представників від зацікавлених сторін, включаючи медичну службу Корпусу морської піхоти, релігійні програми, підготовку та освіту, а також оперативні сили. Були розвинуті оптимальні можливості OSCAR. Відповідно до ключової концепції Корпусу морської піхоти, контроль бойового та оперативного стресу визначався, в першу чергу, як обов'язок керівництва. Тому, приділяючи основну увагу збереженню сили й готовності шляхом профілактики й раннього виявлення, а не просто лікування, програма OSCAR перемістилася з медичної служби до програми контролю бойового оперативного стресу під керівництвом першого заступника начальника з питань людських ресурсів і резервів.

Незважаючи на звіт Міністерства оборони від 2007 року [15], в якому передбачено залучення фахівців із психічного здоров'я до підрозділів безпосереднього підпорядкування, підбір кадрів до груп OSCAR військово-морським флотом залишається ситуативним через існування інших нагальних потреб у ресурсах із психічного здоров'я в межах системи.

Підтримка програми OSCAR ставала все складнішою без формальної вимоги від Корпусу морської піхоти. У відповідь на це командувачі — генерали трьох Морських експедиційних сил (MEF — Marine Expeditionary Force) — звернулися з листом до командувача Корпусу морської піхоти, зазначаючи: «Нам потрібні... групи OSCAR у всіх трьох MEF. Ми маємо повністю укомплектувати, профінансувати та оснастити програму OSCAR якомога скоріше, щоб підтримати поточні бойові операції» [17].

Формальний запит на комплектацію групи OSCAR було надіслано ВМС від Корпусу морської піхоти на початку 2008 року. За кілька місяців

ВМС схвалили бюджет постійного комплектування OSCAR у дивізіях і полках ВМС, як активних, так и резервних, починаючи з 2010 року

Можливості

Групи OSCAR надають такі можливості командирам бойових підрозділів:

- спостереження за психологічним здоров'ям військовослужбовців і підрозділів загалом;
- профілактична підготовка та навчання з психологічного здоров'я (за потреби);
- ранні втручання для прискорення одужання серед окремих військовослужбовців і підрозділів унаслідок дії травматичних чинників стресу або втрат;
- клінічні послуги з психічного здоров'я на передових бойових позиціях, де такі послуги були б в іншому випадку недоступними;
- професійне координування комплексних послуг із психічного здоров'я у гарнізоні й опісля розгортання бойових дій для забезпечення готовності;
- підтримка належної духовної форми оперативних сил упродовж циклу розгортання бойових дій завдяки партнерству між релігійними установами і фахівцями з психічного здоров'я;
- психологічна підтримка для медичного персоналу та військових священиків, які перебувають під високим ризиком виникнення проблем, пов'язаних зі стресом.

Можливості OSCAR значною мірою залежать від органічності команди, тобто від злагодженості з бойовими частинами та підрозділами, майже як у традиційній моделі залучення фахівців психіатричної клініки. Розміщення групи OSCAR у підрозділах дає змогу її учасникам повністю вивчити й оцінити специфічні завдання й побутові умови в підрозділах, яким вони надають підтримку в межах циклу розгортання бойових дій: до, під час і після розгортання.

Кінцевими цілями можливостей OSCAR у бойових частинах і підрозділах є: а) підвищення готовності, б) зменшення негативного впливу стресу на ефективність виконання завдання та в) покращення здоров'я і добробуту морських піхотинців, моряків та їхніх родин у довгостроковій перспективі. Групи OSCAR проводять підготовку з психологічного здоров'я морських піхотинців і командирів МП, а також зменшують стигму, пов'язану з отриманням психологічної допомоги. Вони можуть надати допомогу командирам і морським піхотинцям під час неформальних консультацій щодо симптомів та скарг для сприяння ранньому послабленню стресу та забезпечення якомога швидшого втручання, за потреби. Члени групи також відіграють роль радників для командирів загону з таких питань, як профілактика стресу, контроль психологічного здоров'я в їхніх підрозділах, та вживають належних заходів для прискорення одужання. Порівняно з послугами з психічного здоров'я, що надаються у медичних лікувальних закладах, OSCAR набагато більше спрямована на профілактику та психічне здоров'я популяційного рівня, аніж на індивідуальну допомогу. Вона спирається на близькі взаємини між морськими піхотинцями й фахівцями з психічного здоров'я, встановлені до розгортання бойових дій і збережені упродовж бойових дій та після їх завершення.

Мета полягає в тому, щоб підвищити інформованість з питань психологічного здоров'я та усунути перешкоди на шляху до отримання психологічної допомоги.

Склад групи

До групи OSCAR Корпусу морської піхоти входять два дипломовані фахівці з психічного здоров'я і два психіатричні техніки (PT — Psychiatric technician) на один полк або приблизно один сертифікований фахівець та один психіатричний технік на 2500 морських піхотинців. Оперативна група Міністерства оборони у своєму звіті з психічного здоров'я для Конгресу від 2007 року зазначає:

> Визначення належного співвідношення кількості фахівців до кількості військовослужбовців потребуватиме додаткового дослідження; однак, як свідчать дані відвідування позицій, одного психолога чи соціального працівника та одного психіатра на 5000 військовослужбовців, скоріш за все, недостатньо [14, с. 17].

За кожною дивізією також закріплюється група для надання послуг окремим батальйонам і для контролю полкових груп OSCAR. Групи OSCAR є спеціальним підрозділом штабу і підзвітні начальнику медичної служби. До них залучено фахівців із кількох клінічних спеціальностей з такою типовою конфігурацією:

- один дипломований незалежний лікуючий фахівець із психічного здоров'я (психіатр, лікуючий психолог або медична сестра вищої кваліфікації);
- один дипломований незалежний нелікуючий фахівець із психічного здоров'я (психолог або дипломований клінічний соціальний працівник);
- два психіатричних санітари.

Хоча співвідношення числа фахівців і військовослужбовців і нині недостатнє для досягнення близьких стосунків і виникнення довіри між ними, ця конфігурація забезпечує набагато вищу присутність членів групи OSCAR, аніж це було можливо раніше. Залучення інших медичних фахівців, зокрема лікарів, і більшої кількості санітарів, таких як додаткові члени групи OSCAR, завдяки підготовці та консультуванню з членами групи може бути ще одним способом покращення ефективності OSCAR. Мета полягає в тому, щоб зрештою забезпечити групу для кожного оперативного підрозділу, причому не лише в піхотних полках, а також в авіаційних підрозділах і групах із матеріально-технічного забезпечення.

Хоча група OSCAR — це наймолодша програма контролю бойового та оперативного стресу, вона надійно зарекомендувала себе як невід'ємний компонент підтримки психічного здоров'я у ВМС для Корпусу морської піхоти. Власне модель SIC заснована на досвіді, отриманому з операцій OSCAR. Концептуальний зв'язок між OSCAR і моделлю SIC очевидний: спільна відповідальність між командуванням загону та медичним корпусом/службою військових священиків. Ця взаємодія виховує витривалість і стійкість серед морських піхотинців, які зрештою мають нести тягар бойового та оперативного стресу. Відповідно до основних цінностей Корпусу морської піхоти, персональна відповідальність — це критичний компонент підтримки готовності психічного здоров'я, натомість як лідерство передбачає відповідальність за виховання психологічної стійкості, а медичний персонал і військові священики мають надавати допомогу в відновленні психічного здоров'я, якщо окремий військовослужбовець постраждав від стресової травми або захворювання.

НОВІ ЗАВДАННЯ ОПЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ВМС

Збройні сили США зазнають несприятливого впливу GWOT [4]. Попри те, що Військово-морські сили покликані контролювати морські території, цей вид збройних сил запропонував допомогу, щоб розділити тягар цього тривалого конфлікту, та продовжує виконувати важливу функцію у наземних бойових діях, наприклад, під час операцій «Іракська свобода» та «Непохитна свобода». Однак розподіл персоналу ВМС для виконання наземних бойових задавань і надалі проводиться за принципом нетрадиційної дислокації, що призводить до виникнення особливих викликів для програм контролю бойового та оперативного стресу на основі моделі SIC. Два з найбільш складних завдань детально описані нижче. Перше полягає в наданні допомоги персоналу ВМС, призначеного в індивідуальному порядку для підсилення позицій у військових частинах, задіяних у розгортанні бойових дій. Таких військовослужбовців називають «індивідуальні резервісти» (IP). Друге завдання передбачає розробку програми надання допомоги для групи медичних фахівців, на яких існує великий попит, відповідно до розділу OSCAR, внаслідок чого такі фахівці працюють в інтенсивному оперативному темпі та беруть активну участь у зонах бойових дій.

Індивідуальний резерв

Хоча відсоток військових моряків індивідуального резерву складає близько 3 % від регулярних і резервних службових посад у ВМС США, сукупні наслідки таких бойових завдань призвели до поя-

ви понад 46 000 ветеранів бойових дій серед військових моряків за 2006 рік. І цей перелік щороку поповнюється більше ніж на 7000 військових моряків [18]. Відносна незрозумілість цього обов'язку потребує опису циклу підсилення окремими фахівцями, а також розгортання програми контролю бойового та оперативного стресу в ВМС для того, щоб задовольняти унікальні та різноманітні потреби в психологічній підтримці військовослужбовців індивідуального резерву «сухопутних моряків».

Цикл тренування і розгортання

Як видно із самої назви, військові моряки індивідуального резерву здійснюють підготовку, дислокацію й передислокацію самостійно та, в більшості випадків, за межами командних інстанцій ВМС. Тому стандартні медичні програми ВМС, розроблені для моніторингу та лікування психологічних проблем, не є широкодоступними для ІР у більшості критичних точок під час розгортання бойових дій. До того, як задіяти ІР, медичний персонал ВМС проводить обов'язковий медичний огляд перед розгортанням (PDHA — Predeployment health assessment). DD2795 — форма, що використовується для проведення PDHA.

Аспект психічного здоров'я під час огляду передбачає таке запитання: «Чи зверталися ви за консультацією або допомогою до вашого психолога протягом останнього року?». Якщо на це питання відповідають «так», лікар або медичний фахівець, який проводить PDHA, може направити військового моряка до фахівця з психічного здоров'я. Залежно від результатів направлення до психіатра, фахівець, який проводить PDHA, може розцінити військовослужбовця як боєготового або небоєготового. Якщо військовослужбовець вважається боєготовим, ІР відряджається (у статусі тимчасової служби або перманентної зміни позиції, залежно від специфіки завдання) з головного командування та подорожує самостійно до пункту мобілізаційної підготовки ВМС для проходження заключної медичної, адміністративної та юридичної підготовки. Після проведення одного тижня в пункті підготовки військові моряки здебільшого залишають середовище ВМС і від'їжджають до наступної точки призначення, що найчастіше є пунктом бойової підготовки ІР ВМС.

Там кадровий склад військових інструкторів зі стройової підготовки проводить навчання військовослужбовців ІР елементарних бойових навичок. Зокрема це базова вогнева підготовка, надання першої медичної допомоги в польових умовах, правила участі в конвойних операціях і кодекс поведінки для підготовки ІР до інтеграції в армійське бойове середовище. Крім того, під час цього тренування використовується більша частина бойового спорядження. Більшість ІР ВМС отримують однакову підготовку незалежно від обов'язків, які вони виконуватимуть опісля закріплення за відповідною військовою частиною у районі бойових дій. Таке масштабне тренування є корисним, зважаючи на імовірність повторного відрядження на бойове завдання (іноді по кілька разів) під час призначення ІР. Але деякі з місій, що сьогодні виконуються ВМС, потребують компетенції, якої можна досягти лише з роками досвіду.

Одним із прикладів є операції з охорони затриманих осіб. Більшість із військових моряків, призначених до несення варти, хоч і проходять специфічну підготовку з володіння зброєю (на кшталт військової поліції), хоча й готуються на інші посади, наприклад, фахівця з кулінарії, діловода, помічника капітана. У межах стандартного 60-денного періоду підготовки ІР, інструктаж із операцій сил прикриття триває 17 днів (із можливістю додаткових 4 днів). Відсутність упевненості у виконанні завдань може підвищити загальну тривогу, а досвід і тренування підвищать здатність до модулювання бойового стресу (звідки й походить вислів «важко в навчанні, легко в бою»). Результати військового дослідження [19] продемонстрували, що на початку OIF 70 % солдатів, відряджених до Іраку, не були психологічно готові до бойової травми.

Щоб виправити цей недолік, медична служба ВМС впровадила компонент контролю стресу до тренування ІР, метою якого було виховання стратегій когнітивного подолання стресу, сумісних із когнітивним стилем стійкості до стресу, розробленим С. Кобасою (Kobasa) [20]. Він характеризується: а) сприйняттям повторного відрядження в зону бойових дій як можливості для зростання, б) прагненням до самовдосконалення та в) роз-

робкою внутрішнього локусу-контролю (тобто здатності контролювати події, які впливають на життя індивідів). Оцінка впливу цього компоненту є важливою для удосконалення та проведення тренування ІР із подолання бойового стресу, особливо враховуючи, що емпіричні дані з оцінки ефективності програм контролю бойового стресу при розгортанні бойових дій є недостатніми [21]. Фаза дислокації ІР розпочинається з транспортування до зони бойових дій для проведення додаткової підготовки з бойових навичок у польових умовах упродовж 3–4 днів. Опісля цього загін ІР розформовують, а окремих військовослужбовців переводять до основних місць служби, де, за винятком відпустки для відпочинку та відновлення (до 14 днів), ІР залишається протягом шести, дев'яти або дванадцяти місяців. У бойовому місці служби ІР перебувають під командуванням служби-запитувача (в першу чергу, Армії, хоча Корпус морської піхоти також залучає ІР). За потреби ІР звертається по медичну допомогу, включно з психологічною допомогою, до основного командування. Однак програми контролю бойового та оперативного стресу ВМС знову починають застосовуватися, щойно ІР повертається на континентальну частину США. Після повернення із зони розгортання в межах OEF/OIF вони проходять Програму перехідного періоду для військовослужбовців ВМС (WTP — Warrior Transition Program).

WTP складається з чотирьох аспектів контролю оперативного стресу: 1) *запевнення,* що реакція ІР на участь у бойових діях не є патологічною; 2) *відпочинок* для компенсації високого оперативного темпу, пов'язаного з 14-годинним (або більше) робочим днем 6–7 днів на тиждень; 3) *відновлення,* що передбачає прийом їжі та душу без поспіху, та 4) *відновлення упевненості* [6]. Позбавлення військових моряків їхнього громіздкого бойового спорядження та проходження митного контролю заздалегідь також сприяє відпочинку й відновленню. Запевнення та відновлення розпочинаються проведенням інструктажів із бойового стресу фахівцями з психічного здоров'я та військовими священиками. Набагато ефективніше, аніж раціональне використання МТЗ, акти здавання спорядження («повна викладка») та повернення виданої зброї (після останнього ритуального очищення) є настільки ж символічними, як і практичними. Раптова відсутність зброї може викликати тривогу, яка класифікується психологами як частина підготовки до повернення додому.

Стимулом такої програми може бути досвід ветеранів бойових дій на зразок того, що описав у своїй книзі «Ахілл у В'єтнамі» психолог Джонатан Шей [22]. Шей у своїй роботі досліджує важливе значення надання командуванням достатнього часу для «взаємної підтримки та спільного подолання бойової травми» військовослужбовцям [22, с. 61], що було частиною «довгої подорожі додому» у часи Другої світової війни, однак чого, на жаль, не було під час війни у В'єтнамі. Замість того, щоб проводити обстеження або негайно розпочинати лікування реакції на бойовий стрес (наприклад, ПТСР), мета WTP полягає в тому, щоб надати військовим морякам ІР «дозвіл» погорювати й усвідомити цінність їхньої участі в бойових діях, а також відсвяткувати успіх і результати розгортання бойових дій. Ці заходи допоможуть ІР розпочати інтеграцію потенційно фрагментованого та незв'язного досвіду в зоні бойових дій у більш зв'язний та інтегрований власний сценарій чи схему. Очікується, що офіційне затвердження часу, яке надається ІР для усвідомлення психологічного ефекту (позитивного і негативного) розгортання бойових дій, усуне організаційну стигму, яку військовослужбовці часто зазначають як бар'єр на шляху до отримання психологічної допомоги [23]. Психологічна допомога широкодоступна в процесі WTP. Аналогічно процесу «послаблення тиску в третій позиції» TLD (Third location decompression), що застосовували у країнах Організації Північноатлантичного договору, WTP відбувається на часовій і географічній відстані від зони розгортання бойових дій (потенційне джерело травми). Це суттєво відрізняє її від підходів до дебрифінгу стресу критичних інцидентів, які виявилися неефективними або навіть шкідливими для психічного здоров'я [7–9]. WTP більш узгоджується з дебрифінгами у підрозділах по звершенню строку служби, які покращують сприйняття організаційної підтримки [24]. Попри це, оскільки ІР не беруть участі в WTP із їхніми бойовими товаришами по службі, а з іншими ІР із різних зон бойових дій і з різним досвідом, ефективність групового дебрифінгу для ІР ще треба

довести. Після проведення WTP тривалістю 3 дні ІР відправляють додому. Після приїзду до аеропорту головне командування деяких ІР може провести формальну церемонію повернення додому, що сприятиме реінтеграції. Однак для багатьох ІР їхня місія часто завершується так само, як і розпочиналася, — в ізоляції.

Проблеми ізоляції

У В'єтнамі солдати проходили тренінг із однією групою людей, відправлялися самостійно у 1-річну бойову місію у бойових підрозділах зі змінним складом і самостійно поверталися додому для завершення їхньої військової служби або інтеграції у новий бойовий підрозділ [22]. У 1980-ті роки захисну функцію злагодженості бойового підрозділу оцінили по-новому:

> Одним із найцінніших внесків Другої світової війни та сучасних військових конфліктів було визнання стійкого впливу невеликого бойового підрозділу на окремих його членів... Міжособистісні стосунки складаються серед солдатів, між солдатами та їхніми командирами... Саме ці взаємини, які в умовах стресу надихають чи дають сили, підтримують військовослужбовців як особистостей і забезпечують ефективну роботу підрозділу [19, ч. I.1].

Нові дані свідчать про те, що злагодженість бойового підрозділу може допомогти послабити чинники, які наражають військовослужбовців на ризик виникнення психологічних розладів, спричинених участю в бойових діях, таких як ПТСР. Брайлі (Brailey) та співавтори [25] провели оцінку ролі злагодженості бойового підрозділу для прогнозування симптомів ПТСР на вибірці чисельністю 1579 американських солдатів, не задіяних в зоні бойових дій. Поряд із травмою після участі в бойових діях, ступінь злагодження бойового підрозділу був найкращим прогностичним чинником для симптомів ПТСР опісля повернення з бойових дій [25]. Було виявлено, що діагноз ПТСР або іншого психологічного захворювання до відрядження в зону бойових дій наражав військовослужбовців на підвищений ризик розвитку ПТСР у майбутньому [26]. В іншому дослідженні [27] всебічний мета-аналіз 39 вибірок військовослужбовців перед проведенням OEF/OIF показав, що злагодженість бойового підрозділу була важливим прогностичним чинником добробуту для ряду інших наслідків, таких як індивідуальні результати роботи, задоволеність роботою/військовою службою, здатність залишитися на додатковий строк служби та бойова готовність.

Існує загальний консенсус із того, що психічне здоров'я в підрозділах, задіяних в зоні розгортання бойових дій, підкріплюється структурами соціальної підтримки, які виникають у злагоджених підрозділах, що проводять тренування, розгортання бойових дій і повернення додому разом. Попри це відрядження ІР у зону бойових дій наражає нове покоління військовослужбовців на ризик ізоляції в дусі війни у В'єтнамі. Ця проблема посилюється ще й тим, що ІР втрачає працездатність і професійну самобутність. Дані чітко підтверджують взаємозв'язок між задоволеністю від роботи та стресом, пов'язаним із нею [28]. Загальна проблема, про яку повідомляють ІР, — незадоволеність змістом їхнього бойового завдання, зокрема роботою, де не можна застосовувати їхнє так важко зароблене військове звання чи оперативний фах. Також у деяких випадках, коли військових моряків відправляють у зону бойових дій як ІР, вони втрачають повагу до свого звання. У різних видах Збройних сил — різне ставлення до військових звань. Наприклад, щойно завербовані моряки одержують омріяний нагрудний значок-якір головного старшини Е7, вони стають «хакі» (тобто отримують таку ж уніформу, що й особи командного складу) та здобувають велику повагу й автономію у ВМС. Однак більшість ІР зазначають, що соціальний статус, наданий Е7 у ВМС, еквівалентний лише сержанту-майору Е9 в Армії. Дані свідчать про те, що втрата соціального статусу звання є вирішальною для психічного здоров'я та стає джерелом психологічного й фізіологічного стресу [29].

На жаль, через саму природу участі ІР у бойових діях немає достатньо даних у відкритому доступі для того, щоб оцінити відносні ролі відсутності злагодженості бойового підрозділу, невдоволеності роботою та втратою соціального статусу звання у прогнозуванні реакцій на стрес, пов'язаних із участю в бойових діях. Результати

одного з декількох досліджень порівняння статусу психологічного стресу ІР ВМС і військових моряків, не залучених до бойових дій [18], засвідчили, що військовослужбовці як рядового й сержантського, так і командного складу, відряджені до зони бойових дій як ІР, мають набагато більшу кількість психічних проблем. Але це стається лише в тому разі, якщо відрядження відбувалося у ворожій бойовій зоні. Цей результат свідчить про те, що розгортання бойових дій в Армії має найбільший вплив у зоні бойових дій, підкреслюючи взаємодію між участю в бойових діях і типом бойового завдання.

Адміністративні питання також можуть викликати стрес у ІР ВМС. Передача від Армії до ВМС по завершенню розгортання бойових дій не завжди добре скоординована. І, оскільки великій кількості військових частин Армії невідомо про складання письмових оцінок, звіти про придатність або нагороди для персоналу ВМС, служба ІР може не отримати належного визнання (якщо оцінки та звіти про придатність складені не у форматі ВМС, вони не приймаються Головним управлінням особового складу ВМС для включення в послужний список). ВМС також провадять огляд нагород, наданих Армією, та іноді відмовляються прийняти або понижують ці нагороди, що суттєво впливає на моральний стан ІР.

Додаткова проблема — це підтримка родини. Хоча в залучених до бойових дій військових частинах Армії розгортаються потужні програми сімейної підтримки, вони, загалом, не виходять за межі підрозділів і поширюються на членів родин військовослужбовців ВМС, включених до особового складу. Родини ІР, які перебувають у перехідній позиції між постійними командами, можуть залишитися без відповідної підтримки. Таким чином, більше уваги слід приділити забезпеченню того, щоб сім'ї ІР, відряджених до зони бойових дій, отримали належну підтримку та інформацію від систем сімейної підтримки армійської частини.

Додаткові проблеми, які виникають внаслідок унікальних ризиків дії чинників бойового та оперативного стресу для солдатів ІР, створює фізична віддаленість між цими солдатами і традиційною медичною інфраструктурою ВМС. Медичний персонал ВМС має обмежені можливості щодо колективного використання моделі SIC із командним складом Армії. Тому передбачену моделлю взаємодію між командуванням і медичними працівниками для забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців важко реалізувати на практиці. Розробляють все нові ініціативи щодо ІР, наприклад, накази про розподіл підтримки в рамках GWOT, у яких вимоги GWOT оформлені у вигляді стандартних остаточних наказів про переведення до іншої частини. У відповідь на це медичний корпус ВМС розпочав розробку програм контролю бойового та оперативного стресу для задоволення нових потреб бойових завдань ІР, причому програми застосовують як до, так і після розгортання бойових дій. Як результат — військовослужбовці ознайомлюються з навичками психологічного подолання та стійкості до стресу й отримують офіційно виділений їм час для того, щоб подолати скорботу та розпочати процес одужання. Однак доступ до ІР в зоні бойових дій залишається невирішеною проблемою для медичного корпусу ВМС і програм охорони здоров'я.

Допомога тим, хто її надає

Бойове завдання і персонал

Медичний персонал ВМС складається з великого числа фахівців-практиків, які надають допомогу і підтримку пораненим, хворим і травмованим військовим морякам і морським піхотинцям. Медичний персонал ВМС виконує ряд функцій, як традиційних, так і нетрадиційних, зокрема й функції санітарів, військових священиків, консультантів із наркології, координаторів із відновлення, фахівців із ведення пацієнтів, медичних сестер, клінічного допоміжного персоналу та лікарів. Деякі з них — цивільні, дехто працює за контрактом.

Оперативний і професійний стрес, із яким стикаються медичні фахівці, накопичується та зростає упродовж циклу розгортання бойових дій. Гострі поранення та хронічні воєнні захворювання лікують у межах простору медичних послуг, від фронту до госпіталів і амбулаторних центрів у США. Наприклад, санітар, який лікував поранення в Іраку в липні, в січні вже може займатися перев'язкою ран у Сан-Дієго (Каліфорнія). Час простою (тобто час між розгортанням бойових дій) не обов'язково передбачає пере-

дишку для медперсоналу від лікування воєнних поранених. Унаслідок цього медичні працівники мають украй мало часу на відпочинок і відновлення сил. Наслідками не вилікуваного накопиченого стресу можуть стати: медичні помилки; соматичні скарги, такі як зміна звичок у харчуванні, шлунково-кишкові розлади, головний біль, втома та порушення сну; зміна в робочих звичках, наприклад, запізнення та абсентеїзм; психологічні й емоційні труднощі, зокрема порушення пам'яті, злість, невпевненість у власних силах, ізоляція та викривлені судження; та нещасні випадки [30–32]. Медичні працівники ВМС, як правило, відряджаються як ІР до зон воєнних дій, за винятком призначених для виконання обов'язків у бойових частинах і підрозділах (наприклад, плавучі госпіталі, EMF, групи SPRINT, групи OSCAR). Позаштатні медичні працівники, обрані для служби в ІР, як правило, володіють специфічними навичками, узагальненими для формування медичного активу в районі розгортання бойових дій. Персонал із навичками під час бойових дій (санітари сил МП флоту, хірурги, анестезіологи, фахівці з інтенсивної терапії, психологи), імовірніше за все, буде відряджений у зону бойових дій, часто неодноразово протягом періоду служби. Медичний персонал ІР відбирають з госпіталів і клінік із усього світу, проводять з ними підготовку за принципом «точно в строк» і комплектують із них й інших медпрацівників функціональний підрозділ. По завершенню відрядження медичні працівники повертаються до своїх госпіталів і клінік поодинці. Захисний зв'язок зі згуртованим підрозділом втрачається, коли медичні працівники залишають рідний колектив, і знову після того, як вони залишають свій бойовий підрозділ. Ще більшого стресу можуть зазнати медпрацівники, яких приєднали до вже наявних підрозділів передового базування, тобто створюється ситуація, за якої процес «входження» ще більше ускладнюється.

Вплив травми та стратегії втручання

Надання допомоги в зоні бойових дій підвищує імовірність того, що особа зазнає прямого чи опосередкованого впливу травматичних уражень. Прямий вплив є загрозою для фізичної безпеки внаслідок вогню з відкритих і закритих позицій, а також у результаті низки чинників бойового стресу, що викликає втому. Опосередкована травма може виникнути при роботі в тісному контакті з пораненими, хворими і травмованими солдатами протягом тривалих періодів часу, внаслідок чого медичні працівники зазнають такого феномену, як притуплення співчутливості («втома від співчуття»). Щодо моделі SIC, пряма та опосередкована травма може, окремо або в тандемі, стати додатковою причиною розвитку повноцінного стресового захворювання у медичних працівників ВМС. Стресове ураження і травма здатні вплинути на ефективність виконання завдання, що проявляється у медичних помилках, незадоволеності роботою та погіршенні пам'яті [33].

Частково відповідальність за підвищення психологічної стійкості серед медичних працівників ВМС несе командування медичного корпусу ВМС. Нині в медичному корпусі Військово-морських сил вживаються заходи з організації тренування на основі моделі SIC, щоб провести всі етапи тренування для медичного персоналу ВМС. Основними функціями керівників є ведення щоденної діяльності з клінічного управління, а також полегшення переходу медичного персоналу ВМС від одного оперативного середовища до іншого. Одним із ключових моментів моделі SIC, про що слід обов'язково повідомити керівництву медичного персоналу, є те, що їхні функції та робочі середовища за своєю суттю є стресовими і що реакції на стрес — поширені. Велика кількість керівників визнають, що початкові реакції на стрес підвищують активність і концентрацію уваги медичних працівників на критичних змінах стану пацієнта, а тривалий стрес спричинює деградацію професійної діяльності. Керівники мають усвідомлювати: професійний стрес медичних працівників у робочому середовищі є поняттям ендемічним і може протікати в прихованій формі через те, що реакції стають нормальним явищем. Складним питанням для керівників є реінтеграція медичного персоналу, задіяного в бойових діях, у злагоджений бойовий підрозділ. Адже медпрацівники ІР стикаються з подвійним завданням реінтеграції, одночасно маючи завершити стосунки, що склалися протягом періоду відрядження.

Традиційна парадигма «робота–стрес–реакція» як у невійськовій, так і у військовій літературі має декілька спільних елементів: знати джерело робочого стресу, знати ознаки і симптоми стресу, подбати про себе та звернутися по допомогу, якщо відзначається негативний вплив на повсякденне життя [5].

Існує декілька значних перешкод на шляху до отримання самодопомоги медичним працівникам.

По-перше, ендемічний характер робочого стресу продукує певний рівень симптомів стресу в усіх працівників, тому помірний і великий стрес вважається нормою.

По-друге, ранні симптоми стресу, такі як втома, порушення сну та занепокоєння знижують самосвідомість, потрібну для самопомочі.

По-третє, медичні працівники мають інші пріоритети та можуть розцінити самодопомогу як непотрібну або суперечливу їхнім завданням.

Коли потрібне втручання, така схема, як прикриття, заспокоєння, довіра, здатність та упевненість у межах надання першої допомоги при бойовому та оперативному стресі (COSFA [1] — cover, calming, connectedness, capacity, and confidence), може стати дуже корисною. Застосування моделі COSFA дозволяє медичним працівникам сконцентруватися на інших медпрацівниках та їхніх товаришах по службі: встановлення довіри та доступу до лікувальної здатності налагодженості бойового підрозділу потребує порушення «закону мовчання» внаслідок того, що співробітників запитують про те, яким чином вони справляються зі стресом.

Більшість медичних працівників не відчувають себе зручно, звертаючись до своїх товаришів по службі з питаннями та проблемами стосовно їхньої поведінки. Як правило, на питання: «Як справи?» отримують відповідь: «Добре». Стратегія встановлення довіри заснована на очікуваннях від товаришів по службі та використовується у вигляді скорочення OSCAR (додаток 8.1). Комунікативна стратегія OSCAR сприяє тому, що товариші по службі розглядають поведінку своїх колег у п'ять етапів.

По-перше, спостерігати за їхньою поведінкою, зокрема ознаками можливого погіршення стану, такими як недостатня концентрація, втомлений вигляд, засипання під час своєї зміни або дратівливість.

ДОДАТОК 8.1

ОЦІНКА КОНТРОЛЮ ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ ТА ЗВОРОТНА КОМУНІКАЦІЯ

Спостерігати: активне спостереження за поведінкою; виявлення тенденцій.

Заявити про спостереження: сконцентрувати всю увагу на поведінці; лише факти без тлумачення чи суджень.

Роз'яснити функцію: заявити, чому ви занепокоєні щодо поведінки, що пояснює ваше занепокоєння цим питанням.

Запитати чому: отримати роз'яснення; спробувати зрозуміти сприйняття поведінки іншою особою.

Зреагувати: роз'яснити питання, якщо потрібно; обговорити бажані лінії поведінки; повідомити про варіанти подальших дій зі зміни поведінки.

По-друге, заявити про спостереження. Про спостереження треба заявити відкрито, оскільки зниження самосвідомості є одним із ранніх проявів реакції на стрес.

По-третє, роз'яснити свою роль. Ролі соратників, підлеглих, наглядачів, друзів і чоловіка/дружини допомагають продемонструвати, чому розглядається та чи інша поведінка, і встановити, які варіанти слід використовувати щодо колег. По-четверте, дізнатися в соратника про його особисте сприйняття того, якою є поведінка. У багатьох випадках сам факт спілкування про поведінку дає індивіду змогу роз'яснити, яким чином проблема впливає на стиль роботи. По-п'яте, надати рекомендації щодо змін поведінки та запропонувати товаришу допомогу при зверненні до інших джерел, таких як керівник, військовий священик, фінансовий консультант, Товариство з надання допомоги родинам військовослужбовців корпусу МП чи психолог.

Незважаючи на підвищені ризики розвитку стресових уражень під час бойових дій або в ході щоденної праці, робота медичного працівника ВМС може приносити йому велике внутрішнє задоволення та віддачу. Концепція ВМС «допомога тому, хто її надає», заснована на моделі SIC, спонукає медичних працівників застосовувати ті самі навички, що вони розвинули в себе, з метою сприяти їхнім пацієнтам допомогти одне одному.

ВИСНОВКИ

Модель SIC є амбіційною спробою асимілювати несумісні концептуальні підходи різних програм контролю стресу в ВМС, кожна з яких має власну унікальну історію, у єдину, але комплексну парадигму контролю оперативного стресу. У межах цієї моделі три основні сторони несуть відповідальність за надання підтримки військовим морякам і морським піхотинцям у подоланні неминучого стресу при виконанні бойових завдань:

1) командир;
2) військовослужбовець;
3) медичний працівник.

Лідерство є основою для ефективного контролю бойового стресу шляхом створення атмосфери командування, за якої визнається важлива роль психічного здоров'я, проводиться підготовка з психологічної стійкості та усуваються бар'єри на шляху до отримання допомоги для осіб, у яких виникли реакції на стрес, травми або захворювання.

Окремі військовослужбовці, які пройшли підготовку з психологічної стійкості, здатні розробити власні стратегії боротьби зі стресом. Вони розпізнають моменти, коли їхні реакції на стрес виходять за межі їхніх можливостей подолання, та володіють достатніми знаннями і доступними варіантами отримання допомоги у разі потреби.

Медичні працівники мають активно виконувати роль консультантів, підтримуючи керівників у їхніх спробах контролювати стрес, однак зберігаючи пильність в ідентифікації військових моряків, які негативно реагують на стрес, і надаючи якісну допомогу особам, у яких реакція на стрес призводить до захворювання чи травми.

Експедиційні медичні платформи, такі як плавучі госпіталі та EMF, надають великі медичні можливості передового базування для застосування моделі SIC. Однак елементи програми контролю бойового стресу, такі як SPRINT, психологи авіаносців і групи OSCAR, є найкращим втіленням моделі SIC. Зокрема, власне модель SIC заснована на філософії OSCAR. На жаль, медичні платформи передового базування та контрольні елементи бойового стресу з усіх сил намагаються адаптувати зростаючі потреби GWOT, унаслідок чого медичні працівники самі зазнають стресу, а надання допомоги військовим морякам, задіяним як IP, виходить за межі сфери впливу ВМС.

Заснована на успішних елементах програми контролю бойового стресу, описаної в цьому розділі та розробленої для забезпечення специфічних оперативних вимог, медицина ВМС може знову піднятися та забезпечити допомогу військовим морякам, залученим до бойових дій.

Основною темою цього розділу було застосування мобільних та експедиційних активів медичного корпусу ВМС. Попри потреби та якість централізованих медичних потужностей ВМС, було встановлено, що надання допомоги в підрозділах передового базування знизило стигму, пов'язану зі зверненням по допомогу з приводу захворювання внаслідок стресу. Більш того, цей зиск є взаємним: прихильники розглянутої моделі погоджуються, що медичні працівники самі отримують користь від соціальної злагодженості у бойовому підрозділі, коли створено ситуацію, яка підвищує рівень довіри до медпрацівників, а також їхню загальну здатність до здійснення втручання й лікування уражень, пов'язаних зі стресом.

Кожен підрозділ цього розділу надає сукупні знання, отримані з професійних тренувань, оглядів літературних джерел та, що найважливіше, особистого досвіду реалізації програми контролю бойового та оперативного стресу ВМС.

У цьому розділі читача також попереджають про те, де потрібні дані для оцінки ефективності обговорюваних програм із точки зору контролю бойового та оперативного стресу. Попри велику кількість моделей та описаних підходів, програми контролю бойового та оперативному стресу ВМС у їхньому поточному стані є підбіркою заходів, орієнтованих на бойові місії, що відображають багатогранні та динамічні аспекти контролю стресу в бойовому та оперативному середовищі. Модель SIC — це смілива, однак необхідна спроба вплести елементи цієї програми у загальну філософію контролю бойового стресу ВМС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Figley CR, Nash WP, eds. *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management.* New York, NY: Routledge; 2007.
2. Stokes AF, Kite K. On grasping a nettle and becoming emotional. In: Hancock PA, Desmond PA, eds. *Stress, Workload, and Fatigue. Mahwah*, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers; 2001: 107–132.
3. Gunderson E, Hourani LL. The epidemiology of mental disorders in the US Navy: the neuroses. *Mil Med.* 2001; 166:612–620.
4. Tanielian T, Jaycox L. *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, Calif: RAND Corporation; 2008.
5. Cooper CL, Cartwright S. A strategic approach to organizational stress management. In: Hancock PA, Desmond PA, eds. *Stress, Workload, and Fatigue.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers; 2001: 235–248.
6. Lewis SJ. Combat stress control: putting principle into practice. In: Britt TW, Castro CA, Adler AB, eds. *Military Life: The Psychology of Serving in Peace and Combat*. Westport, Conn: Praeger Security International; 2006: 121–140.
7. McNally RJ. Psychological debriefing does not prevent posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Times*. 2004;21(4).
8. McNally RJ, Bryant RA, Ehlers A. Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychol Sci Pub Int*. 2003:42:45–79.
9. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Review.* 2001;4. Art No. CD000560.
10. Nash B, Watson P, Litz B. USN-USMC combat and operational stress first aid (COSFA). Paper presented at: US Marine Corps Combat Operational Stress Control Conference; August 12–14, 2008; San Diego, Calif.
11. Wood DP, Koffman RL, Arita AA. Psychiatric medevacs during a 6-month aircraft carrier battle group deployment to the Persian Gulf: a Navy Force Health Protection preliminary report. Mil Med. 2003;168:43–47.
12. Smith D. Taking it to the fleet. *Monitor Psychol*. 2002;33:52–53.
13. Jones DE, Lee JJ. Take the tough cases to sea. *Proceedings.* 2002;128:61–64.
14. US Department of Defense. *An Achievable Vision: Report of the Department of Defense Task Force on Mental Health.* Falls Church, Va: Defense Health Board; 2007.
15. US Department of Defense. *Plan to Achieve the Vision of the DoD Task Force on Mental Health*: Report to Congress September 2007. Washington, DC: DoD; 2007.
16. Harris DM, Edwards JD. *A Preliminary Evaluation of the OSCAR Pilot Program*. Alexandria, Va: Center for Naval Analyses; 2006. Report CRM D0013962.A2/Final.
17. US Marine Corps. Tri-MEF *Combat Operational Stress Conference*. Camp Pendleton, Calif: I, II, and III Marine Expeditionary Forces. Letter to the Commandant, 12 September 2007. Available at: http://www.mca-marines.org/Gazette/PDF/USMCLetterPP.pdf. Accessed March 30, 2009.
18. Andres JM. *Effects of Navy Individual Augmentee Deployments on Mental Health Outcomes* [master's thesis]. Monterey, Calif: Naval Postgraduate School; 2008.
19. US Army Office of the Surgeon General. *Operation Iraqi Freedom Mental Health Advisory Team Report*, 16 December 2003. Washington, DC: OTSG; 2003.
20. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol.* 1979;37:1–11.

21. Sharpley JG, Fear NT, Greenberg N, Jones M, Wessely S. Pre-deployment stress briefing: does it have an effect? *Occup Med* (Lond). 2008;58:30–34.

22. Shay J. *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. New York, NY: Atheneum; 1994.

23. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351:13–22.

24. Adler A, Suvak M, Litz B, et al. A controlled trial of group debriefing in the military: preliminary findings. Poster session presented at: 38th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy; August 2004; New Orleans, La.

25. Brailey K, Vasterling JJ, Proctor SP, Constans JI, Friedman MJ. PTSD symptoms, life events and unit cohesion in US soldiers: baseline findings from the neurocognition deployment health study. *J Trauma Stress*. 2007;20:495–503.

26. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a metaanalysis. *Psychol Bull.* 2003;129:52–73.

27. Oliver L, Harman J, Hoover E, Hayes S, Pandhi N. A quantitative integration of the military cohesion literature. *Mil Psychol*. 1999;11:57–83.

28. Ostroff C. The relationship between satisfaction, attitudes, and performance: an organizational level analysis. *J Appl Psychol.* 1992;77:963–974.

29. DeVries AC, Glasper ER, Detillion CE. Social modulation of stress responses. *Physiol Behav*. 2003;79:399–407.

30. Jacobson BH, Aldana SG, Goetzel RZ, Vardell KD, Adams TB, Pietras RJ. The relationship between perceived stress and self-reported illness-related absenteeism. *Am J Health Promot.* 1996;11:54–61.

31. Barger L, Cade BE, Ayas NT, et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med*. 2005;352:125–134.

32. Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med*. 2002;347:1249–1255.

33. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(8):467–476.

Розділ 9

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» 05-07

Марк А. Купер[I] · Шерон М. Ньютон[II] · Джефрі С. Ярвіс[III]

ВСТУП

ЗМІНА ДИНАМІКИ КОНФЛІКТУ

Більш досвідчений ворог

Удосконалення баз передового розгортання, удосконалення психіатричної допомоги

Збільшення кількості повторно задіяних солдатів

Нові політики Міністерства оборони

Удосконалення управління та контролю персоналу з охорони психічного здоров'я формувань вище дивізії

Стандартизація практик

Забезпечення якості

ЗНАЧЕННЯ ЗМІ

Повідомлення про збільшення кількості самогубств

Вихід документальної стрічки «Багдад: невідкладна допомога» (Baghdad ER)

Висвітлення в ЗМІ масового вбивства мирного населення в Хадиті

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, керівник служби охорони психічного здоров'я, госпіталь Армії США м. Монкріф, 4500 Stuart Street, Fort Jackson, South Carolina 29207; у минулому — майор, Медичний корпус, Армія США; OIF 05-07 консультант із психічного здоров'я в зоні бойових дій, 30-та оперативна група, медична бригада, Baghdad, Iraq.

[II] Доктор імунології, підполковник, служба медичних фахівців, Армія США; Управління інспекції, 30-те медичне командування, CMR 442, APO AE 09042; у минулому — консультант у зоні бойових дій із контролю бойового й оперативного стресу, Iraq.

[III] Магістр соціального управління, доктор філософії, підполковник, Медичний корпус, Армія США; керівник із охорони психічного здоров'я, відділ психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington DC 20307; у минулому — директор соціальної роботи, Військово-медичний університет, Bethesda, Maryland.

ВСТУП

Третя річниця бойових дій в Іраку в межах операції «Іракська свобода» (OIF) 05-07 ознаменувалася суттєвими змінами на полі бою з того моменту, як Збройні сили США вперше висадилися в Іраку в березні 2003 року. На заміну відкритим боям за межами території основних міст прийшли бойові дії всередині населених пунктів. Ворог із видимої бойової сили перетворився у приховані підпільні загони. З трансформацією поля бою змінилися й принципи надання медичної допомоги. Медичні працівники надавали психологічну підтримку солдатам як і раніше, однак їхні завдання розвивалися, що стало поштовхом до удосконалення колишніх методів, втілення нових місій і зосередження особливої уваги на збір даних. Завдяки перебуванню в країні упродовж трьох років і застосуванню широких можливостей комп'ютеризованих технологій, система охорони психічного здоров'я військовослужбовців у зоні бойових дій піднялася до небаченого раніше рівня досконалості.

У цьому розділі проаналізовано, яким чином тривалість конфлікту вплинула на надання послуг із охорони психічного здоров'я під час OIF 05-07. Тут розглянуті чинники, які вплинули на військовослужбовців і мали наслідки для надавачів послуг із охорони психічного здоров'я, зокрема такі, як війна з більш досвідченим ворогом, проживання на новітніх базах і впровадження нових політик Міністерства оборони США.

Крім того, у розділі описані способи, якими фахівці з охорони психічного здоров'я розширили систему, скориставшись досвідом з операцій OIF-I і OIF-II. До того ж, тривалість конфлікту та зростання числа людських втрат підсилили інтерес ЗМІ до конфлікту та питання доступності психіатричної допомоги для солдатів у зоні бойових дій.

У цьому розділі також розкрито тему впливу ЗМІ на надання психіатричної допомоги під час операції OIF 05-07.

ЗМІНА ДИНАМІКИ КОНФЛІКТУ

Більш досвідчений ворог

У березні 2003 року ворог був очевидним — іракська армія під командуванням Саддама Хусейна. Після капітуляції військ Хусейна у квітні 2003 року визначення поняття «ворог» ускладнилося. Осередки повстанських груп у поєднанні з міжрелігійним насиллям призвели до коаліційних втрат унаслідок застосування різноманітних тактик партизанської війни. У наступні роки ці тактики стали більш досконалими, із застосуванням снайперських навичок та залученням експертів із вибухових пристроїв. Ці смертельні зіткнення з повстанцями спонукали американських військових прийняти рішення щодо покращення підготовки всіх солдатів у зоні бойових дій. Однією з позитивних змін у період OIF 05-07 було те, що всі вже задіяні до бойових дій солдати, а також солдати, які плануються до залучення в найближчому майбутньому, отримали захисне обладнання, яке, як правило, надавали лише бойовим підрозділам. Крім нової, більш адаптованої до бойових умов форми та удосконалених кевларових шоломів, усі солдати отримали кровоспинний бандаж «гемкон», що забезпечив набагато кращі результати при наданні допомоги, ніж попередні засоби. Солдати отрима-

ли захисні металеві пластини для дельтоподібних м'язів і пахвових ділянок та вдосконалені залізні захисні вставки у бронежилети для підвищення безпеки. Однак ці захисні заходи суттєво підвищили вагу, яку мав носити кожен солдат. Додаткова вага, особливо в спекотні літні місяці, стала ще одним чинником стресу для всіх солдатів, зокрема й для фахівців із контролю бойового стресу під час переміщень за межами бази передового розгортання (FOB — Forward operating base).

Пересування від однієї FOB до іншої покращилося в період OIF 05-07. Протягом першої половини операції OIF-I перевезення здійснювалися у тентованих вантажівках, адже не було екранованих транспортних засобів. Небезпека під час наземного пересування (наприклад, саморобні вибухові пристрої, активно-реактивні гранати, терористи-смертники) стала більш поширеною та серйозною. Виникла потреба того, щоб усі транспортні засоби за межами FOB були екранованими. Загалом, хоча сьогодні більшість переміщень здійснюється повітряними суднами, на відміну від часів OIF-I (коли майже всі пересування відбувались із наземним супроводом), більшість груп із контролю бойового стресу продовжує діставатись місця призначення із супроводом.

Як покращення, що відбулось упродовж ескалації конфлікту, можна відзначити стандартизацію процедур супроводження. Під час операції OIF-I, залежно від місця розташування команди та її вищого штабу, процедури дуже різнилися між собою. Деякі команди пересувалися у машинах нетактичного призначення, тимчасом як інші групи мали супроводжуватися охороною як мінімум із трьох машин, з певною кількістю озброєних членів екіпажу. Стандартизація операцій супроводження була розроблена для підвищення безпеки. Попри це такий ускладнений процес створив суттєві незручності для груп із контролю бойового стресу, які регулярно мали залишати FOB, щоб надати послуги підтримуваній частині.

Удосконалення баз передового розгортання, удосконалення психіатричної допомоги

Протягом операції OIF 05-07 суттєво покращилися умови проживання та роботи. Під час OIF-I солдати (зокрема й фахівці з охорони психічного здоров'я) жили та працювали за межами наметів більшість часу, використовуючи біотуалети, імпровізовані душові й отримуючи сухпайки. Поліпшення умов почалося вже перед завершенням ротації OIF-I. Із кожною новою ротацією впроваджувалися нові покращення. Упродовж OIF 05-07 більшість персоналу жила та працювала в трейлерах або спорудах із клімат-контролем та електрикою, були наявні санітарні приміщення з проточною водою. Навіть поява ліжок замість польових тапчанів загалом покращила умови життя. Очевидно, що ці зміни на краще вплинули і на рівень стресу в солдатів, а також у медичного персоналу, який надає психологічну підтримку.

Фахівці з охорони психічного здоров'я 30-ї медичної бригади (TF 30 Med) зазначили у своїх спостереженнях, що підпорядковані підрозділи повідомляли про більшу кількість пацієнтів із психіатричними проблемами, аніж передбачалося доктриною контролю бойового оперативного стресу (COSC). Було проведене приблизне порівняння середньої місячної кількості нових пацієнтів, які звернулися до психіатра, та середньою місячною кількістю нових пацієнтів, які звернулися з приводу бойового стресу на підставі звітів Системи звітності про робоче навантаження щодо контролю бойового та оперативного стресу (COSC-WARS — Combat Operational Stress Control Workload Activity Reporting System) в операціях OIF-I, OIF-II, OIF 04-06 і OIF 05-07. Середня кількість нових пацієнтів, які звернулися до психіатра під час операції OIF-I, зросла непропорційно сильно порівняно з середньою кількістю пацієнтів, які зверталися з приводу бойового стресу впродовж OIF 05-07 (можлива лише приблизна оцінка, оскільки збір даних на ранніх етапах конфлікту, очевидно, не був пріоритетним завданням). Причини зростання не зрозумілі. Серед можливих пояснень — покращення процедур звітування з робочого навантаження, зростання кількості військовослужбовців у групі ризику або числа солдатів, задіяних в операції, які приймали психотропні препарати. Також серед імовірних причин — більша готовність медичних працівників застосовувати медикаментозне лікування бойового стресу. Унаслідок цього пацієнт, який за звичайних обставин звернувся б із приводу бойо-

вого стресу, почав звертатися через психіатричні проблеми. Медичні працівники з більшою готовністю призначали медикаментозне лікування, оскільки умови проживання були стабільніші, а з цим зросли і можливості ведення спостереження за пацієнтами: солдатів не потрібно було відправляти з зони бойових дій для отримання лікування.

Багато з послуг під час операції OIF 05-07 надавалися на клінічному рівні. (Однією з переваг тривалішого конфлікту є покращення робочих умов). Упродовж OIF-I нормою були намети. Під час операції OIF 05-07 намети були замінені спорудами. Надання допомоги в спорудах замість наметів, де живуть солдати, створювало відчуття того, що послуги отримуються в клініці. Крім того, більшість підрозділів із контролю бойового стресу (CSC — combat stress control) розміщували свої групи в польових госпіталях (ПГ), на відміну від операції OIF-I [1]. Ці групи, загалом, надавали первинну психологічну допомогу. Часто це відбувалося через необхідність, адже ці групи були єдиними фахівцями з охорони психічного здоров'я у базах передового розгортання, або ж ПГ не мав достатньо персоналу через роздільне базування. Іноді це був вибір самого медичного працівника, командира з контролю бойового стресу або командира ПГ.

Це не означає, що персонал COSC не надавав профілактичної індивідуальної допомоги. Як уже зазначалося, велика кількість фахівців із охорони психічного здоров'я зосереджувала увагу на профілактичній діяльності, так само як і психологічний персонал із формувань вище дивізії, за межами підрозділів COSC. Усі групи з підрозділів COSC вели певну інформаційно-освітню пропаганду, впроваджуючи заняття, консультації та роз'яснювальну роботу, а також стандартну програму підтримки шляхом обговорення проблем із забезпечуваними частинами. До початку операції OIF 05-07 фахівці з охорони психічного здоров'я в зоні бойових дій вже володіли основами роботи у бойовому середовищі та почали розширювати свої обов'язки до експертних та адміністративних психіатричних послуг, які раніше не були пов'язані з військовою психіатрією. Психологічні ради та оцінки психічного стану навіть не згадуються ані в польовому статуті з COSC [2], ані у двох томах із психіатрії у циклі «Науковий посібник з військової медицини» [3, 4]. Незрозуміло, чи мали запити про надання таких спеціалізованих послуг будь-який зв'язок із тим фактом, що психіатрична допомога пропонувалася у більш клінічному середовищі, через що медичні працівники мали більше можливостей або були більш підготовлені задовольнити такі запити.

Той факт, що командири та солдати потребували цієї допомоги під час участі в бойових діях, заслуговує на обговорення. Четверта консультаційна команда з охорони психічного здоров'я (MHAT — Mental Health Advisory Team) виявила, що солдати, відряджені до зони бойових дій в Ірак більше одного разу, скоріш за все, мали позитивні результати огляду з точки зору наявності депресії, гострого стресу, тривоги чи інших психічних проблем. Також повідомляється, що в солдатів, у яких при огляді виявлено психічні проблеми, вдвічі вища імовірність мати неетичну поведінку, порівняно з солдатами, у яких не було виявлено таких проблем [5]. Кількість моральних виправдань з приводу тяжких правопорушень, наданих новобранцям, зросла з 459 у 2003 році до 1002 у 2006 році [6]. Очевидно, що довше триває конфлікт, то більше підвищуються шанси, коли солдати демонструватимуть неконтрольовані емоційні спалахи упродовж бойових дій. Це може статися або через наявність психологічних проблем, або через протиправну поведінку в минулому. Із цього випливає, що потреба роботи психологічних команд, контрольованих командуванням, або оцінювання психічного стану в зоні бойових дій зростатиме.

Встановлена під час OIF 05-07 психіатрична клініка допомогла вирішити проблеми з матеріально-технічним забезпеченням, що переслідували клініки на початку конфлікту. Одним із найбільших покращень стало введення фармакологічного довідника, який містив ширший спектр антидепресантів і стимулянтів — основних медикаментів, потрібних у роботі медичних працівників під час операції OIF-I [7]. Цей довідник часто переглядався фармацевтами на щоквартальних нарадах Міжнародних коаліційних сил — Ірак MNF-I (Multi-National Force–Iraq), завдяки яким медичні працівники могли висловлювати поради щодо його поповнення чи заміни. Попри високий інтерес до кількості призначених пси-

хотропних препаратів у зоні бойових дій, деякі механізми ускладнюють точне отримання цих даних. По-перше, більшість пацієнтів зі встановленими психологічними проблемами відряджаються з їхнього постійного місця служби або пункту забезпечення готовності солдатів у зону бойових дій із 90-денним запасом лікарських засобів. Аптека TRICARE для замовлення та відправки медикаментів поштою також часто використовувалася для пацієнтів зі встановленими психологічними проблемами та пацієнтами, стабілізованими лікарськими засобами в зоні бойових дій. Фармацевти з району бойових дій замовляли власні резерви лікарських засобів і вели свою документацію з призначень із кожного психотропного препарату. Таким чином, централізований моніторинг замовлень відображав лише поставки до аптек у районі бойових дій, а не реально призначену кількість доставлених препаратів.

Іншим покращенням, досягнутим у районі бойових дій, було зростання доступності та використання Інтерактивного навчального інструменту — Комплексної системи охорони здоров'я (CHCS-ITT — Composite Health Care System-Interactive Training Tool), військової електронної медичної картки. Оскільки CHCS-ITT пов'язаний із комп'ютерною системою медичного обліку, що застосовується в гарнізоні, записи медичного працівника, зроблені в зоні бойових дій, можуть бути доступними з будь-якого військового медичного закладу світу. Ця система суттєво покращила безперервність надання медичної допомоги між районом бойових дій в Іраку та медичними закладами, де солдати отримують лікування, та зменшила найбільший ризик, пов'язаний із паперовою документацією, — неправильне розміщення. На жаль, надійне електропостачання, комп'ютери й інструктори з CHCS-ITT були доступними лише в польових госпіталях рівня III та батальйонних медичних пунктах рівня II. У випадку, якщо групи КБС не були розміщені в одному з таких закладів, вони не мали доступу до системи CHCS-ITT.

У гарнізонних психіатричних клініках району бойових дій часто виникали дискусії. Вони точилися навколо того, чи долучати записи з психічного здоров'я до загальної медичної документації, та відсутності конфіденційності в комп'ютеризованій документації з психічного здоров'я. Система конфіденційності CHCS-ITT не діяла в районі бойових дій. Ця система конфіденційності, також відома як принцип «розбитого скла», дає змогу вести документацію всіх користувачів, які мають доступ до клінічних записів, позначених як «конфіденційні». До того, як отримати доступ до записів, що не підлягають розголошенню, медичні працівники отримують попередження (у вигляді вікна, що спливає) про те, що вони здійснюють доступ до конфіденційних даних і будуть контролюватися. Для CHCS-ITT медичні працівники в районі бойових дій можуть позначити дані як конфіденційні, однак без ведення обліку осіб, які здійснювали доступ до цих даних, і без спливаючого вікна з повідомленням про таємність. Щоб використовувати систему для захисту конфіденційності пацієнта, деякі медичні працівники вирішили вести свої записи в електронному вигляді без підпису, залишаючи візит пацієнта з «відкритим» статусом і запобігаючи можливості перегляду записів іншими користувачами. Однак при цьому фахівці, що здійснювали лікування, могли стисло описати візит пацієнта та роздрукувати його. Недоліком такої практики стало те, що майбутні надавачі медичних послуг не отримували доступу до цих записів, оскільки для них записи були закриті. А відкриті файли суттєво погіршують систему загалом, адже внесення записів до цієї конкретної мережі в усіх клініках потребує більше часу.

За наявності удосконалених FOB, які пропонують ширший спектр послуг, підрядна компанія KBR (у минулому «Kellogg Brown & Root», найбільший вільнонайманий склад в Іраку тих часів), а також військово-торговельна служба Сухопутних військ і Військово-повітряних сил потребували більшої кількості вільнонайманих працівників під час операції OIF 05-07, аніж за часів OIF-I. Проблеми виникли тоді, коли ці співробітники, які мали успішно пройти психіатричний огляд до відрядження в зону бойових дій, звернулися по допомогу до військової психіатричної клініки. Через це військові психіатри опинилися у незручній ситуації одразу з кількох причин: а) положення про військову професійну некомпетентність не поширювалися на послуги підрядників, б) підрядники не мали достатньої компетенції для надання допомоги, тому відпуск лікарських засобів

за рецептом ускладнювався і в) якщо контрактне агентство дізнавалося, що працівник отримував психіатричну допомогу, такого працівника відправляли додому; тому медичних працівників просили повідомляти про звернення підрядників до психіатричних клінік. Компанія KBR направила до Іраку власних консультантів у межах програми допомоги співробітникам, що було ефективно в ситуаціях, коли співробітники KBR були свідками інцидентів із людськими втратами, адже їх власні консультанти могли провести дебрифінг або консультацію.

Однак серед персоналу компанії KBR не було лікарів чи психіатрів. Оскільки лише лікарі можуть подати запит про повітряну евакуацію, військові психіатри мали авторизувати всі невідкладні психіатричні стани серед співробітників KBR, які потребують евакуації з району бойових дій. Розвинуті FOB впровадили комунікаційні системи, що були суттєво удосконалені з часів операції OIF-I. Це мало деякі наслідки для сфери охорони психічного здоров'я. По-перше, більшість цих баз мали повсюдний доступ до інтернету й телефонні центри, завдяки яким солдати могли регулярно подзвонити додому. Фахівці з охорони психічного здоров'я в зоні бойових дій сприймали це неоднозначно — солдати могли отримати як додаткову підтримку, так і погані новини, натомість свої бойові завдання мали виконувати в будь-якому разі.

Ще одним наслідком удосконалення комунікації, особливо впровадження відправки електронної пошти до США у FOB, була можливість спрощення дизайну MHAT IV. Замість поїздок команди дослідників у район бойових дій і на бази передового розгортання для проведення опитувань, перелік питань можна було швидко надсилати електронною поштою до зони бойових дій. Опісля того їх передавали фахівцям із охорони психічного здоров'я у FOB, де базувалися підрозділи-учасники. Опитування проводилися фахівцями з охорони психічного здоров'я кожного підрозділу та відправлялися назад на адресу начальника медичної служби MNF–I, де була база MHAT IV. Цей новий процес сприяв зменшенню кількості дослідників, потрібних у зоні бойових дій. Відтоді увагу можна було зосередити на аналізі даних, а не на проведенні опитування. Хоча це розширило коло завдань фахівців із охорони психічного здоров'я в районі бойових дій, а у підрозділів з'явилася можливість взаємодіяти з їхнім медичним персоналом, а не з групою сторонніх осіб. Крім того, це знизило потребу в відрядженнях персоналу MHAT до FOB, що завжди передбачало певні ризики. У поштовій системі могли виникнути затримки, тому персонал MHAT здійснював більше поїздок, аніж планувалося на початку, та все ж набагато менше, аніж команди MHAT у минулому.

Збільшення кількості повторно задіяних солдатів

Очевидно, що кожного наступного року, поки тривав конфлікт, зростала імовірність, що число задіяних повторно солдатів суттєво збільшиться. Збільшення кількості повторних учасників операції OIF 05-07 було поширеним явищем не лише серед солдатів, які зверталися по психіатричну допомогу. Велика кількість медичних працівників також була задіяна повторно. Нерідкість, коли фахівці з COSC поверталися з завдання і одразу ж дізнавалися, що мають готуватися до наступного. Вони могли не мати достатньо часу, щоб оговтатися від попереднього завдання. Сама сутність надання допомоги з COSC у районі бойових дій передбачає, що медичний працівник не раз зазнає стресу та чує трагічні історії від солдатів. Двадцять один відсоток медичних працівників у межах операції OIF 05-07 повідомили про великі чи дуже великі рівні «вигоряння» [5]. Невідомо, яка кількість серед цих медичних працівників була задіяна повторно. Довготривалий вплив багаторазової участі в операції на фахівців із охорони психічного здоров'я потребує додаткового дослідження, особливо якщо між завданнями минало мало часу.

Безперервне надання психіатричної допомоги могло б призвести до більш швидкої ротації серед фахівців із охорони психічного здоров'я, якби ПС і ВМС США не забезпечили більшу чисельність медичного персоналу, аніж у попередні роки OIF. ПС залучали фахівців із охорони психічного здоров'я на періоди по 4 місяці поспіль. Їх включали до груп COSC або до госпіталів ПС у центральній частині Іраку. ВМС долучали фахівців із охорони психічного здоров'я для підтримки лінійних під-

розділів морських піхотинців, проте ними також заповнювали деякі прогалини в персоналі внаслідок ротації резервістів у підрозділах COSC.

Нові політики Міністерства оборони

Щойно звіти про бойові дії та інші повідомлення щодо труднощів, які виникали під час операцій OIF-I і OIF-II, досягли вищого військового командування, його представники почали розробляти нові напрямки, спрямовані на необхідні покращення. Один із таких напрямків стосувався надання допомоги жертвам сексуального насилля. Ця стратегія була розроблена в результаті запиту від Міністра оборони (на той час Дональд Рамсфелд) у лютому 2004 року щодо звинувачень в сексуальному насиллі, поданих солдатами, задіяними у війні в Іраку та Кувейті [8]. Оперативна група, сформована для розслідування цих звинувачень, виявила невідповідності в програмі запобігання сексуальному насиллю у багатьох військових частинах. Оперативна група повідомила, що перешкод до повідомлення про сексуальне насилля у воєнних умовах безліч. А без адвоката, який би допоміг жертві, було дуже легко проігнорувати права і потреби жертви. Серед рекомендацій оперативної групи була розробка стратегій Міністерством оборони, спрямованих на запобігання сексуальному насиллю та реагування на нього, а також створення оперативної групи, яка контролювала б цей напрямок. Опісля отримання схвалення Конгресом у жовтні 2005 року було опубліковано Директиву Міністерства оборони 6495.01 «Програма боротьби із сексуальним насиллям». У ній описані принципи лікування і допомоги жертвам сексуального насилля. Вимагалося, щоб ця директива містила положення про сексуальне насилля в зоні бойових дій. Армія США опублікувала свою стратегію в межах Політики командування СВ, Статуту СВ 600-20, який уперше був опублікований 1 лютого 2006 року та перевиданий 7 червня 2006 року.

Програма боротьби із сексуальним насиллям стосувалася фахівців із охорони психічного здоров'я, оскільки потенційно вона розширювала коло їхніх обов'язків. По-перше, вони мали виконувати обов'язки адвокатів жертви завдяки своїм доведеним вмінням проявляти співчуття. Навіть коли вони не виступали адвокатами жертви, фахівці із охорони психічного здоров'я потенційно мали тісніші стосунки з жертвами сексуального насилля, оскільки нові політики вимагали негайної доступності психіатричної допомоги для всіх жертв, коли ті звертаються до медичних лікувальних закладів. Могло бути й так, що візит до психіатра був першим контактом жертви сексуального насилля з медичними працівниками. Тому медпрацівники мали знати про нові можливості повідомлення — обмежене повідомлення та необмежене повідомлення. При обмеженому повідомленні лише медичні працівники мають право знати особу жертви (командним інстанціям жертви про випадок насилля не повідомляється). При необмеженому повідомленні командним інстанціям жертви повідомляється про випадок, причому подається офіційний запит до Управління з розслідування кримінальних справ. Зрештою, наглядові ради з питань сексуального насилля проводять наради в районі бойових дій, і керівники з охорони психічного здоров'я обов'язково мають бути присутніми на таких нарадах.

Інша стратегія, що суттєво вплинула на завдання охорони психічного здоров'я під час операції OIF 05-07, була офіційно схвалена 1 червня 2006 року, коли Армія США переглянула свої процедури огляду на предмет вживання наркотиків серед солдатів. Основні зміни передбачали встановлення більшої кількості обов'язків для медичного персоналу розгорнутих підрозділів [9]. Це випливало з того, що послуги офіцера з медичного огляду (MRO — Medical review officer) відтоді мали бути доступними в умовах розгортання бойових дій. MRO — це лікар, призначений для визначення того, чи є аналіз сечі, позитивний на опіати, барбітурати, стероїди чи стимулятори, результатом законного призначення або незаконного вживання наркотичних речовин [10]. У гарнізоні MRO отримують підготовку в межах курсу медичного командування, а після складання екзамену — сертифікат.

Результати неформального опитування серед дивізійних начальників медичної служби та польових госпіталів засвідчили, що число сертифікованих MRO у районі бойових дій було недостатнім для виконання цих нових завдань.

Зрештою було ухвалено рішення призначити двох MRO в кожному польовому госпіталі рівня III, двох — у багатофункціональному медичному батальйоні та додаткового MRO, за потребою, — в дивізіях. Військова експертна програма допінг-контролю передбачала розповсюдження навчальних компакт-дисків. Командири призначали MRO, які переглядали компакт-диски, після чого офіцер із медичного огляду мав по електронній пошті скласти сертифікаційний іспит. Більшість новопризначених MRO були психіатрами, хоча в декого з ПГ призначалися сімейні терапевти.

Крім основного завдання MRO, нова політика допінг-контролю також торкнулася фахівців із психічного здоров'я. Вони почали виявляти більшу кількість осіб, які в зоні бойових дій зловживають психоактивними речовинами. На жаль, військова програма контролю за зловживанням психоактивними речовинами в зоні бойових дій формально не існувала, тому варіанти лікування і реабілітації для пацієнтів були вкрай обмеженими. В деяких крупніших FOB проводили анонімні зустрічі алкоголіків, однак переважно всі консультації з приводу зловживання наркотиками та алкоголем залишались обов'язком військових священиків і медичних працівників [11].

Удосконалення управління та контролю персоналу з охорони психічного здоров'я формувань вище дивізії

Із розвитком театру воєнних дій зростала можливість управління та контролю персоналу COSC у формуваннях вище дивізії. На початку бойових операцій було внесено багато змін у командну структуру, допоміжні підрозділи, структуру взаємної допомоги і т. д. [1]. У період OIF 05-07 у районі бойових дій медичний штаб був не лише єдиним, а й стаціонарним. Не було потреби його пересувати далі на північ із розвитком конфлікту. Кожна ротація сприяла покращенню, і до початку операції OIF 05-07 медичний штаб уже був достатньо сформований. Консультант із психічного здоров'я в Багатонаціональному корпусі в Іраку (MNC–I) продовжував надавати послуги і під час операції OIF 05-07, до того ж, він виконував подвійні обов'язки, до яких належало й надання психіатричної допомоги в медичній бригаді TF30 Med. Це давало змогу єдиному медичному штабу координувати плани з дивізіями та іншими окремими бригадами, а також забезпечувати високу інформованість командирів і начальників медичної служби MNC–I і MNF–I. У результаті підвищилася ситуаційна інформованість і координація COSC-потреб у психологічній допомозі та послугах.

Така покращена ситуаційна поінформованість сприяла плануванню зон надання послуг. Завдяки удосконаленим системам комунікації, стаціонарному штабу і міцній базі від попередніх ротацій, планування стало більш обдуманим і організованим, а інформацію можна було отримати з декількох джерел. Зі зміною оперативних умов змінилися й методи оцінки зон покриття COSC. Під час OIF-I один підрозділ CSC охоплював окрему дивізію; на одну бригаду працювала одна профілактична група. До початку операції OIF 05-07 підтримка в межах району була нормою. Покриття зон надання послуг COSC було розділено радше за географічним принципом, аніж за дивізіями.

Ситуаційна інформованість

Управління та контроль медичної функціональної сфери COSC у районі бойових дій потребує точної та актуальної ситуаційної інформованості. Для цього потрібно підтвердити наявність персоналу COSC у районі бойових дій за клінічними спеціальностями. На щастя, вже існував перелік персоналу, який складався із фахівців з охорони психічного здоров'я із дивізій, підрядної компанії KBR, ПС, BMC і груп контролю бойового оперативного стресу Корпусу морської піхоти (OSCAR). Було розроблено регулярно оновлювану базу даних із доданням клінічних спеціальностей у кожній точці розгортання. Цей перелік виявився дуже ефективним та забезпечив ситуаційну інформованість, потрібну для оптимального управління ресурсами COSC. Він не лише сприяв відбору потрібних підрозділів для виконання специфічних завдань, а й сприяв процесу планування, забезпечуючи мінімальне дублювання послуг серед різних ресурсів охорони психічного здоров'я у FOB.

Процес планування

Навіть попри те, що театр воєнних дій суттєво змінився з часів початку конфлікту, забезпечення достатньої кількості людей у потрібних точках завжди було складним завданням. Оскільки планування не проводилося тоді, коли загони пересувались, на початку було можливо проводити процес планування дуже ретельно. Бригада TF 30 розробила процес, у якому проводився історичний огляд робочого навантаження та робочого ритму, застосовувалась доктрина COSC і модель комплектації персоналом. (Модель комплектації персоналом, що використовувалась, була заснована здебільшого на моделі, запропонованій другою консультаційною командою MHAT [12]). У ній розглядаються три основні категорії послуг: 1) клінічні, 2) інформаційно-просвітницькі та 3) центр відновлення. Клінічне застосування було обчислене на підставі середнього відсотка осіб, які бажали отримати допомогу, потребували її та користувалися нею. Деякі з припущень були скориговані для того, щоб відобразити поточні процеси, причому позиції були змінені таким чином, щоб застосовувати їх у воєнних умовах.

Це була «наука» оперативного планування. «Мистецтво» оперативного планування застосовувалося шляхом порівняння вимог різних методів, врахування внеску від командирів підрозділив CSC та застосування технічних знань і навичок штабних офіцерів. Як результат був запропонований план реорганізації. Фахівці з охорони психічного здоров'я в бригаді TF 30 Med завжди усвідомлювали свою функцію консультантів, а не органів, які ухвалюють остаточні рішення. Таким чином, рекомендований план представили в усій формі вертикалі управління та іншим структурам, задіяним у COSC-охороні психічного здоров'я. Оскільки цей процес може відрізнятися від того, з чим стикаються більшість фахівців охорони психічного здоров'я, варто пояснити його суть. Спочатку план переглянули й схвалили у бригаді TF 30 Med — від підрозділу клінічних операцій (через персонал із проведення операцій, планування та підготовки) до командира і начальника військово-медичної служби. Після цього було здійснено комплектацію персоналом з підрозділів безпосереднього підпорядкування TF 30 Med — командирів, оперативних офіцерів і, звісно ж, керівництва підрозділу CSC. Підтримувані підрозділи були частинами дивізій, тому план коротко виклали начальникам медичної служби підрозділів дивізії та медичним планувальникам. Окрім того, до обговорення питання залучили відповідний персонал із ВМС США. Зміни вносилися на кожному кроці, залежно від отриманих коментарів і виявлених потреб. Кінцевий продукт опублікували фрагментовано. Навіть тоді в ньому вказувалася лише обмежена кількість персоналу в кожній FOB — за підрозділами — та місце розташування центрів відновлення. Командири підрозділів CSC і далі несли відповідальність за визначення потрібного фаху і персоналу, необхідного в кожній окремій точці.

Координування і планування відбувалося безперервно. Розподіл персоналу COSC змінювався та адаптувався зі зміною ситуації чи за запитами від дивізій. До таких запитів входила співпраця бригади TF 30 Med з консультантом із психічного здоров'я MNC–I, а також консультування зі старшим персоналом із охорони психічного здоров'я в обох дивізіях і морських експедиційних військах щодо розташування підрозділів CSC для стимулювання взаємодії та мінімізації дублювання послуг.

Як уже зазначалося, надання послуг передбачало планування та очікування потреб у майбутньому. Під час операції OIF 05-07 до переліку послуг входило координування з ВПС США, які формували CSC для подальшої ротації. Бригада TF 30 Med запросила представників ВПС відвідати конференцію з COSC, проведену на ТВД, і зустрітися з іншими командирами CSC, обговорити місію та отримати відповіді на запитання. Командир підрозділу CSC, який буде заміняти команда ВПС, також зробив великий внесок у забезпечення безперешкодного переходу. Роль офіцера зв'язку ВПС у країні виявилася безцінною для процесу налагодження координації, планування та підготовки нової команди.

Інший спосіб, у який було вдосконалено управління та контроль персоналу з охорони психічного здоров'я, полягав у перерозподілі підрозділів CSC. Опісля екстенсивного аналізу завдань і комунікації з усіма залученими сторонами, зокрема й новим медичним штабом, підрозділи CSC пе-

рейшли у підпорядкування та під контроль новосформованого тимчасового багатофункціонального медичного батальйону. Однією з переваг об'єднання всіх підрозділів CSC у підпорядкування одного батальйону стало покращення можливості координувати всі ці підрозділи. Тепер стало легше підтримувати ситуаційну інформованість на ТВД, підбирати найбільш відповідний підрозділ для того чи іншого завдання, а також спрощувати комунікацію. Це проілюстрували, коли членам спеціальної бригадної тактичної групи (BCT — brigade combat team) повідомили, що групу буде розширено. Розширення означало, що BCT передислокують і внесуть зміни до групи COSC. Завдяки простоті комунікації під керівництвом одного батальйону, діяльність кожного підрозділу CSC була добре скоординованою, а перебої в наданні послуг та їх вплив на солдатів у BCT звели до мінімуму. Серед іншого також відбувалася координація діяльності бригади TF 30 із діяльністю фахівців з охорони психічного здоров'я BCT.

Основні труднощі

Як і за попередніх замін особового складу, ротація під час операції OIF 05-07 мала подолати декілька проблем. Одна з них полягала в ротації дивізій у розпал виконання завдання підрозділом із контролю бойового стресу. Після прибуття нової дивізії іноді виникала потреба змінити число чи фах персоналу з охорони психічного здоров'я в різних FOB. Різні фахівці з охорони психічного здоров'я можуть по-різному уявляти собі процес COSC-охорони психічного здоров'я. Основні труднощі полягали в тому, що групи CSC уже встановили довіру та взаєморозуміння з підтримуваними підрозділами. Зміни в персоналі COSC впливають на безперервність надання допомоги. Такі зміни не були проблемою для дивізійних військовослужбовців, проте психіатрична допомога також мала надаватися військовослужбовцям із формувань вище дивізії. Було легше вирішувати ці питання завдяки відкритим лініям комунікації між підрозділами CSC, їхніми штабами батальйонів і бригадою TF 30 Med.

Інше завдання полягало в координуванні медичних працівників у регулярній FOB. Оскільки метод дислокації команд передбачав мінімізацію дублювання послуг, лише фахівці з охорони психічного здоров'я могли бути в дивізійній команді. При цьому часто потребувалося, щоб дивізійні фахівці з охорони психічного здоров'я здійснювали COSC і надавали психіатричну допомогу як солдатам із формувань вище дивізії, так і солдатам дивізій. Звісно, зворотний процес відбувався, коли команда підрозділу CSC була єдиним джерелом психіатричної допомоги у тій чи іншій точці.

Стандартизація практик

Покращення умов на театрі воєнних дій ТВД забезпечувало можливості стандартизації методик і процедур, а також контролю якості. Виникали певні труднощі, здебільшого в процесі здійснення COSC, включаючи ротацію в межах операції OIF. Розглядалися такі аспекти, як документальна реєстрація звернень пацієнтів, вимірювання робочого навантаження, евакуація солдата та навіть тлумачення доктрини COSC. Стандартизація ускладнювалась, коли медичний персонал мав різний рівень підготовки з COSC і різні рівні індивідуального комфорту з погляду профілактики та сфери COSC. У доктрині COSC розглядалися ці теми, однак пошук відповіді був, як мінімум, проблематичним. Через це бригада TF 30 Med спростила пошук, розглядаючи ці аспекти у додатку COSC до оперативних розпоряджень як для TF 30, так і для MNC–I. У цьому додатку були встановлені послідовні методики та практики для всього ТВД.

Документація

Одним із основних принципів в основі COSC є підтримка доклінічного підходу при роботі з солдатами, в яких виникли реакції на бойовий та оперативний стрес (COSR — combat and operational stress reaction) [2]. Однак персонал COSC здійснює втручання та надає допомогу не лише солдатам із COSR, а й особам із психіатричними станами, що піддаються діагнозу. Яку документацію слід вести стосовно солдатів із COSR? Чи відрізняється вона від документації при лікуванні психіатричного розладу? Де зберігати цей документ та як довго? Опираючись на доктрину COSC, описану в Бойовому статуті 4-02.51, лінія поведінки буде обрана

на підставі того, чи направлять солдата на програму відновлення COSR.

Допомога солдату, який бере участь у програмі відновлення через COSR, контролюється з моменту першого контакту та до того моменту, як він завершить участь в програмі. Вона передбачає COSC і психіатричну допомогу, реакцію солдата та стислий огляд наданої допомоги COSC. Ці записи (файл) зберігають окремо від амбулаторної картки пацієнта або медичної картки перед участю в бойових діях та в безпечному місці. Як передбачено Положенням про адміністрування пацієнтів та біостатистичну діяльність, цей файл має зберігатися в підрозділі CSC протягом 5 років і має бути знищений у грудні п'ятого року [13]. В офіційну документацію солдата вносяться лише дати та підрозділ CSC, який надавав послуги.

Допомога солдатам з COSR, які не беруть участі в програмі відновлення, була задокументована відповідно до рівня та ступеня тяжкості COSR. Солдат, у якого виникла нормальна реакція на стрес і який отримав лише незначну підтримувальну «терапію» чи «психологічний лікбез» для нормалізації стану, — це один рівень. Для цих солдатів не потрібно вести документацію. Однак інший рівень — це солдат, у якого виникли складніші, однак у межах норми, реакції на стрес. Для такого солдата потрібно вносити запис у його амбулаторну картку. Такі реакції описані в Бойовому статуті 4-02.51 як «неадекватні реакції на стрес» [2]. Документація також потрібна, якщо COSR вплинула на функціональну здатність солдата. При цьому зазначають підрозділ CSC, складається заява про те, що такий солдат не загрожує безпеці та що йому не потрібне медикаментозне лікування. За запитом солдата медичний працівник робить запис про ситуацію, що склалася. Допомога солдатам із психіатричними розладами документується таким же чином, якби допомога надавалася в гарнізоні. Стандарти, вказані в регламенті Армії 40-66, застосовуються і в зоні бойових дій [14].

Звіт про робоче навантаження

Ведення точних записів необхідне для виявлення будь-яких тенденцій у користуванні послугами медичних працівників, частоті розвитку захворювань і частоті травм. Поточні методи, що застосовуються у військовій медицині та охороні здоров'я, передбачають звітність із небойових травм, прийомних годин і завантаженості стаціонару госпіталю. Типи втручань і заходи, вжиті при COSC, не підпадають під методи звітування. В результаті цього було створено COSC-WARS. Оскільки лише в підрозділах OIF застосовували COSC-WARS, було отримано дозвіл на зміну форми. Під час OIF 05-07 стислий звіт із COSC-WARS було змінено двічі з метою надання достатньої кількості зібраних даних для того, щоб відповісти на низку запитань, які постали й накопичилися. Остаточна версія містила дані, які сприяли віднаходженню точних відповідей на запити від Головного бюджетно-контрольного управління, консультантів Управління начальника військово-медичної служби та начальників військово-медичних служб на всіх рівнях — MNF–I, MNC–I та TF 30. У цій формі також містились дані, що виявилися безцінними для процесу планування. Варто також зазначити, що в цьому процесі задіяні і користувачі форми — персонал COSC. Остання версія сукупного огляду COSC-WARS була представлена в форматі Microsoft Excel, яку підрозділам було легше заповнювати майже без жодної помилки. Також персонал TF 30 міг із легкістю збирати звіти та безпомилково занести їхні дані до зведеної таблиці. Автоматичні сумарні показники суттєво спростили процес аналізу даних і надання відповідей на запити. Завдяки видаленню окремої ідентифікуючої інформації підрозділи могли подавати звіти через незахищені канали.

Заповнення сукупного звіту COSC-WARS часто видавалося складним завданням з огляду на великий обсяг звіту. Однак персонал COSC отримав різні методи пояснення, до яких належала схема прийняття рішень і підрядкові пояснення. Також були пояснені складніші поняття, такі як «обхід об'єкта» та «контакт із COSR».

Ведення статистики

Психіатрична статистика є обов'язковою на багатьох рівнях: від TF 30 Med до MNF-I. До початку операції OIF 05-07 більшість психіатричних статистичних даних ґрунтувались на щоденних показниках, отриманих із госпіталів рівня III. До

них належали кількість випадків госпіталізації пацієнтів і випадки евакуації з амбулаторного і стаціонарного відділів. Це призвело до заниження показників звітності про кількість евакуацій, оскільки амбулаторні евакуації також виникали в дивізіях і клініках рівня II. Усвідомлення цього факту спричинило створення нової бази даних — Системи стеження за кількістю психічних порушень для OIF (MHCTO — Mental Health Casualty Tracker for OIF) у межах операції OIF 05-07. У цій системі використовували шість джерел інформації: 1) щоденний статистичний звіт стаціонару для ТВД, 2) щоденний статистичний звіт стаціонару для гарнізону, 3) систему регулювання транспортного командування та контролю й управління системи евакуації, 4) додаток «Спільне стеження за пацієнтами», 5) вимоги до управління важливими розвідувальними даними та 6) звіт про втрати в особовому складі MNC-I. Комбінація цих окремих джерел відомостей в одну базу даних дала змогу простежити за всіма випадками госпіталізації через психічні проблеми на ТВД, медичної евакуації повітрям із амбулаторії та стаціонару, а також завершених самогубств і спроб самогубств, що призвели до госпіталізації чи медичної евакуації повітрям. Усі записи здійснювалися в електронній формі і мали бути прочитані для заповнення полів даних, що також сприяло якісному забезпеченню всіх медичних евакуацій повітрям.

Статистика самогубств є також часто запитуваною. На додачу до необроблених показників, стало очевидним, що багато корисної інформації можна було отримати зі Звітів про випадки самогубств у Армії (ASER — Army Suicide Event Reports), які вже були складені для випадків самогубств, що виникли в Іраку. Консультант із психічного здоров'я бригади TF 30 Med міг проаналізувати необроблені дані зі всіх цих звітів, поданих за період бойових дій в Іраку. В результаті цього аналізу стало зрозумілим, що медичні працівники по-різному тлумачили деякі питання, що призвело до низької якості даних. Консультант із психічного здоров'я бригади TF 30 Med надавав ASER першочергового значення та мав більш активну позицію щодо їх подання для всіх спроб самогубства. Завдяки MHCTO спроби самогубств тепер було легше відстежити, адже можна було звернутися до відповідного медичного працівника і повідомити йому про очікування подання ASER. Окремі медпрацівники навіть надсилали чорнові варіанти звітів консультантам із психічного здоров'я для забезпечення точності. Завдяки більшій кількості медичних працівників, які подавали більше точних ASER, відповідність статистики самогубств реальній ситуації для операції OIF 05-07 значно підвищилася за попередні роки. Крім того, з основної клінічної інформації, зібраної з MHCTO та ASER, можна було дізнатися про фактичні випадки, за яких взаємодопомога — основа програм запобігання самогубствам серед військовослужбовців США — була успішно застосована та врятувала життя. Щомісяця обирався новий випадок та описувався в медичному бойовому брифінгу бригади TF 30.

Забезпечення якості

Стандартизовані практики та загальні стратегії були першим кроком до забезпечення надання високоякісної допомоги на ТВД. Наступним логічним кроком став пошук способу забезпечення доступності та зрозумілості цих стратегій тими, ким вони мають застосовуватися. До початку операції OIF 05-07 електронні системи комунікації були суттєво вдосконалені та давали змогу широко розповсюджувати інформацію. Тепер з'явилася можливість надсилати методики через командні канали кожному окремому медичному працівнику. Крім того, керівник із професійних послуг бригади TF 30 Med проводив регулярні телеконференції, до участі в яких запрошувалися заступники начальників із клінічної допомоги з усіх ПГ і багатофункціональних медичних бригад, а також начальники медичних служб дивізії. Консультант із психічного здоров'я регулярно поширював по ТВД нові методики з охорони психічного здоров'я таким чином, що сприяло веденню динамічної дискусії щодо їхнього впровадження.

Одна з цих методик, ініційована під час операції OIF 05-07, передбачала інструкції з призначення психотропних препаратів на ТВД. Ці інструкції містили приписи до виконання трьох завдань. По-перше, вони встановлювали стандарт, з яким вже мали бути ознайомлені більшість пси-

хіатрів, проте не мали бути ознайомлені медпрацівники, які надавали першу медичну допомогу. По-друге, в них чітко вказувалося, що психіатри й окремі практикуючі психіатри вищої категорії були єдиними медичними працівниками, уповноваженими призначати психотропні препарати. (Як показує досвід, медпрацівники просили соціальних працівників і психологів виписувати ліки, не знаючи про те, що це виходило за межі їхніх повноважень). Крім того, в інструкціях містилася інформація для командирів, які регулярно цікавилися в медичних працівників, хто саме з солдатів вживав психотропні препарати. Разом із тим панувала викривлена думка про те, що прийом антидепресантів призводить до небоєготовності солдата. (Також, як показує досвід, багато солдатів повідомляли про підвищення боєготовності, щойно їм вдавалось опанувати симптоми депресії чи тривоги завдяки медикаментозному лікуванню).

Іншим методом, використаним для підтримки підпорядкованих підрозділів у забезпеченні високоякісної допомоги, був візит допомоги персоналу (SAV — staff assistance visit). Бригада TF 30 Med проводила SAV для отримання інформації з першоджерела про «передові практики», надання рекомендацій (за потреби) та надання відповідей на запитання. Ці візити сприяли знайомству з персоналом контролю бойового стресу та COSC-фахівцями з охорони психічного здоров'я, давали можливість дізнатися їхнє місцезнаходження і т. д. Було складено контрольний перелік для стандартизації питань під час таких візитів і простого роз'яснення пріоритетів TF 30 Med. Візити не мали карального характеру, а лише надавали допомогу щодо відповідності очікуванням, викладеним у методиках і процедурах TF 30 Med. SAV координували командири підрозділів безпосереднього підпорядкування або заступники начальників клінічних служб, що сприяло здійсненню візитів до кожного штабу підрозділу CSC і центру відновлення, фахівців із охорони психічного здоров'я у ПГ і декого з допоміжного персоналу з медичних закладів. Окрім того, штаби мали змогу отримати інформацію від підлеглих. Разом із цими візитами персонал TF 30 Med виконував функцію адвокатів із COSC-охорони психічного здоров'я на вищих рівнях. Одним із прикладів є SAV до одного ПГ. Спираючись на інформацію від медичних працівників, начальник бригади TF 30 Med міг забезпечити поінформованість штабу бригади про потреби в фахівцях із охорони психічного здоров'я у ПГ для відповідного підрозділу. Це охоплювало поточні та майбутні потреби.

До завершення ротації бригада TF 30 Med вирішила розпочати більш регулярний, формалізований контроль якості шляхом проведення щомісячних аналізів амбулаторних карт із психічного здоров'я. До цього моменту колегіальні оцінки проводилися нерегулярно, більшість із них були неформальними та загалом складалися з обговорення випадків. Першим питанням було те, які саме випадки слід переглядати: COSR, психіатричні розлади (ПР), або й ті, й інші. Зважаючи на кращу ознайомленість медичних працівників зі стандартами психічного здоров'я Об'єднаної комісії та на неоднозначність вимог до амбулаторних карт COSR, було обґрунтовано визнано за необхідне розпочати аналіз амбулаторних карт ПР, а не амбулаторних карт COSR. Іншим питанням стало визначення стандарту з психіатричних амбулаторних карт на ТВД. Директивою начальника MNC-I-командира TF30 Med передбачалося, щоб стандарти на ТВД були такими самими, що й у гарнізоні. Навіть попри те, що Об'єднана комісія ніколи не відвідує зону бойових дій, її стандарти ґрунтувалися на питаннях безпеки пацієнтів, що й надалі застосовувалося на ТВД. Аналіз психіатричних амбулаторних карт членів гарнізону надсилали електронною поштою всім командирам ПГ і CSR для отримання коментарів про те, які стандарти не застосовуються на ТВД. Опісля досягнення консенсусу наступним кроком було визначення того, яким чином ізольовані клініки можуть провести аналіз. Було ухвалено рішення, що у разі наявності лише одного медичного працівника в певній позиції такий медпрацівник має доручити іншому провести аналіз амбулаторних карт. Таке траплялося лише у рідкісних випадках, оскільки командири CSR часто здійснювали SAV. Результати аналізу надсилали електронною поштою консультанту з психічного здоров'я, який підтверджував командиру бригади TF 30 Med проведення аналізу.

В результаті проведення такого колегіального огляду було встановлено єдиний стандарт аналізу психіатричних амбулаторних карт у зоні бойових дій. Це зачепило деякі питання, які раніше не під-

німалися. По-перше, стало очевидно, що більшість медичних працівників-резервістів не знали про вимогу спільного підписання документів технічним персоналом із охорони психічного здоров'я. Це було зрозуміло, якщо медичний працівник не мав еквівалентного амбулаторного технічного персоналу з охорони психічного здоров'я серед невійськових фахівців. Окрім того, більшість питань стосувалися того, що входить до сфери практичної діяльності окремих медичних працівників, наприклад, чи може медичний персонал вищої кваліфікації призначати лікарські засоби. До того ж, як уже зазначалося, при більшій кількості експертних запитів щодо психічного стану зростала імовірність подання вимоги з надання психіатричної документації. Аналіз амбулаторних карт свідчив, що це, разом із обмеженням конфіденційності, не завжди обговорювалося з пацієнтами.

Іншим заходом із забезпечення якості, розробленим бригадою TF 30 Med, був огляд меж діяльності некваліфікованих медичних працівників, наприклад, санітарів та іншого технічного персоналу. Після отримання інформації про те, що на ТВД працювали недипломовані психологи, за якими необхідно регулярно наглядати, командир бригади TF 30 Med розпочав перемовини з Управлінням начальника військово-медичної служби та медичним командуванням стосовно цієї практики. На жаль, ухвалили рішення, що до зони бойових дій в Іраку більше не відряджатимуть недипломованих психологів. Співтовариство фахівців у сфері психіатрії не було готове до такої зімни політики. Одразу ж після того потрібно було внести суттєві зміни в розподілі персоналу. Результатом стала гостра нестача психологів, що призвело до заповнення вакантних посад у зоні бойових дій медичними сестрами і санітарами. За словами директора з ініціатив в охороні психічного здоров'я управління начальника військово-медичної служби [15], підготовка психологів за останній рік зросла до двох років, щоб запобігти відрядженню некваліфікованих фахівців до зони бойових дій.

ЗНАЧЕННЯ ЗМІ

Якість інформації, що надається ЗМІ, дуже важлива та може суттєво впливати на виконання бойового завдання. Тому консультанти з COSC та охорони психічного здоров'я бригади TF 30 Med тісно співпрацювали з оперативною групою для розробки політики управління зі зв'язків із громадськістю стосовно операцій COSC на ТВД. Це забезпечило захист військовослужбовців і надало рекомендації для медичних працівників щодо надання інформації пресі. Ця політика також охоплювала будь-які статті або науково-дослідні запити від медпрацівників на ТВД. Штаб мав краще уявлення про те, що відбувається на ТВД, і мав більше можливостей забезпечити відповідність інформації загальним цілям бойового завдання операції OIF та її поширення оперативним вимогам безпеки. Отримавши від бригади TF 30 Med відповіді на запитання, медичні працівники в польових умовах могли сконцентрувати увагу на своїх завданнях із COSC-надання психіатричної допомоги військовослужбовцям.

Хоча й неможливо точно встановити масштаби впливу ЗМІ на роботу фахівців із охорони психічного здоров'я упродовж операції OIF 05-07, деякі повідомлення в ЗМІ привертали увагу як солдатів, так і воєначальників. Ці повідомлення, зрештою, сприяли підвищенню уваги до бойових психологічних практик і зростанню відповідальності медичних працівників, причому жоден із цих наслідків не обов'язково мав негативний характер. Далі детально висвітлено деякі з основних повідомлень у ЗМІ під час операції OIF 05-07 і визначено, який потенційний вплив вони мали на фахівців із охорони психічного здоров'я.

Повідомлення про збільшення кількості самогубств

У квітні 2006 року було оприлюднено звіт за 2005 рік про рівень самогубств, який широко висвітлювався у пресі, ЗМІ та в інтернеті. Інформаційне агентство Associated Press повідомило, що у 2005 році 83 солдати вчинили самогубство, що було найбільшою кількістю в американській армії з 1993 року [16]. Наступного місяця щоденна газета

The Hartford Courant почала публікувати серію статей із назвою «Психічно нестабільний, але змушений воювати». В одній статті за назвою «Потужна суміш: золофт і рушниця» автори обговорюють випадки призначення психотропних засобів солдатам у зоні бойових дій, які пізніше вчинили самогубство. У ній говориться, що психотропні препарати призначаються в зоні бойових дій занадто вільно та призводять до самогубств [17]. Повідомлення у ЗМІ про кількість самогубств за 2005 рік викликало значний інтерес до теми суїцидів і, зокрема, питання як це стосується конфлікту. У згаданій статті автори акцентували на зростанні частоти самогубств, щоб розкритикувати військову медичну систему та зазначити недоліки у процесі надання психологічної допомоги солдатам. Тут було присутнє змішане послання солдатам у зоні бойових дій — автори непокоїлися за них і хотіли вшанувати пам'ять тих солдатів, які скоїли суїцид, хоча, якщо в них були проблеми, медичні працівники в зоні бойових дій могли тільки погіршити їхній стан.

Мало уваги приділялося вже запровадженим програмам запобігання самогубствам у зоні бойових дій чи силі взаємної підтримки між солдатами.

Із поширенням інформації про зростання частоти самогубств у ЗМІ бригади TF 30 Med і MNC-I отримали додаткові запити щодо статистики суїцидів. До квітня система MHCTO вже повністю функціонувала, що дало змогу TF 30 Med відповісти на запити про надання інформації. Як уже зазначалося, аналіз ASER також надав цінну інформацію про випадки самогубств у районі бойових дій, якої часто потребували медичні працівники та яку представляли на конференціях із питань охорони психічного здоров'я в зоні бойових дій.

Незважаючи на всю драматичність, стаття «Золофт і рушниця» виявилася цінною для розуміння того, як некваліфіковані психіатри лікували психічні захворювання. Неформальне опитування серед асистентів психіатрів у зоні бойових дій засвідчило, що рівні комфорту при застосуванні психотропних препаратів суттєво варіювалися. Це спонукало начальника медичної служби MNC-I переглянути рекомендації з призначення психотропних препаратів, що набуло форми часткового бойового наказу для MNC-I улітку 2006 року. Рекомендації були покликані допомогти медичним працівникам краще зрозуміти процес призначення психотропних препаратів. Окрім того, вони містили інформацію про моніторинг лабораторних звітів, побічні ефекти, взаємодію між лікарськими засобами, стандарти лікування психіатричних розладів і відомості, які слід надати на запити командирів про їхніх солдатів.

Вихід документальної стрічки «Багдад: невідкладна допомога» (Baghdad ER)

Двадцять першого травня 2006 року вийшов в ефір спеціальний випуск каналу Home Box Office під назвою «Багдад. Пункт першої медичної допомоги». У цій графічній та емоційній документальній стрічці йшлося про реалії війни через призму польового госпіталю. Однак, окрім надання інформації, графічні документальні стрічки здатні виконувати й інші завдання. Вони можуть стати потужним спогадом чи «тригером» для солдатів, які зазнали травми. Baghad ER — це насправді жорстоке нагадування про брутальні реалії війни.

Генерал-лейтенант Кевін Кілі (Kevin Kiley), у подальшому начальник медичної служби Армії, розпорядився, щоб військові медичні експерти підготувалися до наслідків виходу в ефір «Багдад: невідкладна допомога». Кілі сказав: «Ця стрічка матиме потужний вплив на глядачів і може спричинити тривогу в деяких солдатів і членів їхніх родин» [18]. Він порекомендував медичним закладам подовжити години прийому та встановлювати випереджаючий контакт із військовослужбовцями. Командування СВ визнало необхідність підготуватися до короткострокових наслідків від перегляду стрічки, а також підтвердило, що родини й солдати з імовірними травмами від перегляду Baghad ER можуть мати і тривалі психологічні проблеми.

Консультант із охорони психічного здоров'я в зоні бойових дій запропонував теми для обговорення, які були розповсюджені на ТВД перед виходом стрічки в ефір. Це, зокрема, такі:

1. Більшість солдатів, які повертаються із зони бойових дій, намагаються уникати картин і програм, пов'язаних із Глобаль-

ною війною з терором. Солдати на ТВД матимуть обмежений доступ до спеціального випуску каналу HBO. Найбільшого впливу зазнають родини солдатів унаслідок страхів, викликаних безпосереднім спогляданням або подальшою увагою громадськості.

2. Технології суттєво змінили комунікації з тилом, зросла доступність та частота комунікацій. Медичні працівники відзначають, що психологічно нестійкі партнери солдатів можуть суттєво погіршити їхній психологічний стан на бойовому завданні.
3. Опісля виходу програми в ефір командири мають:
   - Дізнатися в солдатів про психічний стан їхніх партнерів.
   - За потреби, негайно обмежити контакт перед бойовим завданням або забезпечити доступність психолога чи військового священика у періоди найвищої потреби.
   - Розпізнавати загальні ознаки накопичення стресу, наприклад, коли солдат ізолюється, швидко стає дратівливим, здається розсіяним або змінюється при виконанні бойових завдань.
   - Рекомендувати солдатам провести бесіду з їхніми соратниками, військовими священиками або психіатрами, якщо вони відчуватимуть зростання стресу після спілкування з членами своєї родини.
4. У тилових підрозділах також є медичний персонал, який допомагає членам родини подолати стрес, пов'язаний із участю солдата в бойових діях, зокрема групи TRICARE та Military OneSource. Окрім того, командири рекомендують брати активну участь у групах сімейної готовності, оскільки це надає унікальну можливість родинам зі спільними інтересами підтримувати одна одну [19].

За результатами обговорень із фахівцями CSC, наслідки випуску «Багдад: невідкладна допомога» (Baghdad ER) не були такими інтенсивними на ТВД, як очікувалося. Утім ця подія була чітким прикладом того, як ЗМІ могли вплинути на психіатричну допомогу під час операції OIF 05-07.

Висвітлення у ЗМІ масового вбивства мирного населення в Хадиті

У листопаді 2005 року морські піхотинці вбили 24 іракських цивільних у місті Хадит. Подробиці інциденту одразу не розголошувалися, однак зрештою було повідомлено, що вбивства стали помстою за міну, яка вбила морського піхотинця. Газета *The Washington Post* надрукувала, що «дві військові комісії США розслідують інцидент як, імовірно, найтяжче порушення закону війни Армією США за 3 роки конфлікту в Іраку» [20].

Убивство в Хадиті стало складною подією для ЗМІ, оскільки висвітлювалося декілька місяців, причому кожна нова подробиця призводила до чергового медіа-скандалу. Щоб роз'яснити причини вбивства, в експертів із охорони психічного здоров'я часто брали інтерв'ю. Психіатр Роберт Джей Ліфтон (Robert Jay Lifton) пояснює, що «жорстокість — це групова дія». У виданні *Editor & Publisher* він зазначає, що «звинуватити в масовому вбивстві в Хадиті декількох "паршивих овець" або "деградованих особистостей" було б професійною некомпетентністю та егоїстичним моралізмом» [21].

Ліфтон говорить, що цей інцидент може бути зрозумілий як «ситуація, що породжує жорстокість», яку він визначає як «настільки структуровану, з психологічної та військової точки зору, що її можуть здійснити звичайні люди, такі ж, як ми з вами».

Інтерес до воєнної етики суттєво зріс під час операції OIF 05-07 унаслідок масового вбивства в Хадиті. Усі подальші порушення військової дисципліни порівнювалися з цією подією. Група MHAT-IV була задіяна командиром MNF-I і мала провести дослідження військової етики. Вона провела опитування та обговорення з фокус-групами. Фінальний звіт містив інформацію про правила поведінки під час бойових дій і представляв ідеї щодо етики підготовки.

Рекомендації передбачали застосування принципів військової етики під час усіх психіатричних консультацій і занять з управління гнівом, особливо в зоні бойових дій [5]. Ці рекомендації могли суттєво розширити коло обов'язків медичного персоналу в зоні бойових дій.

ВИСНОВКИ

У цьому розділі оглядово зазначено, яким чином принципи надання психіатричної допомоги удосконалилися за період OIF 05-07 у результаті ескалації конфлікту. Незважаючи на базові потреби чи заснування нових клінік, медичний персонал отримав можливість виконувати нові завдання, наприклад, проведення консультацій або комісій із питань сексуального насилля, подання звітів у ЗМІ та забезпечення відповідності стандартам лікування, еквівалентним стандартам у психіатричних клініках гарнізону.

Проведення психологічних консультацій у бригадах TF 30 Med, MNC-I і регулювання діяльності MNF-I стало досконалішим, адже медичні працівники почали освоювати нові принципи. Хоча ця тема й не отримала достатнього висвітлення в цьому розділі, принцип наближеності, негайності, очікуваності, простоти, нетривалості та контакту чи централізованості (BICEPS) залишався наріжним каменем надання психіатричної допомоги в зоні бойових дій під час операції OIF 05-07. Той факт, що цей принцип не потребував змін, засвідчує його універсальність. Якщо бойові дії в майбутньому відрізнятимуться від OIF настільки ж, наскільки OIF відрізняється від Другої світової війни, втішає те, що процес охорони психічного здоров'я матиме бодай одну сталу величину. Цією константою є підхід BICEPS при лікуванні реакцій на бойовий та оперативний стрес.

ЛІТЕРАТУРА

1. Caravalho J. *30th Medical Brigade After-Action Review for* OIF-I. October 16, 2004. 30th Medical Brigade Lessons Learned Database. Accessed December 11, 2006.
2. US Department of the Army. *Combat Stress Control.* Washington, DC: DA; June 6, 2006. Field Manual 4-02.51.
3. Jones F, Sparacino L, Wilcox V, Rothberg J, Stokes J, eds. War Psychiatry. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995.
4. Jones F, Sparacino L, Wilcox V, Rothberg J, eds. *Military Psychiatry: Preparing in Peace for War*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1994.
5. Mental Health Advisory Team (MHAT) IV. *Operation Iraqi Freedom 05-07*. Office of the Surgeon, Multi-National Force-Iraq, and Office of The Surgeon General, United States Army Medical Command. November 17, 2006. Available at: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat.html. Accessed September 4, 2008.
6. Tan M. Gangs in uniform. *Army Times.* September 3, 2007:14.
7. Mental Health Advisory Team (MHAT). *Operation Iraqi Freedom* (OIF). Report. The US Army Surgeon General and HQDA G-1. December 16, 2003. Available at: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat.html. Accessed September 4, 2008.
8. United States Department of Defense Sexual Assault Prevention and Response Web site. Available at: http://www.sapr.mil. Accessed September 9, 2008.
9. All Army Activity (ALARACT) Message No. 087/2006. *Drug Testing During Deployments*. April 26, 2006.
10. US Army Medcial Command Military MRO Information Pamphlet, May 30, 2006.
11. Chagalis GP. *Army Substance Abuse Program Guidance for Deployed Commanders*. Information Paper, April 6, 2004. Available at: www.sbasap.com/files/deployed_cdrs.pdf. Accessed September 9, 2008.

12. Mental Health Advisory Team (MHAT-II). *Operation Iraqi Freedom* (OIF-II). Report. The US Army Surgeon General. January 30, 2005. Available at: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat.html. Accessed September 4, 2008.

13. Patient Administration Systems and Biostatistics Activity Memorandum. *Consolidation of Deployment Medical Documentation*. October 21, 2005.

14. US Department of the Army. *Medical Record Administration and Health Care Documentation*. Washington, DC: DA; June 17, 2008. Army Regulation 40-66.

15. Ritchie EC. Colonel, Medical Corps, US Army. Personal communication, February 2009.

16. Army suicides hit highest level since 1993. *Associated Press*. April 21, 2006. Available at: http://www.msnbc.msn.com/id/12428185. Accessed September 9, 2008.

17. Chedekel L, Kauffman M. Potent mixture: Zoloft & a rifle. *Hartford Courant*. May 16, 2006:A1.

18. Starr B. Army: HBO documentary could trigger stress disorder [transcript]. *Entertainment.* CNN television. May 15, 2006.

19. Cooper MA. Major, Medical Corps, US Army. Personal communication, November 2008.

20. Knickmeyer E. In Haditha, memories of a massacre: Iraqi townspeople describe slaying of 24 civilians by Marines in Nov. 19 incident. *Washington Post.* May 27, 2006:A01. Available at: http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/05/26/AR2006052602069.html. Accessed September 9, 2008.

21. Lifton RJ. The psychology of atrocity. *Editor and Publisher*. June 4, 2006.

Розділ 10

ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ У ВІЙСЬКОВІЙ ПСИХІАТРІЇ

Брет Дж. Шнайдер[I] · Джон С. Бредлі[II] ·
Крістофер Х. Уорнер[III] · Девід М. Бенедек[IV]

ВСТУП

ІСТОРІЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ОПЕРАЦІЙ

ДОКТРИНА ТА ПОЛІТИКА

ЗАХОДИ ПЕРЕД РОЗГОРТАННЯМ БОЙОВИХ ДІЙ

Психіатричний огляд для участі в бойових діях

Психофармакологічне планування для бойових завдань

ВИДАЧА ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ТЕАТРІ ВОЄННИХ ДІЙ

ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

Афективні розлади

Тривожні розлади

Психотичні розлади та гостра ажитація

Безсоння

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ

ВИСНОВКИ

Частина цієї статті була опублікована як: Benedek DM, Schneider BJ, Bradley JC. Застосування психотропних препаратів під час бойових операцій: нова редакція (Psychiatric medications for deployment: anupdate) *Mil Med*. 2007;172:681–685.

[I] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; заступник начальника відділу психіатрії, корпус 61, дитяча і підліткова психіатрична клініка, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307

[II] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; голова відділу психіатрії, Borden Pavilion, офіс 2022, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307; психіатричний консультант, начальник Північноатлантичної регіональної медичної служби і заступник начальника відділу Військово-медичного університету силових структур ЗС США, Bethesda, Maryland.

[III] Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу охорони психічного здоров'я, цивільний військовий госпіталь Вінн, Building 9242, Room 20, 1083 Worcester Drive, Fort Stewart, Georgia 31324; у минулому — дивізійний психіатр 3-ї піхотної дивізії, Fort Stewart, Georgia.

[IV] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; професор і заступник голови відділу психіатрії Військово-медичного університету силових структур ЗС США, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814.

ВСТУП

До середини 1990-х років використання психотропних препаратів для лікування психічних порушень під час бойових операцій було рідкісним явищем. Стимулятори й інші психотропні препарати використовували в поодиноких випадках для підтримки уваги та пильності втомлених військовослужбовців. Однак у середині 1990-х вихід у продаж препаратів із меншою кількістю побічних ефектів, зокрема селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (SSRI — selective serotonin reuptake inhibitors), радикально змінив функцію лікарських засобів у сфері військової психіатрії.

Широке розповсюдження таких препаратів у невійськовій і військовій психіатричній практиці привело до еволюції оперативної практики. Відтоді використання психотропних препаратів під час бойових операцій було спрямоване на відновлення можливості солдатів із симптомами психіатричного захворювання повернутися до рівня функціонування періоду появи захворювання, а не на «покращення» виконання ними службових обов'язків. До конфліктів в Іраку й Афганістані досвід застосування психотропних препаратів або ж передував поточним тенденціям їх використання, або ж був обмеженої тривалості (війна в Перській затоці) та обсягу (війна в Боснії, Косово, Сомалі), тому було травмовано небагато солдатів. У результаті цього загальний досвід і доктрина використання психотропних препаратів, узгоджені з поточними практиками в психіатрії, були недоцільними. У цьому розділі йдеться про використання психотропних препаратів під час бойових операцій. Огляд історії використання психотропних препаратів підкреслить еволюцію доктрини. Буде описано поточні рекомендації та розглянуті ще невирішені питання.

ІСТОРІЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ОПЕРАЦІЙ

Відомо, що давні ассирійці, єгиптяни та греки використовували опіати перед битвами та під час них для того, щоб зберегти або підвищити відвагу й хоробрість [1]. Також препаратами, досліджуваними чи використовуваними для покращення виконання бойових завдань, були алкалоїди ріжка, конопля, амфетаміни й інші стимулятори; Драмамін (Dramamine — McNeil-PPC Inc, Morris Plains, NJ) та інші антигістаміни; бензодіазепіни та l-триптофан [1]. Наймасштабніше сучасне використання стимуляторів фіксувалося за часів Другої світової війни серед німецьких, японських і британських солдатів [2]. Амфетаміни виявилися ефективними не лише для позбавлення втоми та сонливості, а й для покращення пам'яті, концентрації, фізичної сили й витривалості [3–5]. Під час конфлікту у В'єтнамі Метилфенідат (Риталін [Novartis AG, м. Базель, Швейцарія]) та іноді Декстроамфетамін (Декседрин [GlaxoSmithKline, Філадельфія, Пенсильванія]) були стандартними препаратами, що видавалися солдатам групи глибинної розвідки. Військовослужбовці повідомляли про його абсолютну неефективність при розвиткові втоми після завершення виконання бойового завдання, тому вони мали швидко повертатися до оперативної бази. Незначна пов-

торна депресія та втома після виконання бойового завдання були єдиними побічними ефектами, про які повідомлялося [1]. Седативні засоби також досліджувались як метод підвищення продуктивності в ситуаціях, що викликають тривожність, наприклад, у парашутистів-десантників, які здійснюють невисотні стрибки, або для зменшення емоційної напруги в молодих солдатів, що виникає внаслідок артилерійського вогню [6].

Хоча концепція використання лікарських засобів для підвищення продуктивності ще потребує додаткових досліджень, документально зафіксоване використання психотропних препаратів для лікування симптомів, пов'язаних із поточними психіатричними діагнозами в солдатів, які беруть активну участь у бойових діях, обмежене. У попередніх конфліктах відзначався обмежений досвід використання психотропних препаратів для лікування симптомів тривоги. Ці стани лікували седативними засобами — від хлоргідратів і бромідів у часи Першої світової війни до барбітуратів під час Другої світової та самостійного вживання алкоголю, коноплі та героїну під час війни у В'єтнамі [1]. Однак дискусії щодо використання коментували, загалом, небажані побічні ефекти препаратів, наприклад седацію, а також висловлювали занепокоєння, що їх застосування призведе до фіксації ролі захворювання внаслідок прийому лікарських засобів.

У 1978 році Датель і Джонсон (Datel і Johnson) переглянули використання психотропних препаратів лікарями, задіяними під час війни у В'єтнамі в 1967 році. Вони провели опитування серед групи лікарів загальної практики про їхні принципи призначення [28] різних психотропних препаратів, включно з «потужними транквілізаторами», «слабкими транквілізаторами», антидепресантами, стимуляторами та седативними засобами протягом 30-денного періоду влітку того року. Більшість найчастіше призначених «психотропних препаратів» містила Компазин (GlaxoSmithKline) для лікування гастроентериту, а тривожність та безсоння були найчастішими психічними порушеннями, для лікування яких призначалися препарати. Слабкі транквілізатори, такі як Екваніл (Wyeth, Медісон, Нью-Джерсі); Лібріум (Hoffman-LaRoche Inc, Натлі, Нью-Джерсі); Валіум (Hoffman-LaRoche Inc) і Вістарил (Pfizer Inc, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк) були лікарськими засобами, що призначалися найчастіше для лікування симптомів тривоги. Причому Лібріум призначався в більшості випадків (65 %), а торазин (GlaxoSmithKline) був транквілізатором, що найчастіше призначався (86 %). Автори відзначають, що «неочікувано низька частота» депресії свідчила про використання психотропних препаратів. Загалом препарати, які використовувалися, вважалися лікарями досить ефективними [7]. Шість препаратів (Проліксин [Bristol-Myers Squibb, Прінстон, Нью-Джерсі]; Весприн [Bristol-Myers Squibb]; Нардил [Pfizer]; Парнат [GlaxoSmithKline], Тарактан [Hoffman-LaRoche Inc] і Дезипрамін) не призначалися жодним із опитаних лікарів.

Перші повідомлення про використання трициклічних антидепресантів солдатами під час бойових дій в Ізраїлі з'явились у 1982 році протягом війни з Ліваном. Беленькі (Belenky) відзначив, що у 1973 році ізраїльтяни затвердили політику, яка забороняла використання лікарських засобів і навіть гіпнозу, виражаючи занепокоєність потенційним ефектом цієї політики на бойовий посттравматичний синдром при поверненні до виконання бойових обов'язків [8, 9]. Беленькі висловлювався за встановлення постійних лікувальних закладів на театрі бойових дій, однак не рекомендував переводити солдатів на психотропні препарати на передовій через імовірність побічних ефектів, які могли призвести до порушення психомоторних функцій або свідомості у небезпечних ситуаціях. Окрім того, автор відзначив потенційні медичні ризики від побічних ефектів у польових умовах і проблем із поповненням запасів [8].

Не було опубліковано жодних звітів про частоту використання або підстави для застосування психотропних препаратів під час війни в Перській затоці (1991 рік). Можливо, це було спричинено нетривалою участю в бойових діях або тим, що доктрина контролю бойового стресу в той час підкреслювала принцип сортування постраждалих і нормалізацію, обговорюючи використання психотропних препаратів лише в екстрених ситуаціях. Штауденмаєр (Staudenmeier) і Бекон (Bacon) [10] переглянули історію та значення підрозділів з контролю бойового стресу під час бойових дій і відзначили, що один підрозділ, 528-й, провів 514 психіатричних оглядів упродовж війни

у Перській затоці. Серед оглянутих пацієнтів 24 % були тимчасово відлучені для отримання лікування, а 3,5 % — евакуйовані. Хоча ця інформація й засвідчує, що підрозділи з контролю бойового стресу були задіяні, та все ж не надавалося жодних даних про використання лікарських засобів серед військовослужбовців, яким було призначене лікування чи евакуація [10].

Річі (Ritchie) [11] описує процес ухвалення рішення з вибору психотропного препарату для доставки та використання під час операції «Відродження надії» в Сомалі (1993 рік). Він надає коментарі з урахуванням двох широких категорій: екстрені препарати та підтримувальне лікування. Перша група містила бензодіазепіни (Діазепам і Лоразепам) та нейролептики (Галоперидол). Друга група — антидепресанти («один трициклічний антидепресант та один SSRI»); антиксиолітики (Буспірон, бензодіазепіни чи антидепресанти) та седативні засоби (Темазепам, Тріазолам і Тразодон). Підстави для використання лише одного трициклічного антидепресанта та одного SSRI відображали клінічну практику того часу, вказуючи на те, що пацієнти, які отримували один антидепресант, могли перейти на інший без жодних проблем. У подальшому лікарі визнали, що часто пацієнти реагували лише на один певний антидепресант або мали побічні ефекти на один SSRI, проте не мали на інший. Річі рекомендує уникати таких препаратів, як літій, Карбамазепін, Вальпроєва кислота та всі інгібітори моноаміноксидази під час бойових дій через проблеми з безпекою та моніторингом [11].

Пінкус і Бенедек (Pincus і Benedek) [12] прокоментували комплексну роботу підрозділів із контролю бойового стресу та дивізійних фахівців із охорони психічного здоров'я під час операції «Спільні зусилля» в Боснії у 1995 році. У статті не обговорювалося детально використання лікарських засобів, а розглядалось бойове завдання — миротворча операція тривалістю один рік — як більш подібна до практик охорони психічного здоров'я в гарнізоні, аніж в інших умовах розгортання бойових дій [12]. Охорона психічного здоров'я в гарнізоні у 1995 році, як правило, передбачала групу з охорони психічного здоров'я, що надавала регулярну амбулаторну психологічну допомогу, включаючи використання психотропних препаратів, показаних для лікування розладів у звичайних амбулаторних клініках. Ця практика свідчить про те, що фахівці з охорони психічного здоров'я, задіяні під час операції «Спільні зусилля», регулярно призначали психотропні препарати понад 3000 солдатів за один рік операції. Автори визнали відповідність використання гарнізонним психіатричним практикам у подальших описах їхньої участі в бойових операціях [12].

Уорнер та ін. [13] провели огляд охорони психічного здоров'я під час операції «Іракська свобода» (OIF) в 2005 році. Автори повідомили про 5542 візити пацієнтів, з яких 29,8 % були з приводу психіатричних розладів, а інші 70,2 % — з приводу бойового стресу. Два найпоширеніші психіатричні розлади на театрі воєнних дій — це тривожний розлад (42,4 %) і великий депресивний розлад (33,4 %). Автори визначили високорозвинутий ТВД як такий, що дозволяє проводити безперервне лікування психіатричних розладів за допомогою психотропних препаратів, хоча персоналу загалом були встановлені обмеження на використання SSRI та легких снодійних засобів на ТВД. У статті не вказувалося, з якою частотою солдатам призначали лікарські засоби на ТВД. Однак в обліку наводилися типові методи, встановлені в останніх миротворчих операціях (у Боснії) психіатричною практикою в бойовому середовищі, коли військовослужбовці отримували лікування інших психіатричних порушень, окрім бойового стресу [13].

У липні 2007 року Шнайдер, Бредлі та Бенедек (Schneider, Bradley та Benedek) [14] проаналізували питання обґрунтованого вибору психотропних препаратів у воєнних операціях. Рекомендації були засновані на 18-місячному комбінованому досвіді авторів, задіяних як психологи у підрозділах контролю бойового стресу під час першої та третьої ротації в Іраку. Автори обговорили еволюцію лікування бойового стресу: від сортування пацієнтів і нефармакотерапевтичних методів лікування, психіатричних принципів у передових районах до більш досконалих сучасних амбулаторних психіатричних практик, відзначаючи деякі застереження, пов'язані з екологічними та бойовими аспектами. З їхньої точки зору, характер бою змінився. Практика, коли солдатів слід переводити з передових ліній і лікувати у тилових

ешелонах, більше не застосовувалась, оскільки в Іраку відсутні тилові ешелони. Тепер було важливо проводити лікування афективних і тривожних розладів на передовій [14]. Шнайдер із колегами також зауважили, що зростаюча залежність від Національної гвардії та резервістів означала, що в Армії США з'являвся персонал, який отримував лікування за невійськовими стандартами, а не згідно із військовими вимогами до готовності, що стосуються призначення SSRI, атипових антидепресантів і протитривожних препаратів. Це спричинило зростання вимог до доступності препаратів на ТВД. Автори зазначали, що більшість стандартних амбулаторних психіатричних станів можливо контролювати за допомогою медикаментозної терапії в зоні бойових дій. Однак при цьому слід враховувати «обмеження, притаманні оперативному середовищу» [14, с. 865], такі як воєнна окупація, обмеження можливості пересування для ведення подальшого спостереження за пацієнтами та обмежена здатність проводити підготовку солдатів і командирів щодо потенційних ризиків, переваг, побічних ефектів і ймовірного впливу лікарських засобів на виконання бойових завдань.

Автори запропонували формуляр психотропних препаратів із, як мінімум, 24 препаратів у категоріях: антидепресанти/протитривожні препарати, бензодіазепіни, протипсихотичні/протиманіакальні, снодійні, адренергічні препарати та препарати для лікування синдрому гіперактивності з дефіцитом уваги (таблиця 10.1) [14]. Рівень комфорту при використанні психотропних препаратів у зоні бойових дій відображає тенденції ширших кіл фахівців. Зміни у використанні психотропних препаратів від часів останнього масштабного конфлікту за участі США (у В'єтнамі) до бойових дій сьогодення в Афганістані й Іраку проілюстровані порівнянням між опитуванням, проведеним Дателем і Джонсоном, та формуляром для OIF, нещодавно рекомендованим Шнайдером, Бредлі та Бенедеком. Єдиними препаратами, спільними для обох документів, є Риталін і Декседрин [7, 14].

ДОКТРИНА ТА ПОЛІТИКА

За останні 20 років Військова доктрина США щодо використання психотропних препаратів була суттєво вдосконалена. Перший бойовий статут Армії США з контролю бойового стресу «Контроль бойового стресу на театрі воєнних дій» (БС 8-51) [15], опублікований у 1994 та оновлений у 1998 році, зосереджений на сортуванні постраждалих і нефармакотерапевтичних втручаннях, спрямованих на нормалізацію та мінімізацію бойового стресу. Значення та використання психотропних препаратів не були достатньо висвітлені. Поняття «медикаментозне лікування» згадується 25 разів у цьому документі, складеному з дев'яти розділів. Більшість із цих згадок стосується використання медикаментозного лікування в екстрених випадках, коли медикаменти можуть бути потрібні для заспокоєння ажитованого військовослужбовця. У третьому розділі восьмої частини висловлено думку, що «медикаменти призначаються у невеликих кількостях і лише за потреби для тимчасової підтримки сну або лікування дезорганізуючих симптомів» [15, с. 3–8]. У шостому розділі третьої частини описано способи лікування військовослужбовця, відправленого в зону бойових дій опісля того, як «невійськовий психолог діагностував у нього психіатричний розлад». При цьому психолог надав клінічному лікарю такі рекомендації:

> Ці солдати можуть приховувати той факт, що вони вживають психотерапевтичні лікарські засоби для того, щоб діагноз не був занесений до військової особової справи. На театрі воєнних дій такі солдати можуть мати рецидив або самостійно звернутися до МЛЗ [медичного лікувального закладу] після закінчення їхніх запасів препаратів. Психіатр, який здійснює оцінку, має визначити, чи може солдат функціонувати без цих препаратів. Якщо солдат потребує лікарських засобів, чи можна їх замінити препаратами, доступними на ТВД? Чи може препарат призначатися без ризику побічних ефектів? Якщо альтернативи недоступні, солдата слід евакуювати із зони бойових дій [15, с. 6–13].

Навесні й улітку 2004 року спільнота військових психологів визнала, спираючись на аналіз першого року операції OIF, що бойовий статут потрібно перевидати з огляду на зміни в загальній військовій доктрині та отриманий досвід із першого тривалого конфлікту за період понад 30 років. У новому статуті «Контроль бойового та оперативного стресу» (БС 4-02.51) [16], опублікованому в 2006 році, поняття «медикаментозне лікування» згадується 30 разів у документі з 11 розділів. Хоча загальна кількість випадків призначення медикаментів навряд чи перевищує кількість їх згадувань у попередньому посібнику, можна відзначити зміну прийнятної функції лікарських засобів. У трьох частинах нового статуту підкреслюється поступове наближення до схвалення використання психотропних препаратів у зоні бойових дій. У частині 8.21 зазначається, що у військовослужбовця може виникнути одночасно і реакція на бойовий стрес, і психічний розлад. Тому клінічні лікарі мають здійснити клінічну оцінку та консультацію, щоб допомогти «розрізнити ці стани, які іноді частково співпадають» [16, с. 8–6]. Коли у військовослужбовця виникають симптоми рецидиву раніше діагностованого психічного розладу, або для поповнення запасів раніше призначених психотропних препаратів, рекомендується «відстрочення діагнозу, проте діагноз можна розглянути» [16, с. 8–6]. У частинах 9.8 і 11.1 викладено доктринальні зміни значення медикаментозного лікування військовослужбовців із діагнозом психічного розладу в період участі в бойових діях. У частині 9.8 зазначається:

> Поточне лікування та/або терапевтичні впливи є ключовими для збільшення шансів на повернення солдата до виконання обов'язків на ТВД або після евакуації. Терапевтичні впливи подібні до тих, що використовуються в стаціонарах, однак узгоджені з принципами COSC [контролю бойового оперативного стресу]. До цих терапевтичних впливів належить медикаментозне лікування, індивідуальна психотерапія, групова психотерапія та відповідні терапевтичні методики [16, с. 9].

У частині 11.1 зазначається:

> Психологічна допомога надається солдатам із психічними порушеннями для забезпечення їхньої подальшої військової служби або стабілізації для направлення/переведення. Як правило, це короткострокове, обмежене за часом лікування, продиктоване оперативною ситуацією. Психологічна допомога передбачає консультації, психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію, професійну терапію та фармакотерапію [16, с. 11].

Незважаючи на цю незначну, однак реальну еволюцію значення психотропних препаратів, восени 2006 року, лише за 4 місяці після видання бойового статуту, Міністерство оборони склало критерії використання психіатричних препаратів під час бойових дій. Уперше ця стратегія була видана в листопаді 2006 року як меморандум на тему «Рекомендації до політик (критеріїв) із психіатричних станів, що обмежують можливість участі в бойових діях, та їх медикаментозного лікування» [17].

Меморандум став відповіддю на директиву Конгресу [18] після виходу декількох повідомлень у ЗМІ про участь у бойових діях психічно хворих солдатів, які були нестабільні або вживали лікарські препарати без медичного нагляду. У документі визначались обмеження та мінімальні психологічні критерії участі в бойових діях для солдатів. У додатку 10.1 наведено основі чинники, пов'язані з медикаментозним лікуванням у межах стратегії. Хоча там не зазначалося, як довго слід вести спостереження за солдатом, який вживає ліки від тривожних станів, депресії чи безсоння, рекомендований час становить, як мінімум, один місяць до відрядження в зону бойових дій.

Сучасні воєнні операції у бойових зонах, таких як Ірак чи Афганістан, уже не мають справжніх «тилових» районів, до яких можна евакуювати солдатів і лікувати їх подалі від можливої зони атаки. Здатність надати більш ефективне лікування солдатам із певними афективними чи тривожними розладами у максимально передових районах набуває все важливішого значення саме за таких операцій. Для більшості солдатів це означає, що батальйонний медичний пункт, елемент дивізійної медичної служби або група з контролю бойового стресу є найдоступнішою точкою для лікування, яка може забезпечити їм подальшу боєготовність.

ТАБЛИЦЯ 10.1

ПРИКЛАД ПСИХІАТРИЧНОГО ФОРМУЛЯРА ДЛЯ БОЙОВОГО ЗАВДАННЯ

Лікарські засоби	Кількість
Антидепресанти/протитривожні препарати	
Циталопрам, 20 мг	15 флаконів
Сертралін, 100 мг	30 флаконів
Прозак[1], 10 мг	5 флаконів
Пароксетин, 20 мг	5 флаконів
Венлафаксин XR, 37,5 мг	10 флаконів (підходить для початку лікування)
Венлафаксин XR, 150 мг	10 флаконів
Бупропіон XL, 150 мг	10 флаконів (збільшити при відмові від паління)
Бупропіон XL, 75 мг	10 флаконів (підходить для початку лікування)
Міртазапін, 20 мг	10 флаконів
Бензодіазепіни	
Лоразепам, 1 мг, таблетки	30 флаконів
Клоназепам, 1 мг, таблетки	30 флаконів
Лоразепам, 2 мг, для ін'єкції	30 доз (зберігати в холодильнику)
Протипсихотичні/протиманіакальні препарати	
Рисперидон, 1 мг, таблетки	10 флаконів
Кветиапін, 100 мг, таблетки	30 флаконів (можна використовувати за прямим призначенням для лікування ПТСР, безсоння)
Оланзапін, 5 мг	10 флаконів
Галоперидол для ін'єкцій	30 доз
Препарати для поліпшення сну	
Тразодон, 100 мг, таблетки	30 флаконів
Золпідем, 10 мг, таблетки	30 флаконів
Адренергічні препарати	
Клонидин, 0,1 мг, таблетки	10 флаконів (ефективний для лікування страхів, явища «спалаху спогадів» при ПТСР)
Празозин, 1 мг, таблетки	10 флаконів (ефективний для лікування нічних жахів при ПТСР)
Пропранолол, 20 мг, таблетки	10 флаконів
Препарати для лікування синдрому гіперактивності з дефіцитом уваги	
Атомоксетин, 20 мг, таблетки	10 флаконів
Метилфенідат або Декседрин[2]	10 флаконів (може знадобитися комбінація форм тривалої/нетривалої дії)

[1]Eli Lilly and Company, Індіанаполіс, штат Індіана
[2]GlaxoSmithKline, Філадельфія, штат Пенсільванія
ПТСР: посттравматичний стресовий розлад

Зі статті: Schneider BJ, Bradley JC, Benedek DM. Психіатричні препарати для учасників бойових дій: оновлена редакція. *Mil Med*. 2007; 172:683.

ДОДАТОК 10.1

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ РЕКОМЕНДАЦІЙ ДО ПОЛІТИК ІЗ ПСИХІАТРИЧНИХ СТАНІВ, ЩО ОБМЕЖУЮТЬ МОЖЛИВІСТЬ УЧАСТІ В БОЙОВИХ ДІЯХ, ТА ЇХ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ВІД ЛИСТОПАДА 2006 РОКУ

- Солдати, які отримують поточне лікування психозу або біполярного розладу, не є боєготовими.
- Солдати, які вживають препарати, що потребують моніторингу лабораторних показників, такі як літій або вальпроєва кислота, не є боєготовими.
- Солдати, які вживають протипсихотичні препарати для контролю психотичних, біполярних станів або хронічного безсоння, не є боєготовими.
- Тривале використання психотропних препаратів, проблематичних з клінічної та оперативної точки зору під час розгортання бойових дій, включаючи бензодіазепіни та стимулятори з коротким періодом напіврозпаду, слід балансувати між необхідністю успішного функціонування в зоні бойових дій і здатністю отримати препарати потенціалом відміни та потенціалом зловживання.
- Якщо солдат переведений на психотропні препарати упродовж 3 місяців розгортання бойових дій, у такого солдата має фіксуватися покращення стану, підвищення стабільності та сприйняття лікарського засобу без суттєвих побічних ефектів, щоб визнати його боєготовим.

Джерело даних: Помічник міністра оборони. *Рекомендації до політик із психіатричних станів, що обмежують можливість участі в бойових діях, та їх медикаментозного лікування*. Вашингтон, федеральний округ Колумбія: Департамент Армії; 2006 рік.

ЗАХОДИ ПЕРЕД РОЗГОРТАННЯМ БОЙОВИХ ДІЙ

Обов'язковим є те, щоб усі військові терапевти та психологи знали, де місце солдата у циклі розгортання. Стадія циклу розгортання має важливе значення для вибору конкретних лікарських засобів. Комунікація серед солдатів, медичних працівників і психологів, а також бригадним лікарем і бригадним начальником із охорони психічного здоров'я є ключовим чинником забезпечення планів лікування без створення додаткових непотрібних обмежень для солдатів. Два ключові заходи, потрібні перед розгортанням бойових дій: 1) визначення того, чи вживає солдат нині психотропні препарати, для забезпечення відповідності мінімальним стандартам психічного здоров'я для участі в бойових діях та 2) вибір препаратів, доступних у період розгортання бойових дій.

Психіатричний огляд для участі в бойових діях

Щоб встановити, чи здоров'я солдата відповідає мінімальним психіатричним вимогам для участі в бойових діях, визначеним у додатку 10.1, підрозділи мають додати допінг-контроль до процесу медичного огляду перед розгортанням бойових дій. В одній нещодавно розгорнутій бригадній тактичній групі було додано питання до особистого інтерв'ю з терапевтом; усі солдати, які вживають психотропні препарати, мали відвідати фахівців із охорони психічного здоров'я, щоб отримати підтвердження своєї відповідності вимогам боєготовності.

Аналіз клінічного випадку 10.1. Розгорнута бригадна тактична група з 3312 солдатів впровадила процес, вказаний вище. У бригаді виявлено 143 солдати (4,3 %), які раніше або нині отримують допомогу психолога, та 86 (2,6 %), які на момент проведення огляду вживали психотропні препарати. З тих пацієнтів, які вживали психотропні препарати, 53 (1,6 %) використовували антидепресанти; 11 (0,3 %) — інші препарати, за винятком протипсихотичних, для лікування хронічного безсоння чи порушень сну; 11 (0,3 %) вживали стимулятори для корекції дефіциту уваги; 8 (0,2 %) — протипсихотичні препарати для лікування хронічного безсоння; 2 (0,06 %) — бензодіазепіни

з приводу симптомів хронічної тривоги та 1 (0,03 %) вживав Депакот (Abbott Laboratories, Abbott Park, штат Іллінойс) для лікування біполярного розладу. З групи пацієнтів, які отримували медикаментозне лікування, 68 (2,1 %) потребували проходження психологічного огляду для підтвердження боєготовності; з 68 пацієнтів четверо (0,1 %) мали пройти медикаментозну стабілізацію протягом 1–2 місяців до участі в бойових діях, а троє (0,09 %) пацієнтів виявилися небоєготовими внаслідок вживання препаратів (трициклічних антидепресантів, протипсихотичних засобів і нормотиміків). Додатково 19 солдатів (0,6 %) вважалися непридатними для участі в бойових діях унаслідок прийому медичних препаратів, навіть попри стабільність і виконання службових обов'язків без жодних порушень [19].

Для солдатів у стабільному стані, які вживають дискваліфікуючі медикаменти, наприклад, такі як стимулятори для лікування синдрому гіперактивності з дефіцитом уваги або протипсихотичні засоби в невеликих дозах для лікування хронічного безсоння, може знадобитися офіційний допуск до виконання обов'язків. Цей процес здійснюється через медичні канали підрозділу. Запит подається начальнику медичної служби бойового командування — старшому за званням начальнику медичної служби на ТВД. У більшості випадків, якщо підрозділ надає обґрунтування, план продовження лікування та оцінку безпеки, допуск може бути наданий. Медичними препаратами, прийнятними для надання допуску, є: бензодіазепіни для лікування тривожних станів, стимулятори для лікування синдрому дефіциту уваги, нормотимічні засоби, які не потребують контролю лабораторних показників, для імпульсного контролю та небіполярного контролю настрою, а також протипсихотичні засоби у невеликих дозах для лікування порушень сну та симптомів тривоги. Ухвалюючи рішення про надання запиту на допуск, підрозділ має проаналізувати функції та обов'язки солдатів і забезпечити їм безперервний доступ до психологічної допомоги упродовж усього періоду розгортання бойових дій. Остаточне рішення про допуск приймається начальником медичної служби бойового командування.

Аналіз клінічного випадку 10.2. Дев'ятнадцять солдатів, яких дискваліфікували з бригадної тактичної групи в клінічному випадку 10.1, могли отримати допуск. Велика кількість солдатів вживала стимулятори для коригування дефіциту уваги або протипсихотичні препарати в невеликих дозах для лікування хронічного безсоння. Командування підрозділу вважало, що більшість солдатів були критично важливими для бойового завдання, тому для всіх солдатів було подано запит на допуск. У запитах на допуск зазначалася тривалість вживання препарату та яким чином медична служба вестиме спостереження за солдатом на передовій. Усі розглянуті військовослужбовці отримали допуск і були відряджені до зони бойових дій. Команда з охорони психічного здоров'я в дивізії та бригадний лікар забезпечили, щоб кожен із них регулярно здійснював візити (щомісяця), а за 6 місяців участі в бойових діях усі солдати залишилися на ТВД у стабільному стані та належно виконували свої службові обов'язки [19].

Психофармакологічне планування для бойових завдань

Психіатр, закріплений за дивізійним підрозділом охорони здоров'я або контролю бойового стресу (CSC — combat stress control), має визначити тип психотропних препаратів і потрібну кількість кожного з них для використання в зоні бойових дій. Для більшості бригадних тактичних груп особа, яка ухвалює ці рішення, — це бригадний лікар; такий лікар часто діє за рекомендаціями начальника медичної служи бригади або дивізійного психіатра. Чинники, які слід врахувати, — це поточні препарати, що вживає солдат у підрозділі, доступність препаратів на ТВД і рівень забезпеченості ТВД. Медичні препарати — це клас VIII у системі класифікації воєнних припасів, причому більшість медичних/психіатричних підрозділів розгортаються з певними початковими запасами. Бригадний лікар може визначити, які медичні препарати у цей час вживають солдати, запитавши в них під час програми медичного огляду перед бойовими діями або проконсультувавшись з місцевим фармацевтом із медично-лікувального закладу. Доступність медичних препаратів визначається місцевим ТВД. Начальник відділу медичного забезпечення бази може надати стандартний формуляр для регіону, в якому розгорнуто підроз-

діл. Наприклад, у поточних конфліктах в Іраку й Афганістані медичні препарати, доступні для поповнення, визначаються центральним фармацевтичним наглядовим комітетом центрального командування. При підготовці до розгортання бригадні лікарі забезпечують, щоб місцеві медичні працівники в місці постійної дислокації отримали формуляр ТВД і використовували вказані в переліку медичні препарати як препарати першого вибору.

Рівень забезпеченості ТВД має важливе значення для кількості медичних препаратів, потрібних підрозділу для розгортання. Перша консультаційна команда з питань психічного здоров'я (MHAT — mental health assessment team) у перший рік OIF зробила важливе відкриття: психотропні медичні препарати не були доступними в достатній кількості на ТВД, тому поповнення запасів було неефективним [20]. Однак рівень забезпеченості ТВД в Іраку й Афганістані суттєво зріс, тому канали поповнення запасів чітко визначені та ефективні. Формуляр, наданий Шнайдером (Schneider) та ін. [14] (див. таблицю 10.1), визначає межі початкових планувальних рекомендацій, але потребує певних модифікацій з огляду на вищезазначені чинники.

ВИДАЧА ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ТЕАТРІ ВОЄННИХ ДІЙ

Численні чинники впливають на видачу медичних препаратів в умовах розгортання військ. Медичні працівники повинні мати можливість вести спостереження за особами, які почали вживати медичні препарати, та забезпечити доступність поповнення запасів. На ТВД доступний ряд варіантів поповнення запасів медичних препаратів.

Дивізійні підрозділи з охорони здоров'я загалом дислокуються з пунктами першої медичної допомоги рівня II, а підрозділи CSC можуть звертатися до медичних клінік локальних підрозділів. Підрозділи CSC також мають змогу встановити канали поповнення запасів медичних препаратів із підрозділами медичного забезпечення. Психіатри повинні підтримувати постійну комунікацію з їхніми джерелами поповнення запасів для забезпечення доступності, а також повідомляти про тенденції у використанні медикаментів. Такі дії дають змогу начальникам відділу медичного забезпечення бази ефективно підтримувати запаси.

Опісля отримання медичних препаратів потрібно забезпечити їх зберігання та безпеку. Хоча більшість медичних препаратів є стабільними сполуками, рекомендується ознайомитись із листком-вкладкою та поцікавитися в фармацевта чи фармацевтичної компанії про можливі проблеми при зберіганні окремих препаратів на передових оперативних базах. Підрозділи з охорони психічного здоров'я в зоні бойових дій, які планують підтримувати власні запаси лікарських засобів, мають розглянути можливість встановлення невеликого холодильника для зберігання, враховуючи доступність та джерело електроживлення на ТВД. Медичні препарати, такі як бензодіазепіни та стимулятори, є контрольованими речовинами, що передбачають потенційне зловживання. Ці медичні препарати слід зберігати в безпечному місці відповідно до чітких стандартних операційних процедур, що підпадають під військові положення з поводження із контрольованими речовинами.

Методи видачі психотропних медичних препаратів на ТВД визначаються декількома чинниками, включаючи доступ солдатів до послуг психологів, надійність солдата та наявність інших фармацевтичних закладів у близькій доступності. Під час поточних операцій в Іраку застосовували численні методи, включаючи надання солдатам запасу препаратів, надання початкової дози та рецепту для місцевого пункту першої допомоги або аптеки чи надання пацієнту лише рецепту для отримання на місцевому рівні. Загалом, солдатам слід надавати не більше місячного запасу препаратів. Окрім того, у 2006 році у СВ США почала діяти фармацевтична програма поштового замовлення TRICARE, яка дає солдатам змогу отримувати поповнення запасів прямим поштовим відправленням.

ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

Клінічні лікарі мають ухвалювати рішення щодо сфери послуг, які вони можуть надавати безпечним та ефективним чином у своїх підрозділах. Потенційні фармакологічні втручання, такі як прийом медикаментів для лікування ПТСР, синдрому гіперактивності з порушенням уваги або позбавлення звички паління підпадають під «сіру категорію» медичних рішень на ТВД. Рішення продовжувати лікування або евакуювати пацієнтів із такими станами залежить від того, які медичні препарати доступні, наскільки серйозні симптоми, яку початкову реакцію на лікування мають солдати та наскільки сильно ці симптоми заважають солдату у виконанні його службових обов'язків.

Афективні розлади

Біполярний розлад

Біполярні розлади потребують проведення евакуації з бойової зони, особливо, якщо солдат звертається по допомогу в період загострення маніакального або гіпоманіакального епізоду. Оскільки кількість пацієнтів із імовірними маніакальними або гіпоманіакальними епізодами під час військових операцій є мінімальною, психіатри мають обрати медичні препарати, корисні у багатьох ситуаціях. Оскільки на ТВД проводиться лише гостре та невідкладне лікування, найбільш практичним варіантом є наявність як мінімум двох нетипових протипсихотичних препаратів, таких як Оланзапін, Кветіапін, Рисперидон, Арипіпразол та Зипразидон. Усі ці медичні препарати є ефективними для лікування гострої манії та мають кілька додаткових клінічних показань (нестабільність настрою, тривога, ажитація, психоз і підсилювальні стратегії лікування депресії).

Великий депресивний розлад і дистимічний розлад

При плануванні лікування вперше діагностованих депресивних розладів клінічні лікарі мають забезпечити достатню кількість SSRI, найбільш зручних для призначення в їхній практиці. Потрібно замовити більшу кількість SSRI, що мають клінічні показання для лікування вперше діагностованих тривожних розладів. Золофт (Сертралін [Pfizer-Roerig, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк]) і Селекса (Циталопрам [Forest Pharmaceuticals, Сент-Луїс, штат Міссурі]) є обґрунтованими препаратами першого вибору, оскільки жоден із них не вступає в суттєву взаємодію з іншими медичними препаратами через систему ферменту цитохрому P450, і обидва препарати загалом добре сприймаються пацієнтами з депресивними та тривожними розладами [21, 22]. Тривалий період напіввиведення флуоксетину має переваги; однак через його здатність підвищувати активацію більше, аніж інші медичні препарати, він не рекомендований до застосування в пацієнтів із тривожними та депресивними розладами [23]. Потенціал Пароксетину з точки зору синдрому відміни у разі пропущення дози може стати проблематичним у зоні бойових дій [24]. Окрім того, антихолінергічні властивості Пароксетину можуть виявитися проблематичними в Іраку, де температура навколишнього середовища часто сягає 140°F. Попри це, слід забезпечити невеликий запас SSRI, вказаних вище. Адже ці медичні препарати призначаються так часто, що клінічні лікарі, безсумнівно, стикатимуться з пацієнтами, які або отримують такі препарати на теперішній час, або ж мали сприятливу реакцію на них у минулому.

Клінічні лікарі також мають тримати як мінімум два антидепресанти не з групи SSRI у своєму формулярі (див. таблицю 10.1). Деякі психіатри в зоні бойових дій вибрали для цього Бупропіон і Венлафаксин, оскільки ці препарати характеризуються відмінним механізмом дії, аніж SSRI, та обидва можуть застосовуватися для лікування багатьох інших станів, зокрема й депресії (Бупропіон для лікування синдрому гіперактивності з дефіцитом уваги та припинення паління, а Венлафаксин для лікування генералізованого тривожного розладу), забезпечуючи максимальну гнучкість та економію [25, 26]. До інших таких препаратів належать Симбалта (Дулоксетин [Eli Lilly and Company, м. Індіанаполіс, штат Індіана]) та Ремерон (Міртазепін [Organon USA, м. Вест-

Оранж, штат Нью-Джерсі]). Нещодавно випущений у продаж препарат Симбалта має механізм дії, подібний до Венлафаксину, однак менший ризик гіпертензії, а Ремерон до того ж лікує безсоння, що буває майже в кожного солдата під час бойових дій [27, 28]. Не рекомендується застосовувати трициклічні антидепресанти, які мають антихолінергічні властивості, та Нефазадон через потенціальну потребу контролю лабораторних показників функціональної проби печінки.

Тривожні розлади

SSRI — основна група препаратів для лікування різних тривожних розладів завдяки їхній доведеній ефективності при панічних розладах, ПТСР, обсесивно-компульсивному розладі та генералізованому тривожному розладі [29–31]. Клінічні лікарі мають забезпечити наявність одного виду SSRI у великих кількостях для використання при лікуванні депресивних і тривожних розладів. Бензодіазепіни можуть бути корисними для лікування панічних розладів і гострого стресового розладу, оскільки вони покращують сон і полегшують загальні симптоми тривоги. Але вони здатні й загострити симптоми ПТСР, особливо при використанні протягом тривалих періодів часу [29]. Венлафаксин може бути корисним для лікування генералізованого тривожного розладу. Корисним додатковим засобом лікування гострого стресового розладу та ПТСР є антагоністи α-адренергічного або β-адренергічного рецептора для послаблення автономних симптомів і зменшення нічних кошмарів, які можуть бути пов'язані з цими розладами. Празозин — це препарат цієї групи, попередні дані якого підтверджують його ефективність при лікуванні нічних кошмарів, пов'язаних із травмою [32].

Психотичні розлади та гостра ажитація

Галоперидол і Лоразепам для ін'єкцій залишаються прекрасним вибором для лікування пацієнтів із гострою ажитацією, проявами жорстокості чи психозом [33]. Хоча тепер доступні ін'єкційні форми Геодону (Зипразидон [Pfizer-Roerig]) та Зипрекси (Оланзапін [Eli Lilly and Company]), які можуть давати менше побічних ефектів, включаючи зниження ризику екстрапірамідальних симптомів, обидва препарати потребують підготовки (змішування зі стерильною водою протягом 1–5 хвилин) перед використанням [34, 35]. Окрім того, дивізійні підрозділи з охорони здоров'я та CSC мають у своєму арсеналі обмежену кількість психіатрів чи санітарів психіатричних клінік. Асистенти лікарів, загальний медичний персонал, авіаційні лікарі та інші особи, які перевозять солдатів між ешелонами допомоги, часто володіють обмеженим досвідом застосування цих медичних препаратів і можуть мати більше досвіду з Галдолом (Галоперидол [Ortho-McNeil Inc, м. Тітусвіль, штат Нью-Джерсі]) як протипсихотичним препаратом для лікування гострої манії, ажитації чи психозу в зоні бойових дій [33].

Автори рекомендують додати до формуляра психіатра в зоні бойових дій два пероральні нейролептики: один ін'єкційний стандартний нейролептик (зокрема, Галоперидол), один ін'єкційний Бензодіазепін (зокрема, Лоразепам) та ін'єкційний Бенадрил (Дифенгідрамін [Pfizer]). Останній корисний для лікування ажитації та деяких гострих побічних ефектів (зокрема дистонічні реакції) нейролептичних препаратів.

Безсоння

Безсоння було найпоширенішим симптомом серед солдатів, які звернулися по допомогу до 528 підрозділу CSC протягом першого року OIF [14]. Клінічні лікарі, які надавали солдатам лікування від безсоння, спочатку дізнавалися, чи є проблема частиною основного психіатричного розладу, симптомом оперативного стресу або розладом адаптації. За відсутності інших симптомів, когнітивно-поведінкова психотерапія (проведення навчання з гігієни сну), може бути рекомендована для початкового втручання через імовірність того, що призначені медичні препарати спричинять сонливість під час виконання бойових дій або ускладнене відходження від сну в небезпечних ситуаціях. Рішення про прийом медичних препаратів має враховувати військово-облікову спеціальність солдата, поточні обов'язки, супутні

симптоми, зловживання психотропними препаратами в анамнезі й очікувану здатність виконувати інструкції та дотримуватись рекомендованого графіка прийому. Медичними препаратами у формулярі зони бойових дій для лікування безсоння можуть бути: Тразодон, Золпідем, Лоразепам, Клоназепам, Празозин і Кветиапін [14]. Тразодон особливо корисний для пацієнтів, які постійно прокидаються вночі [36]. Щоб забезпечити максимально корисне використання, клінічні лікарі повинні витратити додатковий час, щоб розповісти пацієнту про спосіб прийому цього препарату в польових умовах. Недоліком Тразодону є його тенденція до спричинення ранкової седації або інерційності, зокрема у випадку, якщо доза завелика. Часто стандартна доза (50 або 100 мг із подальшим підвищенням із кроком 50 або 100 мг) є або недостатньою, або завеликою для пацієнта. Оскільки 528-й підрозділ із CSC призначав цей препарат лише для нормалізації сну, пацієнтам давали таблетки різної сили дії (як правило, від 25 до 200 мг) та з гнучкими інструкціями із застосування. Пацієнтам рекомендували вживати помірну початкову дозу, щоб отримати особисту відповідь, опісля чого титрувати дозу (збільшити або зменшити) в межах попередньо заданого діапазону доти, доки пацієнт не зможе а) заснути упродовж однієї години після прийому препарату, б) спати всю ніч та в) прокидатися без відчуття втоми.

Лоразепам і Клоназепам виявилися найефективнішими для лікування пацієнтів у 528-му підрозділі CSC із вираженими симптомами тривоги на додачу до безсоння. Ці медичні препарати були зручними для пацієнтів із панічними атаками та безсонням, оскільки їх можна вживати у розділених дозах для лікування обох проблем, що позбавляє солдата необхідності дотримуватися складнішого режиму лікування. Але клінічні лікарі мають ретельно оцінити потребу пацієнта в прийомі цих медичних препаратів протягом тривалих періодів, щоб запобігти психологічній залежності, яка може призвести до синдрому відміни у разі неможливості поповнити запаси. Пацієнтам, які в минулому зловживали психотропними речовинами або мають такий ризик, не слід призначати бензодіазепіни на ТВД. Клінічні лікарі мають ретельно моніторити пацієнтів, які приймають бензодіазепіни. Доцільно повідомити комусь із вертикалі командування солдата (за згодою солдата) про те, що йому призначили медичні препарати для нормалізації сну, оскільки вони можуть вплинути на здатність солдата виконувати обов'язки у перші декілька днів, поки коригується доза.

Амбієн (Золпідем [Sanofi-Aventis, м. Бриджуотер, штат Нью-Джерсі]) особливо корисний для лікування пацієнтів із початковою стадією безсоння як ізольованим симптомом або в контексті афективного розладу [37]. Празозин, хоча і недостатньо досліджений, отримав підвищену увагу через свою здатність усувати нічні кошмари, які виникли внаслідок пережитих травмувальних подій [32]. Сероквел (Кветиапін; AstraZeneca US, м. Вілмінгтон, штат Делавер) також може бути корисним для таких пацієнтів, а також для пацієнтів із біполярним розладом другого типу як для лікування безсоння, так і афективних розладів.

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ

Конфлікти в Іраку й Афганістані, вперше з часів появи поняття «біологічна психіатрія», створили ситуацію, в якій велика кількість військовослужбовців перебувають на базі передового базування впродовж тривалого часу. Крім того, багато військовослужбовців повертаються до зон бойових дій удруге чи втретє за строк своєї служби. Ризик розвитку психологічних проблем у військових на ТВД або під час другої чи третьої ротації до зони бойових дій є проблемним етичним питанням.

У цьому розділі розглянуте питання застосування медичних препаратів. Найпоширенішими порушеннями на ТВД є тривожні та депресивні розлади. Більшість розладів у цих двох категоріях реагують на лікування психотропними медичними препаратами. Якщо солдат страждає від афективних чи тривожних розладів, однак бажає чи змушений служити в зоні бойових дій, етичним рішенням буде надати такому солдату лікування. Але це можливо тільки у випадку, коли медичний

працівник вважає, що медикаментозне лікування допоможе послабити симптоми та покращити загальний стан цього солдата.

Як показує досвід, велика кількість військовослужбовців, які потребували евакуації через психіатричні симптоми, так і не повернулися до зони бойових дій і, на жаль, постраждали від хронічної дисфункції та відчуття провини [38]. Хоча й сама присутність у зоні бойових дій є чинником ризику психологічних наслідків, досвід показує, що недостатнє обговорення, власне процес та завершення такого емоційного життєвого досвіду, як участь у бойових діях, також може мати тривалі наслідки [6].

Сучасні психотропні медичні препарати, очевидно, послаблюють психіатричні симптоми багатьох розладів на ТВД. Однак питання про те, якою мірою медикаментозне лікування може сприяти успішному обговоренню та процесу участі в бойових діях та, зрештою, знизити захворюваність у довготривалій перспективі, залишається відкритим.

ВИСНОВКИ

Принципи використання психотропних медичних препаратів у зоні бойових дій було суттєво вдосконалено, що знайшло відображення в змінах психіатричної практики та правил застосування цих медичних препаратів в умовах військового гарнізону та в цивільному секторі. Велика кількість психічних розладів на ТВД нині успішно лікується медичними препаратами. Психіатри мають підготувати формуляр медичних препаратів перед відправленням у зону бойових дій і врахувати індивідуальні обставини, а також рекомендації з використання фармацевтичних препаратів на ТВД. Такі чинники, як характер конфлікту, тривалість участі в бойових діях, чисельність розгорнутих сил і положення військових доктрин і політик і надалі слугуватимуть основою для формування принципів використання психотропних медичних препаратів у зоні бойових дій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Jones FD. Sanctioned use of drugs in combat. In: Pichot P, Berner P, Wolf R, Thau K, eds. *Psychiatry: The State of the Art. New York*, NY: Plenum; 1985: 489–494.
2. Cornum R, Caldwell J, Cornum K. Stimulant use in extended flight operations. *Airpower*. 1997;1153–1158.
3. Weiss B, Laties VG. Enhancement of human performance by caffeine and the amphetamines. *Pharm Rev*. 1962;14:1–36.
4. Hauty GT, Payne RB. Mitigation of work decrement. *J Exp Psych*. 1955;49:60–67.
5. Seashore RH, Ivey AC. Effects of analeptic drugs in relieving fatigue. *Psychol Monogr*. 1953;67:1–16.
6. Jones FD. Psychiatric principles of future warfare. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. Textbooks of Military Medicine. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 113–132.
7. Datel WE, Johnson AW *Jr. Psychotropic Prescription Medication in Vietnam*. Washington, DC: Walter Reed Army Institute of Research; 1978.
8. Belenky GL. Military psychiatry in the Israeli Defence Force. In: Gabriel RA, ed. *Military Psychiatry: A Comparative Perspective*. Westport, Conn: Greenwood Press; 1986: 147–179.
9. Howe EG, Jones FD. Ethical issues in combat psychiatry. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing in Peace for War*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. Textbooks of Military Medicine. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1994: 115–131.

10. Bacon BL, Staudenmeier JJ. A historical overview of combat stress control units of the US Army. *Mil Med.* 2003;168;689– 693.

11. Ritchie EC. Psychiatric medications for deployment. *Mil Med.* 1994;159:647–649.

12. Pincus SH, Benedek DM. Operational stress control in the former Yugoslavia: a joint endeavor. Mil Med. 1998;163:358–362.

13. Warner CH, Breitbach JE, Appenzeller GN, Yates V, Webster WG. Division mental health in the new brigade combat team structure: part I. Predeployment and deployment. *Mil Med.* 2007;172:907–911.

14. Schneider BJ, Bradley JC, Benedek DM. Psychiatric medications for deployment: an update. *Mil Med*. 2007;172:681–685.

15. US Department of the Army. *Combat Stress Control in a Theater of Operations*. Washington, DC: DA; 1994 [updated 1998]. Field Manual 8-51.

16. US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control.* Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.51.

17. Assistant Secretary of Defense. *Policy Guidance for Deployment Limiting Psychiatric Conditions and Medications*. Washington, DC: Department of the Army; 2006.

18. The National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2007. Pub L 109-364.

19. Warner CH. Division mental health throughout the deployment cycle. In: *Proceedings of the Multi-National Corps Surgeon Conference,* 12–13 November 2007, Camp Victory, Iraq. Baghdad, Iraq: Multi-National Corps–Iraq Surgeon's Office; November 2007.

20. *Operation Iraqi Freedom Mental Health Advisory Team (MHAT) Report*. Washington, DC: Office of The Surgeon General, Department of the Army; 2003.

21. Zoloft (sertraline HCl) [product information]. New York, NY: Pfizer-Roerig; 2005. Available at: http://www.zoloft.com/pdf/ZoloftUSPI.pdf. Accessed February 14, 2008.

22. Celexa (citalopram) [product information]. Saint Louis, Mo: Forest Pharmaceuticals; 2005. Available at: http://www.celexa.com/pdf/celexa_pi.pdf. Accessed February 14, 2008.

23. Prozac (fluoxetine) [product information]. Indianapolis, Ind: Eli Lilly and Company; 2005. Available at: http://pi.lilly.com/us/prozac.pdf. Accessed February 14, 2008.

24. Paxil (paroxetine) [product information]. Research Triangle Park, NC: GlaxoSmithKline; 2005. Available at: http://us.gsk.com/products/assets/us_paxil.pdf. Accessed February 14, 2008.

25. Wellbutrin XL (bupropion) [product information]. Research Triangle Park, NC: GlaxoSmithKline; 2005. Available at: http://us.gsk.com/products/assets/us_wellbutrinXL.pdf. Accessed August 25, 2009.

26. Effexor XR (venlafaxine) [product information]. Philadelphia, Pa: Wyeth Pharmaceuticals; 2005. Available at: http://www.wyeth.com/content/ShowLabeling.asp?id=100. Accessed February 14, 2008.

27. Cymbalta (duloxetine HCl) [product information]. Indianapolis, Ind: Eli Lilly and Company; 2005. Available at: http//pi.lilly.com/us/cymbalta-pi.pdf. Accessed February 14, 2008.

28. Remeron (mirtazapine) [product information]. West Orange, NJ: Organon USA Inc; 2005. Available at: http://www.remeronsoltab.com/Authfiles/Images/292_73428.pdf. Accessed February 14, 2008.

29. American Psychiatric Association. Practice guidelines Web site. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Available at: http://www.psychiatryonline.com/content. aspx?aid=52257. Accessed February 14, 2008.

30. Stahl SM. *Essential Psychopharmacology*. 2nd ed. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2000: 237.

31. Ball SG, Kuhn A, Wall D, Shekhar A, Goddard AW. Selective serotonin reuptake inhibitor treatment for generalized anxiety disorder: a double-blind, prospective comparison between paroxetine and sertraline. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(1):94–99.

32. Raskind MA, Peskind ER, Kanter ED, et al. Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 2003; 160(2):371–373.

33. Haldol (haloperidol) [product information]. Raritan, NJ: Ortho-McNeil Pharmaceuticals; 2001. Available at: http://www.ortho-mcneil.com/products/pi/pdfs/haldol.pdf. Accessed January 19, 2007.

34. Olanzapine (zyprexa) [product information]. Indianapolis, Ind: Eli Lilly and Company; 2007. Available at: http://pi.lilly.com/us/zyprexa-pi.pdf. Accessed February 14, 2008.

35. Geodon (ziprasidone) [product information]. New York, NY: Pfizer-Roerig; 2005. Available at: http://www.pfizer.com/brands/geodon.jsp. Accessed November 18, 2008.

36. Schwartz T, Nihalani N, Virk S, et al. A comparison of the effectiveness of two hypnotic agents for the treatment of insomnia. Int *J Psychiatr Nurs Res.* 2004; 10(1):1146–1150.

37. Ambien (zolpidem) [product information]. Bridgewater, NJ: Sanofi-Aventis; 2008. Available at: http://products.sanofiaventis.us/ambien_cr/ambiencr.html. Accessed February 14, 2008.

38. Jones FD. Lessons of war for psychiatry. In: Pichot P, Berner P, Wolf R, Thau K, eds. *Psychiatry: The State of the Art.* Vol 6. New York, NY: Plenum; 1985: 515–519.

Розділ 11

РОЛЬ ВІЙСЬКОВОГО СВЯЩЕНИКА В БОЙОВИХ ФОРМУВАННЯХ АРМІЇ США

Пітер Фредеріх[I] · Томас С. Вейнік[II] ·
Джейсон Е. Дакворт[III] · Джефрі Войлс[IV]

ВСТУП

ВІЙСЬКОВИЙ СВЯЩЕНИК ЯК НАСТАВНИК

Допомога та наставництво у службі військових священиків

Конфіденційність військових священиків

Військовий священик і сила релігії

Динаміка віри для витривалості й відновлення солдатів

ВІЙСЬКОВІ СВЯЩЕНИКИ ЯК ПАРТНЕРИ ВІЙСЬКОВИХ ПСИХОЛОГІВ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, магістр теології, підполковник, корпус капеланів, Армія США; співробітник управління міністерських ініціатив Міністерства зі справ сім'ї, начальник служби військових священиків Армії США, 1421 Jefferson Davis Highway, Suite 10600, Arlington, Virginia 22202; у минулому — директор Центру професійної підготовки священиків із сімейних справ Армії США, Fort Benning, Georgia.

[II] Доктор медицини, магістр теології, підполковник, корпус капеланів, Армія США; відділ служби військових священиків із питань сім'ї, моралі, добробуту і відпочинку, 4700 King Street, Alexandria, Virginia 22301; у минулому — директор і клінічний керівник програми професійної підготовки священиків із сімейних справ Армії США Fort Benning, Georgia 31905.

[III] Доктор медицини, магістр теології, підполковник, корпус капеланів армії США; священик гарнізону, відділ забезпечення релігійних потреб, гарнізон армії США, Heidelberg, Germany, CMR 419 Box 1876, APO AE 09102; у минулому — автор навчальних програм базових курсів лідерства для військових священиків, Центр і школа військових священиків армії США, Fort Jackson, South Carolina.

[IV] Доктор медицини, магістр теології, підполковник, корпус капеланів, Армія США; директор і клінічний керівник програми підготовки священиків із сімейних справ, Building 2606 Collins Loop, Fort Benning, Georgia 31905.

ВСТУП

У сучасній структурі Армії США військові священики часто є першими, хто реагує на особисті та психологічні проблеми солдатів. Це давня традиція. Задовго до появи військових психологів солдати могли звернутися до священика як до наставника, який вислухає і дасть мудру пораду. Сьогодні підтримка душевних сил солдатів є основним завданням військових священиків. Там, де перетинаються віра й життя, на допомогу приходять капелани. Військові священики, як і їхні цивільні колеги, відіграють важливу роль в обрядах і ритуалах, що знаменують важливі моменти життя від народження до смерті. Їхнє покликання — розвиток і підвищення духовного рівня, як тимчасового, так і вічного. Ці види діяльності невід'ємні від психічного здоров'я солдатів і членів їхніх сімей, завдяки чому священик стає професійним партнером військового психолога.

ВІЙСЬКОВИЙ СВЯЩЕНИК ЯК НАСТАВНИК

Історія 11.1. Рядовий Сем Джоунс не знає, що йому робити чи думати. За чотири місяці після початку його участі в бойових діях в Іраку він боїться, що його шлюб розпадається — він відчуває себе безпомічним і безпорадним. Лише рік тому він одружився з Сарою, його нареченою ще зі шкільних років. В армії вони були зразком чудової молодої сім'ї. Сара віддано писала йому листи, коли він проходив базову та індивідуальну підготовку. А коли він зробив їй пропозицію на Різдво, вона відповіла «так». Вони чудово провели свята, демонструючи їхнім родичам і друзям її каблучку, та складали плани на майбутнє. За браком часу та грошей вони не влаштували пишного весілля й не мали медового місяця. Улітку вони переїхали до невеликої квартири в околицях військової бази Форт Брегг, що в Північній Кароліні. Сара почала ходити до місцевого коледжу, завагітніла й заприятелювала з кількома людьми. І тоді сталися трагічні події в Іраку.

Молоді люди намагалися бути сильними, однак обоє були налякані. Дитина мала народитися, коли Сем уже буде в Іраку. В Сари були друзі, однак вони не могли допомогти їй з дитиною. Тому молоде подружжя вирішило, що Сара повернеться додому й лишатиметься там доти, доки Сем не повернеться з Іраку. За місяць перед від'їздом Сем узяв тиждень відпустки, завантажив орендований трейлер і доправив Сару додому. Вона махала йому рукою на прощання, а Сем знав, що це прощання надовго. Проте він був упевнений, що вони подолають всі труднощі, виростять дітей і постаріють разом. Вони ж були такі закохані. Утім не завжди все йде так, як плануєш. На жаль, останнього дня першого триместру в Сари стався викидень, коли Сем летів на Близький Схід. Цю новину він отримав аж за 4 дні. І навіть попри те, що його командир знайшов йому телефон і тихе місце, щоб одразу ж подзвонити, він зателефонував лише за кілька днів. Розмова не клеїлася. Сем звинувачував Сару у викидні та не міг зрозуміти, чому підрозділ не відправляв його додому. Те, що планувалося як розмова закоханих для підтримки одне одного, перетворилося у неприємну словесну перепалку, на щастя, перервану перешкодами телефонного зв'язку.

Чомусь із телефоном у них не складалося. Їхні розмови були більше мовчанням і злістю, аніж коханням і прив'язаністю. Листи електронною поштою давалися важко, хоча й легше, ніж телефонні розмови. Сем ніколи не міг застати Сару вдома. Він годинами сидів на телефонній лінії, проте йому вдавалося лише залишити повідомлення на автовідповідачі. Гірше того, Сара перестала регулярно відповідати на

електронні листи. Так минали тижні без жодного контакту між подружжям. Сем у відчаї дивився на екран комп'ютера. Один друг Сема з найкращими намірами написав йому повідомлення, що бачив Сару в кінотеатрі з її колишнім хлопцем, а за тиждень — пара сиділа в машині за кафе Denny's, куди він із Сарою часто ходив, коли вони зустрічались. Він повідомляє про це Сему, тому що не хоче, «щоб його друг страждав». Раптово для Сема все стало на свої місця. Все стало безнадійним, і здавалося, що він цього не витримає. В уяві він уже малював картину з Сарою та її новим хлопцем. І здавалося, що він нічого не може вдіяти: як він може повернути її, якщо вона навіть не відповідає на дзвінки? Сем не знав, що думати. Та одне він знав точно: він не хоче жити без Сари.

Обернувшись назад, він побачив свою рушницю M4: начищену, заряджену й готову до бою. Усього три кроки — взяти, потягнути за важіль перезарядки, повернути й вистрілити. Увесь цей біль завершиться, і Сара ще пожалкує... У майбутньому Сем завжди буде згадувати цей момент та питати себе, чи було це лише збігом обставин, чи його уберіг сам Бог. Однак у той момент, коли думки про самогубство проникли в його голову, він почув стук у двері. За мить до приміщення зайшов священик Ватсон. Дивно це. Священики не заходять щодня, а лише кілька разів на тиждень роздати цукерки, посилки з дому або ще щось.

Іноді виникало враження, що капелан не на своєму місці в жорстких умовах передової оперативної бази. Проте він все одно приходив. Та чи був це його «кидок у стрибку» (він грав у баскетбольній команді NCAA Division-III в коледжі та чудово вписувався в баскетбольну команду будь-якого загону), чи його наполеглива участь в нарядах під час патрулювання, він був поважним членом батальйону навіть серед солдатів, які не знали дороги до каплиці. Він швидко зрозумів усю ситуацію з уривчастих відповідей Сема на стандартне питання «Як справи?». Він сів на ліжко поруч із комп'ютерним столом і попросив Сема розповісти детальніше. Не встиг священик оговтатись, як хлопець уже швидко розказував свою ситуацію, знайшовши того, хто вже знає його ситуацію, кому було небайдуже, хто мав надію та план. «Давай дізнаємося, що сталося, та придумаємо, що з цим робити». Священик запросив Сема до каплиці, де була підключена телефонна лінія класу А (лінія, що з'єднує телефони за межами військового гарнізону). Тут Сем відчув себе достатньо захищеним, щоб спробувати заново влаштувати своє життя.

Лише трохи змінивши деталі, історію Сема можна переказувати безліч разів щодесятиліття. Солдати Нового Світу протягом століть зверталися до духовенства, щоб те допомогло їм вирішити проблеми та знайти відповіді на найскладніші екзистенціальні питання. Служба військових священиків СВ США була заснована генералом Джорджем Вашингтоном.

Допомога та наставництво у службі військових священиків

Військові священики почали свій шлях від багатовікової традиції пастирської допомоги. Історично склалося так, що в перші століття американської колоніальної та національної історії пастирі різних конфесій жили або іноді пересувалися між невеликими сільськогосподарськими спільнотами, відправляючи церковні обряди, дбаючи про хворих і часто ховаючи померлих. Отримуючи ґрунтовні знання у коледжі та семінарії, ці священнослужителі часто були найосвіченішими та досвідченими в своїх спільнотах. Вони часто призначалися для виконання багатьох корисних обов'язків, іноді навіть медичної допомоги, на додачу до основних обов'язків. «Пастирська допомога» передбачала великий спектр діяльності в цей період [1]. Наслідуючи ці історичні тенденції, сьогодні священнослужителі часто вбачають свою функцію у наставництві за біблейським приписом — наглядати за паствою та розділяти з кожним його тягар [2]. Священики добре виконують свою справу, коли дотримуються встановлених принципів духовного лідерства — особиста зацікавленість, віра в цінності та значення життя, а також надія [3]. Ці цінності, як правило, спільні для більшості варіантів психологічної допомоги — пастирської чи нерелігійної.

Хоча священики в сукупності репрезентують різноманітні вірування, кожен окремо виходить із однієї конкретної релігійної спільноти [4]. Кожен належить до певної конфесії, однак завданням священика є наставництво кожного солдата. Військові капелани виконують найрізноманітніші обов'язки. Крім проведення ритуалів, обрядів і священнодійств (згаданих вище), а також церковних служб (їхній найпоширеніший обов'язок),

священики також надають підтримку і допомогу. Саме у сфері пастирської підтримки робота священиків найбільше перегукується з роботою військового психолога. Унаслідок цього військові психологи часто повідомляють, що вони працюють в команді зі священиком із таких аспектів, як витривалість при підготовці бойових дій, контроль стресу в зоні бойових дій, недопущення самогубств, одужання травмованих солдатів, реінтеграція солдатів, відновлення після травм, сімейні питання та допомога самим психологам.

Усі священики проходять обов'язкову підготовку з надання допомоги та підтримки. Однак рівні навичок та освіти охоплюють широкий спектр. Фактична підготовка з надання допомоги може варіювати від кількох семінарських курсів до докторського ступеня в клінічній психології. Зважаючи на таке розмаїття і намагаючись забезпечити, щоб кожен капелан володів базовим набором навичок, служба військових священиків активно підвищуватиме стандарти допомоги в наставництві. У центрі цієї діяльності є програми підготовки священиків із сімейних питань та госпітального обслуговування. За більше ніж 30 років головний військовий капелан був спонсором розширених цивільних програм підготовки для підвищення кваліфікації військових священиків. Учасники, відібрані для цієї програми, відвідували 15-місячний магістерський курс із наставництва й опісля його завершення були переведені до Центрів із питань сімейного життя, заснованих у гарнізонах і дивізіях Армії США. Велика кількість випускників цієї програми отримала кваліфікацію психотерапевта в сфері шлюбу та сімейних стосунків або професійного психотерапевта.

Служба військових священиків також продовжує підвищувати рівень допомоги через клінічні пастирські освітні програми. Ці програми, що проводяться у великих медичних центрах, готують військових священиків до виконання обов'язків у госпітальних умовах, де базові навички слухання та самосвідомості є еквівалентними якості допомоги. Обійнявши посади в центрах сімейного життя чи військових госпіталях, ці військові священики надають допомогу, а також підготовку з наставництва для священиків підрозділів. Відповідно до нової ініціативи, священики з питань сімейного життя та госпітального обслуговування будуть задіяні для підготовки молодих релігійних наставників до «допомоги на полі бою» — програми, розробленої для підвищення якості допомоги та підтримки в службі військових священиків.

Місія допомоги та підтримки ширшим суспільним колам починається з військового священика й помічника священика. Разом вони складають групи військових священиків (UMT — unit ministry team) в Армії США та групу релігійної підтримки в суміжних сферах. UMT призначаються на рівні батальйону, тому, як правило, призначається одна група на кожні 600 солдатів. Оскільки UMT призначаються для підрозділу, між ними існує дуже тісний зв'язок. Подібний взаємозв'язок робить військових священиків та їхніх помічників ідеальною «передовою лінією» для солдатів. Оскільки солдати довіряють UMT, вони, скоріше за все, відреагують позитивно, якщо члени групи порекомендують солдатам звернутися ще до якогось фахівця, наприклад, до психолога. Крім того, оскільки священики та їхні помічники живуть і працюють поруч із солдатами, вони є дуже доступним джерелом допомоги для солдатів і членів їхніх родин, які отримують лікування паралельно з військовим медичним персоналом. Перевірена часом найкраща практика — встановлення та підтримка тісних взаємин між UMT і військовими психологами для того, щоб сприяти ранньому розпізнанню та інтегрованому лікуванню військовослужбовців.

Конфіденційність військових священиків

Унікальним аспектом взаємин між священиком і пацієнтом є характер і ступінь конфіденційності. Щоб налагодити кращі партнерські стосунки з військовими священиками, психологи мають змиритися з цією стороною взаємин між священиком, солдатом і членом його родини. Суспільство вже давно визнало потребу в певному захисті конфіденційності стосунків, наприклад, щодо шлюбу. Основним методом захисту взаємин у шлюбі є абсолютна довіра між членами подружжя. Суспільство прийняло рішення, що чоловік і дружина мають вільно спілкуватися навіть про

найделікатніші питання без загрози того, що такі одкровення будуть використані проти них в юридичних обставинах.

Комунікація між адвокатом і його клієнтом традиційно захищалася принципами конфіденційності, щоб клієнт міг отримати точну юридичну пораду. Спілкування між пацієнтами та медичними працівниками також захищається схваленим у 1996 році Законом про відповідальність і перенесення даних про страхування здоров'я громадян. Пацієнти мають знати, що їхнє спілкування з медичним працівником захищене, щоб мати змогу повністю розповісти анамнез і симптоми, не переймаючись, що інші отримають доступ до такої інформації. Щодо інших видів взаємин, традиційно склалося, що розмови між священиком і прихожанином або людиною, що розкаюється, також захищалися. Це гарантує повне та вільне обговорення питання духовності та сумління без остраху публічного розголошення змісту подібних розмов. Концепція привілею конфіденційного спілкування між духовенством та особами, що каються, виникла близько двох століть тому. Вперше вона була введена в Нью-Йорку в Сполучених Штатах Америки на початку XIX століття. Кожен штат і Федеральний округ Колумбія затвердили закони, що захищали такі взаємини [5]. На федеральному рівні, у справі «Траммель проти США» (1980 р.) [6], Верховний суд США визнав, що «люди прагнуть розкритися перед духовним наставником, *повністю та безумовно конфіденційно*, про те, що вважається порочними діями або думками, і натомість отримати утішання й пораду священика». У судовій справі аж за 5 років суд постановив, що

> привілей стосовно комунікації зі священнослужителем відображає *узгодження* між *публічним правом на отримання доказів* і *потребою особи* в спілкуванні з духовним наставником, абсолютно конфіденційно розказати про злодіяння чи злі помисли та отримати духовне відпущення гріхів, утішання чи наставляння взамін [7].

В армії США також встановлені положення щодо конфіденційності комунікацій. Військова норма доказового права (MRE — Military rule of evidence) 503 охоплює конфіденційність комунікацій між військовослужбовцями та духовенством [8]. Загальним правилом привілею у MRE 503 зазначено:

> Особа має привілей відмовитися розголосити та не допустити розголошення конфіденційної комунікації між особою та священнослужителем або помічником священнослужителя, якщо така комунікація здійснена у вигляді формального релігійного акту або справи совісті [8, III. 23].

Важливо зауважити, що привілей належить декларанту. Для військового священика привілей є обов'язковим, і він не може відмовитися від нього. Також зазначається, що привілей є обов'язковим для помічника військового священика. Тому, якщо особа говорить зі священиком або помічником священика та вважає, що розмова є конфіденційною, це захищена комунікація. Як зазначалося в цьому правилі, поняття «священнослужитель» включає церковнослужителя, священика, рабина, військового священика чи іншу подібну функцію релігійної організації, або особу, яка обґрунтовано вважається такою особою, що консультує священнослужителя. У MRE 503 також зазначається, що комунікація є «конфіденційною», якщо здійснюється зі священнослужителем як духовним наставником або помічником священнослужителя як тим, хто виконує свою основну функцію — помічника священнослужителя. У MRE 503 передбачається, що будь-яка комунікація зі священиком як духовним наставником є привілейованою. Як така, вона не допускається до застосування в суді. Додаткові політики широко тлумачать цей привілей, класифікуючи привілей священика-прихожанина «майже абсолютним». Унаслідок цього священик часто сприймається як безпечна гавань, до якої заходять солдати та командири. Солдати можуть звернутися до нього, щоб поговорити про свої проблеми, не повідомляючи про них підрозділу. Ці взаємини неодноразово випробувані в суді, а в 2007 році були роз'яснені головним військовим капеланом. Термін, як правило, пов'язаний із цими взаєминами, — «абсолютна конфіденційність». Основна рекомендація, яку отримують священики та їхні помічники: привілей, який отримали солдати та члени їхніх родин у результаті таких взаємин, є абсолютним. Він не може бути скасований із жодної причини (включаючи загрозу завдання шкоди), якщо солдат чи член його родини не скасує його.

Хоча цей абсолютний привілей розглядався багатьма фахівцями як потенційна загроза, проте на практиці безпека, яку солдати пов'язують із цими

взаєминами, є практично завжди позитивна. Гіпотетичні ситуації небезпеки (наприклад, військовий священик зберігає мовчання у разі насилля над дітьми або в інших резонансних ситуаціях) є темою цікавих юридичних дискусій, однак практично ніколи не трапляються в реальності. Фактично ж багаторічні дослідження, проведені начальниками служб військових священиків у Міністерстві оборони, не виявили жодного випадку завдання шкоди в результаті збереження конфіденційності священиком чи його помічником. Проте дослідження виявило багато випадків, де дотримання конфіденційності зізнання надало змогу священикам та їхнім помічникам отримати ранній доступ до небезпечних ситуацій і запобігти завданню шкоди. Фундаментом психологічного професіоналізму є те, що привілей, присвоєний взаєминам між священиком і солдатом, робить священиків та їхніх помічників у військовому середовищі вкрай уразливими партнерами з точки зору надання допомоги солдатам і членам їхніх родин.

Військовий священик і сила релігії

Вільне сповідання релігії надавало священику можливість застосовувати силу релігії. Це не суперечить умислу отців-засновників і Конституції Сполучених Штатів... Задовго до оформлення Конституції в армії склалася чітка традиція вільного віросповідання через абсолютну необхідність. Принципи допомоги священиків військовослужбовцям у різних релігійних конфесіях були розроблені ще в XVII столітті, від часів створення перших озброєних загонів у Джеймстауні, Плімуті, Бостоні та Нью-Йорку [9].

Сьогодні в армії США функціонує служба військових священиків, яка забезпечує вільне сповідання солдатами релігії. Однак мотивація на оперативному рівні може бути різною. В армії вживаються всі заходи для підтримки солдатів на лінії фронту. Фахівці з логістики забезпечують піхотні війська продовольством і патронами. Війська зв'язку — чіткими засобами комунікації. Медична служба слідкує за здоров'ям солдатів. Військовий священик сприймається як чинник забезпечення здоров'я солдатів, який надає їм духовну підтримку та допомагає підвищити витривалість у бою.

То як же релігія підтримує солдатів? Відповідь на це запитання троїста. Ідеться про характер системи вірувань, що надає цінність життю. По-перше, система вірувань підтримує солдатів у бою. Перед боєм системи вірувань переконують солдатів у справедливих і правильних причинах. Посеред хаосу та жахів війни система вірувань може підтримати індивіда. Після бою надання значення травмувальній події може допомогти відновити не лише відчуття порядку та значення, а й відновити бажання жити. По-друге, система вірувань пропонує ритуали, обряди та священні дії, що забезпечують очищення, загоєння та відновлення, а це може бути дуже важливим для поранених душ воїнів. По-третє, військові капелани мають символічне значення, яке в службі військових священиків називають «міністерство присутності». Військовий священик сприймається солдатами як утілення присутності Бога.

Деякі командири відчувають, що присутність служителів церкви у військовому загоні під час виконання бойового завдання важливіша, аніж поточна доктрина їхнього перебування в пунктах допомоги. Ці командири вважають, що сама присутність священика, символу близькості до Бога, у військовому загоні надає солдатам сил у бою. Проте не тільки командири переконані, що віра в Бога підтримує людину під час бою. Генерал Джордж С. Маршал у своєму зверненні до Трініті-Коледжу у м. Хартфорд (штат Коннектикут) 1941 року сказав так:

> Серце солдата, дух солдата, душа солдата — це все. Якщо душа солдата не підтримає його, на нього не можна покластися, він сам програє, і його командир програє, і його країна зрештою програє... Саме мораль перемагає в бою... Французи так і не знайшли адекватного «наукового» визначення цьому слову... Це більше ніж слово — більше, ніж будь-яке слово або кілька слів можуть висловити. Мораль — це спосіб мислення. Це стійкість, відвага та надія. Це упевненість, мужність і відданість... Це прагнення, відчуття солідарності та цілеспрямованість. Це бойова стійкість, дух, який іде до кінця, бажання перемогти. Моралі все під силу, без неї все інше — планування, підготовка, виконання — не має значення. Я вже сказав, що дух все витримає до самого кінця. Так воно і є [10].

Динаміка віри для витривалості й відновлення солдатів

Військовий священик може бути чи не бути символом присутності Бога для кожного окремого солдата. Важливішим питанням є те, як переконання, релігія чи віра кожного допомагає та підтримує солдата спершу в бою, а потім при поверненні додому після отримання тілесних чи душевних травм?

Життєві приклади та народна мудрість підтверджують, що релігійна віра додає величезний вимір до емоційної витривалості та можливостей відновлення людей, які пережили стрес. Один із прикладів із часів Другої світової війни в цьому звіті висвітлює реакцію країни на вторгнення в Нормандію:

> Шостого червня вся країна знала, що відбувалося щось страшне, щось трагічне... у верфі Бруклін зварники стояли на колінах на палубах своїх суден і цитували «Отче наш». Опісля відкриття Нью-Йоркська фондова біржа оголосила про двохвилинне мовчання. По всій Америці дзвеніли церковні дзвони, а у Філадельфії звучав дзвін Свободи. У Колумбусі, що в штаті Огайо, о 19:30 на п'ять хвилин зупинився весь транспорт, а люди молилися прямо на вулицях [11, с. 37].

Іншим прикладом є духовна реакція нації на теракти 11 вересня 2001 року. Наступні дні після падіння Всесвітнього торгового центру люди відвідували церковні служіння, зводили хрести та інші релігійні символи, проводили меморіальі заходи, наприклад, молитву за Америку на стадіоні «Янкі», яку відкривала Опра Уінфрі, щоб ушанувати пам'ять загиблих. Навіть за багато років доволі часто солдати кажуть священику, що пішли на військову службу за покликом Бога у відповідь на події 11 вересня.

Зростаюча кількість емпіричних досліджень підтверджує концепцію, що для багатьох людей віра є джерелом витривалості та відновлення душевних сил. Основна робота Кеннета І. Паргамента (Kenneth I. Pargament) «Психологія релігії та опанування стресу» («Psychology of Religion and Coping») охоплює велику кількість досліджень із релігії та психологічної витривалості, проведених за останнє десятиліття. Автор зазначає:

> У низці досліджень, у яких порівнюють поширеність релігійних і нерелігійних форм опанування стресу, зазначено, що релігія посідає ледь не центральне місце. Наприклад, МакКрай (McCrae, 1984 р.) дослідив механізми, які, як повідомляється, застосовують чоловіки та жінки після подій у категоріях втрат, загроз або складних завдань. Із 28 механізмів подолання стресу «віра» була другим найпоширенішим для подолання стресу при загрозах (72 %) і третім — при втратах (75 %). Віра застосовується рідше при вирішенні складних питань (43 %). Конвей (Conway, 1885–1986 рр.) проводив опитування серед білих і темношкірих мешканок міста, в яких виникали стресові медичні проблеми за останній рік. На запитання, як вони справлялися з медичними проблемами, 91 % опитаних відповіли «молитва»; це був найпоширеніший механізм подолання стресу серед усіх, включаючи пошук інформації, відпочинок, лікування, призначення медичних препаратів і візит до лікаря [12, с. 137–138].

У нещодавній роботі «Вчимося у стійких: досвід, який ми можемо застосувати в консультуванні та психотерапії» Ґлікен (Glicken) звертається до таких досліджень:

> Ґертнер, Ларсон і Аллен (Gartner, Larson і Allen) проаналізували 200 психіатричних і психологічних досліджень та дійшли висновку, що релігія має позитивний вплив на фізичне і психічне здоров'я. А Еллісон (Ellison) і колеги зазначили, що «як мінімум, є приклади користі релігії для психічного здоров'я чоловіків і жінок, осіб різного віку, расової приналежності та етнічного походження, а також осіб із різних соціоекономічних класів і географічних регіонів. Окрім того, ці корисні ефекти часто спостерігаються у ряді соціальних, демографічних та медичних статистичних контрольних показників» [13, с. 23].

Якщо існує, як засвідчують дослідження та нещодавні історичні дані, зв'язок між джерелами віри та здатністю солдата бути психічно стійким і приходити до тями після травм воєнного життя, тоді функція військового священика як наставника є важливим джерелом для військових психологів. (Додаткова інформація в книзі Вайніка і колег «Духовність і психологічна стійкість людини та роль військових священиків» [14]).

ВІЙСЬКОВІ СВЯЩЕНИКИ ЯК ПАРТНЕРИ ВІЙСЬКОВИХ ПСИХОЛОГІВ

Військові священики є партнерами й допоміжного медичного персоналу у загальному процесі забезпечення психологічного добробуту солдатів. Оскільки їх, як правило, призначають на рівні батальйону, військові священики часто несуть щоденний тягар базових проблем військовослужбовців. Це часто передбачає пряме «вирішення проблем», пов'язаних із професійними негараздами, стосунками, життєвими виборами та духовними аспектами. Військові священики забезпечують близькість, безпосередність та очікуваність їхніх базових консультаційних послуг — вони мають можливість працювати з солдатами в одному підрозділі та швидко забезпечувати їхні потреби в допомозі. Це важлива оперативна концепція, оскільки, коли солдатів відправляють із зони бойових дій для отримання допомоги, знижується ймовірність їхнього повернення.

Військові священики є невід'ємною частиною їхніх підрозділів, тому їм часто відомо багато про життя солдатів удома. Служителі церкви можуть надати можливість «зворотного зв'язку» з солдатами, звертаючись до інших священиків, пов'язаних із членами родин солдатів. Військовий капелан у зоні бойових дій часто заповнює прогалину, що виникла внаслідок розлуки з близькими. Військові священики з тилових підрозділів отримують від командування завдання допомогти в питанні сімейної кризи та надати інтервенційну консультацію. Важливо зазначити, що військові священики не є психологами (за винятком кваліфікованих священиків із питань сімейного життя); їхня основна функція — функція пастиря. Вони здійснюють пастирське наставництво, яке передбачає допомогу в кризових ситуаціях, а також вчасне й адекватне направлення солдатів до психологів та інших закладів. Опісля певного початкового консультування військовий священик може вирішити, що групи з контролю бойового стресу (CSCT — combat stress control team) або інші фахівці здатні краще допомогти тому чи іншому індивіду. У такій ситуації священик часто направляє солдата до CSCT. З огляду на характери проблеми, військовий священик може персонально супроводжувати солдата, призначити йому офіцера для ескорту або порадити звернутися до CSCT без супроводу. Групі з охорони психічного здоров'я важливо знати, що військовий священик не вважає це «передачею». Військовий священик, як правило, готовий продовжувати надавати пастирські послуги та виконувати допоміжну функцію у лікуванні солдата. В минулому між психологами та військовими священиками виникала напруга через певне уявлення, що як тільки солдата передають під опіку медиків, потреба допомоги пастиря відпадає, ніби психолог якимось чином перекриває всю іншу надану допомогу. Військові священики походять із теологічних спільнот, які вважають, що людина найкраще функціонує, коли їй надати кілька допоміжних ресурсів.

Основні приклади партнерства військових священиків і психологів виникли під час критичних інцидентів в Іраку й Афганістані. На відміну від священиків, CSCT зазвичай призначають на рівні бригади, хоча іноді на передових оперативних базах вони контролюють один батальйон. Як правило, CSCT і військовий священик реагують на одні й ті самі події, наприклад, суттєві людські втрати в бою. Однак — кожен по-своєму. Військові капелани негайно реагують на критичний інцидент пастирською присутністю на ТВД. CSCT, частіше за все, розподіляє пацієнтів і проводить лікування емоційних наслідків травмувальних подій. Військові священики, підготовлені до дій у кризових ситуаціях, часто надають допомогу в критичних стресових ситуаціях невдовзі після події. Психологи реагують подібним чином. Священики продовжують надавати допомогу, спілкуючись із солдатом, щоденно живучи та працюючи з ним поруч. Помічники священиків також беруть участь у процесі встановлення контакту, оцінки та направлення. Командири підрозділів, визнаючи потребу в командній роботі UMT і CSCT, часто радять або направляють солдатів до представника однієї з груп.

Інша сфера, в якій психологи та священики працюють пліч-о-пліч, — це недопущення самогубств. Програма запобігання суїцидам в Армії США містить чотири елементи: 1) первинне запобігання за допомогою підготовки з життєво

важливих навичок і взаємин, 2) ознайомчий курс, 3) інтервенційна підготовка та 4) лікування солдатів, які пробували вчинити самогубство [15]. Якщо завдання психологів полягає в діагностиці та лікуванні, то пріоритетом для військових священиків є запобігання та підвищення інформованості. UMT часто першими помічають, що солдат потребує психологічної оцінки думок про самогубство чи вбивство. Це особливо важливо на полігоні, де уважні служителі церкви, маючи повноваження, можуть направити солдата до спеціалізованого психіатричного закладу.

У березні 2007 року Центр зміцнення здоров'я та профілактичної медицини Армії США розробив нову інформаційно-просвітницьку програму з питань самогубства для солдатів і воєначальників. Спонукаючи солдатів «отримати допомогу», якщо потрібно, та «захистити тіло», цей тренінг складається з практичних захисних заходів. Сьогодні ця програма є військовим стандартом у сфері запобігання самогубствам [16]. UMT готують свої підрозділи з питань запобігання суїцидам відповідно до програми підтримки циклу розгортання, а також проводячи періодичні повторні тренінги для солдатів і військових начальників. Менш обговорюваний обов'язок військового священика в оперативній психології — це функція особистого ресурсу для медичних працівників. Будучи зв'язаними, однак у різних професійних спільнотах, велика кількість психологів відзначає, що військові священики можуть стати їхніми надійними друзями та довіреними особами. Психологи також виконують цю функцію для священиків. Обидві сфери користаються тією самою мовою та мають ті самі завдання — це забезпечення добробуту солдатів. Психологи насолоджуються тим самим «абсолютним привілеєм», що й священики, що може бути дуже корисним в обмежених умовах розгортання.

Військові священики та CSCT співпрацюють і знають про робоче навантаження один одного. Справедливий розподіл праці є одним із аспектів надання допомоги самим психологам. Військові психологи були та будуть доступними як ресурс для всіх причетних до сфери військової психології. Військові священики мають дбати про себе також один про одного, якщо вони бажають подбати про солдатів. Зрештою, для великої кількості військових священиків і CSCT найкращою практикою стала підтримка стосунків взаємної допомоги, коли кожен контролює фізичний та емоційний стан, а також робоче навантаження іншого та коли надається неформальна підтримка і допомога. Тонка природа духовної та психічної допомоги вимагає, щоб особи, які її надають, були емоційно стабільними. Для багатьох військових священиків і психологів особисті взаємини та взаємна підтримка в розпалі бойових дій стали наріжним каменем їхньої здатності залишатися здоровими та корисними фахівцями впродовж усіх випробувань тривалих бойових дій.

ВИСНОВКИ

Сьогодні служба військових священиків — це відображення тисячолітніх традицій пастирської практики, що охоплює віросповідання та священні обряди, а також традицію підтримки власного душевного здоров'я. Військові священики в Армії США перебувають серед солдатів і членів їхніх родин, проводячи ритуали та молитви, слухаючи, утішаючи та надаючи поради. За цією традицією, військові священики отримують екстенсивну підготовку з психологічного консультування, психологічної витривалості та сімейних справ. Завдяки цьому вони підтримують психологів у їхній роботі та є їхніми справжніми партнерами у боротьбі за психічне здоров'я солдата та його родини. Крім того, як фахівець, який веде діяльність за межами стандартних медичних каналів, військовий священик є «безпечним прихистком» для психологів, які самі потребують емоційної підтримки. У результаті такої злагодженої спільної роботи багато психологів знайшли для себе ідеальну формулу — побудувати тісні стосунки з військовими священиками в їхній роботі. Таке партнерство для багатьох стало джерелом підвищення ефективності, витривалості та, зрештою, покращення психічного стану солдатів і членів родин, яких вони підтримують.

ЛІТЕРАТУРА

1. Schuetze AW, Habeck IJ. *The Shepherd Under Christ–A Textbook for Pastoral Theology*. Milwaukee, Wisc: Northwestern Publishing House; 1974.
2. Galatians 6:2. Available at: http://scriptures.lds.org/gal/6. Accessed April 20, 2009.
3. Nouwen HJM. *The Wounded Healer*. Garden City, NY: Image Books; 1979: 70–76.
4. US Department of the Army. *Chaplain Activities in the United States Army*. Washington, DC: DA; 2004. Army Regulation 165-1.
5. Broyde M, Reiss Y, Diament N. Confidentiality and rabbinic counseling: an overview of Halakhic and legal issues. *Jewish Law Articles*. Available at: http://www.jlaw.com/Articles/RabbinicCounseling1.html. Accessed December 16, 2009.
6. *Trammel* v US, 445 US 40 (1980).
7. *US v Moreno*, 20 MJ 623, 626 (ACMR 1985).
8. US Department of Defense. Military rules of evidence, section 503, communications with clergy. *Manual for Courts-Martial*, United States. Washington, DC: DoD; 2000: III-23.
9. Brinsfield JW. Our roots for ministry: the Continental Army, George Washington, and the free exercise of religion. *Mil Chaplain's Review*. 1987;Fall:25.
10. The Marshall Papers. Speech at Trinity College, June 15, 1941. The George C Marshall Foundation. Available at: http://www.marshallfoundation.org/Database.htm [Note: search for "zeal"; select #2-484]. Accessed September 15, 2009.
11. Fussell P. How the leaders led. Newsweek. May 23, 1994:36–38.
12. Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping*. New York, NY: Guildford Press; 1997.
13. Glicken D. *Learning From Resilient People: Lessons We Can Apply to Counseling and Psychotherapy*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2006.
14. Waynick T, Frederich P, Scheider D, Thomas R, Bloomstrom G. Human spirituality, resilience, and the role of the military chaplain. In: Adler A, Castro C, Britt T, eds. *Operational Stress*. Vol 2. In: *Military Life — The Psychology of Serving in Peace and Combat*. Westport, Conn: Praeger Security International; 2006: 173–199.
15. US Department of the Army. *Army Health Promotion*. Washington, DC: DA; 2004. Army Regulation 600-63, Chapter 5.
16. US Department of the Army, Chief of Chaplains. *The New Army Standard Suicide Awareness Program*. Information paper to all Army Chaplains, April 27, 2007.

Розділ 12

ПСИХІАТРИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ КОМАНДУВАННЯ

Крістофер Х. Уорнер[I] · Джордж Н. Аппенцеллер[II] · Джил Е. Брайтбах[III] · Дженіфер Т. Ланґе[IV] · Анджела Моббс[V] · Елспет Кемерон Річі[VI]

ВСТУП

ПОХОДЖЕННЯ ТА ІСТОРІЯ ПСИХІАТРИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ КОМАНДУВАННЯ

ЧИННИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З КОНСУЛЬТУВАННЯМ КОМАНДУВАННЯ

ПРОВЕДЕННЯ КОНСУЛЬТУВАННЯ

ВИЗНАЧЕННЯ БОЄГОТОВНОСТІ ТА НАДАННЯ ДОПУСКУ ДО БОЙОВИХ ДІЙ

ОЦІНЮВАННЯ, ЩО ПРОВОДЯТЬСЯ ЗА РОЗПОРЯДЖЕННЯМ КОМАНДУВАННЯ

РИЗИКИ ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТІВ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОНСУЛЬТУВАННЯ

ОСНОВНІ ФУНКЦІЇ КОНСУЛЬТАНТІВ В АРМІЇ США

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу охорони психічного здоров'я, цивільний військовий госпіталь Вінн, Building 9242, Room 20, 1083 Worcester Drive, Fort Stewart, Georgia 31324; у минулому — дивізійний психіатр 3-ї піхотної дивізії, Fort Stewart, Georgia.

[II] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; командир медичного управління Армії США на Алясці, 1060 Gaffney Road #7400, Fort Wainwright, Alaska 99703-7400; у минулому — заступник командира з питань клінічної допомоги, командна група, цивільний військовий госпіталь Вінн; Fort Stewart, Georgia 31314.

[III] Доктор психології, майор, Медичний корпус, Армія США; невропатолог, відділення психології, військовий госпіталь Еванс, USAMEDDAC, Fort Carson, Colorado; у минулому — груповий психолог, 1-ша спеціальна група підготовки до бойових дій; Fort Bragg, North Carolina.

[IV] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, ВМС США; директор програми стипендій із психіатрії відділення психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Building 6, Room 3038, Washington, DC 20307; у минулому — штатний психіатр Консультативної служби поєднальної психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC.

[V] Доктор психології, капітан, Медичного корпусу Армії США; психолог з питань відбору і діяльності спеціальних сил, спеціальний центр і школа з питань ведення бойових дій, навчальний центр Роув; Building T-5167, 1500 Camp Mackall Place, Marston, North Carolina 28363; у минулому — психолог 3-ї бригади, 3-тя піхотна дивізія; Fort Benning, Georgia.

[VI] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника військово-медичної служби армії США з психіатрії та директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — Головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

ВСТУП

Психологічні ефекти від бойових дій зафіксовані документально упродовж усієї історії. Від часів Другої світової війни Армія США на передовій залучала психологів для лікування бойового й оперативного стресу та надання рекомендацій командирам підрозділів щодо бойового стресу та його впливу на солдатів. Сьогодні командирів бойових підрозділів мотивують контролювати загальний стан здоров'я підлеглих, включаючи консультування із фахівцями з охорони психічного здоров'я щодо психічного стану. Одним із багатьох складних завдань цих фахівців є надання знань командирам про функції психіатричного консультування командування. У цьому розділі представлені численні обов'язки психіатричних консультантів.

ПОХОДЖЕННЯ ТА ІСТОРІЯ ПСИХІАТРИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ КОМАНДУВАННЯ

Тоді як оцінки психічного здоров'я, як правило, розглядаються в контексті надавача психологічної допомоги та пацієнта, психіатричне консультування командування виникає, коли військовий начальник бажає отримати інформацію про чинники або психічне здоров'я індивіда, підрозділ чи командування та поради з покращення загального стану психічного здоров'я. Історично склалося, що психіатричне консультування командування проводилось у двох формах: 1) спроби провести огляд на уразливість та визначити боєготовність та 2) превентивна психіатрія. У попередніх оглядах детально викладена історія, пов'язана з цими компонентами. Важливо знати, яким чином ці ролі еволюціонували, при прогнозуванні майбутнього психіатричного консультування командування [1]. Окрім того, хоча «психіатричне консультування» часто проводиться психіатрами, інші фахівці з психічного здоров'я також проводитимуть ці консультації, тому поняття «фахівець із психічного здоров'я» використовується при обговоренні питання консультування. Для отримання рекомендацій щодо специфічних функцій психіатрів, психологів, соціальних працівників і технічних фахівців, читач має дізнатися про їхні індивідуальні дисциплінарні статути.

Огляд на уразливість та визначення боєготовності

Для осіб, які бажають вступити на військову службу, перша зустріч із медичним персоналом буде проводитися в пункті прийому та оформлення осіб на військову службу. Тут новобранці проходять ретельний медичний огляд, що передбачає відповіді на питання про психічне здоров'я. Окремі особи можуть бути недопущені до військової служби або мають пройти додаткове оцінювання, перш ніж потрапити на військову службу. Цей процес, що є відображенням підтвердженої потреби в проведенні огляду військового персоналу на психологічну уразливість, бере свій початок із середини XVIII століття. Термін «ностальгія», що була загальновизнаним захворюванням, визначеним Ауренбругером у 1761 році, використовували для опису «захворювання», за якого солдати втрачали надію, сумували, ізолювалися, були

неуважними й апатичними. Сьогодні для опису цього стану широко використовується поняття «бойовий стрес» [2]. Французькі лікарі наполеонівських часів визначили чинники, пов'язані з розвитком і попередженням ностальгії, та розпочали проводити відповідний огляд солдатів [2]. Армія США запровадила психологічний скринінг на початку XX століття. За часів Першої світової війни знамениті альфа/бета тестування та психіатричні співбесіди застосовували для того, щоб провести обстеження великої кількості військових новобранців, потрібних для бойових дій [3]. На той момент оцінювали особистість та інтелектуальні функції кожної особи, а також надавали рекомендації щодо придатності до військової служби та службових спеціальностей. Рішення, ухвалені стосовно придатності, значною мірою відображали переконання, що психіатричні симптоми та захворювання характеризували «слабку особистість»; особи з психіатричними захворюваннями не були нормальними, тому не були здатні забезпечити оборону, потрібну під час війни [3]. Цей метод скринінгу військових для прийняття на службу вважається істориками як у корені помилковий [4]. Однак унаслідок таких дій сприйняття психології як цінної науки, здатної забезпечити результати негайного та практичного значення для командування, суттєво закріпилося [5].

У 1941 році Генрі Стек Саліван (Harry Stack Sullivan) був призначений психіатричним консультантом у межах програми відбору військовослужбовців і допоміг розробити більш комплексну систему, яка передбачала скринінгові співбесіди [6]. Однак під час Другої світової війни змінилися точки зору щодо ефективності цих методів скринінгу. Багато хто почав сприймати їх як надмірні та неефективні з точки зору точного визначення психологічної стійкості солдатів у небезпечних воєнних ситуаціях, що призводить до суттєвих і надмірних втрат серед потенційних солдатів [6–8]. Опісля Другої світової методи психіатричного скринінгу були змінені та стали зосередженими, здебільшого, на виявленні та дискваліфікації лише осіб зі значними психіатричними розладами. Відтоді цей процес укорінився і з часом зазнавав лише несуттєвих змін. Хоча мета скринінгу залишилася відносно незмінною, продовжують точитися дебати навколо значення попередньо наявних медичних і психічних станів з точки зору уразливості індивідів під дією стресу. Доступні лише суперечливі дані про те, чи є попередньо наявні психологічні порушення додатковим чинником розвитку психіатричного розладу в зоні бойових дій [9–18]. Ці суперечки набувають особливої гостроти, зважаючи на очікувану частоту розвитку депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу у ветеранів опісля повернення з операцій «Іракська свобода» та «Непохитна свобода» [19].

Нез'ясованим залишається питання про те, скільки військовослужбовців, у яких виникли психіатричні проблеми після повернення із зони бойових дій, мали психічні розлади до участі в бойових діях і, зокрема, скільки солдатів страждали від таких розладів на момент прийняття на службу. Психічні порушення, які, імовірно, заважають нести службу через уразливість до стресу, але можуть мати лише мінімальний вплив на добробут солдатів під час бойових дій, ще недостатньо вивчені. З моменту заснування Управління стратегічних служб за часів Другої світової війни процеси скринінгу також проводилися для солдатів, яких відправляли на спецзавдання. З роками функція фахівців із психічного здоров'я еволюціонувала та поширилася на спецоперації й спецзавдання. Психологи не лише проводять огляд солдатів на відповідність, а й ведуть моніторинг ходу підготовки до спецоперації [20]. Опісля завершення підготовки психологи проводять скринінг солдатів для участі у спецзавданнях. Для цього фахівці з психічного здоров'я мають ретельно оцінити «біопсихологічну придатність» індивіда для виконання спеціальних бойових завдань. Психологи мають ознайомитися з вимогами, встановленими для солдата (тобто ізоляція від інших, екстремальні умови проживання), та тісно співпрацювати з командуванням у питаннях встановлення потрібної компетенції для бойового завдання. Цей аспект консультування командування є унікальним у тому, що командир бойового завдання часто встановлює аспекти потрібних сфер компетенції. Завдання психолога полягає в тому, щоб застосувати ці принципи в межах психіатричного скринінгу. Зараз проводяться оцінки для ряду спецзавдань (для військовослужбовців, які беруть участь у спецопераціях) або спеціальних квалі-

фікацій (оцінки для видачі допуску до секретної інформації, співробітники розвідувальної служби, фахівці з ядерної зброї).

Превентивна психіатрія

Військові психіатри першими звернули увагу на загальні соціальні умови особистості при розробці програм не тільки лікування, а й профілактики психічних захворювань [11]. Ця зміна орієнтиру сталася 1944 року, коли Армія США почала залучати психіатрів превентивним шляхом, перетворюючи їхню функцію з простого контролю та спостереження за персоналом до надання рекомендацій про використання осіб, які вступають на військову службу з низькими показниками психічних випробувань, та впровадження навчальних програм із гігієни психічного здоров'я [21]. Крім того, війна у В'єтнамі надала унікальну можливість дослідити природу бою, з якої було отримане глибоке розуміння реакції індивіда на екстремальні умови [11]. Таким чином, була визначено функції психіатра у первинній, вторинній та третинній програмі допомоги, заснована на розумінні біопсихологічного впливу на психічне здоров'я. Ефективність превентивної психіатрії була продемонстрована пізніше Групою вдосконалення в психіатрії, коли було повідомлено, що превентивна психіатрія може знизити бойову неефективність шляхом раннього виявлення та швидкого амбулаторного лікування емоційних труднощів у бойових і небойових ситуаціях [22].

Ширше уявлення про профілактику психічних розладів можна отримати з робіт Вільяма Менінгера, який виявив, що незадоволення базових потреб (таких як їжа, вода, сон, соціальна взаємодія та відпочинок) є суттєвим чинником розвитку психічних порушень під час бойових дій [7]. До того ж, злагодженість бойового підрозділу та мораль неодноразово виявлялися важливими для підтримки практичної поведінки та службових характеристик підрозділу як у воєнний, так і в мирний час [23, 24]. Хоча поняття моралі донині важко визначити в оперативному середовищі, можна вважати, що воно відображає загальний сенс злагодженості бойового підрозділу, упевненість у своїх можливостях і загальний добробут підрозділу. Недосягнення позитивної моралі в групі (через відсутність порядку та безпеки, відсутність інтеграції в групі, незадовільне керівництво або відсутність єдності в командній роботі) пов'язували зі зростанням частоти звернення до психіатра принаймні після першого відрядження в зону бойових дій [23].

Мораль та злагодженість бойового підрозділу часто є поняттями синонімічними; одним із найкращих методів захисту від нервового зриву під час бойових дій є розвиток і зміцнення згуртованості в групі [25]. Крім того, в ході історії документально підтверджено, що час, проведений у зоні бойових дій, співвідноситься з кількістю звернень по психіатричну допомогу [21–26]. Найбільш очевидним це було, скоріше за все, під час війни у В'єтнамі: солдати знали, що якщо їм вдасться протриматися 12 місяців, це забезпечить їм виведення із зони бойових дій. Також широко застосовувалася практика відпочинку та відновлення, впроваджена задля зменшення безперервного впливу. Вплив тривалості на кількість візитів до психіатра також мав місце і в останніх конфліктах, причому результати численних досліджень продемонстрували зростання частоти реакцій на бойовий та оперативний стрес за 6 місяців перебування в зоні бойових дій [26, 27]. Зважаючи на ці чинники, а також їхній історичний контекст, можна застосовувати поточні принципи та уникнути колишніх помилок.

ЧИННИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З КОНСУЛЬТУВАННЯМ КОМАНДУВАННЯ

Коли консультант готується провести оцінку, слід врахувати кілька чинників. До таких чинників належить середовище, характер запиту та близькість консультанта до підрозділу або індивіда, якому проводять оцінку.

Консультації в зоні бойових дій і в гарнізоні

Характер консультацій суттєво різниться залежно від обставин. В умовах гарнізону командири, як

правило, намагаються знайти способи зменшення ризиків та визначити, чи придатний солдат для виконання бойового завдання чи бойових дій. У зоні бойових дій командири більше зосереджені на втручаннях для підтримки бойового духу та оцінки рівнів злагодженості бойового підрозділу та якості життя солдатів для забезпечення їхньої готовності.

Рівень превентивного консультування

Превентивні консультативні поради передбачають використання небезпек, виявлених на фазах планування і нагляду, та надання рекомендацій медичному персоналу щодо заходів, які слід вживати, та сфер, на які слід звернути особливу увагу. Загалом, у гарнізоні та зоні бойових дій може виникнути три категорії превентивних дій: 1) первинна профілактика, 2) вторинна профілактика та 3) третинна профілактика. Ці превентивні заходи особливо важливі в зоні бойових дій, враховуючи можливу обмеженість ресурсів.

Первинна профілактика

Первинна профілактика, як правило, відбувається у формі навчання. Більшість підрозділів регулярно проводять навчання з таких питань, як недопущення сексуального насилля, самогубств і зловживання психотропними речовинами. Ці навчальні заходи надають психологам можливість отримати чітку картину стану командування та солдатів. Окрім того, фахівці з психічного здоров'я можуть бути основними радниками при підготовці до розгортання військ, а також під час бойових дій у таких сферах, як тренування (включаючи графіки тренування), особисті питання, дисципліна, міжкультурні труднощі та, що найважливіше, моральний стан підрозділу. Всі превентивні послуги, що надаються в гарнізоні та під час розгортання, забезпечують довірливе ставлення до командування. Нещодавно, у відповідь на розвиток технологій і визнання того, що солдати й командири стикаються з різними чинниками стресу під час циклу розгортання, військово-медичне управління створило навчально-освітню програму під назвою «Battlemind» (психологічна підготовка військовослужбовців) [28]. Ці модулі розроблені для окремих стадій циклу розгортання, щоб надати сили солдатам, допомогти їм розвинути психологічну стійкість у стресових ситуаціях, а також навчити солдатів способів використання їхньої сили під час переведення. Модулі для солдатів та їхніх сімей були створені для періоду до розгортання, реінтеграції (одразу ж опісля повернення з зони бойових дій) і відновлення (90–180 днів опісля повернення з зони бойових дій) [28]. Початкові результати дослідження ефективності відеоуроків «Battlemind», що триває, є багатообіцяючими [26, 29].

Вторинна профілактика

Вторинна профілактика передбачає виявлення солдатів, у яких відзначається ризик виникнення психічних проблем, якомога раніше та проведення втручання для недопущення розвитку чи загострення симптомів опісля травми. Такі типи процедур виконують шляхом скринінгу на індивідуальному рівні та на рівні підрозділу, а також завдяки управлінню травмувальними подіями.

Важлива роль психологічного скринінгу після повернення з зони бойових дій неухильно зростала з часів операції «Буря в пустелі» у 1991 році, а у 1997 році цей скринінг оголошений обов'язковим [30, 31]. Невдовзі після цього Міністерство оборони впровадило оцінку стану здоров'я після розгортання, відповідно до якої солдати проходили огляд на предмет фізичних чи психічних проблем опісля повернення з передової. Це був метод ранньої ідентифікації проблем і зниження стигми, пов'язаної з наданням психологічної допомоги. Однак кілька досліджень розглядали інструменти скринінгу після розгортання порівняно з іншими інструментами або функціональними показниками [32, 33]. Крім того, інші приклади повернення солдатів свідчать про те, що частота повідомлюваних симптомів стресу після повернення зросла з часом опісля розгортання [19, 34, 35]. Це привело до включення у програму оцінки стану здоров'я після розгортання повторну оцінку (повторну оцінку стану здоров'я після розгортання) за 3–6 місяців опісля повернення із зони бойових дій [36]. Ці програми забез-

печували раннє виявлення, проте були розкритиковані через те, що не передбачали подальшого ефективного спостереження за виявленими проблемами [37]. До цих процесів скринінгу важливо активно залучати консультантів і командування. Це збільшить особисту участь солдатів і допоможе знизити імовірність того, що солдат залишиться непоміченим [38].

До інших методів належать узагальнені оцінки по всьому підрозділу замість індивідуальних скринінгів. Прикладом такого типу методу є оцінка потреби в психологічній допомозі в підрозділі. Подібний інструмент дає консультанту змогу провести випробування в підрозділі, провівши стандартизоване опитування, в якому будуть оцінені такі категорії, як мораль, злагодженість, постійна дія чинників стресу та побоювання солдатів, а також поточні рівні потреби та перешкоди. Це дає консультанту можливість надати командиру чіткі об'єктивні дані та індивідуалізовані рекомендації, специфічні для кожного окремого підрозділу. Крім того, оцінка потреби в психологічній допомозі в підрозділі надає дані для порівняння, зібрані з кількох підрозділів на різних етапах операції «Іракська свобода», які можуть стати шаблоном [39].

Іншою ділянкою вторинного превентивного психіатричного консультування є управління травматичними подіями (TEM — traumatic event management). TEM передбачає втручання після потенційно травмувальної події з метою зниження впливу події та недопущення довготривалих негативних наслідків. Активна полеміка точиться між військовими та цивільними медичними працівниками навколо цінності та ефективності дебрифінгів (що традиційно є частиною загальної стратегії TEM) як превентивних втручань. Традиційно процес TEM проводиться за запитом керівника підрозділу для того, щоб розпочати інтеграцію травматичного досвіду в індивідуальний і груповий досвід. Дебрифінги передбачають проведення структурованих зборів усіх сторін, безпосередньо причетних до травмувальної події. Члени групи розповідають свої особисті історії про те, що сталося, в присутності спеціально підготовлених фахівців із психології або військових священиків, із подальшою обробкою когнітивних та емоційних компонентів події.

Сьогодні існує багато різних моделей дебрифінгу. Більшість із них засновані на роботі Маршалла (Marshall) за часів Другої світової війни, коли він намагався зафіксувати показники роботи підрозділу в історичних цілях [40]. Цікаво, що ці початкові моделі не мали за основну мету виявити психологічні переваги для причетних сторін. Маршалл, однак, зауважив, що під час процесу дебрифінгу буде скориговано багато хибних уявлень у інших осіб, причетних до травмувальної події, причому дебрифінг забезпечував соціальну підтримку та зниження частоти розвитку реакцій бойового стресу [40]. Хоча дебрифінги використовувались у воєнних конфліктах, їхня ефективність не підтверджена документально в наукових дослідженнях, не була доведена і їхня ефективність для профілактики розвитку посттравматичного стресового розладу [41–44]. Частково проблема дослідження користі дебрифінгів полягає в еволюції фактичних наслідків TEM. Насправді ж вони сьогодні набувають багатьох форм, часто використовуваних усім військовим персоналом, включаючи розбір результатів виконання завдання, які тепер є стандартними оперативними процедурами для всіх команд Армії США та невеликих підрозділів опісля будь-якого навчального заходу [40]. Іншими формами дебрифінгу є: згладжування конфлікту, дебрифінг критичних подій, дебрифінг стресу внаслідок критичного інциденту, психіатричний, історичний і розвідувальний дебрифінги. Таким чином, одна з невід'ємних проблем при визначенні ефективності TEM — це відсутність чітких стандартизованих протоколів серед медичних працівників і в організаціях. До того ж, компоненти або форма дебрифінгу, які слід застосовувати за окремих обставин, часто змінюються.

Попри всі проблеми, притаманні визначенню, стандартизації та демонстрації ефективності, TEM все-таки залишається загальним консультаційним завданням, що очікується від психологів, і тому важливо, щоб психологи були професіоналами в TEM. Бойовий статут армії США 4-02.51 «Контроль бойового та оперативного стресу» [45] надає стандартизований огляд і структуру поточних операцій TEM. Армія США нещодавно впровадила психологічні дебрифінги «Battlemind» [46]. Вони враховують військове звання та структуру,

до того, ж містять навчальні принципи, засновані на психологічній стійкості, які допомагають підтримати солдата в процесі. Як і при застосуванні інших методів дебрифінгу, ефективність цього процесу не була відома на той час.

Третинна профілактика

Небойові ураження — зокрема бойовий оперативний стрес і психічні порушення — охоплюють велику кількість небоєготових солдатів. Дійсно, один із визначних історичних принципів великих воєначальників полягав у тому, щоб «зламати бажання ворога воювати», створивши умови виникнення бойового стресу та психіатричних порушень у війська противника. Історично очевидно, що в солдатів, які зберегли силу духу в бою, порівняно з тими, які зламалися, зауважується різниця в наслідках, що часто проявляється в злагодженості та здатності адаптуватися [23, 24]. Третинна профілактика передбачає лікування індивідів із поточними проблемами з метою повернення солдатів до виконання обов'язків і надання рекомендацій командирам щодо того, яких солдатів слід вивести із зони бойових дій.

Внутрішні (дивізійний психолог) і зовнішні (підрозділ із контролю бойового стресу) ресурси

Первинними джерелами, відповідальними за превентивну психіатрію та контроль бойового оперативного стресу як у гарнізоні, так і на ТВД, є підрозділ із контролю бойового стресу (CSC — combat stress control) та дивізійний психіатричний підрозділ (DMH — division mental health). У цих підрозділах встановлено дипломатичні взаємини з командуванням для того, щоб досягти довіри як консультант. Превентивне завдання обох цих підрозділів визначається доктриною Армії США таким чином: консультативно-міждисциплінарні послуги; реорганізаційна відновлювальна підтримка; проксимальне нейропсихіатричне сортування пацієнтів і стабілізація, відновлення, підкріплення та збереження [23].

Хоча завдання у підрозділів одні й ті самі, помітні розбіжності, які полягають у наявності різних проблем. Підрозділи DMH є органічними для організації та були задіяні в цій структурі ще з часів Другої світової війни [47, 48]. Нещодавно відбулася трансформація Армії США: замість дивізії основну функцію виконує бригадна тактична група, що є основним діючим підрозділом. Це спричинило розширення організації та завдань DMH. (Детальніше про DMH ідеться у шостому розділі цієї книги «Дивізійні психіатри та офіцери з охорони психічного здоров'я у бригадах».) Учасники DMH мають більшу організацію як у гарнізоні, так і під час розгортання, тому мають можливість встановити тривалі взаємини з командирами та впроваджувати довготривалі плани. Ці підрозділи, однак, менші за розміром та обмеженіші в можливостях, порівняно з CSC. На відміну від DMH, відділення CSC еволюціонували протягом тривалого часу в Армії США. Уперше вони з'явилися під час війни з Кореєю, коли полковник Альберт Глас заснував ці команди для підсилення наявних активів DMH [47]. Глас, виходячи з власного досвіду в Другій світовій війні, організував так звані групи «КО» (позначення «КО» належить одному з відділень підсилення госпіталів). Вони проводили мобільні консультації на усій території, де були розміщені військові частини Армії США [47]. Перші групи КО були задіяні в Кореї; відтоді CSC стали підсиленням для медичного персоналу в кожному серйозному конфлікті. Під назвою CSC вони офіційно стали відомими в середині 1980-х. Нині модель CSC не зазнає суттєвих змін порівняно з оригінальними моделями полковника Гласа, однак їхні завдання розширилися та охопили превентивну психологічну допомогу й можливості відновлення. Зараз відділення CSC традиційно надають допомогу в II і III ешелонах Армії США під час військових операцій та є зовнішнім джерелом допомоги відносно бригади, дивізії чи інших підрозділів [45].

Локальні та дистанційні джерела психологічної допомоги

Тип консультації може диктувати використання локальних чи дистанційних джерел психологічної допомоги. Для проблем, які вимагатимуть постій-

ного спостереження та зв'язку з командиром, найкраще використовувати локальні ресурси. Ці фахівці краще ознайомлені з системами, персоналом і процесами, можуть налагодити постійні стосунки з командирами та вести подальше спостереження.

Прекрасним прикладом цього процесу є використання начальником бригади з психічного здоров'я оцінки потреби в психологічній допомозі в межах батальйону. Начальник може мати лише обмежені стосунки з таким командиром, проте може бути добре знайомий із бригадою. Він проводить оцінку та повідомляє командуванню ключові результати та рекомендації. Як локальний ресурс, начальник бригади з психічного здоров'я має можливість вести спостереження в підрозділі та продовжувати вести моніторинг і повторну оцінку ситуації для забезпечення постійного зворотного зв'язку з командуванням. Цей процес забезпечує можливість ідентифікації таких аспектів, як перешкоди на шляху до отримання допомоги, стигма щодо отримання психологічної допомоги та питання керівництва.

На відміну від цього, дистанційні консультації, як правило, потребують мобілізації команди для проведення оцінки, надання рекомендацій та повернення до місця постійної дислокації без подальшого спостереження або з обмеженим спостереженням. Ці типи консультацій виникають у підрозділах, де звернення з приводу психічних проблем мінімальні або де потрібно провести незалежне оцінювання особою, яка має мінімальні знання про підрозділ і його досвід або ж і зовсім із ним не знайома.

Приклади таких видів консультацій трапляються під час візитів із метою надання допомоги на місці або при проведенні оцінок командою з епідеміологічного консультування суїцидальної поведінки на декількох об'єктах Армії США за останні декілька років. За таких випадків на об'єкт прибуває група, проводить ретельний аналіз потенційних чинників, опитує учасників підрозділу і надає звіт про результати та рекомендації. Підрозділ і місцевий персонал самі вирішують, чи дотримуватися цих рекомендацій.

ПРОВЕДЕННЯ КОНСУЛЬТУВАННЯ

Формування консультаційної групи

Консультування може проводити або окремий клінічний лікар, або група. При формуванні групи провідний консультант залучає осіб, які мають кваліфікацію в сферах, потрібних для забезпечення цілей консультування, або досвід чи вихідні знання, відповідні потребам групи. При формуванні групи також важливо забезпечити злагоджену роботу.

Провідний консультант має чітко зазначити ролі та обов'язки кожного члена групи. Це може бути особливо складно, якщо учасники групи раніше не працювали разом і згруповані лише з метою проведення консультування. У багатьох випадках з першого погляду зрозуміло, чи зможе група працювати разом. Злагодженість групи часто визначає успішність консультаційного процесу та адекватність, ефективність і дієвість проведеного консультування.

Формулювання питань консультування

Перед проведенням консультації клінічний лікар має переконатися, що поставлене питання було роз'яснене. Наприклад, консультаційне питання може стосуватися вимог до клінічної допомоги, боєготовності окремого солдата або ж містити ширші питання щодо політики підрозділу, ліній поведінки чи дій. Консультаційна група має переконатися, що вона зосереджує свої зусилля на забезпеченні потреб командира, що подає запит. Група може надавати додаткову інформацію лише про осіб за принципом службової інформації. Щойно характер запиту встановлено, слід встановити специфічні завдання консультування. У багатьох випадках командування та інший військовий персонал не мають чіткого уявлення про бажані «цілі» та краще можуть описати «бажаний кінцевий стан». Встановлення специфічних цілей на початку консультації забезпечує виправдання

очікувань. Також це допоможе запобігти будь-яким хибним тлумаченням діяльності консультативної групи чи її можливостей. На додачу до встановлення цілей також важливо пояснити обмеження консультативної групи. Одна специфічна перешкода може виникнути, якщо командир, який подає запит, переконаний, що консультація також є лікуванням. Це хибне сприйняття проілюстровано прикладом, наведеним нижче.

Ситуаційне дослідження 12.1. Командир роти звернувся до начальника бригади з психічного здоров'я під час бойових дій в Іраку. Він зазначив, що один із його загонів розмінування маршруту нещодавно постав перед психічними проблемами. Крім того, підрозділ не зміг знайти стільки ж імпровізованих вибухових пристроїв, як під час попереднього завдання. Після того, як начальник бригади з психічного здоров'я відправився на завдання з розмінування маршруту разом із членами загону, з'ясувалося, що вони були втомлені. Замість того, щоб сфокусуватися на завданні, вони сварилися один із одним, адже були роздратовані, що вже довго не мали вихідного. Коли цю інформацію повідомили командиру роти, він був збентежений результатами консультування. Зокрема, командування в цьому випадку очікувало, що начальник бригади з психічного здоров'я «полагодить» солдатів, просто провівши з ними певний час. Замість цього начальник із психічного здоров'я поставив консультативне запитання та розробив рекомендовані зміни до графіків солдатів. Цей приклад підкреслює потребу в роз'ясненні запиту консультантом, чіткому встановленні цілі та поясненні обмеженого характеру консультаційних послуг. Належна увага цим аспектам може забезпечити чітке уявлення в обох сторін про цілі консультування та задоволеність результатами.

Отримання доступу до підрозділу

Консультування, як правило, відбувається за запитом командира підрозділу. По-перше й найголовніше, відповідний представник вертикалі управління має подати запит на проведення консультування. Під час розгортання військ це може бути складно, оскільки багато осіб, особливо з відділів контролю бойового стресу, бажають допомогти підрозділу. Однак, якщо запиту на їхню участь не було, «консультування» може перетворитися на конфронтацію з командиром.

Окрім того, консультативна група має досягнути взаєморозуміння з солдатами, яких вона оцінює. Потрібно чітко зрозуміти, що команда покликана на допомогу підрозділу, а не звинувачувати її та не скидати відповідальність на окремих членів команди за будь-які проблеми, що можуть виникнути в підрозділі. Демонструючи, що група дійсно ставиться небайдуже та хоче внести покращення, підрозділ охочіше розкриватиме фактичні та емоційні подробиці, надаючи інформацію, яка може сприяти отриманню відповідей на консультативні запитання. Слід зазначити, що підрозділ розглядає консультанта як щиру особистість, яка надає підтримку і доступна не лише на поточний момент, а й у майбутньому. Консультанта сприймають як фахівця, загальновизнаного в сфері діяльності, в якій консультанта просять провести оцінку. Крім того, факт надання допомоги в минулому або проведення певного часу з підрозділом допомагає встановити ранню довіру. Якщо психолог володіє цими якостями, зростає імовірність того, що його запросять до підрозділу, а також що його послугами скористаються повторно в майбутньому. У ситуаційному дослідженні 12.1 про оцінку загону з розмінування маршруту консультант раніше вже був на кількох завданнях із розмінування маршруту разом із солдатами, щоб зрозуміти їхнє завдання та загальну атмосферу. Це не лише дало консультанту змогу отримати повагу солдатів, а й зміцнило довіру до нього з боку командування та надало змогу провести численні консультування, в процесі яких він мав можливість оцінити підрозділ.

Роз'яснення мети консультування

Перш ніж почати збирати інформацію від солдатів, необхідно роз'яснити мету консультування, включаючи особу, яка подала запит на проведення консультування. Роз'яснення передбачає з'ясування того, яку інформацію збирають та що буде зроблено з цією інформацією. Всі сторони оцінки обов'язково мають чітко розуміти всі аспекти цього процесу, включаючи юридичні та етичні, а також потенційні наслідки. Також важливо знати

базові юридичні права осіб-учасників процесу, а також до кого направляти військовослужбовців у разі виникнення проблем. Надання учасникам детальної поетапної інформації про процес і подальше узагальнення отриманої інформації також забезпечить розуміння процесу консультування командування. Крім того, є важливим і роз'яснення сфери консультаційного процесу в ході його реалізації.

Перехресні консультування

У деяких випадках окремі особи мають проводити консультування для інших військових структур США. Консультаційна група має розглянути доктрину, положення та цілі, специфічні завданню, для інших служб та їхніх підрозділів, оскільки можуть виникнути суттєві розбіжності в тому, як збирається інформація, які документи використовуються та яка інформація надається. Крім того, консультанти також мають усвідомити розбіжності між окремими системами підрозділів, а також розбіжності у функціях підрозділів. Консультанти можуть продемонструвати зацікавленість, повідомивши, яку інформацію вони вже отримали, після чого поставивши запитання, що можуть допомогти їм краще зрозуміти суміжний вид армійського підрозділу. Цей процес допоможе у процесі проведення консультації та побудує довіру.

Уніформа

Одним із найскладніших завдань консультаційної групи є побудова довіри та взаємної поваги з керівництвом, яке розпорядилося про проведення консультації. Для цього члени групи мають визначити поточний статус уніформи в підрозділі, який вони консультують, та вдягтися відповідним чином. Наприклад, якщо консультаційна група проводила зустріч із кількома безпосередніми командирами в польових умовах, військова уніформа класу В не буде доцільною. Крім того, учасники консультаційної групи мають забезпечити належний стан, розмір і зовнішній вигляд уніформи. Якщо вони не приділяють належної уваги відповідному вигляду уніформи, командири можуть вбачати в цьому ознаку неповаги та відсутність зацікавленості в їхній бойовій місії. Це може мати негативні наслідки для взаємин, встановлених між членами групи та командуванням. Під час розгортання війська належна та доцільно вдягнута форма може також стати чинником безпеки, оскільки в деяких точках є високий ризик атаки, тому потрібна серйозніша захисна уніформа. До того ж, уніформа може бути ще одним способом встановлення контакту з підрозділом, демонструючи інтерес до принципів роботи та знижуючи психологічну відстань між консультантом та членами підрозділу.

Мова

Члени консультаційної групи мають дізнатися загальну термінологію, сленг та описові терміни, що часто використовуються в організації, яка замовляє консультаційні послуги, та адаптувати свою мову до мови тих, із ким буде проводитися спілкування. Це не лише вимагає адаптування до мови командування, а й до мови членів підрозділу. Рекомендується говорити простими реченнями, мінімально використовувати медичний жаргон та не використовувати «психобалачки». Однак, при намаганні адаптувати власний стиль спілкування до стилю групи, не рекомендується вживати непристойні чи грубі вирази, які можуть поставити під сумнів професійну кваліфікацію.

Розуміння структури та функцій підрозділу

Перш ніж надати підрозділу рекомендації з втручання, а в ідеалі перед початком проведення консультування, фахівці мають дізнатися більше про підрозділ чи організацію, яка замовляє консультацію. Розуміння підрозділу та його місії допоможе консультантам співпрацювати з солдатами та проводити рекомендоване втручання. Корисно дізнатися про формальну та неформальну структуру підрозділу, а також її прямий і непрямий вплив на підрозділ. Не можна покладатися винятково на організаційну структуру підрозділу. Велика кількість підгруп та особистостей часто

впливає на роботу і функціонування підрозділу. Також важливо отримати знання про те, як ведеться комунікація та хто має авторитет у підрозділі. Робити припущення, виходячи з військового звання (сержантського чи командного складу) чи роду військ, було б хибно та недоцільно. До того ж, консультант має усвідомлювати обмеження, що встановлюють ці функції для їхніх рекомендацій; в іншому випадку підрозділ приречений на провал чи недосягнення необхідних результатів.

Ситуаційне дослідження 12.2. Командир роти бази розвідувального підрозділу в Іраку зазначив, що в підрозділі знизився рівень морального духу, і він не знав причини. Він попросив керівника підрозділу з охорони психічного здоров'я бригади, щоб та оцінила ситуацію й надала коментарі і рекомендації. Після проведення огляду в підрозділі та поговоривши з солдатами на відстані, консультант визначила, що солдати були занепокоєні своїми стосунками з керівництвом, оскільки відчували, що не отримують достатньо інформації про свої бойові завдання й виконують непотрібні завдання, опиняючись у небезпечній ситуації. Цю інформацію повідомили командирам. Коли ситуацію було переоцінено за тиждень, нічого не змінилося; солдати продовжували залишатися в розчарованому стані, без жодної мотивації. Під час повторної оцінки керівник підрозділу з охорони психічного здоров'я визначила, що перший сержант не надавав інформацію солдатам, призводячи до порушення інформаційного потоку в підрозділі. До проведення безпосередньої консультації для першого сержанта результати консультування не обговорювалися та не впроваджувалися на його рівні. Після того, як він повністю зрозумів рекомендації, він почав впроваджувати зміни на базі розвідувального підрозділу. Моральний дух у підрозділі почав підвищуватися.

Взаємодія з солдатами

Консультанти мають із обережністю розпочинати зустріч. Часто солдати-учасники в останні 5 хвилин вирішують, чи варто їм спілкуватися з консультантом та чи будуть вони брати участь у консультуванні. Завдання консультанта полягає в тому, щоб зацікавити солдатів у процесі консультування. У багатьох випадках ефективно розпочати з питання та відповідей учасників, тобто встановити контакт замість того, щоб спілкуватися з ними на відстані. Зосередження уваги на ключових лідерах та залучення їх до процесу усуне бар'єри і страхи інших солдатів, які можуть мати сумніви щодо участі. Консультанти мають повідомити підрозділам, як вони хочуть допомогти підрозділу та солдатам, запевняючи в тому, що вони є справжніми експертами, та дозволяючи їм надавати інформацію консультанту. Витративши трохи часу, щоб вислухати солдатів у їхньому середовищі (наприклад, парк техніки, сторожові вишки тощо), консультант створює умови, коли солдати відчують себе комфортно. Це додатково підвищить цінність консультанта в їхніх очах. Солдатів готують, навчають слухати та приймати накази, тому у випадку, коли хтось просто вирішує їх послухати, можна отримати велику кількість цінної інформації та даних.

Втручання

Консультант має розглянути реалістичні методи втручання, застосовні не лише в поточних умовах, бойових завданнях, робочому ритмі та доступних ресурсах, а на реалістичних стратегіях впровадження. Один командир дивізії сказав консультаційній групі: «Не кажіть мені, що тут складно або що умови жахливі, ми всі це знаємо. Не кажіть мені банальностей, дайте мені чіткі та конкретні поради, які мої командири можуть реально використовувати, щоб допомогти солдатам». Щоб досягти цих цілей, консультант має розглянути реалістичні втручання, що стосуються функції, а не патології. До таких методів належать: підготовка підрозділу, а також командування до того, що спроби втручання здійснюються для забезпечення боєготовності солдатів та підвищення їхньої продуктивності під час бойового завдання; повідомлення командирам у простий, об'єктивний і чіткий спосіб, що ситуацію можна покращити, використовуючи чітко визначені рекомендації, які легко впровадити; поступове покращення застосування рекомендацій на практиці та слідкування за тим, як ці рекомендації зрештою покращать здатність підрозділу виконувати їхні бойові завдання. Після того, як втручання здійснене, важливо, щоб консультант

залишався доступним для роз'яснення незрозумілих моментів чи надання відповідей на питання в процесі впровадження.

Завершення консультування

Тип консультування визначає потрібну кількість сеансів. Деякі консультації будуть завершені вже опісля першого візиту, інші можуть тривати кілька місяців. У межах завершення консультування складається фінальний звіт для замовника консультування, учасникам висловлюється подяка, а особи, з якими встановлено теплі взаємини, повинні мати змогу попрощатися. Консультанти мають переконатися, що учасники отримали відповіді на всі питання, а також пересвідчитися, що вони надали інформацію для майбутніх контактів, повідомивши інші джерела, що можуть допомогти. Бажано, щоб консультанти поговорили з особами, причетними до процесу консультування, щоб повністю закрити процес комунікації. Консультанти використовують важливі ресурси підрозділу, такі як час, енергію та інформацію. Тому важливо залучити учасників до процесу завершення консультування.

Хорошу консультацію може зруйнувати погане завершення. Якщо консультанти залишають групу з відчуттям, що їх «використали» або вони більше «не становлять інтересу», вони втрачають довіру. Імовірно, що довготривалі переваги від їхнього втручання будуть втрачені через відсутність сприйняття підрозділом. Окрім того, майбутнім групам може бути складніше досягти доступу для встановлення взаємин під час консультування.

Звітність із консультування

У межах процесу завершення замовнику консультаційних послуг має бути наданий звіт. Спочатку він може бути не в письмовій формі, а у вигляді короткого інструктажу. Після цього має бути наданий письмовий звіт із рекомендаціями. Формальний звіт у будь-якому випадку має бути наданий командиру, який санкціонував доступ до підрозділу. Це не лише свідчить про повагу та розуміння порядку підпорядкування, а й надає доступ до особи, яка може впровадити надані рекомендації та програми. Також це можливість отримати чіткіше уявлення про аспекти, що могли бути пропущені або можуть потребувати додаткового вивчення. Далі надається письмовий огляд, який гарантує, що консультанти мали достатньо часу, аби проаналізувати та розглянути всі аспекти групи, ретельно обдумати та проконсультуватися з довіреним колегою у разі виникнення будь-яких сумнівів [49]. Окрім того, це надасть консультанту можливість дати відповіді на питання консультування чітко та лаконічно, забезпечуючи досягнення цілей командира. Крім того, якщо консультант планує використовувати інформацію з цього звіту в будь-яких інших цілях, наприклад, для публікації або звіту до будь-яких сторонніх організацій, слід отримати дозвіл на це від підрозділу.

ВИЗНАЧЕННЯ БОЄГОТОВНОСТІ ТА НАДАННЯ ДОПУСКУ ДО БОЙОВИХ ДІЙ

Іноді командири просять консультантів визначити, чи приданий солдат для продовження військової служби чи розгортання. Визначення боєготовності та надання допуску до бойових дій передбачає кілька аспектів.

Умови дискваліфікації

Першим кроком є ретельне та детальне розуміння Статуту Армії США 40-501, «Стандартів медичного стану», зокрема третього та сьомого розділів [50]. У розділі 3 визначаються стандарти медичної придатності та критерії звільнення зі служби. У розділі 7 надаються рекомендації з профілювання [50]. Поточні директиви армії США передбачають, щоб солдати з психологічними розладами, спричиненими неорганічними патологіями або токсичними речовинами, пройшли медичний огляд для визначення придатності до подальшої військової служби. Такими розладами є біполярний розлад, шизофренія та будь-які

інші психічні порушення, що викликають серйозне ураження у тестуванні реальності. Існують додаткові рекомендації стосовно інших діагнозів і критерії направлення до медичної ради. Загалом, афективні, тривожні, соматоформні та дисоціативні розлади є дискваліфікуючими, якщо вони потребують рекурентної госпіталізації, постійних обмежень по службі або заважають належному виконанню службових обов'язків [50]. Особистісні розлади, розлади адаптації та розлади, пов'язані зі зловживанням психотропними речовинами, загалом не є дискваліфікуючими через систему непрацездатності, однак можуть викликати адміністративні звільнення зі служби. Перш ніж рекомендувати адміністративне звільнення через ці стани, слід провести детальний аналіз потенційного посттравматичного стресу, зокрема у солдатів, які раніше брали участь у бойових діях і в яких зауважуються зміни поведінкових тенденцій. Адже наслідки оцінки можуть суттєво вплинути на пільги та доступ до медичного обслуговування після звільнення.

Медичне профілювання

Розділ 7 директиви Армії 40-501 детально описує процес фізичного профілювання та є сферою постійних непорозумінь і суперечок між солдатами, медичними працівниками та командирами [50]. Детальне вивчення цієї директиви надасть медичним працівникам чітке уявлення про обмеження профілю та регуляторні обов'язки командування, а також забезпечить можливість управління очікуваннями з боку солдата, для якого складають профіль.

Серійна система профілювання (P-U-L-H-E-S — «**P**hysical capacity or stamina; **U**pper extremities; **L**ower extremities; **H**earing and ears; **E**yes; and p**S**ychiatric» — фізичні можливості та витривалість; верхні кінцівки; нижні кінцівки; слух та орган слуху; орган зору; психічний стан) використовується для визначення ефектів фізичного стану солдата на виконання ним службових обов'язків. Психіатричні розлади позначаються в розділі «S» та оцінюються від одного до чотирьох. Ця система балів забезпечує оцінку загального функціонування та заснована не лише на діагнозі.

При визначенні бала медичний працівник має зважати на тип, ступінь тяжкості та тривалість симптомів, кількість зовнішніх чинників стресу, схильність, рівень інтелекту, наявність психіатричних захворювань в анамнезі та поточне виконання службових обов'язків. Окрім того, директива надає певні специфічні рекомендації з аспектів, які вимагають окремої оцінки, включаючи ситуації, коли:

а) відсутні очевидні ознаки психіатричної патології;
б) в анамнезі зауважується одужання від гострої психотичної реакції через зовнішню причину, не пов'язану зі зловживанням психотропними речовинами;
в) відзначається ремісія психічного порушення, що не є дискваліфікуючим, проте потребує обмеження обов'язків чи завдань та
г) оцінка складає менше трьох [50].

Присвоєння постійної оцінки S3 чи S4 потребує проведення медичної наради. Специфічні обмеження, рекомендовані за профілем, є такими ж важливими, що й позначення профілю. Відповідно до директиви Армії США 40-501, власне, стан не має бути єдиним чинником для того, щоб рекомендувати обмеження. Фахівець із профілювання також має зважати на прогноз, імовірність ускладнення та ефекти профілю на здатність солдата виконувати потрібні службові обов'язки [50]. У директиві зазначається, що профілі «мають бути реалістичні» [50, с. 73]. Профілі мають бути специфічні та викладені простою мовою [50]. Солдату, для якого складають профіль, має бути чітко зрозуміло, що визначення обов'язків, завдань і бойових завдань є справою командування. Зважаючи на це, такі профілі, як відсутність бойових завдань, відсутність стройової служби чи відсутність служби за кордоном, є «неналежними медичними рекомендаціями» [50, с. 73], які слід вказати в профілі. Обов'язком фахівця з профілювання є надання достатніх і чітких рекомендацій, щоб командири могли прийняти інформоване рішення на підставі медичних обмежень і можливостей, службових вимог, обмеження обов'язків, вимог бойового завдання та службових зобов'язань солдата серед інших питань, пов'язаних із командуванням і бойовим завданням.

Якщо командир не вважає, що солдат може функціонувати в межах профілю, можна провести повторну оцінку. У разі потреби в повторній оцінці, її здійснюють для того, щоб або змінити профіль, або підтвердити його. Таку повторну перевірку можна проводити як для тимчасових, так і для постійних профілів.

Надання допуску до участі в бойових діях

Восени 2006 року помічник міністра оборони з питань охорони здоров'я та начальник Військово-медичної служби Армії США надали рекомендації щодо мінімальних стандартів охорони здоров'я для допущення до розгортання [51]. Цю стратегію виклали в меморандумі «Рекомендовані політики щодо дискваліфікуючих психічних станів і медичних препаратів». Рекомендації були складені у відповідь на директиву Конгресу [52] після кількох повідомлень у ЗМІ про те, що до зони бойових дій відправляли психічно хворих солдатів у нестабільному стані або які приймали медичні препарати без медичного нагляду. Крім того, в деяких повідомленнях у ЗМІ йшлося про те, що ці солдати розпочали вживати медичні препарати незадовго до розгортання та отримали річний запас препаратів без медичного нагляду.

Ключовими чинниками стратегії, що стосувалися медичних станів і медичних препаратів, були такі: а) солдати, які отримували лікування від психозу чи біполярного розладу, були небоєготовими; б) солдати, які вживали медичні препарати, що потребували моніторингу лабораторних показників, такі як літій чи вальпроєва кислота, були небоєготовими; в) солдати, які вживали протипсихотичні медичні препарати для контролю психотичного, біполярного розладу чи хронічного безсоння, були небоєготвими; г) тривале застосування психотропних засобів, включаючи бензодіазепіни з коротким періодом напіввиведення та стимулятори, є проблематичним під час розгортання з клінічних та оперативних міркувань, воно має бути збалансоване між потребою в успішному функціонуванні на ТВД і здатністю отримати препарат, потенціалом синдрому відміни та потенціалом зловживання; ґ) солдати з серйозними психічними розладами потребують 3-місячного періоду стабілізації перед розгортанням та д) якщо солдат починає прийом психотропного препарату у період до трьох місяців до початку участі в бойових діях, у такого солдата мають покращуватися загальний стан, стабільність і переносимість лікарського засобу без суттєвого впливу на виконання бойових обов'язків [51]. Хоча й цього не передбачено в стратегії, слід вести моніторинг принаймні протягом одного місяця до розгортання, для будь-яких солдатів, які вживають препарати для лікування тривоги, депресії чи безсоння.

Скринінг для ідентифікації станів, які заважають виконанню бойових завдань, як частина медичного огляду перед розгортанням дозволяє виявити солдатів, які не задовольняють критеріїв участі в бойових діях. Процес скринінгу в одному розгорнутому підрозділі перед операцією «Іракська свобода» в 2007 році складався з початкового опитування, що проводилось одночасно з медичним оглядом перед розгортанням. Завдяки цьому процесу можна було виявити будь-якого солдата, який на той час вживав будь-який психіатричний препарат, отримував психіатричну допомогу або зазнав дії значних чинників стресу. Солдати, в яких виявили такі стани, були направлені до медичних працівників для проведення оцінки боєготовності на підставі встановлених мінімальних стандартів участі в бойових діях. Солдати, які відповідали стандартам, отримували допуск. Ті ж, які не відповідали, направлялися або до медичної ради, або ж медичний працівник проводив нараду з командиром для обговорення обмежень для таких військових. Їх залишали або в тиловому підрозділі (відстрочення участі в бойових діях до стабілізації медичними препаратами [як правило, 1–2 місяці]), або ж вони отримували допуск від начальника медичної служби бойового підрозділу. Загалом, число солдатів, яким потрібно було проводити медогляд, було мінімальним (менше 20/3500 солдатів), оскільки більшість небоєготових військовослужбовців були виявлені до початку процесу скринінгу перед розгортанням. Однак це — важливий механізм безпеки, що рекомендується для всіх розгорнутих підрозділів, адже імовірно, що в найближчому майбутньому буде розроблено та впроваджено стандартизовану процедуру та опитування [53].

Звільнення з військової служби

У деяких випадках у солдатів можуть бути виявлені психічні стани, через які вони є не придатними до військової служби, проте без потреби в проведенні медичної ради. Ці обставини передбачені в Статуті Армії США 635-200 «Звільнення від військової служби» [54]. Хоча звільнення з військової служби є, в першу чергу, повноваженням командування, оцінку та діагноз проводить кваліфікований медичний персонал. Завдяки функціональним знанням із цих розділів і процесу звільнення з військової служби консультанти матимуть змогу надавати рекомендації командирам, які можуть бути молодшими за званням або ж які виконують складніші завдання, щодо належного та раціонального застосування цих заходів. До того ж вони уникатимуть тим самим непотрібних затримок, хибно поставлених діагнозів, недоцільних звільнень та потенційних процедурних помилок.

Медичні працівники, переважно, матимуть справу з діяльністю, описаною в розділах 5–13 (особистісні розлади) та розділах 5–17 (інші емоційні чи психічні розлади) [54]. Обидві ці статті передбачають, щоб у солдата не було станів, які прирівнюються до непрацездатності, а також щоб солдату було проведено формальну консультацію та надано «широкі можливості подолати ці недоліки» [54, с. 56]. Ці механізми не слід використовувати замість судових актів чи інших примусових звільнень із військової служби.

У розділах 5–13 зазначається, що солдата може бути звільнено через особистісний розлад, якщо стан серйозно порушує здатність солдата функціонувати у військовому середовищі. Крім того, наголошується, що цей стан має бути довготривалим і міцно укоріненим [54]. Це набуває особливої важливості при роботі з солдатами, які повернулися із зони бойових дій та в яких можуть виникнути симптоми посттравматичного стресу, незначні травматичні ураження мозку чи гострі ситуаційні проблеми.

У розділах 5–17 описано психічні чи емоційні проблеми, які «потенційно заважають виконанню бойового завдання або службових обов'язків» [54, с. 57] та не охоплені жодними іншими сферами положення про звільнення. Сюди входять такі стани, як клаустрофобія; порушення сприйняття, контроль емоцій чи поведінки; дислексія; сомнамбулізм або інші розлади, що можуть суттєво завадити виконанню військових обов'язків.

ОЦІНЮВАННЯ, ЩО ПРОВОДЯТЬСЯ ЗА РОЗПОРЯДЖЕННЯМ КОМАНДУВАННЯ

Оцінювання стану психічного здоров'я, що проводяться за розпорядженням командування, визначаються в Інструкціях Міністерства оборони 6490.4 [55], Директиві Міністерства оборони 6490.1 [56] та положеннях Медичного командування Армії США 40-38 [57], де викладено правила дискретних та недискретних направлень, керованих командуванням. Недискретні оцінки — це оцінки, які відповідно до положень передбачають такі посади, як сержант-інструктор стройової підготовки, сержант із набору поповнення та снайпер. Окрім того, всі солдати, яких звільняють від певних обов'язків, мають пройти психіатричний огляд. Однак якщо командири замовляють проведення оцінок для солдатів, яким не потрібна оцінка відповідно до положень, вони користуються своїми дискретними повноваженнями для замовлення оцінки та її результатів.

При проведенні оцінки за розпорядженням командування командири мають отримати формальний «Звіт із психічного стану», де вказані результати огляду та рекомендації. Як мінімум, у звіті слід указати, чи поставлений діагноз, прогноз щодо стану солдата, будь-які обмеження, огляд безпеки солдата та будь-які потрібні втручання з міркувань безпеки, а також боєготовність солдата. Відповідно до положень, командир має отримати такий звіт у межах 24 годин опісля завершення оцінки. До того ж, оцінювачі мають бути ознайомлені з обмеженнями, встановленими рівнем професійної кваліфікації для їхньої здатності проводити та підписувати оцінки, контрольовані командуванням. Загалом, соціальні працівники без докторського ступеня мають право проводити та підписувати недискретні оцінки. Звільнення за результатами дискретних оцінок та оцінок,

рекомендованих у розділах 5–13 (особистісний розлад) чи розділах 5–17 (адаптивний розлад), можуть виконувати соціальні працівники, які мають докторський ступінь, психологи чи психіатри. В умовах, за яких один доступний психолог не має права підпису, наприклад, у зоні бойових дій або на віддалених позиціях, лікар може виступати особою з правом підпису.

РИЗИКИ ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТІВ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОНСУЛЬТУВАННЯ

Як уже вказувалося вище, роль консультанта командира дуже відрізняється від стандартного візиту пацієнта до лікаря. Вона часто може становити етичні труднощі та складні ситуації.

Подвійні послуги

При консультуванні командування військового психолога часто запрошують одночасно вирішувати проблеми підрозділу та окремих солдатів. Такі подвійні обов'язки називають «подвійними послугами». Іноді при консультуванні командування єдиним «пацієнтом» є підрозділ, причому неможливо визначити конкретного солдата, в якого виникли проблеми, чи конкретну проблему. В інших випадках солдат є пацієнтом, а медичний працівник зобов'язаний надати лікування та, в той же час, надати рекомендації командиру щодо найоптимальніших подальших дій. У більшості випадків ці аспекти є синхронними, тобто що добре для солдата, добре й для армії в цілому. Наприклад, солдат із перманентним когнітивним порушенням унаслідок травми мозку не може служити в армії, оскільки участь у бойових діях для такого солдата не буде безпечною. Тому йому рекомендується провести медичну оцінку для визначення рівня непрацездатності та забезпечити, щоб такий солдат отримав належні довгострокові медичні та фінансові пільги. Крім того, відбувається задоволення потреб підрозділу, оскільки участь травмованого солдата в бойових діях представляє більший ризик для його соратників, а завдяки медичній оцінці такого солдата підрозділ здатний отримати здорову заміну.

Однак не завжди існує взаємовигідний порядок дій. Таке трапляється, коли солдат із психологічними порушеннями зазнає фінансових труднощів або коли родина втрачає необхідні медичні пільги через звільнення солдата з армії. При наданні рекомендацій щодо лікування, обмежень чи звільнення/евакуації військовий психолог має зважати на здатність солдата виконувати поставлені завдання в бойовому середовищі. Це ускладнюється в тому випадку, коли солдати намагаються подолати психологічні наслідки війни. Медичному працівнику може бути важко визначити відповідний момент для того, щоб припинити безперервну дію бойового стресу на солдата, одночасно враховуючи бойове завдання та поточні потреби підрозділу.

Такі ситуації слід ретельно аналізувати, проте, як і в інших етичних питаннях, немає єдиної правильної відповіді. Обговорення з колегами чи старшими фахівцями з військової психології, включаючи психологічного консультанта на ТВД, можуть бути корисними з точки зору вирішення цих питань та є рекомендованими.

Конфіденційність

Командир має право знати діагноз солдата, прогноз, план лікування та службові обмеження. На додачу до цієї інформації психологи мають дуже обережно вибирати інформацію, яку слід надавати командиру. Однак для командира не встановлені такі обмеження, і він може надати багато інформації психологу, включаючи звіти щодо здатності солдата виконувати свою роботу, стосунків з колегами та керівниками, отримання професійних консультацій у минулому та інших аспектів. Вважаючи психолога та командира партнерами в команді, а не опонентами, взаємини між ними можуть бути взаємовигідними для кожної зі сторін, а також для солдатів. У багатьох випадках як командир, так і психолог можуть співпрацювати для того, щоб допомогти солдатам краще виконувати свої службові обов'язки.

Навіть попри те, що командир має право знати про діагноз солдата, прогноз, план лікування та службові обмеження, психологи не повідомляють таку інформацію командирам кожного пацієнта. Якщо в солдатів виникають незначні симптоми, які не порушують виконання ними службових обов'язків і не потребують обмеження службових обов'язків, немає потреби повідомляти про це командиру. Однак якщо існує ризик для підрозділу, солдата або для виконання бойового завдання, психолог має переконатися, що командуванню відома подібна інформація. Це гарантуватиме безпеку та лікування пацієнта, а також безпеку підрозділу.

Об'єктивність і довіра

Коли психолог тісно співпрацює з підрозділом, встановлюються постійні взаємини з командирами, що суттєво покращує ефективність процесу консультування. Проте внаслідок таких довірливих стосунків може бути втрачена об'єктивність. У результаті психолог також стає вразливим до дії тих самих чинників стресу та подій, що й підрозділ. Тому психологи мають постійно ставити питання «Яку функцію я виконую в цій ситуації?» для забезпечення певного рівня неупередженості. Вони і далі можуть надавати допомогу підрозділам у кризових ситуаціях, але мають усвідомлювати, які стресори та обмеження діють для них. За певних обставинах психологи також можуть потребувати лікування чи втручання як частина підрозділу.

Короткотривалі та довготривалі стосунки й розвиток взаємин

Деякі консультативні взаємини тривають протягом довгого часу, зокрема взаємини між начальниками DMH і командирами дивізій. Інші стосунки за своєю природою мають обмежений характер чи відбуваються лише один раз, наприклад, із солдатом, який проходить психологічне обстеження за наказом командування. Хоча психолог може лише раз зустрітися з солдатом для проведення психологічної оцінки, в багатьох випадках медичний працівник надалі спілкується про військовиків із командуванням. Так будуються довготривалі консультативні стосунки.

Кожна взаємодія з командиром потенційно здатна допомогти певному військовослужбовцю, а також надати інформацію про психологічний клімат у підрозділі, культивувати майбутні кооперативні стосунки та розвинути в командирів лідерські навички для зниження бойового оперативного стресу в їхніх підрозділах. Цілеспрямована робота психологів над встановленням таких взаємин дає командирам змогу відчути себе зручніше під час психологічних взаємодій з їхніми солдатами, а також із ними самими.

Розслідування та консультування

Командири здатні з легкістю відчути, що вони або їхня діяльність досліджуються на стадії збирання інформації в межах консультації. Як наслідок вони можуть відчувати втручання в їхній особистий простір та непокоїтися через це. Наприклад, командир в Іраку направив солдата, який нібито образив першого сержанта підрозділу. Солдат повідомив, що він образив першого сержанта лише після того, як перший сержант ухопив його за шию та притиснув до стіни. Ця ситуація потребувала ретельного консультативного аналізу для того, щоб стати на захист солдата, знизити напругу в підрозділі та стимулювати подальші консультування. Загалом, найефективнішим способом розв'язання проблеми є її всебічний розгляд, а не пошук винних.

Вплив Закону про відповідальність та перенесення даних щодо страхування життя громадян на консультування командирів

Аспекти Закону про відповідальність та перенесення даних щодо страхування життя громадян стосуються забезпечення безпеки та конфіденційності захищеної медичної інформації, включаючи імена, номери соціального страхування, дати народження та інші дані, що ідентифікують особу пацієнта. У військовій документації солдатів часто ідентифікують за цією інформа-

цією. Військові госпіталі та клініки зобов'язані дотримуватися цього Закону, вони загалом обладнані потрібними засобами захисту. Медичні працівники повинні забезпечити, щоб уся конфіденційна медична інформація, надана в електронному вигляді командирам, надсилалась або через захищену мережу, або із застосуванням певних форм кодування. Регулярні заходи із забезпечення дотримання Закону для гарантування конфіденційності пацієнта передбачають: встановлення комп'ютерних робочих станцій у місцях, захищених від публічного доступу, та їх блокування у разі невикористання, зберігання інформації за зачиненими дверима та захист ідентифікаційної інформації у вигляді таблиць від сторонніх осіб під час візитів до офісу.

ОСНОВНІ ФУНКЦІЇ КОНСУЛЬТАНТІВ В АРМІЇ США

Більшість військових психологів у той чи інший період їхньої кар'єри виконують роль консультантів для командирів для проведення оцінки психічного стану солдатів або ж усього підрозділу. Додаткової уваги заслуговують три окремі функції консультантів:

1) консультанти начальників медичної служби Армії;
2) члени консультаційних команд із питань психічного здоров'я (MHAT — Mental Health Advisory Team) та
3) дивізійні психіатри/бригадний офіцер із психічного здоров'я.

Консультанти начальників Медичної служби Армії США

Як правило, консультант виконує цю функцію протягом 4-річного періоду додатково до своїх звичайних службових обов'язків. Із точки зору психології, ці функції консультанта складаються із дослідницької та клінічної психології, соціальної роботи, догляду за психічними хворими та трудової терапії. У психіатрії існує чотири сфери консультування: загальна, дитяча, судова та адиктивна. Також передбачена посада консультанта для програми з питань сім'ї, яку, як правило, обіймає або педіатр, або психіатр. Із функціонального погляду, позиції консультанта загалом та в дитячій психіатрії, дослідницькій і клінічній психології, соціальній роботі та догляді за психічними хворими допомагають визначити завдання персоналу цих спеціальностей.

За останні 20 років такі психологи почали вести практику по всій території Сполучених Штатів, хоча більшість працювали в Головному управлінні медичного командування Армії США у м. Сан-Антоніо (штат Техас). Опісля терористичних атак 11 вересня 2001 року вибрані психологічні консультанти провели декілька тижнів і місяців в управлінні начальника медичної служби у м. Вашингтон (Федеральний округ Колумбія). У 2007 році була розроблена нова ініціатива щодо психічного здоров'я, яка фіксувала вимоги до консультантів із психічного здоров'я в управлінні начальника медичної служби. Ключовими функціями консультантів із психічного здоров'я для начальника Медичної служби Армії США є призначення, постановка завдання для розгортання, перегляд документації та стратегічні комунікації.

Розподіл повноважень

Найважливішою функцією консультанта начальника медичної служби є розподіл завдань. Консультант рекомендує завдання окремому начальнику відділення, який ухвалює рішення про розподіл завдань. Загалом, слід дотримуватись рекомендацій консультанта. Процес розподілу завдань, однак, передбачає кілька схем. Поточний консультант із психіатрії, наприклад, просить студентів-випускників і персонал, який задовольняє критеріям, скласти перелік десяти бажаних завдань, а також сімейних питань. Опісля цього консультант складає перелік потенційних завдань. Також розглядаються пов'язані з цим додаткові питання, зокрема чи можна відряджати кандидатів до зони бойових дій як медичний персонал. (Важливо забезпечити дивізії та підрозділи CSC психіатрами та іншими медичними працівниками, підготовленим для відрядження

в зону бойових дій). Опісля проведення відбіркової комісії серед випускників вищих медичних закладів і конференції з планування розподілу офіцерського складу (де приймаються та оголошуються рішення правління) можуть бути видані проекти завдань. За цим ідуть запити на накази та фактичні накази. Ці накази можна змінювати в разі неочікуваних перестановок персоналу або у випадку виникнення нових термінових бойових завдань.

Пріоритетними в ієрархії завдань є, по-перше, потреби армії, а по-друге, — потреби солдата. Армія має передбачати дві програми з медичної підготовки випускників (на території столиці й у медичному центрі Армії ім. Триплера) та платформи проектування боєготових сил, такі як військова база Форт Худ (штат Техас); військова база Форт Бенінг (штат Джорджія); військова база Форт Райлі (штат Канзас); військова база Форт Стюарт (штат Джорджія) та військова база Форт Брегг (штат Північна Кароліна).

Велика кількість рішень про розподіл завдань обумовлена сімейними потребами. Подружжя з маленькими дітьми, як правило, бажають жити щонайближче до членів їхніх родин, задіяних на військових базах. Чоловік/дружина військовослужбовця бажають знайти хорошу роботу поближче до її/його військової бази. Деякі військові мають літніх батьків або хворих родичів, за якими потрібно доглядати. Консультант повинен врахувати всі ці потреби, проте потреби армії все-таки головніші.

Постановка завдання для розгортання

Для «фахівців рівня I», включаючи психіатрію, психологію та соціальну роботу, консультант бере безпосередню участь у виборі осіб для участі в розгортанні. «Кардинальне правило» для медичного командування полягає в тому, що жодна особа не може залучатися вдруге, допоки всі хоча б одноразово не були відправлені у відрядження. Рішення про вибір учасників розгортання тепер ухвалюються на допоміжній конференції інформаційної системи підбору професійних кадрів за участю регіональних медичних консультантів. Однак часто деякі завдання виникають в останній момент через непередбачувані захворювання, травми чи інші чинники, внаслідок яких запланований співробітників не може бути відряджений. У такому випадку консультант має переглянути весь арсенал інструментів медичного працівника та скоригувати терміновість задоволення потреб.

Перегляд документів

Іншою функцією консультанта з психіатрії є перегляд документів. Документація з психічного стану військовослужбовців ведеться з кількома цілями, як-от: а) отримання дозволу на виконання службових обов'язків як для командного, так і для рядового й сержантського складу; б) ведення службових розслідувань, особливо у випадках скоєння самогубств; в) перегляд завершених розслідувань та г) перегляд випадків, коли постає питання про потребу в проведенні медичної наради чи зборів для окремого військовослужбовця.

Стратегічні комунікації

Консультант виконує ряд обов'язків, включаючи перегляд наукової документації, надання відповідей на запити ЗМІ, рекомендацій щодо придатності окремих осіб для участі в інтерв'ю у ЗМІ та проведення консультацій для начальника управління зі зв'язків з громадськістю. Ця посада передбачає ряд важливих завдань. Головним є підбір і підвищення кваліфікації медичного персоналу з урахуванням поточного руху персоналу в Армії США.

Члени консультативної групи з психічного здоров'я

З 2003 року начальник Медичної служби Армії США щорічно створював МНАТ за запитом об'єднаного центрального командування Армії США для проведення оцінки в потребі у психологічній підтримці для солдатів під час бойових дій. Перша група здійснювала оцінку упродовж операції «Іракська свобода» [1], після чого були отримані повідомлення про зростання частоти самогубств на ТВД. Нещодавно групи МНАТ переорієнтувалися на якість наданих послуг та систему охорони психічного здоров'я на ТВД.

МНАТ відрізнялися за складом, іноді це були чисельні багатодисциплінарні команди фахівців із психології, натомість як до останніх МНАТ залучалися лише кілька професійних психологів. Команди МНАТ застосовували методи паперових опитувань і фокус-групи та щороку випускали звіт із результатами й рекомендаціями. Ключові рекомендації містили впровадження системи недопущення самогубств на ТВД, проведення психологічної підготовки військовослужбовців, оцінки потреб у психологічній допомозі у підрозділі та підготовки з психологічної етики. Команди МНАТ та їхні рекомендації обговорюються детально в розділі 5 «Внесок Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда (WRAIR) в операції "Іракська свобода" та "Непохитна свобода": від досліджень до політики у сфері охорони здоров'я» у цьому виданні.

Дивізійний психіатр/начальник підрозділу з охорони психічного здоров'я бригади

У розділі 6 «Дивізійні психіатри та офіцери з охорони психічного здоров'я у бригадах» у цьому виданні міститься детальна інформація про функції цих фахівців із психічного здоров'я. Однак ця унікальна посада передбачає, що фахівець із психічного здоров'я працює безпосередньо в бойовому підрозділі як постійний консультант для військового командира, а не для медичного командування. Ця посада встановлює постійні обов'язки перед командуванням із боку консультанта щодо того, як і де розгортати ресурси з охорони психічного здоров'я, методи та техніки контролювання бойового оперативного стресу та розробку планів запобігання втратам військовослужбовців через психічні порушення.

ВИСНОВКИ

Військові психологи проводять критично важливі консультації для командування, коли в гарнізоні чи під час бойового завдання у військовослужбовців виникають психічні порушення. Основним завданням психолога є збалансування потреб підрозділу та охорони психічного здоров'я солдатів у короткостроковій і довгостроковій перспективі. Командири максимально піклуються про своїх підлеглих, тому вкрай важливо, щоб вони довіряли професійному судженню їхніх консультантів із охорони психічного здоров'я при прийнятті рішень щодо лікування військовослужбовців. Ті самі завдання висуваються і в гарнізоні, оскільки консультант має виявити солдатів, які не можуть надалі виконувати службові обов'язки, для яких слід провести медичну раду або які можуть одужати та продовжувати військову службу.

ЛІТЕРАТУРА

1. McCarroll JE, Jaccard JJ, Radke AQ. Psychiatric consultation to command. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. Textbooks of Military Medicine. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 151–170.
2. Rosen G. Nostalgia: a "forgotten" psychological disorder. *Psychol Med.* 1975;5:340–354.
3. McGuire F. Army Alpha and Beta tests of intelligence. In: Sternberg RJ, ed. *Encyclopedia of Intelligence*. Vol 1. New York, NY: Macmillan; 1994: 125–129.
4. Spring JH. Psychologists and the war: the meaning of intelligence in the Alpha and Beta tests. *Hist Educ Q.* 1972;12:3–15.
5. Page GD. Clinical psychology in the military: developments and issues. Clin Psychol Rev. 1996;16:383–396.
6. Berlien IC, Waggoner RW. Selection and induction. In: Glass AJ, Bernucci RJ, Anderson RS, eds. *Neuropsychiatry inWorld War II.* Vol 1. *Zone of the Interior.* Washington, DC: Office of The Surgeon General; 1966: 153–191.

7. Menninger WC. *Psychiatry in a Troubled World*. New York, NY: MacMillan; 1948: 289.

8. US Department of the Army. *Induction Station Neuropsychiatric Examination*. Washington, DC: DA; April 1944. Technical Bulletin (TB MED).

9. Brill NQ, Beebe BW. *Veterans Administration Medical Monograph*: A Follow-Up Study of War Neuroses. Washington, DC: US Government Printing Office; 1955.

10. Plag JA, Arthur RJ. Psychiatric re-examination of unsuitable Naval recruits: a two-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1965;122:534–541.

11. Bourne PG. Military psychiatry and the Vietnam experience. *Am J Psychiatry*. 1970;127:481–488.

12. Lachar D, Sparks JC, Larsen RM, Bisbee CT. Psychometric prediction of behavioral criteria of adaptation for USAF basic trainees. *J Community Psychol*. 1974;2:268–277.

13. McCraw RK, Bearden DL. Personality factors in failure to adapt to the military. *Mil Med.* 1990;155:127–130.

14. United States General Accounting Office. *Military Attrition: DoD Needs to Better Understand Reasons for Separation and Improve Recruiting Systems*. Testimony before the Subcommittee on Personnel, Committee on Armed Services, US Senate, March 4, 1998. Available at: http://www.gao.gov/archive/1998/ns98109t.pdf. Accessed February 4, 2010.

15. Williams RA, Hagerty BM, Yousha SM, Hoyle KS, Oe H. Factors associated with depression in Navy recruits. *J Clin Psychol*. 2002;58:323–337.

16. Martin PD, Williamson DA, Alfonso AJ, Ryan DH. Psychological adjustment during Army basic training. *Mil Med.* 2006;171:157–159.

17. Warner C, Warner C, Matuszak T, Rachal J, Flynn J, Grieger T. Disordered eating in entry-level military personnel. *Mil Med*. 2007;172(2):147–151.

18. Warner CM, Warner CH, Breitbach JE, Rachal J, Matuszak T, Greiger TA. Depression in entry-level military personnel. *Mil Med.* 2007;172(8):795–799.

19. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351:13–22.

20. Stokes JW, Jones FD. Combat stress control in joint operations. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. War Psychiatry. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 243–270.

21. Appel JW. Preventive psychiatry. In: Glass AJ, Bernucci RJ, Anderson RS, eds. *Neuropsychiatry in World War II*. Vol 1. Zone of the Interior. Washington, DC: Office of The Surgeon General; 1966: 373–416.

22. Group for the Advancement of Psychiatry. *Preventive Psychiatry in the Armed Forces:With Some Implications for Civilian Use*. New York, NY: Group for the Advancement of Psychiatry; 1960. Report 47.

23. Tischler GL. Patterns of psychiatric attrition and of behavior in a combat zone. In: Bourne PG, ed. *Psychology and Physiology of Stress*. New York, NY: Academic Press; 1969: 19–44.

24. Gal R, Jones FD. A psychological model of combat stress. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 133–148.

25. Glass AJ. Lessons learned. In: Glass AJ, Mullins WS, eds. *Neuropsychiatry in World War II*. Vol 2. Overseas Theaters. Washington, DC: Office of The Surgeon General; 1973: 989–1027.

26. Mental Health Advisory Team IV. MHAT IV *Operation Iraqi Freedom 05-07 Final Report*. Washington, DC: US Army Surgeon General; November 17, 2006.

27. Warner CH, Breitbach JE, Appenzeller GN, Yates V, Grieger T, Webster WG. Division mental health in the new brigade combat team structure. Part 1: Predeployment and deployment. *Mil Med.* 2007;172:907–911.

28. Walter Reed Army Institute of Research. Psychiatry and Neuroscience. Battlemind training. Available at: http://www.battlemind.org. Accessed February 4, 2010.

29. Warner CH, Appenzeller GN, Mullen K, Warner CM, Greiger T. Soldier attitudes toward mental health screening and seeking care upon return from combat. *Mil Med*. 2008;173(6):563–569.

30. Hyams KC, Riddle J, Trump DH, Wallace MR. Protecting the health of United States military forces in Afghanistan: applying lessons learned since the Gulf War. *Clin Infect Dis*. 2002;15:S208–S214.

31. US Department of Defense. *Implementation and Application of Joint Medical Surveillance for Deployments*. Washington DC: Department of Defense; August 7, 1997. Instruction 6490.3.

32. Bliese PD, Wright KM, Adler AB, Hoge C, Prayner R. *Post-Deployment Psychological Screening: Interpreting and Scoring DD Form 2900*. Walter Reed Army Institute of Research-Europe: Heidelberg; Research Report #2005-003. Available at: https://www.battlemind.army.mil/assets/files/PDHRAResearchReportwithAppendices.pdf. Accessed February 4, 2009.

33. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006;295:1023–1032.

34. Southwick SM, Morgan CA 3rd, Darnell A, et al. Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1150–1155.

35. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1777–1783.

36. Secretary of the Army. *Post Deployment Health Re-Assessment*. Washington, DC: Department of the Army; January 23, 2006.

37. US Government Accountability Office. *Post Traumatic Stress Disorder: DoD Needs to Identify the Factors Its Providers Use to Make Mental Health Evaluation Referrals for Servicemembers*. Washington, DC: GAO, Report to Congressional Committees; 2006: 1–34. GAO-06-397.

38. Appenzeller GN, Warner CH, Grieger T. Post deployment health reassessment: a sustainable method for brigade combat teams. Mil Med. 2007;172:1017–1023.

39. Mental Health Advisory Team III. MHAT III *Operation Iraqi Freedom 04-06 Final Report*. Washington, DC: US Army Surgeon General; May 29, 2006.

40. Koshes RJ, Young SA, Stokes JW. Debriefing following combat. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Departmentof the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 271–290.

41. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2002;2:CD000560.

42. MacDonald CM. Evaluation of stress debriefing interventions with military populations. *Mil Med*. 2003;168:961–968.

43. Jacobs J, Horne-Moyer HL, Jones R. The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health*. 2004;6:5–14.

44. Mitchell SG, Mitchell JT. Caplan, community, and critical incident stress management. *Int J Emerg Ment Health*. 2005;8:5–14.

45. US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control*. Washington, DC: Headquarters, DA; 2006. Field Manual 4-02.51.

46. Alder AB, Castro CA, McGurk D. *Battlemind Psychological Debriefings*. Heidelberg, Germany: Walter Reed Army Institute of Research-Europe; 2007. Research Report 2007-001.

47. Rock NL, Stokes JW, Koshes RJ, Fagan J, Cline WR, Jones FD. US Army combat psychiatry. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of MilitaryMedicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 149–175.

48. Jones E, Wessely E. "Forward psychiatry" in the military: its origin and effectiveness. *J Trauma Stress*. 2003;16:411–419.

49. McCarroll JE, Ursano RJ. Consultation to groups, organizations, and communities. In: Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ, eds. *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York, NY: Guilford Press; 2006: 193–205.

50. US Department of the Army. *Standards of Medical Fitness*. Washington, DC: Headquarters, DA; 2007. Army Regulation 40-501.

51. Assistant Secretary of Defense, US Department of Defense. *Policy Guidance for Deployment-Limiting Psychiatric Conditions and Medications*. Washington, DC: Department of the Army; November 7, 2006. Memorandum. Available at: http://www.ha.osd.mil/policies/2006/061107_deployment-limiting_psych_conditions_meds.pdf. Accessed February 4, 2010.

52. National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2007. Pub L No. 109-364, Section 738.

53. Warner CH, Appenzeller GN, Mobbs A, Grieger T. Division mental health through the deployment cycle. Paper presented at: Force Health Protection Conference; August 13, 2008; Albuquerque, NM.

54. US Department of the Army. *Active Duty Enlisted Administrative Separations*. Washington, DC: Headquarters, DA; 2005. Army Regulation 635-200.

55. US Department of Defense. *Mental Health Evaluations of Members of the Armed Forces*. Washington, DC: Department of Defense; October 1, 1997. Directive 6490.1.

56. US Department of Defense. *Requirements for Mental Health Evaluations of Members of the Armed Forces*. Washington, DC: Department of Defense; August 28, 1998. Instruction 6490.4.

57. US Army Medical Command. *Command Directed Mental Health Evaluations*. Fort Sam Houston, Tex: Headquarters, MEDCOM; 1999. US Army Medical Command Regulation 40-38.

ЧАСТИНА ТРЕТЯ

ШЛЯХ ДОДОМУ

Розділ 13

АЕРОМЕДИЧНА ЕВАКУАЦІЯ

Алан Л. Петерсон[I] · Келлі Р. МакКарті[II] ·
Даніель Дж. Бушем[III] · Рік Л. Кемпайз[IV] ·
Монті Т. Бейкер[V]

ВСТУП

РОЗВИТОК СИСТЕМИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Стислий огляд історії військово-медичної евакуації

Літаки, які використовують для аеромедичної евакуації

СИСТЕМА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ США

Пріоритет аеромедичної евакуації

Класифікаційні коди пацієнтів для аеромедичної евакуації

Заповнення медичної карти руху пацієнта

ЕТАПНІ ПОТУЖНОСТІ АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Додаткові етапні потужності для непередбачуваної аеромедичної евакуації

Додаткові етапні потужності для непередбачуваної аеромедичної евакуації авіабази Рамштайн

Етапні потужності аеромедичної евакуації бази ВПС Ендрюс

АЕРОМЕДИЧНА ЕВАКУАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС ВОЄННИХ ОПЕРАЦІЙ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» І «НЕПОХИТНА СВОБОДА»

НАДАННЯ КОНСУЛЬТАЦІЙ ІЗ ПИТАНЬ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ ТА ПСИХІКИ ПАЦІЄНТАМ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор філософії, член американської ради професійної психології; професор кафедри психіатрії, Науковий центр здоров'я при Університеті Техасу в м. Сан-Антоніо, 7703 Floyd Curl Drive, San Antonio, Texas 78229; у минулому — завідувач кафедри психології, Медичний центр імені Уілфорда Холла, San Antonio, Texas.

[II] Маґістр; капітан, Служба медичних сестер, ВПС США; історик, Військова база ВПС Петерсон, 150 Vandenberg, Suite 110S, Peterson Air Force Base, Colorado 80914; у минулому — керівник управління охорони психічного здоров'я, Центр життєвих навичок Академії ВПС США, Colorado Springs, Colorado.

[III] Маґістр соціології, ліцензований радник із питань залежності від психоактивних речовин; підполковник, Служба медичних сестер, ВПС США; начальник служби охорони психічного здоров'я, Агенція з оперативних питань медичного забезпечення ВПС США, 485 Quentin Roosevelt Road, Suite 400, San Antonio, Texas 78226-2017; у минулому — заступник командира ескадрильї та командир авіаланки стаціонарної психіатричної допомоги, Travis Air Force Base, California.

[IV] Доктор філософії, член американської ради професійної психології; полковник, Служба біомедичних досліджень, ВПС США; командувач 559-ї групи медичного обслуговування, 1920 Biggs Avenue, Lackland Air Force Base, Texas 78236; у минулому — командувач 1-ї ескадрильї з оперативних питань медичного забезпечення, База ВПС США Langley Air Force Base, Virginia.

[V] Доктор філософії; майор, Служба біомедичних досліджень, ВПС США; директор із клінічних досліджень, Програма виховання витривалості у військових, Військово-медичний центр Сан-Антоніо, 2200 Bergquist Drive, Suite 1, Lackland Air Force Base, Texas 78236; у минулому — завідувач відділення 59-ї психіатричної клініки системи охорони здоров'я військовослужбовців, Lackland Air Force Base, Texas.

ВСТУП

Аеромедична евакуація — це перевезення пацієнтів авіатранспортом від одного лікувального закладу до іншого під наглядом лікаря [1]. Глобальна війна з тероризмом нині є найтривалішою від часів війни у В'єтнамі військовою операцією, яку проводить Армія США. У військових операціях «Іракська свобода» (OIF) і «Непохитна свобода» (OEF) були задіяні майже 2 000 000 військовослужбовців США.

Сучасна система аеромедичної евакуації, застосовувана під час OIF/OEF, стала одним із чинників, які суттєво підвищили коефіцієнт виживання серед поранених військовослужбовців в Іраку [2]. Нині він сягає близько 90 %. Це найвищий показник виживання за всю історію військової медицини. Він суттєво збільшився порівняно з попереднім коефіцієнтом виживання поранених у війнах у Кореї, В'єтнамі та Перській затоці, який становив тоді 74–75 відсотків [2].

У цьому розділі буде розглянуто процес аеромедичної евакуації пацієнтів із районів бойових дій та інших місць проведення спецоперацій; типи літаків, які використовують для евакуації; функціонування додаткових етапних потужностей для медичної евакуації повітрям (CASFs — contingency aeromedical staging facilities); керівні принципи й норми евакуації хворих, які потребують терапевтичного втручання, і тих, у кого спостерігаються проблеми психічного здоров'я; відповідні військові приписи й інструкції, які визначають процес евакуації. Особливу увагу в розділі приділено медичній евакуації повітрям, яка проводилась під час військових операцій OIF та OEF.

РОЗВИТОК СИСТЕМИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Стислий огляд історії військово-медичної евакуації

За всю історію медицини застосовувалося безліч різних методів евакуації поранених з поля бою для надання їм медичної допомоги. У Сполучених Штатах перші письмові повідомлення про необхідність запровадження військово-медичної системи евакуації поранених з'явилися під час Війни за незалежність США [3]. У квітні 1777 року Конгрес США прийняв законопроект, у якому рекомендувалося, «[а] щоб квартирмейстери (начальники господарського постачання) або заступники генерал-квартирмейстерів забезпечували відповідну кількість критих та інших фургонів, нош та інших необхідних засобів для переміщення хворих і поранених; а в разі їхньої відсутності цим мали опікуватися начальник управління медичної служби або заступник начальника медичної служби» [3, с. 36]. Проте нема жодних записів, які свідчили б, що такі транспортні засоби в той час реально існували.

Перші письмові згадки про факти застосовування медичної системи евакуації з'явилися під час Американської громадянської війни [4], коли значна кількість поранених стала серйозним викликом військовій медицині [5]. Як наслідок, методи евакуації солдатів були істотно змінені. За роки громадянської війни було запропоновано не менше 10 різних конструкцій фургонів швидкої допомоги для транспортування хворих і поранених військовослужбовців. Д-р Джонатан Літтер-

ман був першим, хто під час громадянської війни створив організовану систему медичної евакуації. Його новаторський на той час проект став основою сучасної військової системи медичної евакуації. Президент Лінкольн під час громадянської війни доручив керівництву залізничного й річкового транспорту надати для перевезення поранених засоби пересування [6]. Незабаром після винаходу автомобіля була розроблена моторизована машина швидкої допомоги для транспортування ургентних пацієнтів [7, 8]. За два роки до офіційного вступу Сполучених Штатів у Першу світову війну групи американських військових хірургів і допоміжного персоналу вже розгорнули свою роботу у Франції [9]. Результатом співпраці військових і цивільних хірургів у відділенні Американської швидкої допомоги в Парижі стало використання під час Першої світової війни машин швидкої допомоги для евакуації поранених військовослужбовців по всій Європі. Із винаходом літаків протягом усього XX століття відбувались еволюційні зміни в медичній евакуації військових пацієнтів [10]. Ідея щодо використання літаків для медичної евакуації поранених військовослужбовців зародилася на початку 1900-х [11, 12]. Французька медсестра Марія Мерві була однією з найвпливовіших і послідовних прихильниць використання літаків для евакуації поранених у бойових умовах [13]. У 1913 році в м. Фарнборо (Англія) полковник Семюель Коді продемонстрував можливості біплана як повітряної швидкої допомоги [14]. Перша спроба переобладнання військового літака на повітряну швидку допомогу була здійснена в Армії США у період з 1918 по 1924 рік [15]. Однак концепція запровадження системної медичної евакуації повітрям поранених військових не мала значного поширення до початку Другої світової війни [16].

На той час найпоширенішим видом транспорту для передислокування військовослужбовців до зон бойових дій і з районів проведення бойових дій на батьківщину були військово-морські кораблі. Військові судна також активно використовували для транспортування поранених до Сполучених Штатів з метою надання їм всебічної спеціалізованої медичної допомоги. Проте перевезення морем могло тривати кілька тижнів. Необхідно було забезпечити оперативну медичну евакуацію важко поранених військовослужбовців. Згодом, у 1945 році, для евакуації пацієнтів почали активно залучати військові літаки. Тоді близько 625 000 поранених (це становить 25 % від усіх пацієнтів) були евакуйовані до США повітрям [16]. Активне використання гелікоптерів для евакуації поранених розпочалося під час Корейської війни [17]. Це було зумовлено потребою швидко вивозити поранених з місця бойових дій в умовах пересіченої місцевості. Гелікоптерами вдалось успішно перевезти майже 22 000 пацієнтів, і саме евакуація повітрям сприяла зниженню рівня смертності серед поранених [17]. Бойовий досвід американців у Кореї, британців у Малайї і французів в Індокитаї довів, що гвинтокрили є неоціненним транспортним засобом, який суттєво вплинув на зниження рівня смертності пацієнтів [18]. Під час війни у В'єтнамі гелікоптери міцно утвердились як найважливіший компонент системи медичної аероевакуації на сучасному полі бою [18]. У військових операціях «Щит пустелі» та «Буря в пустелі» для здійснення перевезення хворих повітрям було задіяно 1950 осіб персоналу медичної евакуації [19]. Екіпажі льотчиків були дисльоковані в 17 точках регіону. Понад 12 500 пацієнтів успішно перевезли повітрям за допомогою перероблених під медичний транспорт вантажних літаків [19]. Більшість цих пацієнтів — хворі загального терапевтичного профілю, а не поранені внаслідок бойових дій.

Нині армія використовує різноманітні транспортні засоби для перевезення пацієнтів, зокрема медичні й немедичні наземні транспортні засоби, судна, залізничний транспорт, а іноді — будь-який підручний засіб пересування [20]. Однак фактично 100 % поранених, які потребують транспортування із зони бойових дій, перевозяться літаками.

Літаки, які використовуються для аеромедичної евакуації

Гвинтокрили, які використовують для аеромедичної евакуації, є на сьогодні основним транспортним засобом для вивезення поранених із поля бою. Вважається, що завдяки застосуванню гелікоптерів поліпшуються збройна підтримка медичної

служби і догляд пацієнтів, а також підвищується рівень виживання військових, як це було під час військових операцій в Іраку й Афганістані [2]. Армія і Морська піхота для аеромедичної евакуації застосовують здебільшого гвинтокрили. UH-60 Black Hawk — американський фронтовий багатоцільовий гелікоптер «Чорний яструб» (рис. 13.1), який використовують для десантних операцій, повітряної розвідки й аеромедичної евакуації. Гелікоптер UH-60 може містити до шести нош для транспортування пацієнтів.

Рис. 13.1. UH-60 Black Hawk — американський тактичний багатоцільовий гелікоптер «Чорний яструб». Перевозить до шести нош для транспортування пацієнтів. Цей фронтовий гелікоптер для медичної евакуації повітрям використовували під час бойових дій в Іраку й Афганістані.

Джерело фото: фотобібліотека ВПС США. https://media.defense.gov/2003/Aug/27/2000597780/-1/-1/0/030822-F-7709W-005.JPG

UH-60 здійснюють польоти на великій швидкості, приземлюються на пересіченій місцевості у віддалених регіонах, а також транспортують найтяжче постраждалих пацієнтів до відділень невідкладної допомоги протягом лише однієї години. Саме ця «золота година» має критичне значення для виживання поранених [21]. CH-46 Sea Knight (рис. 13.2) — двомоторний важкий транспортний гвинтокрил, подібний до гелікоптера CH-47 Chinook. Він може вмістити до 15 нош для транспортування пацієнтів. Гвинтокрили CH-46 і CH-47 мають життєво важливе значення під час інтенсивних військових наступальних операцій, коли передбачається багато поранених, які потребуватимуть якнайшвидшого медичного транспортування. AH-1W Cobra — ударний гелікоптер вогневої підтримки, який часто забезпечує вогневу підтримку гвинтокрилів аеромедичної евакуації.

Рис. 13.2. CH-46 Sea Knight. Гелікоптер CH-46 «Морський лицар» може вмістити до 15 пацієнтів. Його широко використовувала морська піхота під час битви за Фаллуджу в листопаді 2004 року. На фото зображено резервістів морської піхоти Moonlighters і середній транспортний гелікоптер 764-ї ескадрильї (дислокується на базі ВПС Едвардс, штат Каліфорнія). Піхотинці зробили зупинку для заправлення й технічного огляду на злітно-посадковій смузі бази ВПС США в Новому Орлеані під час навчань «Американське партнерство», у яких брали участь дев'ять країн (3 липня 2010 р.).

Фотограф: Майстер-сержант MSgt Peter C Walz. Джерело фото: сайт морських піхотинців. www.marines.mil/unit/marforsouth/PublishingImages/NewsStoryImages/2010/100703-M-3168W-008.JPG

Літаки є основним транспортним засобом, який використовують у медичній евакуації пацієнтів з місця бойових дій поза межами континентальної частини Сполучених Штатів (OCONUS — outside the continental United States) до медичних установ на континенті (CONUS — continental United States). Управління літаками здійснюють Військово-повітряні сили США. У 1968 році на озброєння був прийнятий літак C-9 Nightingale. Це єдиний військовий літак, спеціально розроблений для застосування в системі аеромедичної евакуації (рис. 13.3). Проте його виробництво припинили в 2003 році, і сьогодні під час медичної евакуації використовують будь-які доступні літаки.

Удосконалення конструкцій платформ для пацієнтів збільшило можливості використання альтернативних літаків у системі аеромедичної евакуації. До стандартних нош-платформ були припасовані звичайні вантажні платформи, які можуть застосовуватися на різних літаках. Вони забезпечують підтримку шести нош або трьох

Рис. 13.3. C-9 Nightingale. C-9 Nightingale — це єдиний військовий літак, спеціально розроблений для медичної евакуації повітрям. Він отримав назву «Кадилак Медевак» через те, що був «робочою конячкою» системи медичної евакуації. Знятий з озброєння в 2003 році.

Джерело фото: фотобібліотека ВПС США. https://media.defense.gov/2003/Feb/10/2000030910/-1/-1/0/021202-O-9999G-007.JPG

розкладених сидячих місць і трьох нош. Літаки KC-135 Stratotanker (рис. 13.4) і KC-10A Extender (рис. 13.6) призначені для дозаправлення літаків у повітрі. Вони також можуть бути обладнані для аеромедичної евакуації повітрям за умови спорядження ношами для пацієнтів.

Рис. 13.4. KC-135 Stratotanker. Літак KC-135 здебільшого використовують для дозаправлення в повітрі, але також він може бути переобладнаний для транспортування пацієнтів під час аеромедичної евакуації.

Джерело фото: фотобібліотека ВПС США. https://media.defense.gov/2008/May/02/2000625066/-1/-1/0/060613-F-4192W-808.JPG

Літак C-17 Globemaster III (рис. 13.5) є новітнім і найкраще пристосованим для транспортування пацієнтів на далекі відстані. Він був розроблений для аеромедичної евакуації як для вторинної місії. Завдяки своїм оперативним і тактичним можливостям C-17 став основним транспортним судном для вивезення військових з Іраку та Афганістану. Конструкція C-17 дає змогу здійснювати посадку на аеродроми з мінімальною кількістю споруд і обладнання. Цей тип літака здатен злітати з вузьких злітно-посадкових смуг завширшки близько 40 метрів, які мають довжину лише близько 1400 метрів, і сідати на них. Крім цього, він може бути пристосований для перевезення 48 нош для важкохворих і 40 амбулаторних пацієнтів. Літак C-17 використовували для транспортування пацієнтів з району бойових дій до Регіонального медичного центру армії США Ландштуль у Німеччині та до авіаційної бази ВПС у Вашингтоні (округ Колумбія, США).

Рис. 13.5. C-17 Globemaster III. C-17 Globemaster III найчастіше використовують для аеромедичної евакуації пацієнтів із зони бойових дій до медичних центрів.

Джерело фото: фотобібліотека ВПС США. https://media.defense.gov/2009/Nov/19/2000428254/-1/-1/0/091118-F-3431H-513.JPG

Літак C-130 «Геркулес» (Hercules) (рис. 13.7) має чотири турбогвинтові двигуни. Уперше ПС США використали його 1950 року. Це найстаріший літак, задіяний у медичній евакуації повітрям. Завдяки своїй універсальності, надійності і здатності працювати на ґрунтових злітно-посадкових смугах із жорсткими умовами посадки літак вважається неоціненним транспортним ресурсом в умовах

Рис. 13.6. KC-10A Extender. Літак KC-10A є повітряним заправником; якщо його обладнати спеціальними ношами для пацієнтів, він може бути використаний для аеромедичної евакуації.

Джерело фото: фотобібліотека ВПС США.https://media.defense.gov/2009/Oct/22/2000449364/-1/-1/0/091013-F-3140L-112.JPG

Рис. 13.7. C-130 Hercules. C-130 Геркулес є універсальним літаком для аеромедичної евакуації. Він може перевозити до 70 нош з пораненими і здійснювати польоти в найсуворіших умовах.

Джерело фото: фотобібліотека ВПС США. https://media.defense.gov/2003/Oct/31/2000596473/-1/-1/0/031030-F-9629J-005.JPG

розгортання військ. Літак C-130 «Геркулес» може перевозити 70 повністю завантажених нош або 50 нош із важкохворими та 27 амбулаторних пацієнтів. В Іраку C-130 часто використовують для повітряних перевезень у межах театру воєнних дій до Катару і Кувейту.

СИСТЕМА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ США

Основна місія системи військово-медичної евакуації Міністерства оборони США — перевезення поранених американських військових та медичних пацієнтів із зони бойових дій до польових госпіталів та інших стаціонарних медичних закладів, розташованих у зоні або поза зоною бойових дій [22]. Медична евакуація поранених військовослужбовців починається з поля бою. Огляд пацієнтів і надання медичної допомоги здійснюються на етапах евакуації. В умовах ведення бойових дій спочатку проводяться первинні рятувальні заходи із залученням передової хірургічної бригади. Подальший медичний догляд поранених здійснюється зазвичай в армійському польовому госпіталі або в госпіталі ВПС. У віддалених місцях дислокації на першому етапі надання медичної допомоги іноді працюють госпітальні судна ВПС, як-от USNS Comfort (T-AH 20) або USNS «Мерсі» (T-AH 19). Пацієнтів, неспроможних швидко відновитися і повернутися до подальшого несення служби протягом 7 днів (відповідно до положення про здійснення евакуації поранених з місця бойових дій), необхідно евакуювати до наступного етапу надання медичної допомоги відразу після того, як їх затвердять для аеромедичної евакуації.

Якщо стан пацієнтів потребує подальшої евакуації, їх транспортують літаками, гелікоптерами або наземними транспортними засобами до групи евакуації ВПС (CASF — Contingency aeromedical staging facilities). Там їх готують до вивезення із зони бойових дій. У таблиці 13.1 наведений стислий перелік основних положень інструкцій, правил і довідкових матеріалів з питань аеромедичної евакуації.

Транспортування пацієнта відстежується за допомогою комп'ютерної системи з моменту його надходження, під час перевезення і вибуття з системи медичної евакуації повітрям. Підставами для аеромедичної евакуації пацієнта до місця надання медичної допомоги вищого рівня є так звана «Вимога щодо транспортування пацієнтів» (PMRs — Patient movement requirements), яка також називається «Запитом щодо переміщення пацієнта» (Patient movement requests), і «Медична карта пацієнта» (Patient movement records).

Транспортне командування США несе відповідальність за перевезення пацієнта в межах

зони бойових дій. Пацієнти, які потребують медичної евакуації повітрям у зоні бойових дій, надходять у розпорядження Транспортного командування регулювання і контролю системи евакуації (TRAC2ES — US Transportation Command Regulating and Command and Control Evacuation System). Завдяки зазначеній системі рух пацієнта відстежується різними засобами із Центру забезпечення процесу переміщення хворих і поранених (GPMRC — Joint Patient Movement Requirement Centers). GPMRC є організаційним елементом Транспортного командування США (TRANSCOM — Transportation Command), який здійснює управління рухом пацієнта. GPMRC поєднує служби розподілу евакуйованих поранених і хворих зони бойових дій і континентальної частини США, вимоги місії, клінічну валідацію (перевірку) й відповідні заходи, яких потребує запит на перевезення пацієнта.

За допомогою TRAC2ES Центр забезпечення процесу переміщення хворих і поранених отримує, консолідує та обробляє запити на перевезення пацієнта для подальшого координування процесу аеромедичної евакуації. Координування передбачає уточнення графіка наявних повітряно-транспортних операцій, можливостей надання необхідних медичних послуг і наявності вільних лікарняних ліжок.

Пріоритет аеромедичної евакуації

У випадку, коли пацієнт потребує аеромедичної евакуації, відповідальність за визначення пріоритетності руху несе медичний працівник, який лікує хворого. Пріоритет руху встановлюється відповідно до нагальної необхідності у транспортуванні й місця призначення медичного закладу.

Термінова аеромедична евакуація. Позачерговий пріоритет транспортування пацієнта застосовують, коли потрібна негайна аеромедична евакуація для того, щоб врятувати життя, кінцівку, зір або запобігти розвиткові ускладнення важкої хвороби. Лікар, який надає безпосередню медичну допомогу, зобов'язаний узгоджувати свої дії з лікарем, який приймає пацієнтів у найближчому приймальному медичному закладі для ургентних хворих.

Пріоритетна аеромедична евакуація. Пріоритетний статус перевезення застосовують тоді, коли є потреба оперативної медичної допомоги, не доступної локально. Подібно до термінових випадків, лікар, який надає першу допомогу, так само повинен узгоджувати свої дії безпосередньо з лікарем, який приймає пацієнтів на пріоритетному етапі аеромедичної евакуації. Головна мета транспортування пацієнта — доправити його до найближчого медичного закладу протягом 24-х годин.

Звичайний пріоритет. Звичайний пріоритет руху застосовують до всіх пацієнтів.

Класифікаційні коди пацієнтів для аеромедичної евакуації

Класифікаційний код пацієнта використовують як інструмент управління рухом хворого. Він допомагає здійснювати моніторинг руху пацієнтів, які транспортуються з різними пріоритетами аеромедичної евакуації. Таблиця 13.2 містить перелік класифікаційних кодів пацієнтів аеромедичної евакуації. Пацієнти з психічними розладами класифікуються в окремих категоріях, залежно від їхнього діагнозу й ризиків, які можуть виникнути до початку аеромедичної евакуації. У додатку 6 Інструкції ПС 41-307 «Стандарти медичної допомоги пацієнтам під час аеромедичної евакуації» надається опис 23 категорій пацієнтів аеромедичної евакуації з психіатричними захворюваннями. До цих категорій належать такі пацієнти:

- *Категорія 1А.* Це категорія для тяжко хворих пацієнтів психіатричної категорії, які потребують ретельного нагляду протягом усього процесу аеромедичної евакуації. Пацієнти категорії 1А мають перевозитись у лікарняному одязі або в спортивних костюмах. Під час польоту пацієнтам вводять заспокійливі препарати, а їхні рухи стримують пов'язкою, зафіксованою до нош. Таких пацієнтів має супроводжувати фельдшер щонайменше рангу Е-5 (сержант). Фельдшери, які супроводжують пацієнтів категорії 1А, щоб убезпечити їх, повинні вміти проводити неврологічний

ТАБЛИЦЯ 13.1

ПУБЛІКАЦІЇ НА ТЕМУ АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Назва	Дата публікації	Стислий зміст
Директива ВПС США 41-3 Worldwide Aeromedical Evacuation (*Глобальна всесвітня аеромедична евакуація)*	29 липня 1994 р.	Визначає функції та компетенцію начальника медичної служби ВПС, авіаційного командування повітряних перевезень, бойового авіаційного командування, начальників медичних управлінь ВПС США із Резерву і Національної гвардії під час аеромедичної евакуації.
Інструкція ВПС 41-301 The Worldwide Air Medical Evacuation System *(Система глобальної аеромедичної евакуації)*	1 серпня 1996 р.	Загальний огляд процесу аеромедичної евакуації.
Інструкція ВПС 41-303 Aeromedical Evacuation Dietetic Support *(Дієтичне забезпечення аеромедичної евакуації)*	27 березня 1995 р.	Вказівки і процедури для харчоблоків лікувальних установ, які забезпечують харчування пацієнтів у системі аеромедичної евакуації в мирний час і під час проведення особливих операцій.
Інструкція ВПС 41-305 Administering Aeromedical Staging Facilities *(Управління підготовкою етапу аеромедичної евакуації)*	1 грудня 1997 р.	Окреслює вимоги до створення та експлуатації аеромедичних потужностей, у тому числі до складання штатних формулярів і переліків необхідного устаткування.
Інструкція ВПС 41-307, Додаток 6 Aeromedical Evacuation Patient Considerations and Standards of Care *(Стандарти медичної допомоги пацієнтам під час аеромедичної евакуації)*	20 серпня 2003 р.	Містить інформацію про вимоги до сестринського догляду, а також принципи загального керівництва аеромедичною евакуацією пацієнтів психіатричного профілю. Містить описи специфічних медичних проблем, що виникають під час польоту (зміни тиску повітря за законом Бойля). Описується особливий підхід, якого потребують пацієнти з психіатричними захворюваннями.
Інструкція ВПС 41-309 Aeromedical Evacuation Equipment Standards *(Стандарти обладнання аеромедичної евакуації)*	1 листопада 2001 р.	Містить затверджений Науково-дослідною лабораторією ВПС і Лабораторією авіаційної медицини Армії США перелік медичного обладнання, яке може використовуватися на літаках і гвинтокрилах.
Спільна інструкція ВПС 41-315 Patient's Regulated to and Within the Continental United States *(Регламент транспортування пацієнтів до США і на території їх континентальної частини)*	30 березня 1990 р.	Визначає відповідальність персоналу і єдині вимоги до процедури перевезення пацієнтів із-за кордону до континентальної частини США та їх транспортування між різними військово-медичними та цивільними лікувальними закладами в мирний час та за непередбачених обставин. Визначає порядок розподілу місць у медичних центрах Департаменту в справах ветеранів для пацієнтів, які потребують подальшої госпіталізації або догляду в домашніх умовах після звільнення з військової служби.
Директива Міністерства оборони США 4500.9E Transportation and Traffic Management *(Перевезення та управління рухом транспорту)*	12 лютого 2005 р.	Запроваджує політику Міністерства оборони США з питань перевезень і управління рухом транспорту. Стверджує, що транспортні засоби МО США можна використовувати тільки за службовим призначенням. Транспортні ресурси МО США можуть бути використані для переміщення вантажів, які не належать МО США, тільки тоді, коли це не перешкоджатиме виконанню місії МО. Окрім того, переміщення такого вантажу має бути зумовлене надзвичайною ситуацією, пов'язаною з порятунком життів, дозволене законом і таким, що безпосередньо підтримує місію МО США чи здійснюється на вимогу керівника органу державної влади.

Назва	Дата публікації	Стислий зміст
Директива Міністерства оборони США 6000.12 Health Services Operations and Readiness *(Готовність медичного забезпечення в бойових умовах)*	20 січня 1998 р.	Визначає порядок евакуації (руху) пацієнтів і визначає обов'язки Транспортного командування Міністерства оборони США як єдиного керівника руху пацієнтів, окрім внутрішніх перевезень. Транспортне командування Міністерства оборони США несе відповідальність за створення системи медичного забезпечення пацієнтів під час їхньої евакуації та її підтримку.
Директива Міністерства оборони США 4515.13-R Air Transportation Eligibility *(Вимоги до перевезення повітряним транспортом)*	9 квітня 1998 р.	Запроваджує політику МО США, яка регулює використання літаків МО США або підконтрольних МО США повітряних транспортних засобів. Встановлює критерії пасажирських і вантажних перевезень. Розділ 5 «Аеромедична евакуація» Регламенту (DoD Regulation 4515.13-R) МО 4515.13-R застосовується для визначення права пацієнта на перевезення.
Інструкція Міністерства оборони США 6000.11 Patient Movement *(Рух пацієнтів)*	9 вересня 1998 р.	Визначає порядок перевезення пацієнтів, медичних працівників і предметів, пов'язаних із перевезенням пацієнтів транспортними засобами, наданими Міністерством оборони США. Стосується системи аеромедичної евакуації пацієнтів літаками ВПС США й медичного скерування пацієнтів до відповідних місць надання медичної допомоги. Встановлює пріоритети аеромедичної евакуації, які враховуються компетентними органами охорони здоров'я для класифікації пацієнтів, які потребують транспортування.
Спільне видання 4-02.2 Joint Tactics, Techniques and Procedures for Patient Movement in Joint Operations *(Спільні тактика, методи і процедури перевезення пацієнтів під час спільних операцій)*	30 грудня 1996 р.	Окреслює вимоги й рекомендації щодо спільного планування руху пацієнтів. Містить окремі аспекти спеціальних і військових операцій, крім ведення бойових дій містить доктрину командування і контролю різних видів Збройних сил, залучених до всіх видів операцій і навчань.
Технічна інструкція Армії США MED 289 Aeromedical Evacuation: A Guide for Health Providers (also known as Armed Forces Pamphlet 164-4) *(Аеромедична евакуація: керівництво для працівників охорони здоров'я (також відоме як Довідник Збройних сил США 164-4)).*	1 листопада 1991 р.	Містить вказівки для лікарів та інших медичних працівників, які відбирають і готують пацієнтів для транспортування всіма видами літаків аеромедичної евакуації. Сюди належать всі потужності системи аеромедичної евакуації МО США, у тому числі авіація Національної гвардії та резервні підрозділи й резервісти ВПС
Довідник ВМС США Naval Flight Surgeon Handbook *(Довідник лікаря ВМС США з медичного забезпечення пацієнтів під час перевезення авіаційним транспортом)*	1998 р. (2-ге видання)	Містить стислий опис процесу аеромедичної евакуації, який здійснює медичний персонал ВМС. Містить детальну інформацію про пересування пацієнтів, їх класифікацію, пріоритет руху пацієнтів і спеціальні рекомендації, що стосуються лікарів і пацієнтів під час польоту.

ТАБЛИЦЯ 13.2

КЛАСИФІКАЦІЙНІ КОДИ АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Код	Класифікація
1 (пацієнт психіатричної категорії)	
1A	Важкий психічний хворий
1B	Пацієнт із психічними розладами середнього ступеня
1C	Пацієнт із психічними розладами незначного ступеня
2 (пацієнт на ношах)	
2A	Немобільний пацієнт
2B	Мобільний пацієнт
3 (пацієнт, який може пересуватись)	
3A	Пацієнт не психіатричної категорії, а також не пов'язаний зі зловживанням психоактивними речовинами, який скеровується на лікування
3B	Пацієнт, який одужує та повертається додому
3C	Пацієнт, який зловживає наркотиками або психоактивними речовинами, скерований на лікування
4 (немовля)	
4A	Немовля або дитина віком до 3-х років у колисці або автокріслі
4B	Немовля або дитина, яка одужала і потребує місця для сидіння
4C	Немовля у кувезі
4D	Дитина до 3-х років на ношах
4E	Амбулаторний пацієнт віком до 3-х років
5 (амбулаторний пацієнт)	
5A	Амбулаторний пацієнт не психіатричної категорії, який не підпадає під категорію тих, хто зловживає наркотиками або психоактивними речовинами, і скерований на лікування
5B	Амбулаторний пацієнт психіатричної категорії, який зловживає наркотиками або психоактивними речовинами і скерований на лікування
5C	Амбулаторний пацієнт психіатричної категорії, скерований на лікування та/або обстеження
5D	Амбулаторний пацієнт на ношах для більшої зручності та/або безпеки, скерований на лікування
5E	Пацієнт, який повертається для амбулаторного лікування на ношах для більшої зручності та/або безпеки
5F	Інші пацієнти, які повертаються для амбулаторного лікування
6 (Супроводження)	
6A	Фельдшер
6B	Супровідна особа, яка не є медичним працівником

огляд, перевіряти стан судинної системи, користуватися засобами, що обмежують рухи пацієнта.

- *Категорія 1B.* До категорії 1B належать пацієнти психіатричних лікарень із помірно важкими психіатричними розладами. Таким пацієнтам також необхідно вводити заспокійливі препарати. Під час транспортування вони мають бути одягнені в лікарняний одяг або в спортивний костюм, їх потрібно перевозити на ношах. Проте пов'язку, яка обмежує рухи пацієнта та фіксується до нош, до пацієнтів цієї категорії не застосовують регулярно. У разі

аеромедичної евакуації під час польоту обмежувальні засоби мають бути легко доступними та закріпленими на ношах або бути в особи, яка супроводжує пацієнта.

- *Категорія 1С.* Під категорію 1С підпадають контактні та стабільні стаціонарні пацієнти з психічними захворюваннями середнього ступеня важкості, які перевозяться в амбулаторному порядку. Такі пацієнти можуть бути одягненими у військову форму й мати медичний або немедичний супровід. Вони можуть вживати власні ліки, видані психіатром або бортовим лікарем після огляду.
- *Категорія 3С.* До категорії 3С належать амбулаторні пацієнти, евакуйовані для лікування в стаціонарі через розлади, спричинені зловживанням психоактивними речовинами. Такі пацієнти під час аеромедичної евакуації одягнені у військову форму. Зазвичай вони мають немедичний супровід.
- *Категорія 5В.* Під цю категорію підпадають амбулаторні пацієнти, евакуйовані для амбулаторного лікування розладів, спричинених зловживанням психоактивними речовинами. Зазвичай вони мають немедичний супровід.
- *Категорія 5С.* До категорії 5С належать амбулаторні пацієнти з психічними розладами, які були евакуйовані для обстеження або лікування психічних розладів. Ця категорія дуже рідко застосовується до транспортованих пацієнтів із зони вогневої підтримки. Здебільшого її застосовують до пацієнтів із Німеччини (OCONUS), яких перевозять на континентальну частину США.

Заповнення медичної карти руху пацієнта

Карта пацієнта аеромедичної евакуації (форма ПС 3899) використовується для ініціювання процесу аеромедичної евакуації. У військових частинах, розгорнутих у місцях з ускладненим доступом, Медична карта пацієнта (PMR) заповнюється від руки. Зразок PMR наведено в додатку 13.1. Форма ПС 3899 містить інформацію про лікування, діагноз, медичні препарати, статус пацієнта (стаціонарний або амбулаторний) та лікаря, який здійснює медичний нагляд. PMR мають бути підписані саме цим лікарем. Але в багатьох випадках, коли психіатричний пацієнт із військової частини, розгорнутої у місці з ускладненим доступом, потребує аеромедичної евакуації, проект його медичної карти заповнює психіатр, а потім підписує його спільно з лікарем, який здійснює медичний нагляд за пацієнтом. Нещодавно була розроблена електронна версія PMR. Раніше ця форма була доступна лише на папері, тому іноді траплялися механічні друкарські помилки або втрачалась інформація.

Електронна версія PMR, розроблена в Ландштулі, щодня автоматично заповнюється даними з Європейської системи медико-санітарної допомоги (електронна медична інформаційна система). Весь медичний персонал, задіяний в аеромедичній евакуації, який працює в перших географічних пунктах перевезення континентальною частиною США (таких, як База ВПС Ендрюс, м. Лендовер, штат Меріленд; Національний військово-морський медичний центр Бетесда (Bethesda), штат Меріленд; Військово-медичний центр Волтера Ріда, Вашингтон, округ Колумбія) і перебуває разом із пацієнтом в одному транспортному засобі, може отримати доступ до електронної версії PMR у режимі реального часу.

ЕТАПНІ ПОТУЖНОСТІ АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Етапні потужності аеромедичної евакуації (ASFs — Aeromedical staging facilities) — це медичні установи, подібні до звичайних медичних терміналів для перевезення хворих, які використовуються для підготовки пацієнтів до аеромедичної евакуації. Деякі ASF є об'єктами, що функціонують постійно та працюють як у мирний час, так і в періоди військових конфліктів (наприклад, ASF на авіабазі ВПС Ендрюс). Додаткові етапні потужності для непередбачуваної аеромедичної евакуації, або групи евакуації ВПС (CASFs — Contingency aeromedical staging facilities) є тимчасовими уста-

ДОДАТОК 13.1

ЗРАЗОК ЗАПИТУ НА ТРАНСПОРТУВАННЯ ПАЦІЄНТА

МЕДИЧНА КАРТА ПАЦІЄНТА

захист даних згідно із законом про нерозповсюдження персональних даних від 1974 року

ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ ПАЦІЄНТА

Ім'я пацієнта:
Статус: **Номер відстежування:** **Терміновість:**
Ідентифікаційний номер: **Звання:** **Класифікація:**
Особистий номер:
Вік: **Стать:** **Особливий/розв./диверс:**
Громадянство: **Повернеться:** **Авіаційне транспортування в критичних умовах:**

АДМІНІСТРАТИВНІ ДАНІ ПАЦІЄНТА

Медичний заклад, куди доставлено пацієнта: **Пункт вильоту згідно з вимогами ICAO:** **Дата готовності до вильоту:**
Медичний заклад подальшого призначення: **Пункт прильоту згідно з вимогам ICAO:** **Причина регулюється:**
Кімната: **Подія, що спричинила захворювання:** **Вид транспорту:** **Система даних:**
Дата відльоту: **Дата прильоту:**

Лікар (нагляд): **КМЗ МО:** **Загальний телефон:**
Медсестри: **КМЗ МО:** **Загальний телефон:**
Останню заміну карти провів: **КМЗ МО:** **Загальний телефон:**
Лікар (супровід): **КМЗ МО:** **Загальний телефон:**
Макс. к-сть зупинок у дорозі: **Макс. к-сть ночівель:** **Обмеження висоти польоту:** **Звичайне транспортування:**

КЛІНІЧНІ ДАНІ ПАЦІЄНТА

Лікар (первинна меддопомога): **Первинний діагноз:**
Лікар (вторинна меддопомога): **Вторинний діагноз:**
Інші медпрацівники: **Інші діагнози:**
Історія пацієнта:

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ **КРАПЕЛЬНИЦЯ**

Назва медикаменту	Дозування	Частота вживання	Місце застосування крапельниці	Вид крапельниці	Розчин	Швидкість куб. см/год

Спец. дієта: **Формула:** **Швидкість інфузії:**
Кількість:
Алергія:
Невідомі алергії на ліки:

ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

Температура: **Пульс:** **Гостра дихальна недостатність:** **Тиск:** **Вага:** **Насичення крові киснем і пульсова оксиметрія:**
Гемоглобін: **Гематокричне число:** **Відносний вміст лейкоцитів:** **Дата зняття показників:** **Концентрація кисню в повітрі, яке вдихається:**
Насиченість крові киснем: **Кисню в повітрі при вдиханні:**

ДРЕНАЖ **ПРОТЕЗ**

Місце проведення дренажу: **Вид:** **Механізм втягування:** **Кількість рідини, яку втягнуто:** **Вид:** **Місце знаходження:**

ДАНІ РМІ

Показники кардіомонітора: **Аспірація:** **Пульсова оксиметрія:** **Медичний інкубатор (кувез):**
Показники апарата штучної вентиляції легенів: **Накачування:** **Страйкер:** **Тракційне витягування:**

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ТРАНСПОРТУВАННЯ

Місце відправлення: **Місце надання медпослуг:** **Загальний телефон:** **КМЗ МО:**
Місце призначення: **Місце надання медпослуг:** **Загальний телефон:** **КМЗ МО:**

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПЕРЕСУВАННЯ

Ідентифікаційний номер транспортного засобу:
Дислокація транспортного засобу: **Місце призначення транспортного засобу:**
Примітки щодо транспортного засобу:

АДМІНІСТРАТИВНІ ПРИМІТКИ

МЕДИЧНИЙ СУПРОВІД

Ім'я особи, яка супроводжує	Статус	Військове звання	Вік	Стать	Посада

КМЗ — Комутована мережа зв'язку

новами, розміщеними в стратегічних точках з метою пришвидшити евакуацію пацієнтів.

Основна місія CASF — організувати безпечне перевезення повітрям постраждалих у бойових діях і звичайних хворих з місця дислокації до місця надання медичної допомоги більш високого рівня. CASF працюють цілодобово. Тут здійснюють додатковий огляд, стабілізують стан пацієнтів, готують до першого етапу аеромедичної евакуації і транспортують пацієнтів до американських військових медичних закладів. Іноді CASF транспортують пацієнтів інших категорій, у тому числі військовий персонал збройних сил коаліції, цивільних осіб із Міністерства оборони та хворих працівників, задіяних у гуманітарних місіях.

Типовий склад службового персоналу CASF передбачає 60 військових медичних працівників, а саме 45 медсестер, двох бортових лікарів, шістьох осіб адміністративного персоналу, трьох фахівців з питань психіатричної допомоги та по одній людині від кожної спеціалізованої медичної галузі. Це логіст, інженер-біоеколог (служба охорони персоналу ПС), фармацевт і дієтолог. Команда психіатричної допомоги CASF складається з одного офіцера та двох техніків психіатричної допомоги, які перебувають на військовій службі (контрактників). Офіцерську посаду зазвичай обіймає медсестра психіатричної допомоги або медичний працівник середньої ланки, зокрема медсестра психіатричної допомоги з кваліфікаційною категорією. Проте склад службового персоналу і вимоги до нього можуть змінюватися залежно від місця дислокації та місії CASF.

Персонал аеромедичної евакуації надає медичну допомогу та проводить лікування пацієнтів під час авіарейсів відповідно до офіційно виданих (опублікованих) керівних принципів. Перед тим, як підписати PMR і виписати рецепти на ліки, бортовий лікар має переконатися, що стан пацієнта є фізично стабільним і він здатен витримати політ. Для безпеки членів екіпажу, перш ніж проводити аеромедичну евакуацію пацієнтів психіатричних лікарень, потрібно розглянути низку додаткових медичних і матеріально-технічних питань [24]. Пацієнтам із психічними розладами слід забезпечувати спеціальний догляд і приділяти особливу увагу на всіх етапах аеромедичної евакуації заради захисту їхнього почуття особистої гідності та забезпечення поваги до культурних, психологічних і духовних цінностей. Загальна мета такого особливого підходу полягає в тому, щоб застосовувати найбільш безпечні та найменш обмежувальні заходи контролю поведінки таких хворих під час аеромедичної евакуації. Проте деякі пацієнти з проблемами психіки можуть під час польоту наражати на небезпеку літак, екіпаж та інших пацієнтів. Через це застосування деяких обмежувальних заходів під час польоту іноді необхідне для пацієнтів, які становлять ризик для безпеки [23]. Призначати обмежувальні заходи можна лише за наказом лікаря і тільки у випадках, коли є певна загроза безпеці польоту. Обмеження не мають застосовувати з самих лише міркувань зручності екіпажу літака аеромедичної евакуації.

Медичний персонал охорони психічного здоров'я відіграє дуже важливу роль у тих випадках, коли повідомляє бортовому лікарю про діагноз психічно хворого, про його психічні розлади і консультує щодо потреби аеромедичної евакуації, пов'язаної з цим. Якщо пацієнта заявлено як претендента на аеромедичну евакуацію, визначається психіатрична категорія постраждалого з урахуванням важкості захворювання, діагнозу і психічного стану. Обов'язком команди психіатричної допомоги CASF є регулярний огляд пацієнта для підтвердження правильності призначеної психіатричної категорії. Медичні працівники CASF мають попередити бортового лікаря у випадку, коли необхідно змінити призначену категорію, скоригувати список ліків, переглянути доречність обмежувальних заходів під час польоту, потребу медичного або немедичного супроводу пацієнта. Майже всі пацієнти психіатрів потребують медичного або немедичного супроводу до моменту входження в систему аеромедичної евакуації. Немедичний супровід зазвичай забезпечують військові підрозділу, в якому служив постраждалий; вони мають бути тієї самої статі й із вищим військовим званням. Під час польоту ці особи мають супроводжувати стабільних і контактних психічних хворих. До складу медичного супровідного персоналу можуть входити санітари або медсестри психіатричної допомоги, інші медичні працівники, які мають супроводжувати в польоті пацієнтів із більш серйозними психічними розладами. Персонал психіатричної допомоги CASF забезпечує супровід пацієнта з проблема-

ми психіки, інструктування та роз'яснення щодо обов'язків членів супроводу до початку польоту. Крім того, пацієнтів з психічними розладами часто просять заповнити контрактну форму щодо поведінки під час польоту. Цим самим пацієнт погоджується дотримуватися стандартів системи аеромедичної евакуації.

Додаткові етапні потужності для непередбачуваної аеромедичної евакуації

Для забезпечення медичної підтримки під час проведення оперативних завдань і полегшення аеромедичної евакуації пацієнтів CASF розташовують на ключових позиціях. Спеціально для військової операції «Іракська свобода» CASF спочатку були розгорнуті в Багдаді поблизу міжнародного аеропорту «Багдад». Згодом їх перемістили через те, що міжнародний аеропорт «Багдад» знову почали використовувати з комерційною метою. Підрозділ 332 CASF був розгорнутий на авіабазі ВПС у місті Балад, яка стала основним транзитним аеропортом регіону для всіх операцій США. З авіабази Балад близько 25 % пацієнтів було перевезено прямими рейсами з різних польових госпіталів, розташованих по всій зоні бойових дій. Більша частина пацієнтів CASF на базі Балад спочатку доправлялася до військового госпіталю ВПС у місті Балад, де пацієнти проходили обстеження і отримували першу медичну допомогу ще до перевезення у CASF. Незначну кількість пацієнтів, чий стан був стабільним і які не потребували специфічного медичного обстеження, перевозили безпосередньо до CASF. Рейси аеромедичної евакуації з Балада до Німеччини здійснювали кілька разів на тиждень. Частота польотів залежала від кількості пацієнтів, які потребували медичного транспортування. За потреби організовували додаткові рейси. Для важко поранених або важко хворих пацієнтів, які потребували термінової аеромедичної евакуації, відразу після початкової стабілізації пацієнта оперативно мобілізовували рейси реанімаційного повітряного транспорту. Реанімаційна команда літака аеромедичної евакуації складалася з лікаря, медсестри та кардіо-пульмонолога, який надавав дозвіл на евакуацію пацієнтів, яким було встановлено апарати штучного дихання. Такими реанімаційними літаками часто транспортували пацієнтів із опіками.

CASF, розміщені в Кувейті, виконували менш складні завдання, ніж CASF, які функціонували в Баладі. Пацієнтів із менш тяжкими травмами або тих, хто мав змогу отримати адекватну медичну допомогу в кувейтських лікарнях, транспортували до CASF у Кувейті. Передбачалося, що після отримання медичної допомоги більшість із них зможе повернутися на службу до місць дислокації їхніх військових частин.

Сьогодні на авіабазі Баграм в Афганістані немає розгорнутих CASF для спеціального забезпечення пацієнтів медичним авіатранспортом. Потерпілих, які потребують аеромедичної евакуації з Афганістану, перевозять гвинтокрилами або літаками до Баграма. Потім їх транспортують літаками C-17 до CASF, розташованих на авіабазі Рамштайн у Німеччині.

Пацієнтів, які були евакуйовані із зони бойових дій в Іраку й Афганістані, перевозять до авіабази Ландштуль. Уже тут вони проходять обстеження. Їх можуть прооперувати додатково або провести лікування ще до аеромедичної евакуації на континентальну частину США.

Додаткові етапні потужності для непередбачуваної аеромедичної евакуації авіабази Рамштайн

Чотириста тридцять п'ята група евакуації ВПС (CASF) авіабази Рамштайн у Німеччині укомплектована медичним контингентом із 96 осіб. У своєму складі вона налічує двох бортових лікарів, 18 медсестер із кваліфікаційною категорією та 76 санітарів і представників адміністративного персоналу. Медичний персонал несе відповідальність за приймання пацієнтів після аеромедичної евакуації з усіх місць проведення військових операцій OIF та OEF. Амбулаторні хворі розміщуються у CASF, які розраховані на 60 лікарняних ліжок. Амбулаторні пацієнти перевозяться на континентальну частину США найближчим доступним авіарейсом. Пацієнтів у тяжчому стані автобусом швидкої допомоги транспортують з авіабази Рамштайн до Регіонального медичного центру

армії США Ландштуль. Після того як пацієнти на авіабазі Ландштуль проходять курс лікування і їхній стан стабілізується, незначна частина їх повертається на службу в місця дислокації. Однак більшість пацієнтів після лікування на авіабазі Ландштуль перевозять до CONUS.

Пацієнтів, які потребують аеромедичної евакуації на континентальну частину США, перевозять до CASF бази Рамштайн. Потім для подальшого лікування і розташування їх скеровують у відповідні шпиталі континентальної частини США. У більшості випадків пацієнтів з авіабази Ландштуль спочатку транспортують до етапних потужностей аеромедичної евакуації бази ВПС Ендрюс, а потім — до Військово-медичного центру Волтера Ріда. Крім цього, пацієнтів, залежно від їхніх медичних потреб і доступності закладів медичної допомоги, доправляють до різних військових госпіталів, розташованих на всій території континентальної частини США.

У період від березня 2003-го до березня 2007 року близько 62 000 пацієнтів пройшли через CASF бази Рамштайн у рамках проведення воєнних операцій OIF та OEF. Близько 40 000 пацієнтів із зазначеної вище кількості прибули до бази Ландштуль із воєнних операцій OIF та OEF, і близько 22 000 з них були доставлені на континентальну частину США. Різниця в чисельності тих пацієнтів, які прибули, і тих, хто вибув, свідчить, що трохи менше половини прибулих хворих знову повернулися до місць бойових дій або в інші місця немедичними засобами транспортування. Загалом кількість поранених унаслідок бойових дій становила близько 21 % від загальної кількості перевезених пацієнтів.

Етапні потужності аеромедичної евакуації бази ВПС Ендрюс

Етапні потужності аеромедичної евакуації авіабази Ендрюс відіграють дуже важливу роль у процесі аеромедичної евакуації пацієнтів як у періоди ведення бойових дій, так і в мирний час. Етапні потужності цієї авіабази — це перша зупинка для всіх пацієнтів, яких транспортують до Сполучених Штатів із зон бойових дій з європейського континенту та після воєнних операцій OIF та OEF. Управління етапними потужностями авіабази Ендрю здійснює 31 особа з постійного складу військовослужбовців та 33 резервісти. Крім цього, до управлінського складу етапними потужностями входять один солдат Морської піхоти і троє солдатів, призначених на постійну службу в підрозділі для надання допомоги під час транспортування морських піхотинців і солдатів. Також для задоволення потреб пацієнтів застосовується Програма ВПС зі зв'язків із сім'ями та підтримки сім'ї (Air Force Family Liaison Officer program). Для виконання своїх завдань етапні потужності бази оснащені шістьма санітарними автобусами (середніми за розміром, обладнаними для перевезення нош), трьома машинами швидкої допомоги, одним автофургоном, однією вантажівкою для експлуатації з частими зупинками і двома системами для завантаження нош із пацієнтами в літак. У середньому щомісяця етапні потужності аеромедичної евакуації надають допомогу близько 800 пацієнтам, які прибувають і вибувають. У Німеччині центри забезпечення процесу переміщення хворих і поранених (JPMRC — Joint Patient Movement Requirement Center) разом із Глобальним центром забезпечення процесу переміщення хворих і поранених (GPMRC — Global Patient Movement Requirements Center) визначають місця призначення для пацієнтів на континентальній частині США. Потім вони групуються залежно від завдання для завантаження рейсу з урахуванням наявності лікарняних місць на базі Ландштуль і вимог догляду пацієнтів під час перевезення. Рейси аеромедичної евакуації вирушають із Німеччини тричі на тиждень разом з іншими авіарейсами, доданими за необхідності, залежно від потужностей авіабази Ландштуль або стану пацієнтів.

Ще одним із компонентів тилового забезпечення польотів військами обслуговування Армії США авіабази Ендрю є отримання інформації про аеромедичну місію та її завантаженість пацієнтами. Інформацію з PMR можна отримати за допомогою електронної бази Транспортного командування регулювання та контролю системи евакуації (TRAC2ES). Таким чином можна отримати клінічні відомості, дані про необхідне устаткування, персонал та іншу оперативну інформацію стосовно кожного пацієнта. Ця інформація є доступною в режимі реального часу для Військово-медичного центру

Волтера Ріда, Національного військово-морського медичного центру Бетесда й частин та установ з обслуговування бази ВПС Ендрюс. Система TRAC 2ES також використовується в зоні бойової підтримки. Вона є ключовим каналом зв'язку з Центром забезпечення процесу переміщення хворих і поранених із зони бойових дій у Катарі.

Стандартне рейсове навантаження становить від 25 до 30 пацієнтів з різними діагнозами, у різних медичних умовах супроводу й у різному стані. До них можуть належати пацієнти, які потребують реанімації, поранені з ампутаціями, черепно-мозковими травмами, пацієнти з психічними захворюваннями, серцевими розладами, діабетом і травмами очей. Наприклад, комплексне рейсове навантаження може бути таким: «Рейс К-6 містить 12 нош, 17 амбулаторних пацієнтів, 4 особи медичного і немедичного супроводу, які прибувають о 16:00 годині на авіабазу ВПС Ендрюс у день 214 за юліанським календарем». Далі рейсове навантаження розподіляється таким чином, щоб визначити, які пацієнти будуть перевезені до Військово-медичного центру Волтера Ріда та Національного військово-морського медичного центру Бетесда, а які мають залишатися протягом ночі на авіабазі Ендрюс перед транспортуванням до іншого медичного закладу.

За 24 години до прибуття літака на авіабазу Ендрюс уся робота з підготовки до авіамедичної евакуації вже виконана. Палати підготовлені, їжа замовлена, клінічна інформація отримана й вивчена, екіпаж перебуває в готовності до вильоту за маршрутом, а командний склад ознайомлений із завданням та іншою відповідною клінічною і адміністративною інформацією. За три години до прибуття літака медсестра, закріплена за цим рейсом, прибуває на аеродром із військ обслуговування армії США, щоб ознайомитися з найсвіжішою довідковою інформацією про стан пацієнтів після зльоту літака, яку отримано з Німеччини.

Стандартна довідка по рейсу може містити таку інформацію: кількість додаткових або знятих з рейсу пацієнтів і причини їхнього зняття; кількість реанімаційних пацієнтів, які потребуватимуть спеціального реанімаційного літака; чи переливалася в дорозі кров; чи необхідна машина швидкої допомоги після прибуття; наявність пацієнтів, які потребують спеціальної палати або особливого догляду; наявність члена сім'ї, який супроводжує пацієнта; чи є інваліди з ампутаціями, які потребують промивання рани або відвідування операційної для перев'язки; а також інформацію про допуск пацієнтів із психічними розладами до Військово-медичного центру Волтера Ріда. Загалом, щоб належним чином підготуватися до прибуття рейсу аеромедичної евакуації, перш ніж цей рейс прибуде на базу, весь персонал авіабази Ендрюс військ обслуговування армії США переглядає останні доступні дані щодо життєво важливих клінічних і адміністративних питань.

Ще до посадки літака транспортні засоби з Військово-медичного центру Волтера Ріда та Національного військово-морського медичного центру Бетесда розташовуються таким чином, щоб перевозити пацієнтів до відповідних медичних установ на підставі інформації TRAC 2ES і будь-яких оновлень і змін від GPMRC. Іноді маршрут транспортування пацієнта змінюється в той час, коли літак ще перебуває у повітрі, у зв'язку зі зміною стану пацієнта, можливостями медичних потужностей або з інших адміністративних причин. Зміна маршруту робиться в інтересах догляду пацієнта. За 2 години до прибуття літака весь персонал аеродрому приводиться в готовність. Це зазвичай близько 10 осіб з військ обслуговування армії США, Військово-медичного центру Волтера Ріда й Національного військово-морського медичного центру Бетесда, а також армійські та військово-морські зв'язківці, волонтери.

Протягом першої години проводиться повторне інструктування щодо того, як правильно переносити пацієнтів на ношах. Крім цього, здійснюється планування виконання місії, а саме визначення транспортних засобів, водіїв та іншого необхідного персоналу. Протягом другої години надається стислий звіт про останні клінічні дані. Має бути присутній бортовий лікар з військ обслуговування, який допоможе з'ясувати будь-які клінічні питання. У посадковій зоні аеропорту координатор наземної бригади обслуговування разом із керівником медичного екіпажу й операторами вантажно-розвантажувальних робіт вирішують питання, як найкраще організувати транспортні засоби, щоб прискорити розвантаження літака та перевезення пацієнтів до автомобілів, які на них чекають. Перевага у транспортуванні

надається пацієнтам реанімації. Зазвичай спочатку завантажуються автобуси Військово-медичного центру Волтера Ріда й Національного військово-морського медичного центру Бетесда. Далі — автобуси авіабази Ендрюс, які до своїх лікарень дістаються за найкоротший час: від 40 до 50 хвилин.

Під час перельоту бортовий або інший лікар має завершити огляд кожного пацієнта на борту. Бортовий лікар може оцінити стан пацієнта, стабілізувати його та у разі потреби організувати транспорт для хворого у відділення невідкладної допомоги авіабази Ендрюс. Після того як хворі надходять у розпорядження призначених медичних установ, додатковий персонал доглядає їх залежно від призначень лікарів. Після лікування у Військово-медичному центрі Волтера Ріда або в Національному військово-морському медичному центрі Бетесда багатьох пацієнтів залежно від їхніх специфічних потреб переводять до інших лікувальних закладів. Дуже часто після стабілізації стану здоров'я пацієнтів передають на подальше лікування у шпиталі або клініки поряд із військовими базами, у яких вони проходили основну службу або які розташовані поблизу їхнього рідного міста. Часові межі подібних перевезень дуже різняться. Для спеціальних категорій пацієнтів, зокрема таких, як постраждалі від опіків, процес аеромедичної евакуації трохи інший. Військово-медичний центр Брук у Форт Сем Г'юстоні в Сан-Антоніо (штат Техас) є опіковим центром Міністерства оборони США. Постраждалих від опіків перевозять до Військово-медичного центру Брука, як тільки їхній стан стабілізується для транспортування за допомогою аеромедичної евакуації. Деяких пацієнтів транспортують літаком до опікового відділення відразу із зони проведення бойових дій або з авіабази Ландштуль.

Пацієнтів, які залишаються на авіабазі Ендрюс, розміщують у розташуванні військ обслуговування армії США, де є 32 лікарняні ліжка та можливість збільшити їх кількість до 45. Наступного ранку вирушає рейс аеромедичної евакуації для подальшого транспортування пацієнтів у різні пункти призначення на континентальній частині США. Кінцеві пункти прибуття пацієнтів визначаються клінічними потребами та можливостями медичних потужностей.

АЕРОМЕДИЧНА ЕВАКУАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС ВОЄННИХ ОПЕРАЦІЙ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» І «НЕПОХИТНА СВОБОДА»

Станом на січень 2009 року загальне число постраждалих у конфлікті сягало понад 65 000 осіб, зокрема — понад 4000 загиблих і майже 30 000 поранених унаслідок бойових дій [25]. Близько 70 % поранених отримали медичну допомогу в зоні бойових дій і повернулися до своїх військових частин без залучення засобів аеромедичної евакуації для додаткової медичної допомоги. Попри це близько 45 000 американських військовослужбовців потребували аеромедичної евакуації з Іраку. Серед них були близько 9000 поранених, 9000 легко поранених і 26 000 пацієнтів з іншими захворюваннями.

Значно менше число пацієнтів із військ, розгорнутих в Афганістані на підтримку OEF, потребувало аеромедичної евакуації [26]. У січні 2009 року більш ніж 9000 військовослужбовців США були евакуйовані, у тому числі близько 1400 поранених, 2000 легко поранених і 5500 пацієнтів з іншими захворюваннями, які потребували догляду за межами зони проведення бойових дій. Протягом цього самого періоду в операції OEF загинули понад 600 американських військовослужбовців.

У найсвіжіших медичних публікаціях наголошується на можливому впливі воєнних операцій в Іраку й Афганістані на стан психічного здоров'я персоналу [27–29]. Від 2003 року всі службовці, які повернулися з місць дислокації військ, пройшли післямобілізаційний комплексний медичний огляд [30]. Огляд 303 905 із цих військовослужбовців показав: понад 19 % солдатів і морських піхотинців, які повернулися після OIF, мали симптоми, які викликали занепокоєння щодо стану їхнього психічного здоров'я. Із них лише 18,4 % осіб, які підпадали під критерії ризику, були скеровані для підтримки психічного здоров'я. Симптоми посттравматичного стресового розладу пов'язують також із

низьким рівнем загального стану здоров'я, частішими зверненнями до лікарів первинної медичної допомоги та збільшенням числа пропущених робочих днів військовослужбовцями протягом року після демобілізації [31].

У декількох недавніх журнальних статтях були опубліковані оцінки аеромедичної евакуації хворих із психіатричними розладами після операцій OIF і OEF [32–35]. Тьорнер (Turner) із колегами [35] провів оцінювання 116 британських військовослужбовців, евакуйованих у період від січня 2003-го по жовтень 2003 року до Великої Британії для лікування в стаціонарі військової психіатричної лікарні. Більшість таких пацієнтів, а саме 69 %, складали невійськові, 21 % були резервістами. Значна кількість пацієнтів (37 %) і раніше мала проблеми з психічним здоров'ям.

Герман і його колеги [32] завершили описовий аналіз 11 183 американських військових пацієнтів, які були евакуйовані з Іраку в період від січня 2003-го по грудень 2003 року. Серед евакуйованих найпоширенішою категорією стали пацієнти ортопедичної хірургії (21,5 %) і загальної хірургії (13,3 %). Пацієнти з психіатричними проблемами були на третьому місці й становили 6,9 % від загальної кількості евакуйованих.

Ще у двох статтях описувався стан американських військових пацієнтів, евакуйованих із місць проведення OIF і OEF. Стец [34] оцінював стан пацієнтів загальною чисельністю 5671, евакуйованих після OIF та OEF у період від березня по вересень 2003 року. З усіх евакуйованих 386 осіб (6,8 %) були пацієнтами психіатрів. У 73 пацієнтів (19 %) діагностовано різні психічні розлади, 242 пацієнти (63 %) мали розлади непсихічного характеру і 60 пацієнтів (15 %) підпадали під визначення DSM-IV (Діагностичного та статистичного довідника психічних розладів, 4-те видання), мали V-код або відкладений діагноз. Близько 13 % пацієнтів мали суїцидальні думки або вирізнялися поведінкою з ризиком заподіяння собі травм.

Ранделл [33] зробив найповніший огляд психіатричних пацієнтів, евакуйованих опісля OIF і OEF. Він додав дані 1264 американських військових пацієнтів із проблемами психіки, які були евакуйовані до Регіонального медичного центру армії США Ландштуль у Німеччині з 4 листопада 2001 по 30 липня 2004 року. Психіатричні пацієнти складали близько 10 % від загальної чисельності пацієнтів, евакуйованих на авіабазу Ландштуль; їх було 12 480. Проводився ретроспективний огляд записів психіатричних клінік із метою проаналізувати демографічний склад, клінічні діагнози та медичні призначення. Лікар-психіатр або психолог оцінював усіх пацієнтів відповідно до єдиної стандартної клінічної процедури.

Результати засвідчили, що жінки вдвічі частіше порівняно з іншими захворюваннями отримували психічні розлади (19 % психічно хворих жінок проти 10 % інших пацієнток). Пацієнтами психіатрів найчастіше були молодші за віком контрактники, представники Резерву або Національної гвардії, афроамериканці чи латиноамериканці. Більшість таких пацієнтів склав персонал Армії (86 %). Зазначену тенденцію засвідчує те, що протягом цього часу було демобілізовано багатьох військовослужбовців цієї категорії. Близько половини психіатричних пацієнтів (49 %) були евакуйовані протягом перших 3 місяців від моменту їхньої дислокації на місці проведення військових операцій. Третину пацієнтів (33 %) евакуювали протягом наступних 3 місяців розгортання військ.

Найпоширенішими психіатричними діагнозами були розлади пристосувальних реакцій (34 %), порушення настрою (22 %), розлади особистості (16 %) і тривожний невроз (15 %). Серед пацієнтів із діагнозом тривожного неврозу в 36 % діагностували гострі стресові розлади й у 29 % — посттравматичні стресові розлади. У 6 % було діагностовано психотичні, у 4 % — біполярні розлади і в 5 % — зловживання психоактивними речовинами.

Опісля психіатричної госпіталізації на авіабазі Ландштуль більшість пацієнтів (81 %) були скеровані для амбулаторного лікування назад, на постійне місце дислокації, 14 % пацієнтів переведені в інші стаціонарні психіатричні заклади. Тільки близько 5 % цих пацієнтів повернулися на службу в місця дислокації після успішного лікування на авіабазі Ландштуль. Відсутні дані щодо довготривалої госпіталізації пацієнтів з психічними розладами, евакуйованих із місць проведення OIF та OEF. Попри це попередні дослідження свідчать, що дві третини військовослужбовців дійсної служби, госпіталізованих за станом психічного здоров'я, демобілізуються протягом 2 років від моменту первинної госпіталізації [30, 36].

НАДАННЯ КОНСУЛЬТАЦІЙ ІЗ ПИТАНЬ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ ТА ПСИХІКИ ХВОРИМ З РІЗНИМИ ДІАГНОЗАМИ

Основним завданням медичного персоналу з питань охорони психічного здоров'я, залученого до процесу аеромедичної евакуації, є проведення скринінгу (первинного оцінювання пацієнта для призначення спеціального виду лікування) і підготовка до медичної евакуації пацієнтів психіатричних лікарень.

Пацієнти психіатрів, як правило, складають менше ніж 10 % від усіх евакуйованих хворих. Однак давно відомо, що пацієнти, які мають бойові та посттравматичні стресові розлади, складають значно більший відсоток [34].

Військовий персонал, який надає підтримку пацієнтам із бойовими тілесними ушкодженнями, перебуває в зоні підвищеного ризику розвитку бойових стресових розладів. Нещодавнє дослідження [37] встановлювало зв'язок між бойовими тілесними ушкодженнями та посттравматичними стресовими розладами у 60-х солдатів із бойовими пораненнями. Ця група порівнювалася з іншою із 40 осіб, які також брали участь у бойових діях, але не були поранені.

Результати дослідження засвідчили, що у 16,7 % солдатів із бойовими пораненнями виявилися симптоми посттравматичного стресового розладу, порівняно з 2,5 % солдатів із групи без бойових поранень. Результати ще одного нещодавнього дослідження свідчать, що значний відсоток особового складу з бойовими пораненнями має пізні прояви симптомів бойового стресу [38]. Майже у 80 % пацієнтів із бойовими пораненнями, у яких відразу після скринінгу не діагностували посттравматичних стресових розладів або депресії через місяць після отримання травми, сім місяців потому виявилися симптоми цих розладів.

Дослідники дійшли висновку, що навіть короткочасний контакт медичного персоналу з питань охорони психічного здоров'я з пацієнтами із бойовими пораненнями під час аеромедичної евакуації є доцільним. Він дуже важливий, навіть якщо під час евакуації у пацієнтів відсутні симптоми бойового стресу.

У багатьох місцях на всіх маршрутах аеромедичної евакуації були впроваджені програми у формі консультацій із питань психічного здоров'я. Вони передбачали нетривалий контакт медичного персоналу з питань охорони психічного здоров'я з усіма пацієнтами і проведення оперативного скринінгу. Зараз використовуються різні версії програм-консультацій із питань психічного здоров'я у військовому госпіталі ВПС та в ударній групі авіабази ВПС Балад [39], на авіабазі Ландштуль і у Військово-медичному центрі Волтера Ріда [40].

Короткочасний контакт зі звичайними пацієнтами з групи ризику дав змогу працівникам охорони психічного здоров'я розширити свою діяльність й активніше взаємодіяти зі всіма пацієнтами, евакуйованими з загальними або психіатричними діагнозами. Цей підхід був успішно використаний в установах первинної медичної допомоги, де за наявними симптомами багато пацієнтів належали до групи ризику виникнення порушень поведінки або виявилися схильними до виникнення супутніх психіатричних станів [41–45].

Подібна модель проведення консультацій була застосована приблизно до 700 військовослужбовців, мобілізованих для роботи в морзі Збройних сил на авіабазі Довер (штат Делавар). Їхнім завданням було оброблення останків 189 осіб, які загинули в результаті терористичних атак на Пентагон [46].

Програма консультацій із питань психічного здоров'я передбачає коротку індивідуальну консультацію всіх пацієнтів. Її основна мета — виявити схильність до психологічної травми або впливу бойового стресу, нормалізувати симптоми бойового стресу, ініціювати позитивний контакт із медичним персоналом з питань охорони психічного здоров'я і описати симптоми, які можуть виникнути в майбутньому. У результаті може виявитися, що пацієнт потребує подальшого спілкування з працівниками з питань психічного здоров'я [39].

Дуже корисно надати пацієнтові опис стандартних симптомів, пов'язаних із психічною травмою, і ознайомити його з тим, які симптоми можуть спочатку не проявлятись.

ВИСНОВКИ

Американська система військової аеромедичної евакуації є одним із основних чинників значного підвищення рівня виживання серед поранених, постраждалих під час проведення операцій OIF та OEF. На сьогодні її здатність оперативно транспортувати пацієнта з місця отримання пошкодження до спеціалізованих травматологічних лікарень поки не має собі рівних. Фахівці, які працюють у цій системі, й далі досягають значних успіхів у питаннях підвищення рівня безпеки, комфорту й оперативності. Професійні військові психологи відіграють важливу роль у процесі аеромедичної евакуації пацієнтів з усіма видами травм із зони бойових дій. Фахівці у сфері психічного здоров'я активно беруть участь на всіх етапах аеромедичної евакуації. Сюди належать проведення скринінгу пацієнтів психіатричних лікарень, надання рекомендацій пацієнтам психіатричної категорії, підготовка пацієнтів та допоміжного персоналу до рейсу аеромедичної евакуації, а також надання організаційних консультацій медичному персоналові системи аеромедичної евакуації.

У медичного персоналу, як правило, мало досвіду роботи з важкими хворими психіатричної категорії, або він зовсім відсутній. Призначення працівників психічного здоров'я в межах системи аеромедичної евакуації є істотною допомогою медичному персоналові системи.

Система транспортування пацієнта й аеромедичної евакуації Міністерства оборони — це складна взаємодія пацієнтів, медичних працівників, адміністраторів руху пацієнта, літаків і систем комп'ютерного стеження. У цьому розділі зроблено спробу якомога точніше описати весь процес забезпечення аеромедичної евакуації. Проте, як і в багатьох інших складних системах, у процесі аеромедичної евакуації регулярно відбуваються зміни, залежно від місцевих умов, експлуатаційних вимог і зміни пріоритетів. Таким чином, цілком імовірно, що деякі специфічні деталі процесу, описані в розділі, змінилися відтоді, як він був написаний. Проте ми сподіваємось, що в цілому цей розділ слугуватиме за загальний довідник з питань військової системи аеромедичної евакуації. Він буде корисним інструментом для військовослужбовців, які беруть участь у процесі аеромедичної евакуації пацієнтів як із місць дислокації військ, так і з інших пунктів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Teichman PG, Donchin Y, Kot RJ. International aeromedical evacuation. *N Engl J Med*.2007;356:262–270.
2. Gawande A. Casualties of warmilitary — care for the wounded from Iraq and Afghanistan. *N Engl J Med*. 2004;351:2471–2475.
3. Brown HE. *The Medical Department of the United States Army From 1775 to 1873*. Washington, DC: Surgeon General's Office; 1873.
4. Nolan DL, Pattillo DA. The Army Medical Department and the Civil War: historical lessons for current medical support. *Mil Med.* 1989;154:265–271.
5. Blansfield JS. The origins of casualty evacuation and echelons of care: lessons learned from the American Civil War. *Int J Trauma Nurs.* 1999;5:5–9.
6. Bollet AJ. *Civil War Medicine: Challenges and Triumphs*. Tucson, Ariz: Galen Press; 2002.
7. Larcan A. History and tradition of the military service of ambulance transportation. *Bull Acad Natl Med*. 1994;178:1695–1713.
8. McKenny EM. History of the motorized ambulance transport. *Mil Med.* 967;132:819–822.
9. Rutkow EI, Rutkow IM. George Crile, Harvey Cushing, and the Ambulance Americaine: military medical preparedness in World War I. *Arch Surg.* 2004;139:678–685.

10. Bricknell MC. The evolution of casualty evacuation in the 20th century. 4: an international perspective. *J R Army MedCorps*. 2003;149:166–174.

11. Hall WF. Air evacuation. *JAMA*. 1951;147:1026–1028.

12. Hall WF, Nolan JD. Advantages of air transportation of patients. *U S Armed Forces Med J*. 1950;1:115–118.

13. Lam DM. Marie Marvingt and the development of aeromedical evacuation. *Aviat Space Environ Med*. 2003;74:863–868.

14. Gibson TM. Samuel Franklin Cody: aviation and aeromedical evacuation pioneer. *Aviat Space Environ Med*. 1999;70:612–617.

15. Lam DM. Kelly's hospital ship. *Aviat Space Environ Med*. 1992;63:1115–1117.

16. Mabry EW, Munson RA, Richardson LA. The wartime need for aeromedical evacuation physicians: the US Air Force experience during Operation Desert Storm. *Aviat Space Environ Med.* 1993;64:941–946.

17. Driscoll RS. New York Chapter History of Military Medicine Award. US Army medical helicopters in the Korean War. *Mil Med.* 2001;166:290–296.

18. Meier DR, Samper ER. Evolution of civil aeromedical helicopter aviation. *South Med J.* 1989;82:885–891.

19. Howell FJ, Brannon RH. Aeromedical evacuation: remembering the past, bridging to the future. *Mil Med.*2000;165:429–433.

20. Mclaren CAB, Guzzi LM, Bellamy RF. Military medical evacuation. In: Zajtchuk R, Grande CM, eds. *Anesthesia and Perioperative Care of the Combat Casualty*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *The Textbooks of Military Medicine.* Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 751–785.

21. Lerner EB, Moscati RM. The golden hour: scientific fact or medical "urban legend"? *Acad Emerg Med.* 2001;8:758–760.

22. Department of Defense. *Report on the DoD Patient Movement System*. Washington, DC: Office of the Inspector General; July 2005. Report D-2005-095.

23. US Department of the Air Force. *Aeromedical Evacuation Patient Considerations and Standards of Care*. Washington, DC: USAF; 2003. Air Force Instruction 41-307, Attach 6. Available at: http://www.e-publishing.af.mil/pubfiles/af/41/afi41-307/afi41-307.pdf. Accessed December 26, 2006.

24. Ritchie EC, Morse JH, Brewer PG. Surviving the «air evac»: medical and logistical issues of evacuating psychiatric patients by air from Korea to the United States. *Mil Med.* 1996;161:298–302.

25. Defense Manpower Data Center. Data, Analysis and Programs Division. Global War on Terrorism, Operation Iraqi Freedom, by Casualty Category Within Service, March 19, 2003 Through January 3, 2009.Available at: http://siadapp.dmdc.osd.mil/personnel/CASUALTY/OIF-Total.pdf. Accessed January 18, 2009.

26. Defense Manpower Data Center. Data, Analysis and Programs Division. Global War on Terrorism, Operation Enduring Freedom, by Casualty Category Within Service, October 7, 2001 Through January 3, 2009. Available at: http://siadapp.dmdc.osd.mil/personnel/CASUALTY/WOTSUM.pdf. Accessed January 18, 2009.

27. Friedman M. Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. *AmJ Psychiatry.* 2006;163:586–593.

28. Jones S. Paying the price: the psychiatric cost of war. *Arch Psychiatr Nurs.* 2004;18:119–120.

29. Lamberg L. Military psychiatrists strive to quell soldiers' nightmares of war. *JAMA.* 2004; 292:1539–1540.

30. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA.* 2006;295:1023–1032.

31. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*. 2007;164:150–153.

32. Harman DR, Hooper TI, Gackstetter GD. Aeromedical evacuations from Operation Iraqi Freedom: a descriptive study. *Mil Med.*2005;170:521–527.

33. Rundell JR. Demographics of and diagnoses in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom personnel who were psychiatrically evacuated from the theater of operations. *Gen Hosp Psychiatry.*2006;28:352–356.

34. Stetz MC, McDonald JJ, Lukey BJ, Gifford RK. Psychiatric diagnoses as a cause of medical evacuation. *Aviat Space Environ Med*. 2005;76(7 suppl):C15–C20.

35. Turner MA, Kiernan MD, McKechanie AG, Finch PJ, McManus FB, Neal LA. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. *Br J Psychiatry.* 2005;186:476–479.

36. Hoge CW, Lesikar SE, Guevara R, et al. Mental disorders among US military personnel in the 1990s: association with high levels of health care utilization and early military attrition. *Am J Psychiatry.*2002;159:1576–1583.

37. Koren D, Norman D, Cohen A, Berman J, Klein EM. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry.*2005; 162:276–282.

38. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1777–1783.

39. Peterson AL, Baker MT, McCarthy KR. Combat stress casualties in Iraq. 1: Behavioral health consultation at an expeditionary medical group. *Perspect Psychiatr Care*. 2008;44:146–158.40.

40. Wain H, Bradley J, Nam T, Waldrep D, Cozza S. Psychiatric interventions with returning soldiers at Walter Reed. *Psychiatr Q.* 2005;76:351–360.

41. Cummings N, Cummings J, Johnson J, eds. *Behavioral Health in Primary Care: A Guide for Clinical Integration*. Madison, Conn: Psychosocial Press; 1997.

42. Hunter CL, Peterson AL. Primary care psychology training at Wilford Hall Medical Center. *Behav Therapist*. 2001;24:220–222.

43. Isler WC, Peterson AL, Isler D. Behavioral treatment of insomnia in primary care settings. In: James LC, Folen RA, eds. *The Primary Care Consultant: The Next Frontier for Psychologists in Hospitals and Clinics*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005: 121–151.

44. Strosahl K. Confessions of a behavior therapist in primary care: the odyssey and the ecstasy. *Cogn Behav Pract.* 1996;3:1–28.

45. McDaniel S. Collaboration between psychologists and family PCMs: implementing the biopsychosocial model. *Prof Psychol Res Pr*. 1995;26:117–122.

46. Peterson AL, Nicolas MG, McGraw K, Englert D, Blackman LR. Psychological intervention with mortuary workers after the September 11 attack: the Dover Behavioral Health Consultant model. *Mil Med*. 2002;167:83–86.

Розділ 14

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ЛАНДШТУЛЬСЬКОМУ РЕГІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ АРМІЇ США

Джеффрі В. Гілл[I] · Девід Рейнольдс[II] ·
Рональд Кемпбелл[III]

ВСТУП

ЗНАЧЕННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ АРМІЇ США ЛАНДШТУЛЬ У ВОЄННИЙ ЧАС

Загальна характеристика

Пацієнти терапевтів і хірургів

Пацієнти з психіатричними розладами

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЕВАКУЙОВАНИМ ПАЦІЄНТАМ

Основні дії та поведінка пацієнта

Характеристика персоналу

Розроблення моделі невідкладної психіатричної допомоги

Локальна зона медичної психіатричної допомоги

ПСИХІАТРИЧНИЙ СТАЦІОНАР РЕГІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ АРМІЇ США ЛАНДШТУЛЬ, 2003–2007

Збільшення числа пацієнтів

Психологічні стрес-чинники і стресостійкість персоналу

РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПРОТИДІЇ СТРЕСАМ ДЛЯ ПЕРСОНАЛУ МЕДИЧНОГО РЕГІОНАЛЬНОГО ЦЕНТРУ АРМІЇ США ЛАНДШТУЛЬ

Провокаційні стрес-чинники і реакції персоналу

Структура та головні завдання програми

ПОТОЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМАНДИ

Розподіл персоналу

Наради консультативної команди

Опитування

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ

Директор програми

Персонал

Центральна ланка зв'язку

Упередження

Збір даних

Види стресових чинників

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; завідувач відділення дитячої та підліткової психіатрії, Регіональний медичний центр армії США, Ландштуль, Landstuhl, Germany, CMR 402 Box 1356, APO AE 09180, у минулому — начальник психіатричної амбулаторії, Регіональний медичний центр армії США Ландштуль.

[II] Доктор філософії, майор, служба біомедичних досліджень, ВПС США; завідувач відділення психології, Медичний центр Malcolm Grow, 1050 West Perimeter Road, 779 MDOS/SGOH, база ВПС Ендрюс, Maryland 20762; у минулому — завідувач відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр армії США Ландштуль, Landstuhl, Germany.

[III] Доктор медицини, завідувач психіатричного стаціонару, відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр армії США Ландштуль, Landstuhl, Germany, CMR 462, APO AE 09180.

ВСТУП

Основним завданням Регіонального медичного центру армії США Ландштуль (LRMC — Landstuhl Regional Medical Center) є надання, відповідно до наказів, комплексної допомоги світового рівня та дбайливого догляду воїнам країни, їхнім сім'ям, пенсіонерам і всім іншим пацієнтам. При цьому центр має забезпечувати виконання поставлених перед ним завдань та оперативну готовність персоналу, щоб відповідати вимогам США. Виконання цієї місії досягається завдяки добре підготовленому медичного персоналу, який завжди перебуває в стані оперативної готовності для надання медичної допомоги, не боїться працювати в умовах швидких змін у процесі роботи, готовий вдосконалювати свої навички й використовувати попередній позитивний досвід для прискореного прийняття медичних рішень.

LRMC розташований на пагорбі, з якого розгортається панорама німецького міста Ландштуль. Гарнізон належить до військового містечка Кайзерслаутерн, яке складається з кількох військових баз, розкиданих по території Кайзерслаутерна. Ландштуль — це містечко з населенням 20 000 осіб. Воно розташоване на території землі Райнланд-Пфальц у Німеччині, приблизно за 50 кілометрів на схід від французького кордону та поблизу міста Кайзерслаутерн і авіабази ВПС Рамштайн. Зоною обслуговування амбулаторних пацієнтів психіатрів, військовослужбовців Армії США в Німеччині є територія Вюрцбурга на південному сході, територія Гейдельберга в південній частині центрального регіону і LRMC. Таким чином, весь південний захід Німеччини охоплено забезпеченням амбулаторно-психіатричного лікування військових (рис. 14.1) [1].

Цей об'єкт Армії США є найбільшим американським шпиталем за межами Сполучених Штатів.

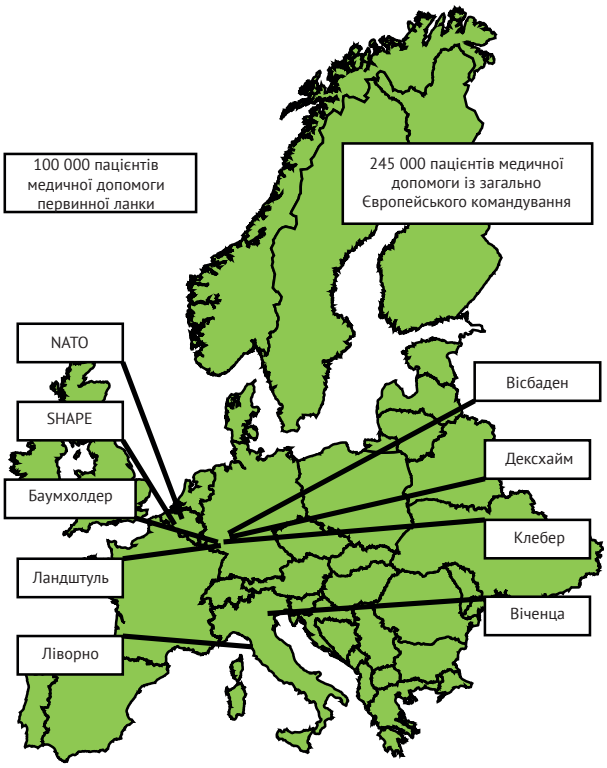


Рис. 14.1. Регіональний медичний центр армії США Ландштуль і регіональні клініки (2007).
NATO (North Atlantic Treaty Organization): Північноатлантичний альянс
SHAPE (Supreme Headquarters Allied Powers Europe): Штаб Верховного головнокомандувача ОЗС НАТО в Європі

Окрім того, це єдиний високоспеціалізований американський заклад медичної допомоги в Європі, що обслуговує 245 000 пацієнтів із європейського угруповання, з яких 100 000 є бенефіціарами первинної медичної допомоги. Ландштуль також надає медичні послуги військовослужбовцям дійсної служби, членам їхніх сімей та іншим бенефіціарам

в Африці та Азії. Близько половини постійних співробітників медичного персоналу LRMC — цивільні, на другому місці за чисельністю — військовий медичний персонал. Решта співробітників центру — персонал ВПС США і незначний відсоток представників ВМС. Деяких співробітників наймають із місцевих медичних закладів, є також резервісти з частин, задіяних у Глобальній війні з тероризмом (у тому числі цивільні особи). Загалом на роботу до Регіонального медичного центру армії США призначено 2800 осіб, з яких близько 2200 працюють на постійній основі.

За 2008–2009 фіскальний рік у LRMC протягом звичайного робочого дня проходили 20 госпіталізацій, 14 операційних пацієнтів, 6 записів у відділенні інтенсивної терапії (intensive care unit — ICU), 2 записи про народження, а середній термін перебування пацієнта складав 3,2 дня [1].

ЗНАЧЕННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ АРМІЇ США ЛАНДШТУЛЬ У ВОЄННИЙ ЧАС

LRMC є основним евакуаційним пунктом для Центрального командування. Таким чином, більшість пацієнтів, евакуйованих із місць проведення операцій «Іракська свобода» (OIF) та «Непохитна свобода» (OEF), проходять через LRMC. (У таблиці 14.1 детально показано, як впливає проведення операцій OIF/OEF на завантаженість потужностей LRMC пацієнтами) [1]. Майже щодня транспортний літак робить посадку на авіабазі Рамштайн поблизу Франкфурта і вивантажує медичних евакуйованих, які потім транспортуються до LRMC. Коли прибувають пацієнти, лікарі, медсестри та інший медичний персонал збирається перед пунктом невідкладної допомоги. Пацієнтів вивантажують із задньої частини автобуса. Хтось із них може пересуватися самостійно, інші — на ношах. Станом на 24 листопада 2008 року понад 51 750 військовослужбовців після OIF і OEF отримали лікування в LRMC (10 575 бойових поранень і 41 178 не бойових травм). Із них 35 939 — це амбулаторні хворі, а решта 15 814 — стаціонарні [1]. Більш ніж 9000 військовослужбовців повернулись у розпорядження Центрального командування [1].

Загальна характеристика

Співробітники медичного центру проводять розподілення хворих. Важко поранених пацієнтів скеровують до відділення інтенсивної терапії або в хірургію. Пацієнтів із неважкими пораненнями доправляють до терапевтичних та хірургічних відділень, де вони перебувають у палатах разом із іншими пацієнтами з аналогічними травмами. Пацієнтів з проблемами психіки оперативно обстежують і скеровують на прийом до команди працівників психічного здоров'я у поліклініку або в пункт невідкладної допомоги. Одразу ж у день прибуття всіх евакуйованих пацієнтів обстежують психіатри, оцінюючи їхній психологічний стан, і лише потім відбувається розподіл пацієнтів за відділеннями. Багато з них уже вживають певні лікарські засоби; більшість провели по кілька годин у дорозі, а декого перевозили протягом кількох днів; люди можуть бути стомленими й голодними.

Коли пацієнти психіатрів перебувають у LRMC, Розгорнутий військово-медичний центр управління (DWMMC — Deployed Warrior Medical Management Center) відстежує їхній прогрес у лікуванні та забезпечує матеріально-технічну підтримку, яка передбачає надання консультацій, житла, харчування, фінансування та забезпечення інших нагальних потреб пацієнта. Кожному пацієнтові медичного центру Ландштуль призначають куратора DWMMC, який забезпечує постраждалому зв'язок із його підрозділом або службою, а також доступ до основних лікарів. Центр управління має свій штат співробітників, медсестер і санітарів, які в разі потреби надають допомогу хворим. Куратори призначаються для військовослужбовців із захворюваннями всіх видів: від важкопоранених до звичайних стабільних клінічних пацієнтів.

До 2007 року амбулаторні пацієнти, евакуйовані з місць проведення OIF і OEF, як правило, залишались на іншій військовій базі, яка належить до військового містечка Кайзерслаутерн. Для покращення нагляду і оперативного доступу

ТАБЛИЦЯ 14.1

ВПЛИВ ВОЄННИХ ОПЕРАЦІЙ OIF І OEF НА ЗАВАНТАЖЕНІСТЬ ПОТУЖНОСТЕЙ LRMC ПАЦІЄНТАМИ: ЗВИЧАЙНИЙ РОБОЧИЙ ДЕНЬ У LRMC. ПОРІВНЯННЯ 2001 І 2006 РОКІВ

	2001	2006	Зміни
Госпіталізації	16	23	+43 %
Операційні пацієнти	9	16	+73 %
Пацієнти реанімації			
Максимальне число	3	9	+300 %
У стані загострення	2,7	5,01	+85 %
Харчування	800	1178	+47 %
Пологи	3	2,3	–23 %
Загальний термін перебування (дні)	4,6	3,4	–27 %
Фармацевтична продукція	1026	1589	+54 %

до лікарні в 2007 році був відкритий новий об'єкт, відомий як Транзитний медичний підрозділ (Medical Transient Detachment). Це дало змогу багатьом амбулаторним пацієнтам (особливо пацієнтам з психічними розладами) залишатися недалеко від шпиталю авіабази Ландштуль. Такі пацієнти передаються до організації з військовим командуванням, яка має регулярні формування та сувору звітність. У вільний час працівники цієї служби можуть брати участь у будь-якій позаслужбовій діяльності, наприклад, відвідувати тренажерний зал або гарнізонний магазин, після служби займатися господарськими справами. Пацієнти, які проходять курс лікування у LRMC, як правило, демобілізуються або, по завершенні курсу, протягом тижня повертаються на місце ведення бойових дій, у місце дислокації свого підрозділу, або до Сполучених Штатів. Багато пацієнтів залишають LRMC протягом 72 годин з моменту прибуття.

Пацієнти терапевтів і хірургів

Усі пацієнти, евакуйовані до LRMC із будь-якими діагнозами, включно з хірургічними, проходять скринінг психічного здоров'я. Скринінг проводять основні лікарі на аеродромі відразу після прильоту та по прибутті до LRMC. Більшість пацієнтів проходять короткий скринінг, який проводиться медичними працівниками чергової виїзної бригади. Вона діє окремо від консультативної команди, яка складається з багатопрофільних медичних фахівців, священиків і фельдшерів, навчених забезпечувати профілактичну роботу з попередження розладів психічного здоров'я у поранених військовослужбовців. Священики проводять стислі бесіди зі всіма евакуйованими солдатами, розповідаючи їм, що таке бойовий стрес. У багатьох закладах первинної медичної допомоги також проводять короткі роз'яснювальні бесіди та скринінг для виявлення емоційних проблем, які виникають внаслідок бойових дій. Медичний персонал постійно навчається розпізнавати симптоми бойового стресу та інших психічних розладів, пов'язаних із бойовими діями, а також тренує навички надання основної медичної допомоги. Лише у деяких пацієнтів, евакуйованих із різними діагнозами, виявляються очевидні симптоми психіатричних розладів. Пацієнтів із яскраво вираженими симптомами психіатричних розладів опісля виключення іншої медичної етіології скеровують до медичних закладів охорони психічного здоров'я або до профільних фахівців. Стаціонарних пацієнтів у стані тяжкого емоційного потрясіння або тих, у кого спостерігаються вторинні симптоми емоційного стресу, скеровують до стаціонарної бригади консультантів з питань поведінкового здоров'я. Амбулаторних пацієнтів також скеровують до амбулаторної бригади консультантів із питань поведінкового здоров'я. Стаціонарна бригада консультантів складається з багатопрофільних фахівців із питань охорони поведінкового здоров'я (це соціальні працівники, медсестри психіатричного профілю, психологи, психіатри, консультанти й санітари). Вони надають первинному медичному персоналу консультації та пропозиції щодо подальшого направлення пацієнта.

Пацієнти з психіатричними розладами

Більшість пацієнтів із проблемами психіки прибувають до LRMC опісля обстеження в амбулатор-

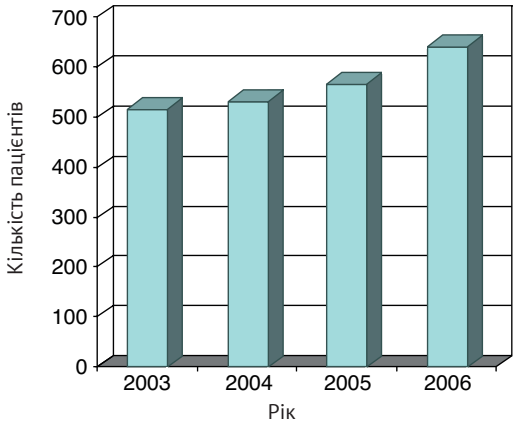


Рис. 14.2. Число пацієнтів опісля воєнних операцій OIF і OEF за відповідні роки. Більшість із них були скеровані до Регіонального медичного центру армії США Ландштуль. Цифри наведені без урахування пацієнтів, скерованих до ізолятора психіатричної лікарні ввечері або у вихідні

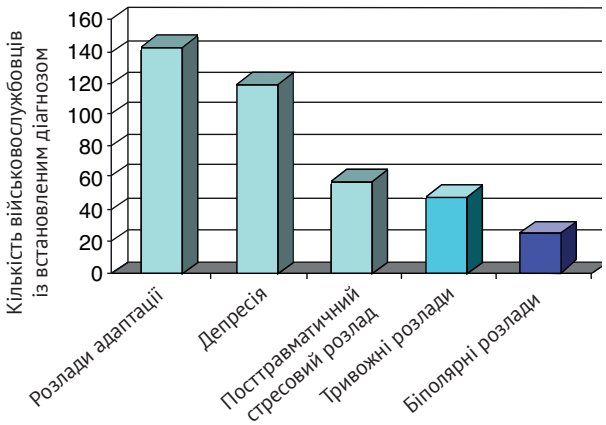


Рис. 14.3. Перші п'ять амбулаторних діагнозів, поставлених у LRMC евакуйованим із місць проведення воєнних операцій OIF і OEF за 2005 рік: (із 563 пацієнтів визначено діагноз у 507 випадках). До тривожних розладів належать гострий стресовий розлад і гостра стресова реакція

них клініках охорони поведінкового здоров'я (у штаті яких є багатопрофільна команда санітарів, психіатрів, психологів і соціальних працівників) або ж опісля направлення від лікарів зі служби цілодобової невідкладної допомоги. Цілодобові медичні послуги надаються об'єднаними зусиллями психіатрів, соціальних працівників, психологів, медсестер і санітарів із LRMC та авіабази Рамштайн.

Характеристики евакуйованих із психічними розладами

Ландштуль надає підтримку військовим із різних країн коаліції. Дуже рідко можна зустріти іноземних військовослужбовців у амбулаторних установах, натомість у терапевтичних і хірургічних відділеннях вони бувають доволі часто.

Число пацієнтів, евакуйованих до LRMC опісля операцій OIF і OEF, від початку ведення бойових дій неухильно зростає (рис. 14.2). Такий наплив пацієнтів із зони бойових дій істотно впливає на щоденні завдання LRMC. Рис. 14.3 показує перші п'ять діагнозів, які були поставлені евакуйованим із місць проведення військових операцій OIF і OEF в амбулаторній психіатричній установі за 1 рік. Це зокрема: 1) розлади адаптації, 2) депресія, 3) посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), 4) тривожні розлади, 5) біполярні розлади.

Небезпечні пацієнти

У більшості пацієнтів, евакуйованих із причин розладу психіки, є одна типова особливість — стурбованість з приводу небезпеки для себе або інших. Медичні карти пацієнта — це документи, які заповнює лікар у зоні ведення бойових дій під час організації медичної евакуації військовослужбовця в бойових умовах. Кожна медична карта містить графу, де зазначаються виявлені проблеми, які призвели до евакуації. Протягом 3,5 місяця було проведено огляд медичних карт усіх таких пацієнтів, евакуйованих до LRMC. У результаті було виявлено, що лікарі, які проводили евакуацію, висловлювали занепокоєння з приводу суїцидальної поведінки або схильності до вбивства у майже 60 % пацієнтів. Однак до моменту прибуття в LRMC активність суїцидальних думок або намірів щодо вбивств значно знижувалась. Менш ніж 3 % військовослужбовців, евакуйованих опісля OIF і OEF, у поданих під час госпіталізації у LRMC документах щодо психі-

атричних проблем повідомили про потяг до самогубства чи вбивства. Проте, спираючись на ці дані, не можна робити висновки про безпеку для пацієнтів. Тому кожен з евакуйованих проходить клінічне оцінювання рівня небезпеки для себе або інших. Якщо фахівець під час оцінювання стану пацієнта виявить, що той може бути віднесений до групи ризику заподіяння шкоди собі чи іншим, такого пацієнта скеровують у стаціонар психіатричної допомоги.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЕВАКУЙОВАНИМ ПАЦІЄНТАМ

Основні дії та поведінка пацієнта

Пацієнти, евакуйовані через психіатричні діагнози, часто мають компоненти поведінкових розладів. Як зазначено вище, значний відсоток таких пацієнтів евакуювали через потенційну загрозу заподіяння шкоди собі або іншим. На час прибуття до LRMC емоційна криза в таких осіб може сягнути межі. Проте іноді в такий спосіб виявляються маніпулятивні спроби деяких військовослужбовців уникнути участі в бойових діях або просто повернутися додому [2]. Вони часто поводяться дивно. Згідно з політикою LRMC, якщо лікар, який проводить оцінювання психічного стану пацієнта, має сумнів щодо здатності останнього нормально функціонувати в амбулаторних умовах закладу, пацієнта скеровують до психіатричного стаціонару LRMC.

Мінімальний нагляд

До відкриття Транзитного медичного підрозділу евакуйованим призначали мінімальний нагляд. Тепер існує ціла низка інстанцій, які суттєво посилили нагляд за пацієнтами. Попри це деяким військовослужбовцям вдавалося отримувати доступ до алкоголю та зброї. Приклад із практики 14.1 описує, до яких проблем може призвести неконтрольоване перебування пацієнта в LRMC.

Приклад із практики 14.1. Двоє двадцятирічних військовослужбовців були евакуйовані до LRMC із місць проведення бойових дій із симптомами розладу адаптації. Їх було розподілено на медичну евакуацію повітрям з метою амбулаторного лікування до Сполучених Штатів. Наступного вечора після їхньої евакуації з поля бою вони повернулися в казарми й одразу забронювали готель у центрі міста Кайзерслаутерн. Там хлопці провели наступні 2 дні. Вони пили пиво, ігнорували медичне обстеження та не відчували особистої відповідальності за свою поведінку. Це спричинило затримку в лікуванні солдатів, про що було повідомлено командуванню в основних місцях дислокації цих військовослужбовців.

Ризик заподіяння шкоди собі або іншим

Часто військовослужбовці, які прибувають до LRMC, очікують, що їх відішлють додому, до Сполучених Штатів. Вони більше не розглядають можливості повернутися в свій підрозділ. Коли лікарі намагаються відрядити таких військовослужбовців назад, на службу, це майже завжди призводить до погіршення симптомів з частими неконтрольованими бурхливими емоційними реакціями. Приклад із практики 14.2 ілюструє саме такий випадок.

Приклад із практики 14.2. 25-річний військовослужбовець дійсної служби опинився в ситуації любовного трикутника зі своєю дівчиною та іншим хлопцем. Усі троє перебували в одному й тому самому місці розташування військ. Зав'язалася сварка, під час якої на пацієнта було скоєно напад. Незабаром опісля цього він описав симптоми гострого стресового розладу, пов'язаного з нападом. Його евакуювали до LRMC опісля висловлювання ним думок про самогубство. Після прибуття до LRMC хлопець розповів, що лікар із місця розташування підрозділу сказав, нібито його відправлять додому. Коли солдат прибув до LRMC, у нього не виявлялося жодних симптомів психічного розладу. Коли ж пацієнт дізнався, що повернеться в свій підрозділ, це його вкрай стурбувало, й усі попередні симптоми травматичних раптових спалахів спогадів (flashback-феномени — раптове і

неконтрольоване відтворення у свідомості яскравих зорових або слухових образів, які переживаються як образи спогадів), дисоціацій, марень і знервованості повернулися. Наступного ранку пацієнта доправили до відділення невідкладної допомоги після того, як він завдав собі поверхневих різаних ран зап'ясть. Лікар скерував його на евакуацію до континентальної частини Сполучених Штатів для проходження курсу лікування і продовження служби.

Приклад із практики 14.3 описує взаємодію двох солдатів, які з різних причин прибули до LRMC для проходження психіатричної експертизи. Вони спільно очікували оцінювання свого психологічного стану, і кожен із них просив лікаря про повернення додому.

Приклад із практики 14.3. 30-річного досвідченого ветерана, який мав родину і був батьком маленьких дітей, уже втретє передислоковували в місця проведення бойових дій. У попередніх військових кампаніях він особисто брав участь у деяких масштабних бойових діях із веденням інтенсивного бою на території міста із застосуванням рукопашного бою, був свідком кількох смертей і каліцтв серед своїх і ворожих солдатів. Військовий прибув у Ландштуль, до кардіологічного відділення, через біль у грудях. Але причини болю не знайшли, і його скерували до психіатричного відділення, аби оцінити стан пацієнта.

Сусіда військового по кімнаті, 24-річний молодший сержант, у свій перший бойовий вихід на передову оперативну базу вилітав на гелікоптері. Він ніколи не був за межами периметру розташування частини, не бачив бойових дій і не був свідком отримання кимось травм будь-якого характеру. Після повернення із зони ведення бойових дій хлопець був схвильований та іноді висловлював невиразні суїцидальні думки.

Двоє військовослужбовців прибули до психіатричної клініки одночасно. Другий солдат пройшов психологічне оцінювання в першу чергу. Лікар вважав зависоким ризик прояву в хлопця розладу психіки в разі повернення в частину. Тому він вирішив відіслати пацієнта в Сполучені Штати для проходження курсу амбулаторного лікування. Дорогою хлопець зустрів ветерана війни, про якого зазначалося вище. Молодий військовий зловтішався з приводу рішення психіатра щодо його відправлення додому. Він був щасливий і відчував, що отримав те, чого хотів.

Опісля оцінювання лікар повідомив військовослужбовцеві-ветерану, що він має повернутися в стрій. Біль у грудях був, імовірно, пов'язаний із надмірною напругою. І хоча пацієнт мав деякі симптоми, пов'язані з бойовим стресом, лікар відчував, що може повернути його до підрозділу з продовженням лікуванням у зоні бойових дій. Ветеран благав лікаря не відправляти його назад на поле бою. Він розповів про свій минулий досвід, власну участь у боях і складні ситуації, у яких він опинявся. Пацієнт вказував на те, як сильно контрастує його бойовий досвід із досвідом його «суїцидального» сусіда. Він навіть повідомив, що знає про намір сусіда по палаті збрехати лікареві, аби залишити службу. Ветеран зауважив, що він особисто ніколи не зміг би нашкодити собі або брехати про суїцидальні думки для того, щоб полишити службу, й наголосив на несправедливості рішення лікаря повернути в бій того, хто справді багато чим пожертвував і пережив тяжкі випробування, тимчасом як той, хто ніколи не стикався з будь-якою небезпекою, буде відправлений подалі від ризику. Він також заявив, що після виконання додаткових бойових завдань мав передчуття, що буде вбитий у бою і залишить своїх дітей сиротами, а дружину — вдовою. Лікар поспівчував солдатові, але не зміг знайти об'єктивної причини, щоб не посилати його знов у зону бойових дій. Зрештою, героїчного ветерана повернули на бойову службу, а молодого військового (який, швидше за все, був звичайним симулянтом) вивезли із зони ведення бойових дій.

Подібні ситуації повторюються в LRMC майже щодня, і, швидше за все, таке трапляється в армії скрізь. Від солдатів зі значним досвідом та інших військовослужбовців, які вже багато чим пожертвували, вимагають ще більшого. Багато інших солдатів, які повернулися на континентальну частину США, мають суїцидальні думки лише через страх знову опинитися на полі бою. Часто медичні працівники підозрюють звичайну симуляцію подібних станів, але вони не в змозі це констатувати, оскільки така думка лише припускається. Крім того, лікарі уникають ризику повернення таких пацієнтів у бойову обстановку, оскільки їм доведеться відповідати за трагічні наслідки, якщо симптоми виявляться справжніми.

Через подібні інциденти, відсутність нагляду й контролю за пацієнтами, які, перебуваючи на лікуванні, чекають на повернення до своїх частин, більшість лікарів не готові відсилати таких пацієнтів назад у місця ведення бойових дій. У багатьох випадках такі військовослужбовці погрожують заподіяти собі каліцтво з метою маніпулювання медичною системою або заради якнайшвидшого повернення додому [3]. Ще один негативний момент евакуації психіатричних пацієнтів-симулянтів полягає в тому, що інші солдати, які дійсно можуть мати певні справжні симптоми психічних розладів, але не вдаються до крайнощів із маніпуляціями, муситимуть повернутися в підрозділ. Тим часом солдати, які вдало маніпулюють медичною системою, досягають своєї мети. У цій заплутаній ситуації лікарі, як правило, і далі дають таким пацієнтам стандартну оцінку. Наслідком цього стає відправлення багатьох із них на континентальну частину США замість повернення до бойових частин в Іраку чи Афганістані. Відсоток військовослужбовців, евакуйованих з Афганістану та Іраку до LRMC через проблеми з психічним здоров'ям, які можуть швидко повернутися до своїх підрозділів, коливається між 3 % і 6 %. Ризик того, що у випадку примусового повернення на службу в пацієнта проявляться непередбачувані психологічні реакції, існує навіть тоді, коли чітко видно, що пацієнт симулює. І з цієї причини лікар також може прийняти рішення про евакуацію цього військовослужбовця на континентальну частину США до місця його постійної дислокації (рис. 14.4).

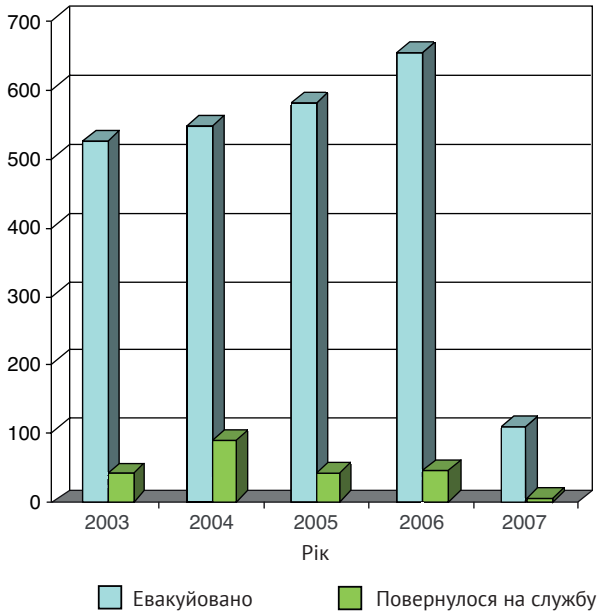


Рис. 14.4. Усього евакуйованих із місць проведення воєнних операцій «Іракська свобода»/«Непохитна свобода» порівняно з військовослужбовцями, які знову повернулися в свої підрозділи до лютого 2007 року. Більшість складають ті, хто потрапив до амбулаторної клініки Ландштульського регіонального медичного центру армії США. Але у цьому числі не враховані пацієнти психіатричної лікарні, які проходили курс лікування у вечірній час або у вихідні дні

Поза каналами евакуації

Багато військовослужбовців були евакуйовані до LRMC для звичайного медичного обстеження. Дуже часто вони звертаються до відділення охорони психічного здоров'я самостійно або за направленням лікаря. Здебільшого ці військовослужбовці ще не проходили курс лікування поведінкових розладів у фахівців із психіатрії в зоні бойових дій [3]. Лікарі зазначають, що повернення цієї категорії пацієнтів на службу в зону бойових дій було особливо рідкісним явищем. Часто симптоми психічного розладу після прибуття до LRMC посилювалися навіть опісля консультацій у відділенні охорони психічного здоров'я медичного центру. Такі військові, враховуючи їхню ізоляцію від джерел психологічної підтримки й відсутність нагляду, дуже важко піддаються лікуванню [4]. Дехто очікував відправлення на континентальну частину США для подальшого лікування, але натомість цих військовослужбовців визнавали за медичними показниками здатними до повернення в зону бойових дій і подальшого виконання службових обов'язків, але ці особи на місці служби не звертаються до працівників охорони психічного здоров'я. Лише після прибуття до LRMC їх відсилають за психіатричними показниками в тиловий ешелон.

Лікарі зазначають, що в пацієнтів, евакуйованих у тиловий ешелон, набагато менше шансів повернутися до строю, ніж у випадку першого звертання до працівників охорони психічного здоров'я на території своєї частини (95 % та 99 % порівняно з 3 %) [5]. Скидається на те, що чим

довше військовослужбовець перебуває в LRMC, то складніше йому повертатися знов у зону бойових дій. Певний час, проведений у безпечному середовищі та послаблене відчуття того, що доведеться знову повертатись у бойові умови, знижують рівень пильності солдата й характер його мислення. Усе це змінює уявлення пацієнта про себе. Часто в таких військовослужбовців починають неухильно посилюватися симптоми психіатричних розладів по мірі наближення дня їхнього повернення до підрозділу (див. приклади з практики 14.2 і 14.3). Одним із можливих чинників посилення симптомів є втрата відчуття необхідності повернення до строю. Подібний стан відносять до найгірших наслідків бойового стресу [6].

Існує один досить суперечливий підхід до цієї проблеми. Він заснований на припущенні, що військовослужбовцям цієї категорії краще мати «соціальну підтримку» свого підрозділу в зоні бойових дій. І для того, щоб отримати допомогу, цим солдатам необхідно повертатися до бойових товаришів. Їхній стан досліджують на предмет того, чи становить він небезпеку для інших військовослужбовців. При цьому більш ґрунтовне обстеження та лікування в LRMC зведено до мінімуму. Солдати повинні повернутися в свій підрозділ і отримати додатковий психологічний догляд у зоні бойових дій. Відповідні ресурси охорони психічного здоров'я в зоні бойових дій — це, як правило, контроль ступеня бойового стресу, а також наявність у військових підрозділах медичних працівників з охорони психічного здоров'я. Подібний підхід підтримує не тільки бойові підрозділи, але також потенційно покращує довготривалий прогноз для пацієнтів, які отримували психологічну допомогу в зоні бойових дій. У певному сенсі, такі пацієнти насправді отримують у LRMC допомогу набагато нижчого рівня, ніж у звичному для себе службовому оточенні [3, 4, 6–8].

У LRMC відсутні товариші по службі, здатні забезпечити своєрідну соціальну підтримку та взяти на себе провідну роль у догляді бойових товаришів з психічними розладами. Передбачається, що в зоні бойових дій служить багато військових із аналогічними симптомами емоційних розладів. Звернення осіб цієї категорії у відділення охорони психічного здоров'я медичного центру Ландштуль, а не до фахівців у себе в підрозділі пояснюється лише потребою обстежити стан власного психічного здоров'я. Таке обстеження не передбачає визначення методу лікування.

Цей підхід, однак, не зовсім безпечний. Існує кілька потенційних небезпек. Так, військовослужбовці здатні часом симулювати поведінкові розлади або не завжди можуть отримати в своїх бойових підрозділах адекватний догляд. У деяких випадках солдати вважають, що їх повертають назад у підрозділ через відмову в догляді LRMC.

Альтернативний підхід ретельного обстеження стану психічного здоров'я та ґрунтовного лікування кожного такого солдата також є ризикованим. Це може призвести до недоцільних затримок повернення військовослужбовців до підрозділів і, таким чином, до зменшення загальної чисельності військовослужбовців, які й надалі виконуватимуть свої службові обов'язки (рис. 14.5).

Характеристика персоналу

Ротація персоналу

Для виконання додаткових обов'язків щодо негайного обстеження психічного здоров'я у всіх евакуйованих до LRMC після OIF та OEF персонал центру поповнюється лікарями-резервістами, які працювали під час багатьох військових конфліктів. Хоча досвід лікарів-резервістів є життєво важливим при виконанні оперативних обстежень пацієнтів після OIF та OEF в LRMC, ротації лікарів не завжди передбачувані.

Іноді стається так, що прибуття певного профільного лікаря є запланованим, але він у медичний центр не з'являється. Зазвичай це пов'язано з адміністративними або мобілізаційними проблемами. Іноді це трапляється через неузгодженість графіка ротацій, і лікар прибуває до LRMC пізніше або раніше, ніж потрібно. Таким чином, у певні періоди може відчуватися нестача або надлишок персоналу.

Як правило, персонал, призначений для ротації, обирають із резервістів Армії, Військово-морських або Військово-повітряних сил. Здебільшого ці люди є досвідченими фахівцями з клінічною практикою. Вони застосовують усі новітні нави-

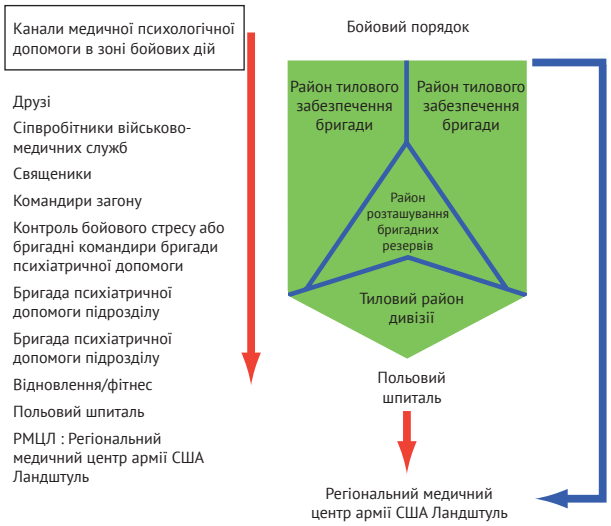


Рис. 14.5. Уникнення лікування розладів психічного здоров'я в зоні бойових дій. Солдати, евакуйовані з різних причин, які потім були направлені до Ландштуля через проблеми з психічним здоров'ям, могли уникати установи, де надають психологічну допомогу в зоні бойових дій. По суті, це зарахували до тилових психіатричних втрат другого ешелону (чисельність військових, які повернулися з тилу на службу)

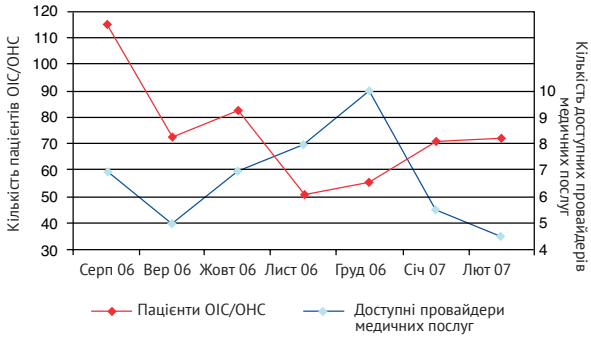


Рис. 14.6. Порівняння числа евакуацій з пацієнтами воєнних операцій «Іракська свобода»/«Непохитна свобода» та наявних лікарів у поліклініці охорони психічного здоров'я в Ландштулі

чки й знання з цивільної медицини і є справжніми професіоналами. Дехто з них розуміє принципи контролю бойового стресу, але є й такі, хто не стикався з подібним у клінічній практиці. Такий персонал часто потребує поглибленого навчання та нагляду, оскільки йому в певному сенсі відводиться особлива роль — оцінювання психологічного стану пацієнтів після OIF та OEF і їхнього подальшого скерування.

Рис. 14.6 графічно показує кількість пацієнтів опісля OIF і OEF порівняно з числом доступних лікарів у клініці за 5-місячний період. Число доступних лікарів не завжди відповідає числу пацієнтів, евакуйованих із місць проведення OIF і OEF. У деяких випадках це майже зворотна залежність. Не прогнозоване навантаження пацієнтами з OIF і OEF і непередбачуване забезпечення клініки лікарями-резервістами в потрібний час до певної міри ускладнюють координацію дій персоналу LRMC і його здатність безперервно надавати медичну допомогу місцевим жителям.

Основна проблема полягає в забезпеченні задовільної чисельності лікарів, доступних в умовах напливу пацієнтів із OIF і OEF. При цьому лікарі не мають гаяти час через вимушені перерви в роботі, не маючи поточних завдань, або, навпаки, витримувати надмірне навантаження. Готовність персоналу вирішити це питання оцінюється продуктивністю й оперативністю надання медичних послуг в умовах постійної «загрози» того, що майбутні фахівці, які прийдуть на службу після кадрових ротацій, спиратимуться на результати роботи попередників.

Налагодження контакту з пораненими воїнами

Як уже згадувалося раніше, більшість евакуйованих із OIF і OEF пацієнтів, відправлених до LRMC, залишаються в медичному центрі лише декілька днів. Зацікавлені в максимально ефективному лікуванні лікарі постійно обмірковували питання: «Що ми можемо зробити для поліпшення стану психічного здоров'я цих пацієнтів?» [9]. Серед інших побоювань, висловлених лікарями, які контактували з пораненими військовими, була занепокоєність щодо можливого заподіяння шкоди в процесі відновлення психіки солдата (це можливо у випадках, коли лікар просить розповісти про те, що пережили солдати, перш ніж вони будуть готові до цього, або коли симптоми посилюються внаслідок необережних припущень лікаря під час бесіди). Фахівців також непокоїла відсутність подальшого медичного догляду.

Не один солдат зауважував, що саме обговорення проблеми було доволі складним. Вони не мали ні бажання, ані наміру порушувати цю тему пізніше, в розмові з іншим фахівцем. Коли солдат обговорює особисті психологічні травми, часто складаються глибокі й доброзичливі стосунки. Але це не завжди є позитивним моментом, оскільки солдат повинен залишити медичний центр протягом найближчих днів. Тому професійні фахівці з психічного здоров'я побоюються, що вони свідомо чи несвідомо посилюють симптоми пацієнта або наклеюють на нього ярлики, тобто відразу відносять до категорії «божевільний» чи «слабкий» [10].

Побудова моделі невідкладної психологічної допомоги

Більшість лікарів, які працюють у підрозділах охорони психічного здоров'я в LRMC, підтримали ідею створення моделі невідкладної психологічної допомоги, що складалася б із таких ключових компонентів.

- **Уникати стигматизації військовослужбовців.** Уникати наклеювання ярликів у діагнозах [11], ніяк не виділяти жодного солдата. Наприклад, лікарі можуть казати: «Добрий день, я психіатр із вашої медичної бригади. Кожен наш пацієнт отримує ґрунтовну комплексну допомогу».
- **Забезпечувати основні потреби.** У багатьох пацієнтів від моменту події, яка травмувала їхню психіку, минуло менш ніж 2 дні. Багато з них стикалися з подібними травматичними подіями протягом кількох місяців у місцях дислокації своїх частин. Переконайтеся в тому, що їхні фізичні потреби задовольняються у повному обсязі (відпочинок, харчування, медичне обслуговування).
- **Допомагати пацієнтам навчитися просити допомоги та повідомляти про свої потреби.** Дайте їм знати, що чим комфортніше вони будуть почуватися, то швидше одужуватимуть. Контролюйте умови лікування: усунення болю, підтримання комфортної температури в приміщенні, зволоження, повноцінне харчування, сонячне світло в палаті й можливість для усамітнення.
- **Запитувати про почуття болю чи комфорту**. Користуючись шкалою від 0 до 10 балів (де 10 — максимально можливий рівень болю, а 0 — його відсутність), запитайте в солдатів, як би вони оцінили рівень власного болю та за якого балу звернулися б по допомогу до медсестри. Усунення болю на початкових стадіях може зменшити загальну кількість знеболювальних ліків.
- **Допомагати пацієнтам відповісти на запитання про те, що сталося.** Найпоширеніші запитання, які ставлять пораненим військовослужбовцям у медичному центрі Ландштуль, мають на меті отримання даних про стан їхніх бойових товаришів, про те, що з ними сталося, який використовувався вид зброї та чи були вони особисто відповідальними за трагедію.
- **Забезпечити пацієнта зв'язком із підрозділом, якщо він його вказав.** У підрозділі зможуть надати детальнішу інформацію для уточнення обставин отримання травми, що допоможе запобігти фіксуванню в пам'яті пацієнта негативних вражень або спогадів.
- **Нормалізувати реакції.** Ознайомте пацієнтів із симптомами, які можуть у них виявитись.
- **Утримуватися від заяв, які змушують людину повірити, що вона хвора**, або навіть говорити про те, що у формах скринінгу показники одних пацієнтів вищі, ніж у інших.
- **Розмовляти про звичайні речі**: про спорт, про футбол або про рідне місто солдата.
- **Оцінювати наявність симптомів посттравматичного стресу.**
- **Допомагати військовослужбовцям узяти на себе відповідальність за отримання медичної допомоги.** Переконайтеся в тому, що пацієнти знають усе необхідне про свій стан, їм відомі його характеристи-

ки. Дайте їм відчуття контролю, з'ясуйте, чи вони усвідомили власні травми, допоможіть їм у цьому.

- **Допомагати інформувати військовослужбовців про те, коли вони будуть евакуйовані та куди їх скерують.** Багато пацієнтів занепокоєні тим, куди їх скерують на наступному етапі аеромедичної евакуації.
- **Контролювати надання психологічної медичної допомоги.** Тримайте зв'язок із лікарями, які ведуть прийом евакуйованих військовослужбовців, у котрих виявлено симптоми психологічних розладів.
- **Вселяти в пацієнта надію, обговорюючи інших хворих, які одужали після подібних розладів.**
- **Щиро висловлювати вдячність за те, що зробили солдати.** Надавати великого значення їхньому досвідові.

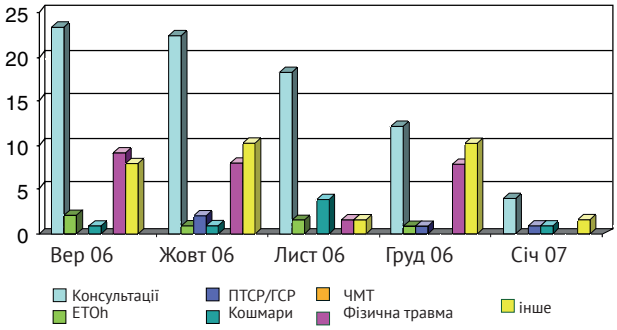


Рис. 14.7. Психіатричні консультації в медичних та хірургічних відділеннях Регіонального медичного центру армії США Ландштуль за період з 1 вересня 2006 по 1 лютого 2007 року. У листопаді 2006 року в усіх відділеннях лікарні були створені результативні багатопрофільні бригади з питань подолання бойового та робочого стресу/відновлення працездатності персоналу, а також медичні виїзні бригади. Спостерігалося значне зменшення числа формальних психологічних консультацій, тривали спроби уникнення стигматизації під час діагностування стану пацієнта. Дані наведені з 236 стаціонарних консультацій

ETOh: етанол (зловживання алкоголем); ПТСР/ГСР: посттравматичний стресовий розлад/гострий стресовий розлад; ЧМТ: черепно-мозкова травма.

Приклад із практики 14.4. 22-річний солдат втратив зір унаслідок вибуху й був евакуйований до LRMC. Медичний працівник з персоналу виїзної бригади увійшов до його кімнати й помітив, що губи в солдата пересохли. Медичний працівник запитав, чи хотів солдат води. Хлопець відповів: «Так, я думаю, мені хотілося б чогось випити». До склянки з водою було кілька дюймів, і солдат міг простягнути руку й узяти її. Але медичний працівник сам подав йому склянку, а потім узяв його за руку й показав, де вона стояла. Далі, під час розмови, медичний працівник зазначив, що солдатові слід лише подзвонити медичній сестрі, щоб вона допомогла йому за будь-якої потреби. На це хворий відповів: «Я знаю про це, але вони всі зайняті, і нас тут багато».

Приклад із практики 14.5. 23-річний солдат в Іраку втратив ногу внаслідок вибуху. Коли він прибув до LRMC, то дуже непокоївся, бо хотів дізнатись, чи вижив під час вибуху його навідник. Його основні лікарі не знали, чи мають повідомити про те, що навідник, який був його близьким другом, помер. Вони зв'язалися з командою консультантів із питань поведінкового здоров'я. Після обговорення бажання солдата з лікарями, священиками та бойовими товаришами по телефону лікарі вирішили дочекатися слушної нагоди, щоб повідомити йому погану новину. Команда влаштувала військовослужбовцеві телефонну розмову з бійцями його підрозділу. Солдат був засмучений трагічною звісткою, але заявив, що додаткова підтримка його підрозділу по телефону допомогла йому легше перенести втрату.

Приклад із практики 14.6. 25-річний командир відділення втратив кількох своїх солдатів у стрілянині й звинувачував себе в тому, що адекватно не відреагував під час бою. Попри те, що казали йому лікарі та медичний персонал, він вважав, що ніс особисту відповідальність за події, яких реально не контролював. Лікарі виїзної бригади влаштували пацієнтові телефонну консультацію з командуванням та іншими військовослужбовцями його підрозділу. Упродовж бесіди вони відновили події того бою, і командир відділення зрозумів, що він не винен у загибелі підлеглих. Більше того, він усвідомив, що діяв так само, як і будь-який інший військовослужбовець за подібних умов.

Локальна зона медичної психологічної допомоги

Одним із найважливіших завдань відділення охорони психічного здоров'я LRMC є підтримання систематичної роботи з охорони психічного здоров'я місцевих пацієнтів із зони обслуговування медичного центру. Непередбачувані напливи фахівців із ротацій та евакуйованих пацієнтів не повинні перешкоджати цій роботі (рис. 14.7). До зони обслуговування LRMC належать вісім периферійних лікарень: 1) шпиталь Організації Північноатлантичного договору (Голландія), 2) шпиталь Штабу Об'єднаних збройних сил НАТО в Європі (Бельгія), 3) шпиталь у м. Віченца (Італія), 4) шпиталь у м. Ліворно (Італія), 5) шпиталь у м. Клебер (Німеччина), 6) шпиталь у м. Дексхайм (Німеччина), 7) шпиталь у м. Вісбаден (Німеччина), 8) шпиталь у м. Баумхолдер (Німеччина). Ця зона медичної підтримки LRMC охоплює близько 100 000 пацієнтів первинної ланки (рис. 14.1). Додатково до послуг з первинної медичної допомоги LRMC надає високоспеціалізовану медичну допомогу (так звану третинну допомогу) близько 245 000 бенефіціарам із Європейського командування. Багато військовослужбовців із локальної зони медичної психологічної підтримки LRMC, які служили у зоні проведення воєнних операцій OIF і OEF, зазнали негативного впливу на психіку в зоні бойових дій [1, 12]. Як наслідок, служби охорони психічного здоров'я отримали додаткових пацієнтів із бойовими травмами.

ПСИХІАТРИЧНИЙ СТАЦІОНАР РЕГІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ АРМІЇ США ЛАНДШТУЛЬ, 2003–2007

Збільшення числа пацієнтів

Психіатричний стаціонар центру налічує 18 лікарняних ліжок для військовослужбовців регулярних військ і бенефіціарів із Європи, Азії, Африки та Близького Сходу. Критерії прийому пацієнтів є аналогічними тим, які застосовуються в цивільній медицині. Але нагляд за пацієнтами, які були евакуйовані та проходять курс лікування в амбулаторних умовах, обмежений. Тому, якщо за результатами психологічного оцінювання у лікаря виникнуть сумніви з приводу безпеки для оточення, у тому числі потенційної небезпеки зловживання психоактивними речовинами, таких пацієнтів лікують або готують для продовження евакуації в умовах стаціонару. У 2003 році були госпіталізовані 382 військовослужбовці після OIF і OEF, у 2004 році — 269; у 2005 — 346; у 2006 — 408; у 2007 — 563. Станом на жовтень 2008 року було проведено 481 госпіталізацію після OIF та OEF. За 2006 рік загалом було здійснено 902 госпіталізації військовослужбовців опісля OIF і OEF й інших груп пацієнтів (членів родин військовослужбовців, місцевих військових). За 2007 рік випадків госпіталізації було 990, за 2008 — 822 (станом на жовтень 2008 року).

Більшість пацієнтів, госпіталізованих опісля OIF і OEF, залишили в стаціонарі, де вони очікували евакуації до Сполучених Штатів. Переважну частину пацієнтів OIF і OEF евакуювали далі протягом декількох днів. Через це пацієнти в палатах змінювалися надто часто. Спілкування із лікарем, який приймає пацієнтів у Сполучених Штатах, могло би бути для них дуже складним, особливо зважаючи на різницю в часі, яка становить від 6 до 9 годин, а також тривале перебування в умовах стаціонару. Ця проблема вирішена частково за рахунок можливості скеровувати пацієнтів до армійських шпиталів із наданням статусу «пацієнт OIF/OEF», який не вимагає обговорення фахівцями для призначення пацієнтові лікаря, котрий здійснюватиме медичний нагляд за ним. Однак це не стосується випадків госпіталізації до сімейних лікарень; у випадку надходження хворого туди часто виникає необхідність обговорення лікарями умов госпіталізації.

До 2003 року у психіатричному стаціонарі на 18 місць у середньому проводилося близько 675 госпіталізацій на рік. Уже в червні 2003 року стаціонар приймав по 100 пацієнтів щомісяця (за числа госпіталізацій 1200 пацієнтів протягом року). Позаяк настільки високе навантаження вважалося необґрунтованим, для всіх пацієнтів,

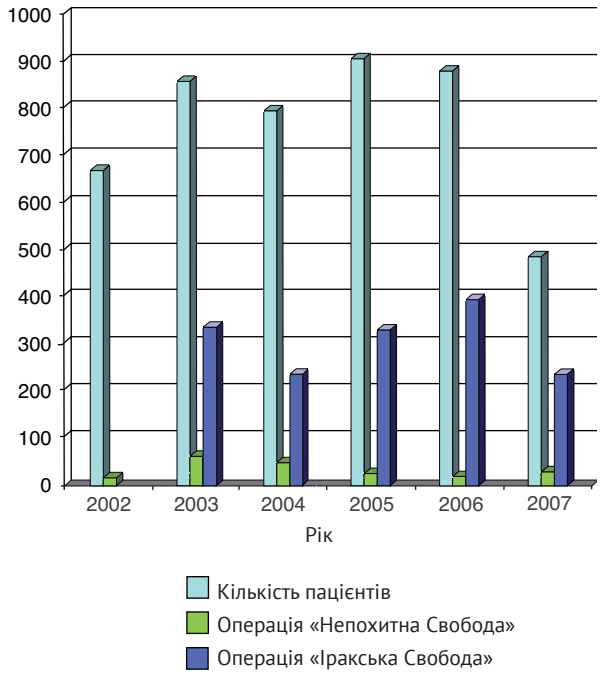


Рис. 14.8. Госпіталізації до стаціонару Регіонального медичного центру армії США Ландштуль за період з 2002 по липень 2007 року

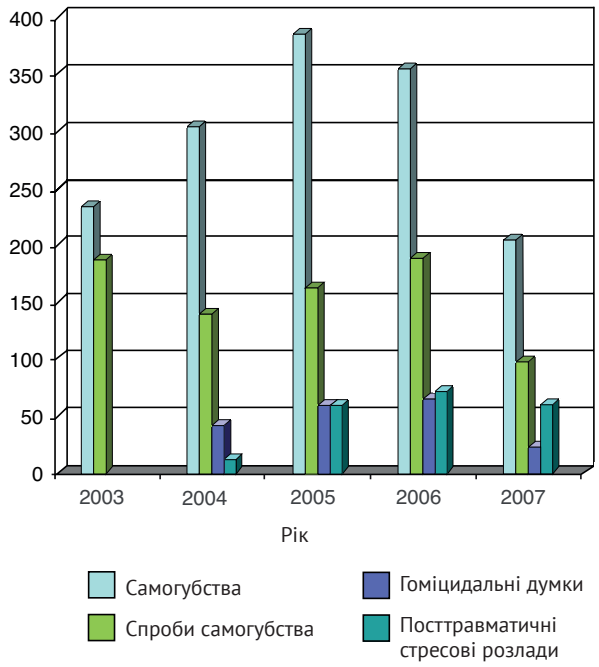


Рис. 14.9. Госпіталізації до стаціонару Регіонального медичного центру армії США Ландштуль за період з 2003 по липень 2007 року. У 2004 році в LRMC у пацієнтів починають виявляти суїцидальні думки та посттравматичні стресові розлади (ПТСР)

які прибували після OIF, проводили психологічний скринінг. Якийсь час це допомагало, але в 2005 році було госпіталізовано 902 пацієнти (рис. 14.8 і 14.9). Проведення скринінгу всіх прибулих пацієнтів, своєю чергою, також створювало певні проблеми. Виникла потреба зміни розкладу викликів лікарів-психіатрів через необхідність проведення госпіталізації та психологічного скринінгу всіх пацієнтів, які прибувають до стаціонару. Кількість психіатрів у стаціонарі було збільшено за рахунок амбулаторних психіатрів і додатково підсилене місцевими військовими лікарями-психіатрами з ПС.

Персонал відділення доповнили за рахунок резервістів. На той час сестринський персонал заступив на рік служби. Медичні сестри потребували інтенсивного навчання у процесі роботи, аби вони змогли довести до автоматизму набуті навички й упевнено виконувати будь-які завдання. Навіть після офіційних навчальних заходів був потрібен певний час, щоб сестринський персонал ознайомився зі всіма тонкощами роботи стаціонарного відділення.

Психіатри, прийняті для збільшення чисельності штату LRMC, провели в медичному центрі лише 90 днів. У всіх лікарів був різний рівень медичного досвіду. Серед них були досвідчені фахівці дійсної військової медичної служби й звичайні резервісти, які ще ніколи не служили в армії.

Деякі лікарі оперативно опанували всі складнощі швидкої зміни пацієнтів, натомість як інші засвоювали лише частину поточних завдань. Наприклад, багато недосвідчених лікарів так і не змогли опанувати Систему ведення електронних медичних карт Комплексної системи охорони здоров'я, яка використовується у всіх військових підрозділах.

Рівень завантаження відділення пацієнтами можна визначити шляхом ділення 902 госпіталізацій у 2006 році на кількість стаціонарних ліжок — 18. У результаті маємо число 50,1. Стільки

разів готували лікарняне ліжко для нового пацієнта протягом року. Якщо розподілити ці 50 разів на 365 днів, отримуємо теоретичний термін перебування пацієнта у відділенні, що складає трохи більше 7 днів.

Прийом пацієнтів, проведення психологічного скринінгу, стабілізація їхнього стану в палаті й підготовка до наступного етапу аеромедичної евакуації стали буденною справою. Зі зростанням потоку пацієнтів із місць проведення OIF і OEF палати стаціонару часто були переповненими. Це перешкоджало прийому пацієнтів із рядів резервістів. Передбачений для резервістів відсоток місць у лікарні (а це понад 90 % щороку за попередній період ще до початку воєнної операції OIF) зменшився приблизно до 60 %, щойно почали прибувати перші постраждалі після OIF. Це означає, що для резервістів залишилися доступними лише 60 % місць. Кількість місць у лікарні для військових резервістів повільно зменшувалась від 2003 року, а число рейсів аеромедичної евакуації з LRMC на континентальну частину США зростало.

З листопада 2006 року і протягом наступних кількох місяців бригада лікарів стаціонарного відділення зіткнулась із труднощами госпіталізації пацієнтів із рейсів аеромедичної евакуації. Рейсів було так багато, що для нових хворих не вистачало вільних лікарняних ліжок. Військовослужбовців, які надходили з гарнізонів у Європі, скеровували до німецьких лікарень. Такі напливи солдатів дійсної служби до німецьких лікарень, як правило, тривали від кількох годин до кількох днів. Але така ситуація показала, що 18-місний стаціонар психіатрії недостатній для надання допомоги місцевим пацієнтам із зони обслуговування медичного центру та солдатів, які можуть прибути рейсом аеромедичної евакуації під час ведення бойових дій.

Психологічні стрес-чинники та стресостійкість персоналу

Медичні бригади LRMC щодня зазнають значного стресового навантаження. У статті, нещодавно опублікованій в одній із німецьких газет, описується значення LRMC на зовнішньому периметрі оборони Іраку [13]. Справді, багато постраждалих у попередніх воєнних конфліктах, які прибувають зараз до LRMC, не змогли б раніше дістатися сюди безпосередньо із зони бойових дій. Однак тепер, завдяки сучасним транспортним засобам і можливостям оперативно стабілізувати стан пацієнта, «війна прийшла на поріг» LRMC [13], і співробітники центру щодня мають справу з бойовими пораненнями. Поранені під час попередніх бойових дій, госпіталізовані до LRMC раніше, ймовірно, надійшли б у розпорядження лікарень, розташованих набагато ближче до поля бою. Програма протидії бойовим і робочим стресам для персоналу LRMC була розроблена з метою подолання короткочасних і довготривалих наслідків роботи з пораненими.

Притуплення почуття жалю

У нинішньому значенні притуплення почуття жалю шкодить медичному персоналу, оскільки виникає внаслідок багаторазових контактів із фізично чи психологічно травмованими пацієнтами. Спочатку це поняття тлумачилось як вторинна психологічна травма медичних працівників, які лікують пацієнтів із бойовими посттравматичними розладами (PTSD), які зазнали первинної травми [14]. Симптоми дуже схожі. І хоча цей розлад мав різні назви (вторинний травматичний стрес або притуплення почуття жалю), суть полягає в тому, що всі працівники, залучені до системи надання медичних послуг пораненим — від психотерапевтів до медсестер і поліцейських, можуть відчути на собі гострі та хронічні стресові реакції під час виконання своїх обов'язків. Вони також відчувають симптоми зазначених розладів у результаті власної первинної психологічної травми або синдрому вигорання на роботі.

Для LRMC характерне притуплення почуття жалю внаслідок багаторазових контактів із солдатами з важкими опіками, ампутованими кінцівками або черепно-мозковими травмами. За винятком тих співробітників, які працювали у великих столичних травматологічних центрах, переважна частина медичного персоналу ніколи не мала таких частих контактів із подібними пацієнтами і не лікувала тяжких бойових поранень. Багато персоналу LRMC (резервістів з BMC і Ар-

мії, які прибувають до медичного центру, коли потрібна допомога у виконанні військової місії) розташовується далеко від самого центру. Тому ці співробітники-резервісти стикатимуться зі стрес-чинниками, пов'язаними з тим, що опинилися далеко від домівки й рідних.

Бойова та робоча стресова реакція

Польовий статут Армії США 4-02.51 у розділі «Управління бойовим і робочим стресом» [15] наводить нове визначення негативної реакції солдатів на бойові та допоміжні операції (які раніше називалися «бойовою втомою») як бойової та оперативної стресової реакції (COSR). У новій редакції враховуються і ті солдати, які безпосередньо не беруть участі в бою, але в яких також виявляються симптоми, пов'язані зі стресом (втрата апетиту, підвищена дратівливість або бажання курити). Це вважається нормальною реакцією на потенційно вороже середовище та пов'язані з ним потреби (швидкі темпи роботи, ненормований графік, проживання у суворих умовах, тривала розлука з сім'ями).

Здатність протидіяти стресам

Подібно до того, як в одного з двох солдатів, які брали участь у тому самому бою, розвивається COSR, а інший не відчуває нічого подібного, так і в одного з двох медичних працівників, які контактували з однаковим числом пацієнтів зі схожими типами травм, виникає притуплення почуття жалю, а в іншого це почуття залишається незмінним. Механізм, який дає змогу захиститися від стрес-чинників, називається «стресостійкістю», або здатністю протидіяти стресам. У розділі «Контроль бойового стресу» [15]. згадується про здатність протидіяти стресам як про бажану особливість психіки та вказується на те, що ця здатність може бути підвищеною. Але не описано, яким чином можна її підвищити.

Здатність протидіяти стресам як явище була вивчена серед цивільного населення. У цих дослідженнях брали участь діти, постраждалі від фізичного та емоційного насильства або недбалого ставлення [16], а також дорослі, які стали жертвами злочинів [17], і люди, які пережили природні катастрофи [18]. Серед запропонованих дослідниками чинників, що могли викликати індивідуальну стресостійкість, були фізичні (вправи, харчування), емоційні (соціальна підтримка, оптимізм), психологічні (атрибутивний стиль) і духовні (сенс життя або мета). Моральні цінності підрозділу та його згуртованість є додатковими чинниками в межах військово-соціальної спільноти. Вони можуть сприяти підвищенню стресостійкості військових.

РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПРОТИДІЇ СТРЕСАМ ДЛЯ ПЕРСОНАЛУ РЕГІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ АРМІЇ США ЛАНДШТУЛЬ

Провокаційні стрес-чинники та реакції персоналу

Опісля низки смертей пацієнтів реанімації LRMC у липні 2005 року керівник медичного центру зв'язався з виїзним капеланом, щоб обговорити можливості послаблення стресу в деяких медичних працівників. Опісля бесіди (і в результаті вжитих заходів, спрямованих на зменшення впливу смертей у реанімаційному відділенні на співробітників медичного центру) була сформована команда для вирішення цієї проблеми в середовищі лікарів, медсестер і технічного персоналу.

Було вирішено, що найкращим способом боротьби із зазначеними робочими стрес-чинниками є створення консультаційної команди психологів. На той час уже існували різні види допомоги (виїзні капелани, програми допомоги працівникам охорони психічного здоров'я), що надавалася персоналові LRMC для подолання стресу або симптомів PTSD. Але ці послуги з різних причин (наприклад, через упередженість) не були доступними для тих, хто їх потребував. Для вирішення психологічних проблем персоналу LRMC планувалося забезпечити його спілкування з капеланами та медичними працівниками охорони психіч-

ного здоров'я, які зазвичай працювали спільно. За такого підходу з'являлася можливість скерувати персонал центру до кращих ресурсів реабілітації психічного здоров'я.

Структура та головні завдання програми

У листопаді 2006 року команда з питань подолання психологічного розладу притуплення почуття жалю змінила свою назву на команду з питань подолання бойового та оперативного стресу/і підвищення стресостійкості персоналу (Combat and Operational Stress/Staff Resiliency — COSR/SR). Це була не просто зміна слів. Саме така назва команди означала, що занепокоєння викликає вже не лише притуплення почуття жалю (вторинна психологічна травма внаслідок важкої праці в процесі надання медичних послуг), а ще й такі психічні розлади, як бойовий та оперативний стрес, синдром вигорання на роботі та зусилля з відновлення або підвищення стресостійкості персоналу.

Окрім лікарів і медсестер із відділення інтенсивної терапії, консультативна команда тепер охоплює весь персонал Регіонального медичного центру армії США: від санітарів, які переносять ноші й допомагають переміщувати поранених пацієнтів, і до працівників фінансового підрозділу, яким іноді доводиться чути розповіді солдатів, котрим вони допомагають вирішувати питання з виплатами та компенсаціями.

Директор програми

До серпня 2006 року роботою команди LRMC із питань подолання бойового та оперативного стресу й підвищення стресостійкості персоналу опікувався неофіційний комітет на чолі з лікарем-психіатром. Було забезпечено фінансування для того, щоб найняти психолога-клініциста на посаду директора програми. Ця людина здійснює управління командою і, що важливо, є погоджувальною ланкою для вирішення всіх складних питань. Директорові програми доручено проводити більшість коротких консультацій і відвідування клініки.

Учасники команди

До складу команди COSR/SR входять капелани, медсестри та медичні працівники — фахівці з психічних розладів із офіцерськими званнями або цивільні. Учасники команди приймаються на добровільних засадах для виконання додаткових службових обов'язків. Таким чином, вони отримують доступ до всіх працівників із персоналу LRMC, який не мав би в іншому випадку доступу до лікування симптомів, що можуть розвиватися внаслідок постійних контактів із тяжко пораненими солдатами й проведення складних операцій. Окрім цього, вони проводять короткі презентації в різних аудиторіях, зокрема з орієнтування новоприбулих пацієнтів, професійні зустрічі з фахівцями з питань охорони психічного здоров'я або співробітниками клініки, а також із новим керівництвом. Додатковим способом поширення інформації є брошура, яка в загальних рисах описує зазначену Програму. Для інформування громадськості про діяльність Програми використовується візитівка в інтернеті й місцеві ресурси з надання медичних послуг. Нарешті, на електронну пошту співробітників LRMC надсилаються повідомлення про заходи, які стосуються діяльності Програми COSR/SR (тренінги з питань гігієни сну або з управління стресовими ситуаціями).

Конфіденційні консультації

Намагаючись подолати упередження людей, яким часто незручно звертатися по психологічну допомогу, команда COSR/SR LRMC надає можливість проводити дві строго конфіденційні консультації. Поки не встановлено діагнозу, доти не ведеться жодна офіційна документація. Як завжди, про випадки насильства в родині, жорстокого поводження з дітьми та наміри заподіяти шкоду собі або іншим необхідно повідомляти й відповідно реагувати на них. І хоча раніше про перший «неофіційний» візит повідомлялося, є надія, що під час другого такого візиту буде можливість провести додаткове ґрунтовне оцінювання психологічного стану фахівця та розглянути будь-яку пораду або пропозицію щодо вирішення виявлених проблем. Якщо проблеми вже тривалий час непокоять людину, другий візит надасть змогу фахівцям із команди COSR/SR більш ефективно (шляхом

покращення взаєморозуміння) заохотити людину пройти певний курс лікування.

Основна мета роботи команди полягає в тому, щоб персонал LRMC почувався комфортно, коли звертається по допомогу в межах центру. Персонал медичного центру повинен розуміти, що має змогу отримати консультації психологів з приводу тих чи інших симптомів психологічних або емоційних розладів, а результати випробувати в своїй подальшій роботі в LRMC або в інших ситуаціях. Співробітники медичного центру можуть відчувати деякі симптоми, зокрема порушення сну, підвищені дратівливість і настороженість. Головне те, що персонал LRMC має бути впевненим, що їхні особисті справи залишатимуться конфіденційними, а кар'єра не опиниться під загрозою. У тих випадках, коли вторинної підтримки й коригування поведінки недостатньо, члени консультативної команди призначають співробітникові LRMC конкретну медичну допомогу й можуть дати відповідь на запитання, що викликають найбільше занепокоєння у пацієнтів. Анонімність у таких ситуаціях гарантована.

Оперативні консультації як альтернатива відвідуванню лікарні

З метою оцінювання користі від програми COSR/SR для персоналу LRMC були запроваджені короткі, неофіційні консультації окремо від тренінгів, у яких слід було певний час брати участь і які проводилися протягом кількох занять. Такий розподіл сприяє відокремленню функцій психологічної підтримки та мінімального надання порад від проведення ґрунтовного оцінювання психологічного стану й втручання в психіку пацієнта. Наприклад, від жовтня по грудень 2006 року 65 співробітників LRMC скористалися стислими консультаціями («консультаціями в передпокої»), і четверо з них були помічені під час відвідування лікарні за призначенням. 20 % із них згодом проходили офіційне лікування. Через безліч змін, які відбуваються, поки пацієнта скеровують від одного закладу до іншого, число таких візитів також може змінюватись. Так, у березні та квітні 2007 року команда COSR/SR провела 38 стислих консультацій і 46 консультацій із відвідуванням лікарні. Почасти через збільшення відвідувань профільних фахівців рівень звертань по вторинну психологічну допомогу під час консультацій знизився до 10 відсотків.

Фахівці команди COSR/SR відстежують стан пацієнтів за допомогою стислих консультацій, які є альтернативою відвідуванню лікарні. Окрім цього, вони збирають інформацію про стан санітарів і лікарів у клініці. Вивчивши атмосферу та настрої фахівців медичного центру, консультаційна команда може краще зрозуміти психологічний стан і причини виникнення стурбованості у більшості медичних працівників LRMC. Тоді команда може проводити консультації в тих підрозділах клініки, які найбільше цього потребують. Причини для цього можуть бути дуже різними: потреби покращення психічного здоров'я медичного персоналу, особливості робочої обстановки або накопиченого негативного досвіду в співробітників медичного центру. У цих випадках дуже корисними є також консультації з головним лікарем клініки або її директором.

Опитування про виконання завдань

Здається, що методи управління стресом шляхом пом'якшення його наслідків і розпитування (опитування про виконання завдань) почали менше цікавити фахівців. Проте співробітники LRMC можуть скористатися шансом і поділитися власним робочим досвідом у безпечній і психологічно комфортній обстановці, де не зустрінуть осуду. Команда COSR/SR LRMC намагається забезпечити пацієнтам таке середовище. Яскравим прикладом успішного створення таких умов для бесід є робота, яку проведено серед персоналу, котрий забезпечує діяльність санітарів та іншого персоналу аеромедичної евакуації для вхідних і вихідних рейсів.

Багато цих медичних працівників стикаються з фізично травмованими, пораненими, покаліченими військовослужбовцями, а також із тими, хто вмирає. Такі співробітники LRMC наражаються на високий ризик виникнення психічних і емоційних розладів. Наприкінці 1-місячного ротаційного періоду проводиться розпитування кожної медичної бригади про виконання службових завдань. Протягом цих бесід капелан за підтримки іншого учасника консультаційної команди (як правило, фахівця з охорони психічного здоров'я) проводить обробку даних про психічний стан кожного

співробітника медичного центру, якого опитували. Більшість членів медичної бригади, які виконують значну частку роботи під час виконання завдань, вважають, що досвід опитування є дуже важливим для них і в цілому сприймають його позитивно. Часто вони починають відчувати більшу вдячність за позитивні зміни в їхньому житті, такі як здоров'я, добробут і підтримка родини. Іноді у подальших співбесідах обговорюються проблеми в робочій системі. Так, консультативна команда анонімно передає командному складові медичного центру відомості про проблеми (наприклад, кадрової системи або інших структурних одиниць, працівники яких були опитані). Це сприяє усуненню виявлених недоліків завдяки діям командування, яке здатне виправити ситуацію.

У березні та квітні 2007 року 134 співробітники LRMC були опитані в іншому контексті, а саме з приводу критичної події, яка сталась із ними (наприклад, смерть пацієнта, який перебував на лікуванні в центрі протягом незвично тривалого часу) або перебування під впливом хронічного стрес-чинника (наявність вищого за середнє числа пацієнтів з ампутованими кінцівками). Наведемо приклад. Молодий військовослужбовець під час заміни обладнання в палаті пораненого солдата був надзвичайно вражений запахом опікової рани пацієнта. Він сказав, що протягом кількох ночей після цього ще відчував цей запах. Психологи разом із військовослужбовцем розглянули реакції людського мозку на психологічні травми. За приклади брали його реакції та реакції інших людей. Опісля цієї бесіди й нормалізації стану військовослужбовець зміг швидко повернутися до виконання своїх функціональних обов'язків.

ПОТОЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМАНДИ

Розподіл персоналу

Члени консультативної команди розосереджені по всій лікарні для надання консультацій у разі їх необхідності. Теми консультацій стосуються подолання наслідків робочого стресу та підвищення стресостійкості медичного персоналу LRMC. Окрім того, учасники команди беруть участь у засіданнях лікарняних комітетів і виконують конкретні завдання з числа загальносистемних заходів медичного центру з метою послаблення робочого стресу в медичного персоналу. Головна особливість полягає в тому, що консультативна команда намагається вирішувати питання не лише власними силами, але й шляхом залучення допомоги вищого рівня. Фахівці з команди консультують старших медичних сестер і керівників усіх структурних підрозділів у межах медичного центру. Здебільшого це пов'язано з дослідженням, яке показало, що моральний стан і згуртованість співробітників підрозділів є дуже важливими чинниками забезпечення високої стресостійкості. Тому над цим потрібно працювати на всіх рівнях і з кожним працівником, який має стресові чинники в роботі.

Наради консультативної команди

Багатопрофільна консультативна команда COSR/SR проводить щотижневі наради для обговорення змін тематики проведених консультацій і майбутніх напрямів роботи. Розглядаються потреби проведення консультацій на рівні відділень або підрозділів медичного центру, де виникла така необхідність, а також види стрес-чинників, які мають місце. Наради є життєво важливими для поширення інформації та забезпечення емоційної й адміністративної підтримки учасників команди. Завдяки зворотному зв'язкові з членами команди можливо відтворити точну картину емоційного стану всіх фахівців медичного центру. У підрозділах, які потребують психологічної допомоги найбільше, можуть бути виділені необхідні ресурси медичної психологічної допомоги. Таким чином, створюється своєрідний форум, де можна отримати поради для вирішення конкретних проблем і швидко поширити необхідну корисну для загальної справи інформацію. Також на цих нарадах координуються додаткове планування тривалої реклами та розповсюдження інформації щодо проведення опитувань або презентацій у клініці.

Опитування

Намагаючись підтримувати динаміку поточної роботи Регіонального медичного центру армії США, консультативна команда періодично проводить опитування співробітників різних відділень і підрозділів на теми робочого стресу, морального стану та загальної обізнаності з програмою протидії стресам для персоналу медичного центру Ландштуль.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ

Директор програми

Станом на сьогодні (2007 рік), програмою COSR/SR передбачені кошти для утримання протягом одного року посади директора програми. На цій посаді має перебувати керівник, який популяризуватиме програму й проводитиме роботу з медичним персоналом. Навіть зважаючи на залучення додаткових коштів на фінансування посади директора, досить важко знайти потенційних кандидатів, які бажають переїхати до Німеччини на досить обмежений час. Розглядаються також інші варіанти, наприклад, можливість залучення до цієї роботи стажистів або громадських волонтерів. Окрім того, точаться дебати про ідеального кандидата на посаду директора програми. Зокрема, обговорюється те, ким він має бути за фахом (психіатром, психологом чи соціальним працівником) та чи повинен він мати досвід роботи в громадських організаціях чи системних проектах.

В ідеалі кандидат на посаду директора повинен бути обізнаним із військовою справою та процесом розгортання військ, а також із системою охорони здоров'я загалом і роботою у великому медичному закладі зокрема.

Персонал

Консультативна команда з питань охорони психічного здоров'я II встановила, що від 20 % до 30 % медичних працівників зі сфери охорони психічного здоров'я повідомляли про синдром вигорання на роботі, низьку мотивацію чи будь-яке інше порушення, пов'язане із передислокацією [19]. Ця інформація має важливе значення для оцінювання стану членів консультативної команди COSR/SR і забезпечення їм перепочинку або підвищення стресостійкості, щоб вони мали змогу уникнути перевантаження на роботі [19]. Оцінюється також і психологічний стан рядового військово-медичного персоналу нижчої ланки (санітарів, медсестер), призначеного працювати з фахівцями LRMC, які бажають скористатися програмою «Подолання бойового та оперативного стресу, підвищення стресостійкості персоналу» (COSR/SR). Для підсилення консультативної команди COSR/SR може бути відібраний додатковий персонал із відділень і підрозділів LRMC. У межах забезпечення та підвищення стресостійкості медичного персоналу керівникам структурних підрозділів медичного центру і сержантам медичної служби пропонують звертати увагу на стресостійких підлеглих для того, щоб у подальшому долучати їх до виконання певних функціональних обов'язків разом із колегами з групи ризику. Це позитивно впливатиме на підвищення стресостійкості останніх.

Центральна ланка зв'язку

Одна з перешкод на шляху вдосконалення програми пов'язана з тим, що в разі потреби медичний працівник з персоналу LRMC може не знати, до кого звернутися зі своїми психологічними проблемами. Ситуація ускладнюється тим, що фахівці консультативної команди постійно змінюють один одного за викликом. Окрім цього, працівник LRMC здатний почуватися некомфортно під час пошуків допомоги, розпитуючи всіх навколо про потрібного фахівця-психолога. Це також позбавляє анонімності людину, яка потребує підтримки. Для вирішення цієї проблеми проводиться робота зі спрощення доступу до

фахівців-консультантів. У чергового фахівця з консультативної команди є офіційний мобільний телефон, номер якого опублікований по всій лікарні. Таким чином, усі медичні працівники лікарні знають, як отримати доступ до консультативної команди у разі потреби.

Упередження

Результати останніх опитувань співробітників LRMC показують, що в працівників медичного центру залишається чимало упереджень стосовно звернення по психологічну допомогу до будь-якої офіційної програми. Консультативна команда COSR/SR і далі проводить роз'яснювальну роботу: коли людина звертається до неї по психологічну допомогу за Програмою подолання бойового та оперативного стресу (COSR), це не означає, що її назвуть «божевільною». Також доводиться спростовувати міф про ймовірність впливу на медичну кар'єру тих фахівців, які добровільно звернулись для отримання консультації з питань поведінкового здоров'я, на відміну від тих, кого було скеровано на таку консультацію. Дані з цих проблемних питань, які вдалося зібрати, будуть враховані під час проведення майбутніх опитувань.

Збір даних

В опитуваннях, про які йшлося вище, використовувалися різні варіанти тесту на наявність вторинної психологічної травми (Secondary Traumatic Stress Scale) [20] з непідтвердженою достовірністю. Подальші зусилля будуть спрямовані на підготовку або розробку звукової психометричної карти, за допомогою якої можливо більш точно виміряти рівень COSR/SR. В ідеалі подібні заходи повинні містити об'єктивні індикатори психічного здоров'я у всьому медичному закладі загалом. Такі дані, як пропущені робочі дні, число психологічних консультацій або винесених доган, можуть бути ознаками неналежного психологічного клімату в організації. Але згодом ці проблеми легко відстежуватимуться.

Види стресових чинників

Для отримання більшого обсягу даних для проведення ефективніших консультацій команда з питань подолання бойового та оперативного стресу і підвищення стресостійкості почала збирати інформацію про види стрес-чинників, з якими вона стикається в медичному центрі. До них належать робочі, організаційні, професійні, сімейні, міжособистісні та інші чинники.

Прикладом робочого стрес-чинника є високий темп виконання роботи. Організаційним стресовим чинником може стати вплив високої плинності кадрів у період масового видання наказів про переведення військовослужбовців в іншу частину.

Професійними стрес-чинниками є синдром вигорання на роботі й ефект певного боргу (у випадках тривалої роботи з людьми з ампутованими кінцівками або опіками). Сімейні та міжособистісні стрес-чинники говорять самі за себе. До них належать проблеми у взаєминах із батьками, складнощі в комунікації чи командній роботі. Щодо категорії «інших» стрес-чинників, учасники консультативної команди COSR/SR намагаються заспокоїти персонал, пояснюючи, що психотерапія працює, сеанси насправді конфіденційні та допомагають визначити різні діагностичні категорії (тобто «Я маю справу з гострим стресовим розладом чи посттравматичним стресовим розладом і що це означає?»).

ВИСНОВКИ

Консультативна команда COSR/SR у LRMC зросла із «психологічно-духовного» дуету психолога та капелана (закріпленого за реанімаційним відділенням) до цілої команди працівників служби охорони психічного здоров'я з кількох дисциплін і галузей, базованих у межах медичного центру. До складу консультативної команди також входять фахівці з питань фінансування та добору

персоналу. Спектр скарг розширився від вторинних психологічних травм (наприклад, притуплення почуття жалю) до всіх стресових реакцій, які можуть виникати під час роботи у великому медичному закладі, що приймає майже щодня постраждалих військовослужбовців після воєнних операцій OIF/OEF.

Такий адаптивний контингент фахівців буде зміцнений завдяки розширенню сфери діяльності та підтримці на вищих рівнях командування (йдеться про фінансування та забезпечення персоналом). Консультативна команда прагнутиме проводити більше профілактичної роботи, ніж боротись із наслідками стрес-чинників. Можливо, виконання цієї місії буде полегшено шляхом оцінювання всіх нових пацієнтів на наявність бойового або оперативного стресу, а також розробкою подальших планів підвищення стресостійкості персоналу медичного центру. Попереду ще багато роботи, але основна концепція діяльності консультативної команди COSR/SR чітка й дуже важлива для медичного персоналу та пацієнтів LRMC.

ПОДЯКА

Висловлюємо щиру подяку майору Мішелю МакБрайду, доктору медицини, який впроваджував багато заходів, описаних у цьому розділі, за значний внесок у розробку процедур команди консультантів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Lein B. Colonel, Medical Corps, US Army. Command brief, Landstuhl, Germany, November 24, 2008.
2. Ritchie EC, Keppler WC, Rothberg JM. Suicidal admissions in the United States military. *Mil Med.* 2003;168(3):177–181.
3. Forsten R, Schneider B. Treatment of the stress casualty during Operation Iraqi Freedom One. *Psychiatr Q.* 2005;76(4):343–350.
4. Hill JV, Johnson RC, Barton RA. Suicidal and homicidal soldiers in deployment environments. *Mil Med.* 2006;171(3):228–232.
5. Mental Health Advisory Team (MHAT). *Operation Iraqi Freedom (OIF).* Report. The US Army Surgeon General and Department of the Army G-1. December 16, 2003. Available at: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat.html. Accessed September 4, 2008.
6. Solomon Z, Benbenishty R. The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *Am J Psychiatry.* 1986;143(5):613–617.
7. Hassinger AD. Mentoring and monitoring: the use of unit watch in the 4th Infantry Division. *Mil Med.* 2003;168(3):234–238.
8. Bacon BL, Staudenmeier JJ. A historical overview of combat stress control units of the US Army. *Mil Med.* 2003;168(9):689–693.
9. Ritchie EC, Owens M. Military issues. *Psychiatr Clin North Am.* 2004;27:459–471.
10. Greene-Shortridge TM, Britt TW, Castro CA. The stigma of mental health problems in the military. *Mil Med.* 2007;172(2):157–161.
11. McDuff DR, Johnson JL. Classification and characteristics of Army stress casualties during Operation Desert Storm. *Hosp Community Psychiatry.* 1992;43(8):812–815.
12. Blackwell J. Captain, US Army. Chief, Managed Care Division, Landstuhl Regional Medical Center. Personal communication, May 2007.

13. Fichtner U. The German front in the Iraq war: a visit to the US military hospital at Landstuhl. *Spiegel Online International.* March 14, 2007. Available at: http://www.spiegel.de/international/germany/0,1518,471654,00.html. Accessed September 3, 2008.

14. Figley CR, ed. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1995.

15. US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control*. Washington, DC: DA; July 6, 2006. Army Field Manual 4-02.51.

16. Daigneault I, Hébert M, Tourigny M. Personal and interpersonal characteristics related to resilient developmental pathways of sexually abused adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2007;16(2):415–434.

17. Winkel FW, Blaauw E, Sheridan L, Baldry AC. Repeat criminal victimization and vulnerability for coping failure: a prospective examination of a potential risk factor. *Psychol Crime Law.* 2003;9(1):87–95.

18. Tang CS. Trajectory of traumatic stress symptoms in the aftermath of extreme natural disaster: a study of adult Thai survivors of the 2004 Southeast Asian earthquake and tsunami. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195:54–59.

19. Mental Health Advisory Team (MHAT-II). *Operation Iraqi Freedom (OIF-II).* Report. The US Army Surgeon General. January 30, 2005. Available at: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat.html. Accessed September 4, 2008.

20. Motta RW, Hafeez S, Sciancalepore R, Diaz AB. Discriminant validation of the Modified Secondary Trauma Questionnaire. *J Psychothera Independent Pract.* 2001;2(4):17–24.

Розділ 15

ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІ ТРАВМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Луі М. Френч[I] · Кетрін Х. Табер[II] · Кеті Хелмік[III] · Робін А. Херлі[IV] · Дебора Л. Варден[V]

ВСТУП

ЕТІОЛОГІЯ ТА ДІАГНОСТИКА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

Причини виникнення черепно-мозкових травм

Уразливі зони та розвиток травм

ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Структурне нейровізуальне дослідження

Бойові черепно-мозкові травми

ЗАГАЛЬНІ КОГНІТИВНІ НАСЛІДКИ

Постконкусивний розлад

Взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом і черепно-мозковою травмою

Лікування черепно-мозкової травми в зоні бойових дій

Взаємозв'язок між зловживанням психоактивними речовинами й алкоголем та черепно-мозковою травмою

СИМПТОМАТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Освітні заходи

Відпочинок і повернення на службу

ВИСНОВКИ

[I] Доктор психології, директор Центру травми головного мозку ветеранів Міністерства оборони та завідувач відділення ортопедії та реабілітації, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307; неврологічне відділення, Військово-медичний університет силових структур ЗС США, Bethesda, Maryland 20814.

[II] Доктор філософії, дослідник у сфері охорони здоров'я, відділ освіти і науки, Медичний центр Хефнера, Департамент у справах ветеранів ЗС США, Mailstation 11M, 1601 Brenner Avenue, Salisbury, North Carolina 28144; у минулому — науковий співробітник факультету медичної інформатики, Університет штату Техас у Г'юстоні.

[III] Магістр наук у сфері догляду за хворими, зареєстрована і сертифікована медична сестра-практик Американської ради неврологічних медичних сестер, старший виконавчий директор відділення черепно-мозкових травм, Навчальний центр із питань психічного здоров'я та черепно-мозкових травм, Міністерство оборони США, 1335 East-West Highway, 9th Floor, Suite 700, Silver Spring, Maryland 20910; у минулому — заступник директора Центру травми головного мозку ветеранів, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC.

[IV] Доктор медицини, заступник директора з питань освіти, Медичний центр Хефнера, Департамент у справах ветеранів ЗС США (Mailcode 11F), 1601 Brenner Avenue, Salisbury, North Carolina 28144; у минулому — заступник директора Медичного центру Хефнера, Департамент у справах ветеранів ЗС США, Salisbury, North Carolina.

[V] Доктор медицини, у минулому — національний директор штаб-квартири Військового та ветеранського центру травм головного мозку, відділення неврології та психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001.

ВСТУП

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є дуже серйозною проблемою охорони громадського здоров'я, а також основною причиною смертності й інвалідності молодих людей. Відповідно до даних Центрів із контролю і профілактики захворювань США (CDC — Centers for Disease Control and Prevention) [1], 1,4 мільйона осіб на рік зазнають ЧМТ, із них 50 000 помирають. Від 80 000 до 90 000 осіб стають інвалідами й назавжди втрачають працездатність. Через це суспільство витрачає майже 50 млрд доларів на рік, із урахуванням витрат на лікування, втрачених зарплат потенційних працівників, виплат з інвалідності та у випадках смерті [2, 3]. Найтяжчим наслідком ЧМТ є те, що вона позбавляє людину важливих моментів у міжособистісних стосунках, а значить, добробуту й щастя.

Служба в армії передбачає навчання в особливо складних умовах, часто небезпечних для життя, а також участь у бойових діях. Військовослужбовці піддаються більшому ризику, ніж цивільне населення. Хоч як це дивно, але серед молодих дорослих чоловіків (групу, на яку припадає найбільше випадків ЧМТ серед цивільного населення) приблизно таке саме число випадків ЧМТ, як і серед молодих жінок-військовослужбовців. Цей факт доводить, що ризик є невід'ємною частиною військової служби [4]. Однак Іванс (Ivins) і його колеги [5] у нещодавній публікації, присвяченій вивченню тенденцій у госпіталізації пацієнтів із ЧМТ у Регулярній армії США протягом 1990-х років, надали цікаві дані. Автори повідомляють, що число госпіталізованих військових із ЧМТ за останнє десятиліття зменшилося за багатьма показниками, а саме за ступенями важкості травм, за статевою приналежністю (як серед жінок, так і серед чоловіків), а також за всіма віковими категоріями. У статті також зазначається, що в першій половині 1990-х років стандартний показник госпіталізацій військовослужбовців із ЧМТ, у тому числі й загальний показник, був вищим за показник для цивільних осіб віком від 17 до 49 років. У другій половині 1990-х років більшість стандартних показників госпіталізацій військовослужбовців із ЧМТ, у тому числі загальний показник, були набагато нижчі за аналогічні показники для цивільних осіб. Загалом на 75 % знизилася кількість госпіталізацій військовослужбовців із ЧМТ.

Зниження кількості госпіталізованих військових із ЧМТ у той період сприяло відносному поліпшенню статистики до кінця 1990 року порівняно з аналогічними показниками серед цивільних пацієнтів із ЧМТ. Це може бути пов'язане з успішно проведеними освітніми заходами або іншими чинниками.

Трохи складніше кількісно виміряти вплив ЧМТ на бойову готовність військових. Адже серед деяких потенційних наслідків ЧМТ є сповільнення реакції, зниження швидкості когнітивних процесів і зміни настрою. Навіть тимчасові симптоми здатні впливати на оперативність розгортання військ чи боєздатність військовослужбовця. Крім того, існує ризик того, що ЧМТ, особливо легкого ступеня, може бути не виявленою. У цьому розділі даються відповіді на запитання «що таке ЧМТ» та «як визначається її тяжкість», розглядаються загальні наслідки травми та деякі стратегії лікування. Також обговорюватимуться теми виявлення і тактики лікування ЧМТ в умовах ведення бойових дій. Хоча в розділі будуть розглянуті всі ступені тяжкості травм головного мозку, основна увага приділятиметься легким ЧМТ (лЧМТ). Саме цивільне населення перш за все потрапляє в поле зору військових медичних закладів охорони пси-

хічного здоров'я. Людину з типовими посткомоційними симптомами, схожими на симптоми розладів настрою, тривожного стану або інші легкі розлади психіки, якщо в неї виявляють подібні симптоми невстановленої етіології, найімовірніше скерують до зазначених медичних закладів.

Нинішні конфлікти в Іраку (операція «Іракська свобода») й Афганістані (операція «Непохитна свобода») відрізняються від минулих воєнних кампаній вищим рівнем виживання поранених військовослужбовців. На сьогодні співвідношення поранених до вбитих в Іраку більше ніж 9:1,6 порівняно з менш ніж 3:1 під час воєнних дій у В'єтнамі та Кореї та приблизно 2:1 під час Другої світової війни) [7]. Підвищення рівня виживання поранених пов'язане з численними чинниками. До них належать сучасне медичне обслуговування в зоні бойових дій та якісні військові засоби захисту. Разом із підвищенням рівня виживання серед поранених збільшилося число постраждалих від ЧМТ із тієї причини, що найпоширенішою причиною травм у нинішніх збройних конфліктах є вибух. ЧМТ є наслідком прямого впливу ударної хвилі або вторинного чи третинного ефекту вибуху. Дуже важливо, щоб медичний персонал закладів охорони здоров'я усвідомлював, що крім бойових поранень військовослужбовець може мати серйозні ЧМТ. У багатьох випадках це встановлюється відразу після отримання травми. Однак існує ще більша вірогідність виявлення ЧМТ пізніше, особливо, якщо це травма середнього ступеню тяжкості. Подібні травми без видимих симптомів здатні мати як короткочасні, так і тривалі наслідки для всього організму. Це впливає на процес одужання в цілому або на реабілітацію після лікування інших, більш помітних ушкоджень.

ЕТІОЛОГІЯ ТА ДІАГНОСТИКА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

ЧМТ характеризуються як проникні або закриті. Проникні травми головного мозку з'являються у випадках, коли в тверду мозкову оболонку мозку потрапляє чужорідний предмет або кістка. (У бойовій обстановці це зазвичай кулі або уламки металу). У випадку закритої ЧМТ проникнення в тверду мозкову оболонку мозку не відбувається, але сама сила удару завдає суттєвої шкоди. Хоча є деякі незначні відмінності у визначенні ЧМТ, особливо щодо легкого ступеня, найбільш поширені травми зі схожими видами пошкоджень надають Центр контролю і профілактики захворювань (CDC — Center for Disease Control and Prevention) [8], Американський конгрес реабілітаційної медицини (ACRM — American Congress of Rehabilitative Medicine) [9], Американська асоціація психіатрів (APA — American Psychiatric Association) [10] і Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [11]. Центр травматології головного мозку армії і ветеранів Міністерства оборони (DVBIC — Defense and Veterans Brain Injury Center) визначає лЧМТ у бойовій обстановці як пошкодження головного мозку, спричинене дією зовнішньої сили, з пришвидшенням чи сповільненням (або в деяких випадках із пришвидшенням і сповільненням одночасно) через вибух, падіння, прямий удар або автомобільну катастрофу. Ця травма викликає зміну психічного стану, внаслідок чого виникають такі тимчасові симптоми, як головний біль, нудота, блювання, запаморочення, або проблеми з рівновагою, втома, безсоння чи інші види порушення сну, сонливість, підвищена чутливість до світла або шуму, затуманений зір, погіршення пам'яті й концентрації уваги.

Таке визначення лЧМТ було запроваджено в 2006 році робочою групою експертів у галузі військової оперативної медицини* і ЧМТ) [12]. Експерти групи сформулювали його, керуючись загальноприйнятими визначеннями відомих організацій, вказаних вище (CDC, ACRM, APA і ВООЗ). Крім цього, була врахована позиція Національної асоціації спортивних тренерів (National Athletic Trainers' Association) щодо терапії спортивних ЧМТ) [13] і Празьких керівних принципів

* «Військова оперативна медицина» — одна з трьох галузей військової медицини Армії США (оперативна, клінічна і науково-дослідна). Термін «військова оперативна медицина» означає первинну ланку військово-медичного забезпечення військових частин і підрозділів до батальйону включно. — *Прим. ред.*

лікування струсу мозку під час занять спортом (Prague sports concussion guidelines) [14]. Відповідно до нових визначень, біомеханічні сили є причинами струсу, який призводить до порушення свідомості (ПС), у тому числі до втрати свідомості (ВС), посттравматичної амнезії (ПТА), ретроградної амнезії, виникнення напівпритомного стану або сплутаності свідомості в момент травмування. Важливий аспект нового визначення ЧМТ — це те, що втрата свідомості не є основною характеристикою струсу мозку. Тобто військовослужбовець не обов'язково повинен мати симптом втрати свідомості для діагностування струсу мозку або лЧМТ (ці терміни використовуються як синоніми). Група визнала подальшу цінність зазначених характеристик ЧМТ і прийняла їх із деякими змінами. Нове визначення відрізняється від раніше прийнятих лише додаванням до нього загальних механізмів травмування в бойових умовах, зокрема внаслідок дії ударної хвилі. Також було наведено повний перелік симптомів ЧМТ.

Більшість експертів із питань ЧМТ із зазначеної робочої групи погодилися, що після отримання лЧМТ виявляються загальні симптоми, однак наявність цих симптомів не є обов'язковою для діагностування лЧМТ. Тобто, можливо, у військовослужбовця і стався струс головного мозку, але основні симптоми не завжди проявляються. Іноді можуть спостерігатися значні зміни у функціонуванні або продуктивності військовослужбовця. Наприклад, уповільнене реагування, навіть за умов відсутності змін, помітних постраждалій особі [15]. Необхідно зазначити, що учасники робочої групи досягли консенсусу в питанні додання до визначення лЧМТ симптомів зміни свідомості, у тому числі відчуття «сповільнення реакцій і сплутаності думок» відразу після травмування. Є випадки, які описувались у спортивній літературі або траплялися на полі бою, коли після травматичної події постраждалі не повідомляли лікарям про будь-які зміни свідомості. Згодом у таких пацієнтів проявлялися симптоми, які вказували на струс мозку, або виникали тимчасові розлади поведінки. Консервативний підхід до лікування з урахуванням подібних випадків може полягати в тому, що військовослужбовці, які брали участь у подіях із високим ризиком отримання ЧМТ і які повідомляють про вказані вище симптоми, мають проходити психіатричне оцінювання. Однак без основних діагностичних симптомів такі пацієнти не можуть вважатися постраждалими від лЧМТ. Потрібно провести додаткові дослідження для того, щоб точно виявити постраждалих від лЧМТ [13].

Ступінь важкості закритої ЧМТ визначається тривалістю непритомного стану і посттравматичної амнезії, а також показниками шкали важкості коми Глазго (таблиця 15.1). ЧМТ середньої важкості діагностують за наявності позитивних результатів рентгенорадіологічних досліджень у тих пацієнтів, у яких згідно із зазначеними критеріями може бути ЧМТ середнього ступеня важкості. У таких пацієнтів клінічні результати будуть аналогічні тим, які спостерігаються в пацієнтів, котрим діагностували ЧМТ середньої важкості на підста-

ТАБЛИЦЯ 15.1

ОПИС ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Ступінь важкості	ШКГ[1]	ВС	ПТА
Легкий	13–15	<20 хв–1 год	<24 год
Середній	9–12	1–24 год	24 год <7 днів
Важкий	3–8	> 24 год	>7 днів

ШКГ: шкала коми Глазго
ВС: втрата свідомості
ПТА: посттравматична амнезія

1 Шкала коми Глазго (ШКГ) (Glasgow Coma Scale — GCS) є найпоширенішим інструментом визначення ступеня важкості травми мозку. Слід зазначити, що ШКГ відбиває лише загальні симптоми пацієнта. Але в постраждалого можуть бути інші серйозні порушення, які ШКГ може не виявити. Крім цього, оцінювання за шкалою не відбиває кількості чинників ступеня важкості, які впливали на пацієнта з ЧМТ. Зазвичай пацієнт із важкою ЧМТ отримує від 3 до 8 балів за шкалою коми Глазго. При цьому первинне обстеження виявляє у нього важкі неврологічні розлади. Найнижча оцінка ШКГ — 3 бали (без неврологічних розладів). Пацієнт із важкою черепно-мозковою травмою так само може втратити свідомість більш ніж на годину. У випадку посттравматичної амнезії (ПТА) пам'ять втрачається одразу після отримання травми. Стандартним запитанням для оцінювання ПТА у пацієнта є таке: «Назвіть перше, що ви можете пригадати після травмування». Якщо постраждалий пам'ятає події, які сталися через 24 години після отримання травми, то згідно з критеріями він отримав ЧМТ середнього або важкого ступеня.

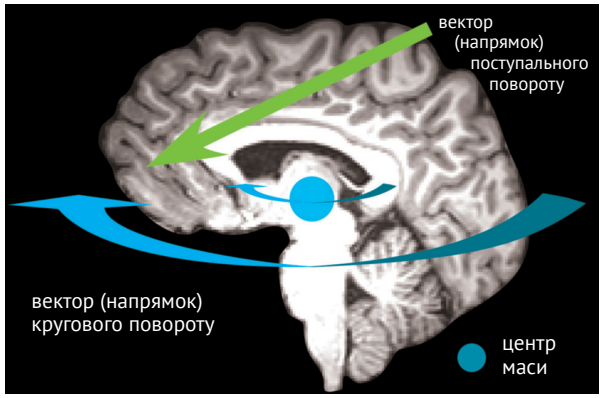


Рис. 15.1. Фізичні сили, які впливають на головний мозок і призводять до черепно-мозкової травми, достатньо добре вивчені. Можуть виникати як лінійні (на рисунку позначені зеленим кольором), так і обертальні (на рисунку позначені синім кольором) сили. Мозок може бути фізично зміщеним всередину черепа. Він також може бути повернутим або скрученим. Під дією обертальних сил тканини з низькою щільністю (наприклад, кора головного мозку) рухаються швидше, ніж тканини з вищою щільністю (наприклад, підкіркова біла речовина), унаслідок чого виникають сили розтягування і зсувні сили.

ві тривалості коми або втрати свідомості [16, 17]. Слід підкреслити, що наведені ознаки стосуються опису важкості черепно-мозкової травми, а не клінічних наслідків чи порушень функціональності в майбутньому. Що важчий ступінь ЧМТ, то більше шансів збереження певних порушень протягом тривалого часу, однак багато пацієнтів із важкими ЧМТ показали гарні результати лікування. Водночас у деяких пацієнтів із легкими формами ЧМТ відбувались катастрофічні зміни в особистій, соціальній та професійній діяльності. Постконтузійний синдром докладніше описується далі в цьому розділі.

Причини виникнення черепно-мозкових травм

Черепно-мозкова травма може виникнути з багатьох причин, а саме внаслідок нещасних випадків, ударів, падінь, вибухів. Фізичні сили, що впливають на мозок під час зазначених подій, які здатні призвести до ЧМТ, досить добре вивчені (рис. 15.1). Мозок може зміститися фізично всередину черепа лінійною силою. Він також може бути повернутим чи скрученим силою, спрямованою під кутом, або обертальною силою. Під дією зазначених сил тканини з низькою щільністю, зокрема зовнішня оболонка мозку (півкулі), рухаються швидше, ніж тканини з вищою щільністю, з яких складається ядро мозку. Ці сили також можуть крутити мозок навколо його центральної осі. Обидва типи руху призводять до виникнення сил розтягування і зсувних сил всередині мозку.

Мозкова травма, пов'язана з вибухом, є новою сферою досліджень. Хоча ще не доведено, що зміна тиску, яку спричиняє ударна хвиля, безпосередньо пошкоджує мозок так само, як інші частини тіла (зокрема органи, заповнені повітрям, — легені, барабанні перетинки й органи черевної порожнини), але попередні дані показують, що це цілком можливо [18]. Зрозуміло, що й вибухова хвиля, і об'єкти, підняті нею в повітря, в тому числі й людські тіла, є достатньо потужними, щоб спричинити ЧМТ лінійними силами та силами, спрямованими під кутом.

Уразливі зони та розвиток травм

Найпоширенішими первинними ушкодженнями серед ЧМТ є аксональна травма (АТ), гематома і субдуральний крововилив. Зрушення мозку в межах черепа може призвести до розриву поверхні вен, які йдуть від мозку до венозного синуса твердої мозкової оболонки. Це призводить до травматичного субдурального крововиливу (рис. 15.2) [19]. Найпоширенішими місцями ураження є лобова та тім'яна опуклість з того самого боку, на який припала травма [20]. Нейровізуалізація засвідчує, що субдуральний крововилив має форму півмісяця і збігається з поверхнею головного мозку [19, 20]. Ділянка поширення крововиливу обмежується дуральними проекціями і рідко перетинає середню лінію. Коли мозок, рухаючись усередині черепа, з достатньою силою зіштовхується з кісткою, це може призвести до забою паренхіми головного мозку (рис. 15.3).

Найпоширенішими місцями травмування є поверхневий шар сірої речовини нижньої, бічної та передньої частини лобної та скроневої долі. Рідше забиття трапляються в потиличних полюсах або в мозочку [20].

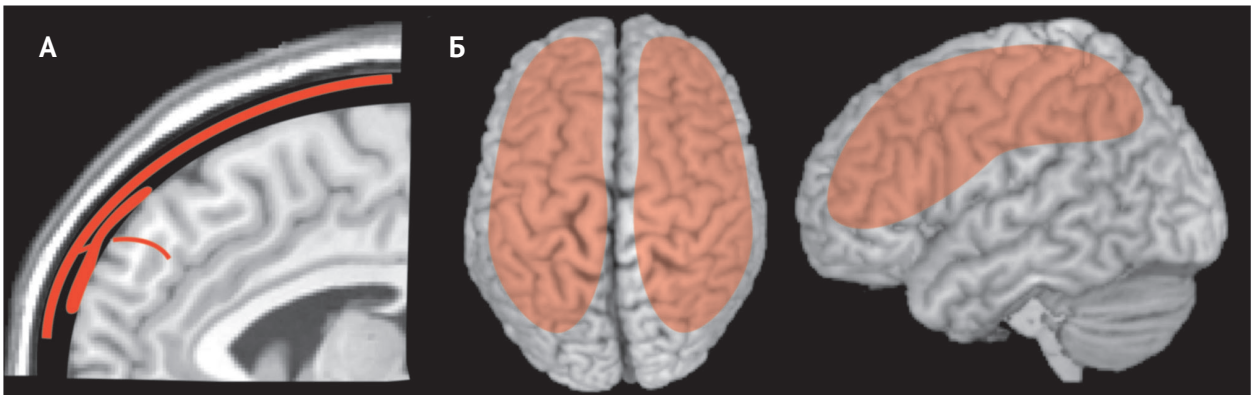


Рис. 15.2. Травматичний субдуральний крововилив трапляється у випадку, коли мозок зрушено всередину черепа з достатньою силою, щоб розірвати судини, які йдуть від поверхні мозку до дурального венозного синуса (А). Найпоширеніші локації — лобна й тім'яна опуклості з того боку, на який припав удар (Б).

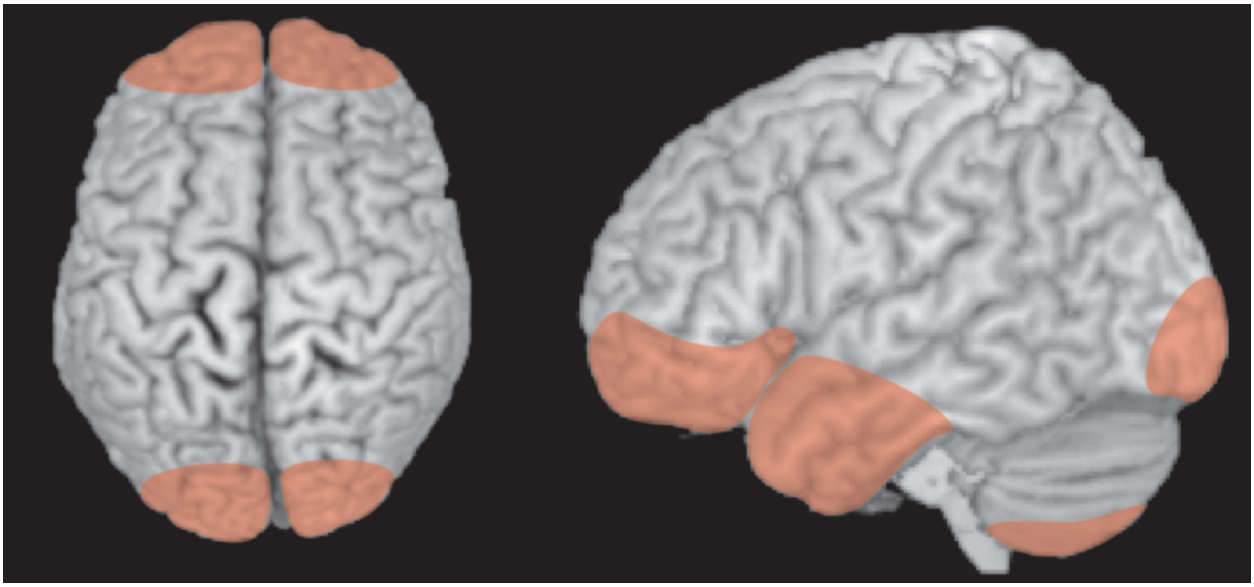


Рис. 15.3. Забиття виникають тоді, коли мозок рухається всередині черепа з силою, достатньою для удару в кістку. Унаслідок цього виникають забиття. Найпоширенішими місцями забиття мозку є поверхневий шар сірої речовини нижньої, бічної та передньої частини лобної та скроневої долі. Рідше ураженими бувають потиличні полюси або мозочок.

Найпоширенішою лЧМТ є дифузне аксональне ушкодження головного мозку (ТАІ — Traumatic axonal injury). Деякі ділянки мозку особливо вразливі для ТАІ (рис. 15.4). Одна з них — це кортико-медулярний перехід (сіра речовина — біла речовина) лобної та скроневої доль. Ділянки з дуже високою концентрацією білої речовини, такі як мозолясте тіло й внутрішні капсули, також є надзвичайно вразливими для травмування. І, нарешті, від ТАІ часто страждають розташована глибше сіра речовина і верхня частина стовбура мозку [20]. ТАІ виникає внаслідок зсувного деформування, розтягнення або дій кутових сил, що впливають на аксони й малі судини [21]. Раніше вважалося, що сили, які призвели до ТАІ, спричиняють механічний розрив аксонів. Хоча таке й може статись, але сьогодні це вважається нетиповим явищем. Справжнє розуміння ТАІ базується

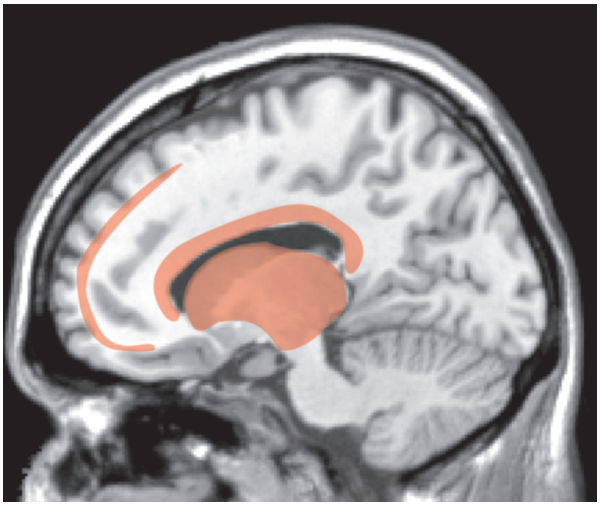


Рис. 15.4. Дифузне аксональне ушкодження головного мозку (ТАІ) виникає внаслідок зсувного деформування, розтягнення або дій кутових сил на аксони та малі судини. Пошкодження аксонального транспорту призводить до фокального набряку аксонів (за кілька годин), а це, своєю чергою, може призвести до роз'єднання аксонів. Найпоширенішими локаціями травми є кортико-медулярний перехід (зокрема лобова-скронева долі), внутрішня капсула, сіра речовина, верхня частина стовбура мозку та мозолясте тіло.

на тому, що це прогресивне пошкодження [22, 23]. Розтягування аксона та його навколишньої мієлінової оболонки призводить до збільшення просочування, а відтак і до посиленого надходження кальцію. Це, своєю чергою, зумовлює ослаблення зазвичай твердої мієлінової оболонки біля враженої ділянки, а також призводить до пошкодження цитоскелета аксонів (складної мережі мікротрубочок і нейрофіламентів, які формують внутрішню опору для нейронів).

Цілісність цитоскелета має важливе значення для багатьох життєво важливих функцій, у тому числі для перенесення речовин з тіла клітини до аксона й дендритів (аксоплазматичного транспорту).

Пошкодження цитоскелета порушує транспортування речовин в аксоні. Речовина накопичується проксимально від місця травмування, що спричинює утворення аксонального набряку. Якщо набряк прогресує, аксон зрештою відривається. Проксимальний кінець герметизується і далі набрякає, що призводить до утворення класичної аксональної ретракційної кулі. На дистальній ділянці аксона розвивається Валлерова дегенерація. У людини цей процес може тривати кілька місяців [24]. (Цей розрахунок зроблений насамперед завдяки вивченню сильно мієлінізованих аксонів великого діаметру, подібних до тих, які утворюють більшу частину мозолястого тіла та внутрішньої капсули).

З'являється дедалі більше фактів на підтвердження того, що дифузні аксональні ушкодження можуть бути зовсім іншими в інших популяціях аксонів (наприклад, у аксонах малого діаметру або в немієлінізованих аксонах) і вразливих ділянках (зокрема при травмах, які припали на ділянки, розташовані близько до клітинних тіл, як це відбувається в кортико-медулярному переході та сірій речовині) [24]. Це має серйозні наслідки як для нейропатологічного визначення ТАІ, так і для розвитку потенційних терапевтичних мішеней [24]. Вторинні процеси можуть призвести до подальшого травмування мозку [24–27]. Наприклад, може статися викид значних доз глутамату (збудливого нейромедіатора), що потенційно загрожує надмірною стимуляцією нейронів (ексайтотоксичністю), яка може призвести до летальних наслідків. Проникнення крові в мозкову тканину може мати токсичну дію, серед іншого спровокувати спазм мозкових судин. А це, своєю чергою, підвищує ризик виникнення ішемії головного мозку.

ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Структурне нейровізуальне дослідження

Дифузне аксональне ушкодження головного мозку характеризується кількома незначними ушкодженнями, як правило, не згрупованими, а розосередженими в головному мозку. Тому інколи доволі складно виявити ушкодження за допомогою нейровізуальних методів. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) у виявленні цього типу травми головного мозку є більш чутливою за комп'ютер-

ну. Попри це навіть МРТ часто не може її діагностувати [20, 22, 28–31]. Результативнішим методом є градієнт-ехо МРТ (Gradient-echo MRI). Він відображає навіть зовсім невеликі ділянки крововиливів, які часто поєднуються з аксональним ушкодженням [32–36]. Цей тип МРТ дуже чутливий до змін магнітної сприйнятливості. Наявність крові в тканині спричинює зміни в локальному магнітному полі. Це знижує інтенсивність сигналу на ділянці, яка містить кров. Ділянки аксонального ушкодження головного мозку без крововиливів краще видно на Т2-зваженому зображенні спін-ехо МРТ, де вони чітко зображуються. Особливо корисним для діагностики є режим МРТ із пригніченням сигналу вільної води (FLAIR — fluid attenuated inversion recovery), коли пригнічується інтенсивність сигналу спинномозкової рідини, який зазвичай є високим. Це дає змогу набагато легше виявляти осередки ушкодження біля шлуночків мозку [37]. Новітнім методом МРТ, що має великі перспективи для подальшого покращення візуалізації аксонального ушкодження головного мозку, є дифузійно-тензорна томографія. За цим методом зображення чутливо реагує на швидкість і напрям дифузії води [38, 39]. У сірій речовині й рідкому середовищі вода розповсюджується з однаковою швидкістю у всіх напрямках (ізотропна дифузія). У білій речовині вода розповсюджується набагато швидше по довжині аксонів (волокон, нервових шляхів), ніж упоперек них (анізотропна дифузія). Таким чином, дифузійно-тензорна томографія дає можливість досліджувати структурну цілісність білої речовини мозку.

Бойові черепно-мозкові травми

Сьогодні з'являється дедалі більше доказів того, що бойові черепно-мозкові травми є доволі поширеним явищем. Приблизно половина бойових травм, більшість яких отримано внаслідок вибухів, уражають голову або шию [40, 41]. У кількох дослідженнях Центр травматології головного мозку армії і ветеранів Міністерства оборони (Defense and Veterans Brain Injury Center DVBIC) було задокументовано наявність ЧМТ у солдатів, які повернулися з Афганістану або Іраку [42]. До загальних постконкусивних симптомів належать головний біль (47 %), дратівливість або агресія (45 %), проблеми з пам'яттю (46 %), а також труднощі з концентрацією (41 %) [43]. У результаті досліджень серед солдатів регулярної служби було висунуто припущення, що більшість мозкових травм завжди класифікувались як ЧМТ легкого ступеня важкості, як відсутність ЧМТ або як короткотривала втрата свідомості [44, 46]. У більшості випадків ці не дуже важкі травми не потребували медичної евакуації [45]. Добре відомо, що серед цивільних осіб ЧМТ легкого ступеня важкості часто не розпізнається ні медичними працівниками, ні пацієнтами. Результатом цього є значне заниження показників [47, 48]. Подібна ситуація спостерігається і в армії, коли бойові лЧМТ у більшості випадків не розпізнаються ні медичним персоналом, ні військовослужбовцями [44, 46, 49]. Для полегшення ідентифікації та оцінювання постконкусивних симптомів, пов'язаних із бойовими травмами мозку, нещодавно Центр травми головного мозку ветеранів Міністерства оборони випустив новий інструмент за назвою «Оцінювання бойового гострого струсу мозку» (MACE — Military Acute Concussion Evaluation). Література на тему струсу мозку рішуче підтримує необхідність повного оцінювання постраждалих, у яких відбуваються зміни психічного стану (наприклад, вони відчувають приголомшеність, розгубленість, «бачили» зірочки або втрачали свідомість) унаслідок впливу чинників, які могли травмувати мозок [26]. Особливе значення має оцінювання пам'яті, адже посттравматична амнезія (ПТА) протягом перших кількох тижнів опісля травмування викликає серйозні проблеми з когнітивними функціями [49]. Постконкусивними симптомами є змінений стан свідомості (сонливість, затьмарення свідомості, млявість), головний біль, амнезія, нудота або блювота, втома, дратівливість, занепокоєння, слухові чи вестибулярні розлади (порушення рівноваги, дзвін у вухах, запаморочення, зміни слуху, підвищена чутливість до шуму), порушення зору (затьмарення зору, підвищена чутливість до світла, роздвоювання предметів у очах), порушення ходи та проблеми зі сном [50, 51]. Хоча більшість пацієнтів добре одужує після лЧМТ, темпи відновлення значно різняться. У період одужання пацієнти, швидше за все, будуть демонструвати здат-

ність виконувати фізичні та когнітивні завдання, нижчу за свій нормальний рівень. Факти свідчать також про те, що протягом цього періоду мозок є більш уразливим до травм. Таким чином, під час активних бойових дій передчасне повернення військовослужбовця в стрій підвищує ризики як для нього самого, так і для його підрозділу [26].

Відомо багато випадків, коли легка черепно-мозкова травма проявляє себе лише після того, як військовослужбовець повертається додому. Хоча більшість людей добре відновлюється після легких ЧМТ, але достатньо значній меншості це не вдається [25]. Найбільш поширеними проблемами, які лікарі спостерігають у пацієнтів після ЧМТ, є головні болі, запаморочення, втома, порушення сну, м'язова спастичність, вестибулярні розлади, проблеми із зором, зміни особистості, когнітивні або емоційні розлади. Деякі дослідження показують, що протягом першого року після отримання травми в третини пацієнтів із легкими ЧМТ можуть виявитися симптоми психіатричних захворювань [52–54].

ЗАГАЛЬНІ КОГНІТИВНІ НАСЛІДКИ

Під час дослідження когнітивної дисфункції після отримання ЧМТ потрібно враховувати численні чинники: тяжкість і характер травми (вогнищевий порівняно з дифузним), час, який минув після травмування, мотивації суб'єкта та інші травми. Легкі ЧМТ мають короткочасні наслідки, такі як порушення когнітивних функцій. Це стосується різних аспектів уваги, швидкості обробки інформації та інших видів когнітивної діяльності. Навіть якщо постраждалі не звертаються самі до лікарів з приводу будь-яких порушень когнітивних функцій або інших симптомів, вони звертаються по медичну допомогу з приводу уповільнення реакцій [14]. Довготривалі когнітивні наслідки ЧМТ легкого ступеня важкості менш відомі.

Іверсон і його колеги [55] опублікували дані дослідження групи молодих дорослих пацієнтів травматологічного відділення загальної багатопрофільної лікарні в Пенсільванії (1991–1994), у яких на підставі показників шкали коми Глазго (ШКГ) діагностували лЧМТ. Протягом першого тижня після отримання травми постраждалі проходили нейропсихологічні тестування. Лише 484 пацієнти з 1695 мали вік 40 років і відповідали критеріям включення, згідно з якими визначається можливість пацієнта брати участь у клінічних дослідженнях. Більшість постраждалих — чоловіки, у яких найбільш поширеною причиною травми стала дорожньо-транспортна пригода. Переважна частина пацієнтів (82 %) набрали 15 балів за ШКГ. Решта — 14 балів. 56 % пацієнтів втрачали свідомість, 18 % — ні. Чи непритомніли інші постраждалі, було або не зрозуміло, або не відомо. Внутрішньочерепні ураження, виявлені в день травми за допомогою комп'ютерної томографії, складали 11,8 %. У решти цих пацієнтів результати були або негативними (68,6 %), або відсутніми (19,6 %). Пацієнтів поділили на дві групи на підставі відмінностей відповідно до тесту Галвестона на орієнтацію та амнезію (GOAT — Galveston Orientation and Amnesia Test). Групи були розподілені відносно рівномірно за кількістю балів на тих, хто отримав вище 90 балів, і тих, хто отримав нижче (діапазон 0–100). Результати від 90 до 75 балів були недостатніми для встановлення очевидної посттравматичної амнезії. Але можна було припустити, що в пацієнтів могли спостерігатись деякі поточні затьмарення свідомості. Всім пацієнтам роздали короткі (на 30–45 хвилин), але різноманітні набори нейропсихологічних тестів. У цілому, результати тестування показали: коли травматологічний хворий оцінюється невдовзі після того, як отримав лЧМТ, наявні посттравматичні затьмарення свідомості пов'язані з гіршими короткочасними нейропсихологічними наслідками. Водночас пацієнти з нижчими балами за результатами GOAT мали значно гірші показники простої уваги, вербального навчання, вербальної та візуальної пам'яті, а також деяких аспектів виконавських функцій, ніж пацієнти, які набрали більш ніж 90 балів GOAT. Крім того, травматична короткочасна втрата свідомості, яка триває менше 5 хвилин, жодним чином не пов'язана із короткотерміновими нейропсихологічними наслідками. У пацієнтів не спостерігалось істотних відмінностей у балах незалежно того, чи була у них нетривала втрата свідомості, чи ні. Білінджер і його колеги [56] провели мета-аналіз

відповідної літератури й узяли за основу результати 39 досліджень. Так, для визначення впливу ЧМТ легкого ступеня важкості на дев'ять когнітивних функцій було досліджено 1463 випадки лЧМТ та 1191 «випадок-контроль». Аналізувався вплив на такі когнітивні функції, як глобальна когнітивна здатність, увага, виконавські функції, швидкість мовлення, запам'ятовування, погіршення пам'яті, мова, зорово-просторова орієнтація та моторні функції. Загальний вплив лЧМТ на нейропсихологічне функціонування мозку був помірним (D = 0,54). Проте на результати вплинули когнітивна сфера, час, що минув після травми, характеристики пацієнта і методи обрання об'єктів спостереження. Гострі ефекти (коли після травми минуло менше трьох місяців) ЧМТ легкого ступеня важкості більш за все виявлялись у погіршенні пам'яті й проблемах зі швидкістю мовлення. Проспективні дослідження і дослідження, проведені методом випадкового обрання, не виявили залишкових нейропсихологічних порушень після трьох місяців, які минули від моменту травмування. Для порівняння, серед учасників, які були пацієнтами клінік або учасниками судового процесу, спостерігалися серйозніші когнітивні ускладнення лЧМТ.

В іншому мета-аналізі, у якому вивчалася література про спортивні ЧМТ, автори розглянули дослідження, проведені з 1970 по 2004 рік. Із них 21 дослідження відповідало критеріям включення, у яких досліджувалось 790 випадків ЧМТ легкого ступеня важкості та 2016 контрольних випадків [57]. Загальний вплив струсу мозку на когнітивні процеси становив 0,49 бала. При цьому найбільш гострі розлади спостерігались у глобальних когнітивних функціях, також виникали погіршення пам'яті та проблеми із запам'ятовуванням. У групі, яка проходила дослідження протягом тижня після отримання травми, жодних залишкових явищ не було виявлено.

Постконкусивний розлад

За результатами дослідження наслідків лЧМТ у ВООЗ дійшли висновку, що в більшості пацієнтів гострі симптоми хоч і часто спостерігаються, проте минають за три місяці після травмування, а іноді ще раніше [58]. Автори визнають (і це узгоджується як із військовою, так і з цивільною клінічною практикою), що є пацієнти, у яких спостерігаються сталі симптоми. Четверте видання «Діагностичного та статистичного довідника психічних розладів» (DSM — Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) наводить діагностичні показники постконкусивного розладу в Додатку під назвою «Орієнтовний набір діагностичних показників» [10]. Для того, щоб можна було діагностувати постконкусивний розлад, у пацієнта повинен бути «значний струс мозку», помірний когнітивний розлад і щонайменше три з наведених далі восьми симптомів. До цих симптомів належать втома, порушення сну, головний біль, запаморочення, дратівливість, тривога/депресія, зміна особистості й апатичність. Вказані симптоми виявляються відразу після травмування і минають протягом 3 місяців. (Див. додаток 15.1, у якому наведено повний перелік критеріїв постконкусивного розладу. Цей додаток був виключений через порушення авторських прав). Ці критерії були також включені в «Міжнародну класифікацію хвороб», 10-те видання (ICD-10 — International Classification of Disease) [59]. За критеріями ICD для діагностування постконкусивного розладу вимагається історія ЧМТ, а також наявність трьох із восьми симптомів, таких як головний біль, запаморочення, втома, дратівливість, безсоння, проблеми з концентрацією уваги, проблеми із запам'ятовуванням, зниження толерантності до стресу, емоцій або алкоголю.

Боук та інші співавтори [60] порівняли дві вказані вище групи діагностичних критеріїв і дійшли висновку, що існують відмінності у виявленні постконкусивного розладу за допомогою цих критеріїв. Окрім цього, вони зазначили, що критерії ICD-10 є вичерпнішими. Через ці відмінності можуть виникати розбіжності в діагностуванні залежно від того, яка група критеріїв використовується. Крім того, вчені зробили висновок, що обидві групи критеріїв мали обмежені характеристики ЧМТ (якщо брати до уваги лише той факт, що до обох груп не включалася історія ЧМТ), адже зазначені в них діагностичні показники могли також стосуватися будь-якої загальної травми, незалежно від того, був ушкоджений мозок чи ні. Автори звертають увагу на те, що їхній висновок підтриманий попередніми рекомендаціями Центру контролю та профілактики захворювань,

в яких зазначалося, що постконкусивні симптоми самі по собі не є достатніми для того, щоб поставити діагноз лЧМТ. Іверсон і його колеги [61] в оглядовій статті на тему результатів лікування ЧМТ легкого ступеня важкості також зауважили, що постконкусивні симптоми трапляються як у здорових людей без історії ЧМТ, так і в різних груп пацієнтів. Він також поставив під сумнів існування групи пацієнтів зі стійкими симптомами. При цьому дуже важко визначити масштаби цієї проблеми (за клінічною статистикою, число пацієнтів зі стійкою симптоматикою становить 10–20 %, хоча цілком імовірно, що реальна цифра складає менш ніж 5 % від загального числа пацієнтів, які страждають на лЧМТ; повне обговорення цього питання див. у Іверсона [55]). Також існують розбіжності в питаннях щодо причин виникнення стійких симптомів. Різні автори описували різні причини. Дехто вважає їх наслідком самої травми, інші приписують стійким симптомам вплив багатьох чинників, у тому числі залежність від передклінічних особистісних характеристик пацієнта та соціально-психологічних проблем. Також певний вплив мають свідомі або несвідомі перебільшення на оцінювання пацієнтом власного стану.

Взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом і черепно-мозковою травмою

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може виникнути через дуже сильні стресові потрясіння, такі як перебування в зоні бойових дій або отримання поранення в бою. Х'юг і його колеги [62] зазначають, що після передислокації в зону бойових дій у всіх обстежених групах спостерігався тісний взаємозв'язок між інтенсивністю накопичення бойового досвіду (вбивство противника, перебування під обстрілами); участю у бойових ситуаціях, що травмують психіку (перевезення тіл загиблих, втрати в бою людей, з якими був особисто знайомий), і поширеністю ПТСР. Серед військовослужбовців-учасників OIF поширеність ПТСР зросла разом зі збільшенням числа збройних сутичок під час розгортання військ (поширеність ПТСР зросла до 19,3 % серед військовослужбовців, які брали участь у понад п'ятьох збройних сутичках). Швидкість поширення ПТСР значною мірою пов'язана з числом поранених або травмованих (співвідношення ризику виникнення ПТСР для військових, дислокованих в Іраку, складало 3,27; для військових, дислокованих в Афганістані, ця цифра становила 2,49). Зазначені показники узгоджуються з висновками Корена та його колег [63], зробленими після проведення невеликого, але добре продуманого дослідження щодо поширення ПТСР серед поранених ветеранів війни в Ізраїлі. Це дослідження чітко показало, що тілесне ушкодження є чинником ризику виникнення ПТСР. Більше того, відповідно до даних дослідження, цей ризик у військовослужбовців опісля травматичного пошкодження зростав приблизно у вісім разів порівняно з військовослужбовцями, які зазнали лише емоційної травми без поранень. Автори припускають, що навіть це доволі значне число може бути заниженим, позаяк 35 % від загальної чисельності поранених ветеранів відмовилися від участі в дослідженні.

Однак сьогодні точаться дискусії стосовно реального рівня поширення та чинників ризику виникнення ПТСР після ЧМТ. Бомбардьєрі та колеги [64] наводять сумарний рівень поширення ПТСР як 11,3 % серед комбінованої вибірки пацієнтів із ЧМТ з різним ступенем важкості за 6-місячний період. Окрім того, їхні результати збігалися з висновками попередніх досліджень, у яких висувалось припущення, що складніші ЧМТ можуть бути захисним чинником щодо розвитку ПТСР. Тобто це означає, що зміна свідомості або втрата свідомості, які пов'язані з ЧМТ, спроможні знизити здатність людини повторно пережити емоційні травми [65]. Чинниками ризику розвитку ПТСР опісля ЧМТ є також низький рівень освіти, виникнення почуття жаху або безпорадності та глибока депресія [64].

Лікування черепно-мозкової травми в зоні бойових дій

Лікування ЧМТ у зоні бойових дій залежить від ступеня важкості травми. (Нещодавно були випущені рекомендації на тему лікування важких бойових ЧМТ [66], але поглиблене обговорення цих рекомендацій не передбачено темою цього розді-

ДОДАТОК 15.1

Цей додаток був виключений через порушення авторських прав.

лу). Питанням лікування пацієнтів із ЧМТ легкого ступеня важкості в бойових умовах займалася робоча група Центру травми головного мозку ветеранів міністерства оборони (DVBIC) у 2006 році. Графічна презентація практичних рекомендацій I рівня показана на рис. 15.5. Зазначені рекомендації обґрунтовані з використанням MACE (див. додаток 15.2 для осягнення повної картини), які є інструментом, розробленим DVBIC. У MACE зазначені обидва компоненти — історія травми й оцінювання ЧМТ. Історія ЧМТ може підтвердити діагноз лЧМТ, якщо встановлено факт травмування мозку й через цю травматичну подію у військовослужбовця сталася зміна свідомості. Це, своєю чергою, може бути встановлено на основі простору «напівнепритомний стан — сплутаність свідомості», коли пацієнт не пам'ятає про травму, втрачає свідомість. Компонент оцінювання ЧМТ призначений для того, щоб ним могли легко користуватись у своїй практиці лікарі й санітари, застосовуючи його лише протягом 5 хвилин. За допомогою Уніфікованої оцінки порушення свідомості [67] (Standardized Assessment of Concussion) попередньо документально підтверджуються наявні нейрокогнітивні розлади у таких чотирьох сферах когнітивної діяльності, як орієнтування, безпосередня пам'ять, увага та затримка спогадів.

Взаємозв'язок між зловживанням психоактивними речовинами й алкоголем та черепно-мозковою травмою

Дуже важливо усвідомлювати зв'язок між ЧМТ і зловживанням психоактивними речовинами й алкоголем. Інтоксикація сама по собі є чинником ризику виникнення ЧМТ. Адже черепно-мозкова травма може статись унаслідок випадків, причинами яких були зловживання алкоголем, наприклад, дорожньо-транспортні пригоди, скоєні в стані алкогольного сп'яніння. ЧМТ виникають також через інші події, пов'язані з алкоголем. До таких подій належать агресивний напад у стані алкогольного сп'яніння (як із боку потерпілого, так і з боку злочинця), вчинення бійок із тими, з ким разом вживався алкоголь, або покалічення себе чи спроби самогубства [1]. Салова, Німель і Гіллбом [68] досліджували взаємозв'язок між різними моделями споживання алкоголю та різними видами травм. Вони вивчали питання вживання алкоголю в групі, що складалась із 385 пацієнтів, які послідовно надійшли на прийом із травмуванням мозку. У 51 % пацієнтів був виявлений вміст алкоголю в крові. Переважала модель надмірного споживання алкоголю (78 %), у той час, як основними причинами травмування мозку були бійки, падіння та аварії на мотоциклах. Алкогольна залежність та зловживання алкоголем значно частіше траплялися серед пацієнтів із травмами голови, ніж серед пацієнтів з іншими видами травм. Відносний ризик виникнення ЧМТ помітно збільшувався разом із підвищенням рівня вмісту алкоголю в крові.

Травма мозку може також посилити колишню наркозалежність, спричинити зміни поведінки або особистості в цілому. Це може спровокувати зловживання алкоголем або наркотиками. Колишні розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами, є чинником ризику підвищення рівня смертності серед таких пацієнтів [69] і надмірного застосування наркотиків після ЧМТ [70]. Зловживання психоактивними

речовинами після ЧМТ негативно позначається на нейропсихологічних функціях, особистому добробуті, роботі та сприяє залученню до злочинних угруповань [71–74].

СИМПТОМАТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Симптоматичне лікування лЧМТ можна обговорювати в таких чотирьох сферах, як медикаментозне лікування, освітні заходи, відпочинок/прийняття рішення щодо повернення на службу та цілеспрямована терапія. Ширша дискусія на тему фармакотерапевтичного втручання в процесі лікування ЧМТ перебуває поза межами сфери застосування цього розділу. З цією метою для читачів наводимо посилання на огляди різних фармакологічних втручань [45, 73–76]. Однак загалом стратегії симптоматичного лікування, у тому числі лікування порушень сну, можуть бути максимально ефективними завдяки медикаментозним і немедикаментозним стратегіям [77] усунення симптомів головного болю [78], знеболювання [79] та лікування депресій [80]. Зазначені види симптоматичного лікування пов'язані з поліпшенням якості життя або покращенням результатів основного лікування.

Освітні заходи

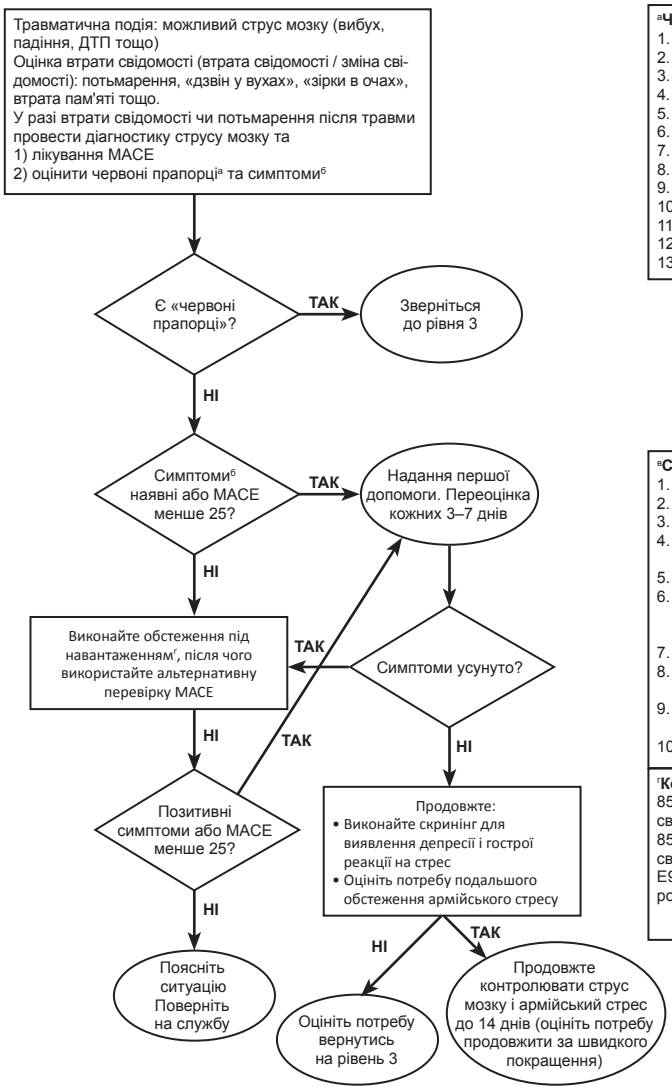
Освітні заходи та психотерапія також довели свою ефективність у лікуванні лЧМТ. Міттенберг (Mittenberg) із колегами [81] порівняв дві групи пацієнтів із лЧМТ: експериментальну (n = 29) і контрольну (n = 29). Пацієнтам експериментальної групи видали друкований довідник. До виписування з лікарні вони мали відвідати терапевта для огляду з метою визначення характеру й частоти проявів прогнозованих симптомів, когнітивно-поведінкової моделі та лікування симптомів, методів їх усунення, а також надання інструкцій щодо поступового відновлення преморбідного стану. Перед виписуванням із лікарні контрольна група отримувала стандартне стаціонарне лікування та інструкції. Через 6 місяців пацієнти, які перебували на лікуванні, повідомляли про суттєве скорочення середньої тривалості симптомів (33 дні порівняно з 51 днем) і значне зменшення числа випадків виникнення подальших симптомів. Медики дійшли висновку, що навіть незначні психологічні втручання на ранньому етапі розвитку травми майже напевно знижують вірогідність виникнення постконкусивних симптомів. Понсфорд (Ponsford) і колеги [82] отримали аналогічні результати під час дослідження групи пацієнтів із лЧМТ. У пацієнтів, яких оглядали за тиждень після травмування і яким надавались інформаційно-освітні матеріали, виникало значно менше постконкусивних симптомів загалом. Крім цього, вони були не настільки схильні до стресу протягом 3 місяців опісля отримання травми, ніж пацієнти з групи, якій не надавались інформаційно-освітні матеріали за цією тематикою. Навчальні матеріали, що можуть стати корисними для людей з черепно-мозковими травмами та членів їхніх сімей, доступні в багатьох джерелах, серед яких — веб-сайт Центру травми головного мозку ветеранів Міністерства оборони (www.dvbic.org/cms.php?p =Education).

Відпочинок і повернення на службу

Результати досліджень інших реабілітаційних заходів, зокрема таких, як постільний режим, показали, що вони до певної міри ефективні в лікуванні короткочасних постконкусивних симптомів (наприклад, запаморочення трапляється не так часто). Проте ще не доведено, чи вони здатні більш суттєво, порівняно з впливом на осіб, яким не призначався постільний режим, давати довготривалий результат [83].

Щоб ухвалити рішення про повернення травмованого пацієнта на службу до військового підрозділу в бойову обстановку, застосовується алгоритм, наведений вище (рис. 15.5).

Більшість рішень приймається з урахуванням регресії симптомів ЧМТ, з якими пацієнти звертаються до шпиталю самостійно, а також зведених клінічних даних на підставі тестування військовослужбовців. Це робиться для того, щоб побачити, які симптоми можуть з'явитися знову в разі підвищення фізичних навантажень.



[а]**Червоні прапорці**
1. Поступове потьмарення свідомості
2. Поступове зниження неврологічної спроможності
3. Асиметрія зіниць
4. Конвульсії
5. Повторна блювота
6. Клінічна перевірена ШКГ менше 15
7. Неврологічний дефіцит: руховий або сенсорний
8. Втрата свідомості на понад 5 хвилин
9. Роздвоєння зору
10. Посилення головного болю
11. Нездатність впізнавати людей або дезорієнтація
12. Незв'язна мова
13. Слабкість

[б]**Симптоми**
1. Потьмарення свідомості (менше 24 год)
2. Незвичайна поведінка
3. Дратівливість
4. Нездатність встояти на ногах
5. Потьмарення свідомості вертиґо
7. Фотофобія (світлобоязнь)
8. Фонофобія (звукобоязнь)

[в]**Схема надання першої допомоги**
1. Вручіть навчальний листок усім пацієнтам з лЧМТ
2. Знизіть рівень подразників середовища
3. Забезпечте належний відпочинок
4. Агресивно лікуйте головний біль: вживайте ацетамінофен кожні 6 год протягом 48 годин. Через 48 годин, можна вжити напроксен за потреби
5. Уникайте трамадолу, наркотиків
6. Розгляньте можливість вживання нортриптиліну або амілітриптиліну, 25 мг перорально через годину при стійкому головному болі (більше 7 днів); призначати на 10 днів максимум
7. Обмежте службові обов'язки
8. Подайте запит на консультацію на trioonsult@us.army.mil для детальнішого пояснення за потреби
9. Розгляньте потребу підняти рівень медичного нагляду, якщо є клінічні показання
10. Задокументуйте діагноз струсу мозку в електронному медичному обліку[г]

[г]**Коди ICD-9**
850.0 Струс мозку з/без втрати свідомості
850.11 Струс мозку з/без втрати свідомості менше 30 хв
E979.2 Поранення внаслідок терористичних вибухів / підривів

[г]**Протоколи фізичних навантажень**
1. Досягти 65–85 % цільового серцевого ритму (THR/ЦСР) (ЦСР = 220 − вік)
2. Оцінити симптоматику (головний біль, вертиґо, фотофобія, утрата рівноваги, потьмарення свідомості, нудота, «дзвін у вухах»/тинніт, візуальні зміни інше) або MACE менше 25

[д]**Оцінка повернення до служби**
Нейрокогнітивна перевірка за наявності і експертиза інтерпретації за наявності

Рис. 15.5. Початкове лікування струсу мозку в умовах розгортання військ. Алгоритм визначення лікування бойових ЧМТ легкого ступеня важкості під час I етапу медичної евакуації, який розробив Центр травми головного мозку ветеранів Міністерства оборони (DVBIC). Медпрацівники проводять остаточне оцінювання стану пацієнта і забезпечують йому належний догляд із метою найбільш вичерпного оцінювання стану здоров'я пацієнта, повного переліку необхідних рекомендацій щодо лікування та вирішення питання доцільності евакуації постраждалого для медичного обслуговування вищого рівня.

ШКГ: шкала коми Глазго
ICD-9: Міжнародна класифікація хвороб, 9-те видання
MACE: оцінка бойового гострого струсу мозку
лЧМТ: черепно-мозкова травма легкого ступеня важкості
ЦСР: цільовий серцевий ритм

Джерело: Інститут хірургічних досліджень армії США. Система догляду за пораненими на полі бою чи на театрі воєнних дій зі всіх родів військ.
http://www.usaisr.amedd.army.mil/cpgs/mTBIDplydSet0811.pdf".usaisr.amedd.army.mil/cpgs/mTBIDplydSet0811.pdf
Інформація від 15 грудня 2009 р.

ВИСНОВКИ

В умовах сучасної війни ЧМТ є звичайним явищем, але воно спричинює серйозні проблеми зі здоров'ям військовослужбовців і забезпеченням військ, а також впливає на загальну бойову ефективність підрозділів.

Велике значення має раннє діагностування легких форм ЧМТ. Адже важливо одразу розуміти, чи можна лікувати постраждалих на місці, а також визначати способи лікування для максимально ефективного відновлення пацієнта. Навіть у мирний час ЧМТ викликають занепокоєння, адже в армії завжди високі показники потерпілих із черепно-мозковими травмами.

Тому дуже важливо, щоб у медичних закладах і військових підрозділах було загальне розуміння необхідності профілактичної роботи для запобігання ЧМТ і ранньої діагностики в разі травмування.

ДОДАТОК 15.2

ВІЙСЬКОВА ЕВАКУАЦІЯ ПРИ ВАЖКІЙ КОНТУЗІЇ

ВІЙСЬКОВА ЕВАКУАЦІЯ ПРИ ВАЖКІЙ КОНТУЗІЇ
Центр травматології головного мозку армії і ветеранів Міністерства оборони

Ім'я пацієнта _____
Номер соціального обслуговування
_____ Підрозділ _____
Дата травми ___/___/___/
Час травмування_____
Перевірив: _____
Дата евакуації ___/___/___/
Час евакуації _____

Історія (I–VIII)

I.Опис інциденту
Запитання
А) Що трапилось?
Б) Розкажіть, що пам'ятаєте.
В) Ви майже знепритомніли, втратили орієнтацію, «в очах засвітились зірки»?
Так___Ні___
Г) Ви вдарилися головою?
Так___Ні___

II.Причина травми (позначте усі наявні):
1) вибух/детонація,
2) тупе тверде тіло,
3) ДТП,
4) осколкове поранення,
5) падіння,
6) вогнепальна рана,
7) інше _____

III. На голові був шолом? Так ___ Ні __

IV. Минулі випадки амнезії: чи траплялися випадки безпосередньо ПЕРЕД травмуванням, про які втрачено пам'ять? (Оцініть безперервність пам'яті безпосередньо до травмування).
Так ___ Ні ___ Якщо так, якої тривалості ____

V. Наступна амнезія: чи є події після травми, про які відсутні спогади? (Оцініть час до появи стійкої пам'яті після травмування).
Так ___ Ні ___ Якщо так, як довго_____

VI. Чи повідомляє особа про «втрату свідомості» або «провал у пам'яті»?
Так ___ Ні ___ Якщо так, як довго_____

VII. Чи бачив хтось період втрати свідомості або відсутності реакції?
Так ___ Ні ___ Якщо так, як довго_____

VIII. Симптоми (позначте усі наявні):
1) головні болі,
2) втрата орієнтації,
3) проблеми з пам'яттю,
4) проблеми з рівновагою,
5) нудота/рвота,
6) проблеми з концентрацією,
7) роздратованість,
8) візуальні/оптичні проблеми,
9) «дзвін у вухах»,
10) інше _____

Перевірка IX–XIII
Оцініть кожну групу питань. Загальна максимально можлива кількість балів 30.

IX. Орієнтація (1 бал кожна)

Місяць	0	1
Дата	0	1
День тижня	0	1
Рік	0	1
Час	0	1

Орієнтація — загальна сума __/5

X. Безпосередня пам'ять:

Прочитайте вголос усі 5 слів і попросіть пацієнта згадати їх у довільному порядку. Повторіть ще два рази, для того щоб отримати всього три спроби.

(1 бал за кожне правильне, загалом 3 спроби)

Список	Спроба 1	Спроба 2	Спроба 3
Лікоть	0 1	0 1	0 1
Яблуко	0 1	0 1	0 1
Килим	0 1	0 1	0 1
Сідло	0 1	0 1	0 1
Бульбашка	0 1	0 1	0 1
Всього балів			

Безпосередня (негайна) пам'ять — загальна кількість балів ___/15

XI. Нейрологічний скринінг

За можливості, з огляду на медичний стан, перевірте.

Очі: реакція зіниць і утримання погляду

Мова: вільне мовлення і знаходження слів

Моторика: зміщення м'язів-пронаторів, хода/координація

Реєструвати всі відхилення від норми. За це бали не нараховуються.

XII. Концентрація

Зворотня лічба: (переходьте до наступної довжини рядка, якщо перша спроба успішна. Зупиняйтесь, якщо неправильно з обох боків). Одна спроба для кожної довжини набору цифр.

4-9-3	6-2-9	0	1
3-8-1-4	3-2-7-9	0	1
6-2-9-7-1	1-5-2-8-5	0	1
7-1-8-4-6-2	9-3-9-1-4-8	0	1

Місяці року у зворотному порядку:

(1 бал якщо весь відрізок пройдений правильно)

Грудень-листопад-жовтень-вересень-серпень-липень-червень-травень-квітень-березень-лютий-січень 0 1

Концентрація — загальна кількість балів __/5

XIII. Пізніше згадування

Попросіть пацієнта пригадати слова з попереднього тесту

Лікоть	0	1
Яблуко	0	1
Килим	0	1
Сідло	0	1
Бульбашка	0	1

Пізніше згадування — загальна кількість балів ___/5

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ ___/30

Зауваження: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Діагноз: (обведіть запропонований або зазначте діагноз)

Без контузій

850.0 Контузія без втрати свідомості (КБВС, LOC)

850.1 Контузія з утратою свідомості (КБВС, LOC)

Інші діагнози _____

_____

МакКрей, Келлі, Рандольф, Стандартизована оцінка контузії (СОК), Довідник для виконання, оцінки та інтерпретації (2-ге видання) Ваукеза.

Центр травматології головного мозку армії і ветеранів Міністерства оборони

1-900-870-9244 або DSN: 662-6345

Повідомлено з: Центр травматології головного мозку армії і ветеранів Міністерства оборони. Форма Військової евакуації при важкій контузії (ВЕВК, MACE)

Walter Reed Army Medical Center

ЛІТЕРАТУРА

1. Langlois JA, Rutland-Brown W, Thomas KE. *Traumatic Brain Injury in the United States: Emergency Department Visits,Hospitalizations, and Deaths*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2004.
2. Lewin I. *The Cost of Disorders of the Brain*. Washington, DC: The National Foundation for the Brain; 1992.
3. Centers for Disease Control. *Traumatic Brain Injury in the United States: A Report to Congress*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control; 2001.
4. Ommaya AK, Ommaya AK, Dannenberg AL, Salazar AM. Causation, incidence, and costs of traumatic brain injury in the US military medical system. *J Trauma*. 1996;40(2):211–217.
5. Ivins BJ, Schwab KA, Baker K, Warden DL. Hospital admissions associated with traumatic brain injury in the US Army during peacetime: 1990s trends. *Neuroepidemiol*. 2006;27:154–163.
6. Operation Iraqi Freedom (OIF) US casualty status. Available at http://www.defenselink.mil/news/casualty.pdf. Accessed May 16, 2007.
7. Armonda RA, Bell RS, Vo AH, et al. Wartime traumatic cerebral vasospasm: recent review of combat casualties. *Neurosurg*. 2006;59(6):1215–1225.
8. Langlois JA, Rutland-Brown W, Thomas KE. Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations, and deaths. Atlanta, Ga: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
9. Kay T, Harrington DE, Adams R, et al. Definition of mild traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 1993;8:86–87.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
11. Borg J, Holm L, Peloso PM, et al. Non-surgical intervention and cost for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med*. 2004;43(Suppl):76–83.
12. Helmick K, Guskiewicz K, Barth J, et al. Acute management of mild traumatic brain injury in military operational settings. *Clin Pract Guide*. December 2006. Available at: http://www.dvbic.org. Accessed June 1, 2007.
13. Guskiewicz KM, Bruce SL, Cantu RC, et al. National Athletic Trainers' Association position statement: management of sport-related concussion. *J Athl Train*. 2004;39(3):280–297.
14. McCrory P, Johnson K, Meeuwisse W, et al. Summary and agreement statement of the 2nd International Conference of Concussion in Sport, Prague 2004. *Clin J Sport Med*. 2005;15(2):48–55.
15. Warden DL, Bleiberg J, Cameron KL, et al. Persistent prolongation of simple reaction time in sports concussion. *Neurol*. 2001;57:524–526.
16. Williams DH, Levin HS, Eisenberg HM, et al. Mild head injury classification. *Neurosurg*. 1990;27(3):422–428.
17. Hsiang J, Yeung T, Yu AL, Poon WS. High-risk mild head injury. *J Neurosurg*. 1997;87(2):234–238.
18. Taber KH, Warden DL, Hurley RA. Blast-related traumatic brain injury: what is known? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006;18:141–145.
19. Taber KH, Hayman LA, Diaz-Marchan PJ, Rauch RA. Imaging of intracranial blood. In: Latchaw RE, Kucharczyk J, Moseley ME, eds. *Imaging of the Nervous System: Diagnostic and Therapeutic Applications*. Philadelphia, Penn: Elsevier Mosby Inc; 2005: 555–575.

20. Gutierrez-Cadavid JE. Imaging of head trauma. In: Latchaw RE, Kucharczyk J, Moseley ME, eds. *Imaging of the Nervous System: Diagnostic and Therapeutic Applications*. Philadelphia, Penn: Elsevier Mosby Inc; 2005: 869–904.

21. Mendez CV, Hurley RA, Lassonde M, Zhang L, Taber KH. Mild traumatic brain injury: neuroimaging of sports-related concussion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005;17:297–303.

22. Hurley RA, McGowan JC, Arfanakis K, Taber KH. Traumatic axonal injury: novel insights into evolution and identification. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004;16:1–7.

23. Povlishock JT, Katz DI. Update of neuropathology and neurological recovery after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2005;20:76–94.

24. Büki A, Povlishock JT. All roads lead to disconnection?—traumatic axonal injury revisited. *Acta Neurochir (Wien).* 2006;148:181–193.

25. Bazarian JJ, Blyth B, Cimpello L. Bench to bedside: evidence for brain injury after concussion—looking beyond the computed tomography scan. *Acad Emerg Med.* 2006;13:199–214.

26. Lovell M, Collins M, Pardini JE, Parodi A, Yates A. Management of cerebral concussion in military personnel: lessons learned from sports medicine. *Oper Tech Sports Med.* 2005;13:212–221.

27. Yi JH, Hazell AS. Excitotoxic mechanisms and the role of astrocytic glutamate transporters in traumatic brain injury. *Neurochem Int.* 2006;48:394–403.

28. Le TH, Gean AD. Imaging of head trauma. *Semin Roentgenol.* 2006;41:177–189.

29. Brandstack N, Kurki T, Tenovuo O, Isoniemi H. MR imaging of head trauma: visibility of contusions and other intraparenchymal injuries in early and late stage. *Brain Inj.* 2006;20:409–416.

30. Kurca E, Sivák S, Kucera P. Impaired cognitive functions in mild traumatic brain injury patients with normal and pathologic magnetic resonance imaging. *Neuroradiol.* 2006;48:661–668.

31. Shin YB, Kim SJ, Kim IJ, et al. Voxel-based statistical analysis of cerebral blood flow using Tc-99m ECD brain SPECT in patients with traumatic brain injury: group and individual analyses. *Brain Inj.* 2006;20:661–667.

32. Tong KA, Ashwal S, Holshouser BA, et al. Hemorrhagic shearing lesions in children and adolescents with posttraumatic diffuse axonal injury: improved detection and initial results. *Radiol.* 2003;227:332–339.

33. Kuzma BB, Goodman JM. Improved identification of axonal shear injuries with gradient echo MR technique. *Surg Neurol.* 2000;53:400–402.

34. Huisman TA, Sorensen AG, Hergan K, Gonzalez RG, Schaefer PW. Diffusion-weighted imaging for the evaluation of diffuse axonal injury in closed head injury. *J Comput Assist Tomogr.* 2003;27:5–11.

35. Yanagawa Y, Tsushima Y, Tokumaru A, et al. A quantitative analysis of head injury using T2*-weighted gradient-echo imaging. *J Trauma*. 2000;49:272–277.

36. Scheid R, Preul G, Gruber O, Wiggins C, von Cramon DY. Diffuse axonal injury associated with chronic traumatic brain injury: evidence from T2*-weighted gradient-echo imaging at 3 T. *Am J Neuroradiol.* 2003;24:1049–1056.

37. Paterakis K, Karantanas AH, Komnos A, Volikas Z. Outcome of patients with diffuse axonal injury: the significance and prognostic value of MRI in the acute phase. *J Trauma.* 2000;49:1071–1075.

38. Taber KH, Pierpaoli C, Rose SE, et al. The future for diffusion tensor imaging in neuropsychiatry. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002;14:1–5.

39. Sundgren PC, Dong Q, Gómez-Hasssan D, Mukherji SK, Maly P, Welsh R. Diffusion tensor imaging of the brain: review of clinical applications. *Neuroradiol.* 2004;46:339–350.

40. Murray CK, Reynolds JC, Schroeder JM, Harrison MB, Evans OM, Hospenthal DR. Spectrum of care provided at anechelon II Medical Unit during Operation Iraqi Freedom. *Mil Med*. 2005;170:516–520.

41. Gondusky JS, Reiter MP. Protecting military convoys in Iraq: an examination of battle injuries sustained by a mechanized battalion during Operation Iraqi Freedom II. *Mil Med*. 2005;170:546–549.

42. Okie S. Traumatic brain injury in the war zone. *N Engl J Med.* 2005;352:2043–2047.

43. Warden DL, Ryan LM, Helmick KM, et al. War neurotrauma: the Defense and Veterans Brain Injury Center (DVBIC) experience at Walter Reed Army Medical Center (WRAMC). *J Neurotrauma* 2005;22:1178.

44. Schwab KA, Baker G, Ivins BJ, Sluss-Tiller M, Lux W, Warden DL. The Brief Traumatic Brain Injury Screen (BTBIS):investigating the validity of a self-report instrument for detecting traumatic brain injury (TBI) in troops returning from deployment in Afghanistan and Iraq. *Neurology*. 2006;66:A235.

45. Warden DL. Military TBI during the Iraq and Afghanistan wars. *J Head Trauma Rehabil.* 2006;21:398–402.

46. Ivins BJ, Schwab KA, Warden D, et al. Traumatic brain injury in US Army paratroopers: prevalence and character. *J Trauma.* 2003;55:617–621.

47. Langlois JA, Rutland-Brown W, Wald MM. The epidemiology and impact of traumatic brain injury: a brief overview.*J Head Trauma Rehabil.* 2006;21:375–378.

48. Setnik L, Bazarian JJ. The characteristics of patients who do not seek medical treatment for traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2007;21:1–9.

49. Drake AI, McDonald EC, Magnus NE, Gray N, Gottshall K. Utility of Glasgow Coma Scale-Extended in symptom prediction following mild traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2006;20:469–475.

50. Kennedy JE, Lumpkin RJ, Grissom JR. A survey of mild traumatic brain injury treatment in the emergency room and primary care medical clinics. *Mil Med.* 2006;171:516–521.

51. Potter S, Leigh E, Wade D, Fleminger S. The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a confirmatory factor analysis. *J Neurol.* 2006;253:1603–1614.

52. Fann JR, Burington B, Leonetti A, Jaffe K, Katon WJ, Thompson RS. Psychiatric illness following traumatic brain injury in an adult health maintenance organization population. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:53–61.

53. Deb S, Lyons I, Koutzoukis C. Neuropsychiatric sequelae one year after a minor head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1998;65:899–902.

54. Deb S, Burns J. Neuropsychiatric consequences of traumatic brain injury: a comparison between two age groups. *Brain Inj*. 2007;21(3):301–307.

55. Iverson GL, Lange RT, Gaetz M, Zasler ND. Mild TBI. In: Zasler ND, Katz DI, Zafonte RD, eds. *Brain Injury Medicine: Principles and Practice.* New York, NY: Demos Medical Publishing; 2006: 333–371.

56. Belanger HG, Curtiss G, Demery JA, Lebowitz BK, Vanderploeg RD. Factors moderating neuropsychological outcomes following mild traumatic brain injury: a meta-analysis . *J Int Neuropsychol Soc.* 2005;11(3):215–227.

57. Belanger HG, Vanderploeg RD. The neuropsychological impact of sports-related concussion: a meta-analysis . *J Int Neuropsychol Soc.* 2005;11:345–357.

58. Carroll LJ, Cassidy JD, Peloso PM, et al. Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med*. 2004;36:84–105.

59. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, Switzerland: WHO; 1992.

60. Boake C, McCauley SR, Levin HS, et al. Diagnostic criteria for postconcussional syndrome after mild to moderate traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005;17:350–356.

61. Iverson GL, Zasler N, Lange RT. Post-concussive disorder. In: Zasler ND, Katz DI, Zafonte RD, eds. *Brain Injury Medicine: Principles and Practice.* New York, NY: Demos Medical Publishing; 2006: 373–405.

62. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med.* 2004;351:13–22.

63. Koren D, Norman D, Cohen A, Berman J, Klein EM. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry.* 2005;162:276–282.

64. Bombardier CH, Fann JR, Temkin N, et al. Posttraumatic stress disorder symptoms during the first six months after traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2006;18:501–508.

65. Warden DL, Labbate LA, Salazar AM, et al. Posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury and amnesia for the event? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1997;9:18–22.

66. Brain Trauma Foundation. *Guidelines for the Field Management of Combat-Related Head Trauma. 2005.* Available at: http:// www.braintrauma.org/guidelines/. Accessed August 31, 2009.

67. McCrea M, Kelly J, Randolf C. *Standardized Assessment of Concussion (SAC): Manual for Administration, Scoring, andInterpretation.* 2nd ed. Waukesa, Wisc: Comprehensive Neuropsychological Services; 2000.

68. Savola O, Niemelä O, Hillbom M. Alcohol intake and the pattern of trauma in young adults and working aged people admitted after trauma. *Alcohol Alcohol.* 2005;40(4):269–273.

69. Corrigan JD. Substance abuse as a mediating factor in outcome from traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1995;76(4);302–309.

70. Horner MD, Ferguson PL, Selassie AW, Labbate LA, Kniele K, Corrigan JD. Patterns of alcohol use 1 year after traumatic brain injury: a population-based, epidemiological study. *J Int Neuropsychol Soc.* 2005;11(3):322–330.

71. Sherer M, Bergloff P, High W Jr, Nick TG. Contribution of functional ratings to prediction of long-term employment outcome after traumatic brain injury. *Brain Inj.* 1999;13(12):973–981.

72. Corrigan JD, Smith-Knapp K, Granger CV. Validity of the functional independence measure for persons with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1997;78(8):828–834.

73. Kreutzer JS, Witol AD, Marwitz JH. Alcohol and drug use among young persons with traumatic brain injury. *J Learn Disabil.* 1996;29(6):643–651.

74. Kreutzer JS, Wehman PH, Harris JA, Burns CT, Young HF. Substance abuse and crime patterns among persons with traumatic brain injury referred for supported employment. *Brain Inj.* 1991;5(2):177–187.

75. Neurobehavioral Guidelines Working Group. Warden DL, Gordon B, McAllister TW, et al. Guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury. *J Neurotrauma*. 2006;23(10):1468–1501.

76. Lee HB, Lyketsos CG, Rao V. Pharmacological management of the psychiatric aspects of traumatic brain injury. *IntRev Psychiatry.* 2003;15(4):359–370.

77. Thaxton L, Myers MA. Sleep disturbances and their management in patients with brain injury. *J Head Trauma Rehabil.*2002;17(4):335–348.

78. Walker WC, Seel RT, Curtiss G, Warden DL. Headache after moderate and severe traumatic brain injury: a longitudinal analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(9):1793–1800.

79. Young JA. Pain and traumatic brain injury. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2007;18(1):145–163, vii–viii.

80. Alderfer BS, Arciniegas DB, Silver JM. Treatment of depression following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2005;20(6):544–562.

81. Mittenberg W, Tremont G, Zielinski RE, Fichera S, Rayls KR. Cognitive-behavioral prevention of postconcussion syndrome. *Arch Clin Neuropsychol*. 1996;11(2):139–145.

82. Ponsford J, Willmott C, Rothwell A, et al. Impact of early intervention on outcome following mild head injury in adults. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002;73:330–332.

83. de Kruijk JR, Leffers P, Meerhoff S, Rutten J, Twijnstra A. Effectiveness of bed rest after mild traumatic brain injury: a randomised trial of no versus six days of bed rest. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002;73:167–172.

Розділ 16

ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ ІЗ БОЙОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ І ТРАВМАМИ

Гарольд Дж. Вейн[I] · Скотт К. Моран[II] ·
Марвін Олешанський[III] · Анрі Боутері[IV] ·
Крістофер Л. Ланґе[V]

ВСТУП

ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ І СТРЕС ВІД ТРАВМИ

Наслідки травми

Госпіталізація і значення травми

ЗНАЧЕННЯ ПСИХІАТРІЇ ПІСЛЯ ТРАВМУВАННЯ

ТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАХОДИ З ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Систематичні психологічні консультації та терапевтичний альянс

Перенесення і контрперенесення у терапевтичних взаєминах

СКЛАДОВІ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Емпатичний вплив

Гіпнотерапія

Групова психотерапія

Фармакологічні втручання

Безсоння

ТЕРАПІЯ

Депресії та розлади настрою

Тривога

Когнітивні розлади

Подальші контакти

Родина травмованого пацієнта

ДОПОМІЖНИЙ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ПОРАНЕНИХ ІЗ ПСИХОЛОГІЧНИМИ ТРАВМАМИ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор філософії, директор, Консультативна служба поєднальної психіатрії, Building 2, Room 6238, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5100.

[II] Доктор медицини, майор (Р), Медичний корпус, Армія США, директор із ординатури за фахом «Психіатрія», Консультативна служба поєднальної психіатрії, Building 6, Room 2060, Walter Reed Army Medical Center, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5100.

[III] Доктор медицини, полковник у відставці, Армія США; психіатр амбулаторного відділення психіатричної поліклініки, Військово-медичний центр Тріплера, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96822; у минулому — штатний психіатр Служби психологічного консультування і взаємодії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC 20307-5100.

[IV] Доктор медицини, штатний психіатр Консультативної служби поєднальної психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue, NW, Washington, DC 20307-5100.

[V] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, ВМС США; директор програми стипендій із психіатрії відділення психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Building 6, Room 3038, Washington, DC 20307; у минулому — штатний психіатр Консультативної служби поєднальної психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC.

ВСТУП

Психологічні травми, отримані під дією людського чи природного чинника, а також ті, що виникають унаслідок терапевтичного чи хірургічного втручання, можуть надзвичайно пригнічувати не лише пацієнта, який стикається з багатьма проблемами медичного характеру, але також і членів його родини та людей, які його доглядають. Кожна з цих осіб вимушено стикається з травматичною подією, яка призвела до ушкодження пацієнта, а також її подальшими психологічними наслідками. За ієрархією потреб догляду пацієнтів на першому місці стоїть стабілізація фізичного стану. Проте дуже часто ігноруються психіатричні побічні ефекти, які може викликати травматичне пошкодження.

Протягом багатьох років Консультативна служба поєднальної психіатрії (PCLS — Psychiatry Consultation Liaison Service) Військово-медичного центру Волтера Ріда (WRAMC) допомагає пацієнтам упоратися з психіатричними та психологічними наслідками травм, які потребують стаціонарного лікування або хірургічного втручання. Від початку Глобальної війни з з тероризмом у 2001 році PCLS мала подвійне завдання: мінімізувати психічні наслідки травм, які можуть перешкоджати лікуванню, та запобігти хронічним і гострим важким психіатричним розладам, що можуть виникнути в результаті травми. Були опубліковані кілька розділів і статей, які детально описують методи роботи PCLS для забезпечення виконання цих завдань. Серед них були опубліковані матеріали, де обговорювалися перша війна в Перській затоці [1], напад на Пентагон [2], вибух в американському посольстві в Найробі [3], а також сучасні війни в Афганістані й Іраку [4]. Від 2003 року через Консультативну службу поєднальної психіатрії пройшли понад 3000 пацієнтів з бойовими пораненнями, до яких застосовували методи, описані в цих розділах.

Однією з головних особливостей охорони психічного здоров'я постраждалих із політравмою (так само, як і будь-якої психіатричної консультації з цього приводу) для психіатрів є їхня активна взаємодія з пацієнтом, його сім'єю та командою лікарів, які займаються комплексним лікуванням фізичної травми пацієнта. Від початку Глобальної війни з тероризмом Консультативна служба поєднальної психіатрії була звичною частиною лікуванням травм у WRAMC. Одразу після нападу на Пентагон 11 вересня 2011 року постраждалих, які потребували більш тривалого стаціонарного лікування, приймали до цивільних лікарень, розташованих ближче до Пентагону, а не до Військово-медичного центру Волтера Ріда. На той час Консультативна служба поєднальної психіатрії для надання допомоги постраждалим залучала до роботи у цих медичних закладах свої команди медичних працівників. Працівники PCLS були визнані консультантами внутрішньої медичної команди місцевих лікарень.

Пацієнтів із травмами зазвичай оглядають одразу після прибуття до WRAMC. Протягом усього перебування в лікарні їхнім медичним супроводом займається команда лікарів-травматологів. Це є основною медичною допомогою, яка надається таким пацієнтам. Заходи з охорони психічного здоров'я проводяться з пацієнтами для лікування травм та їхніх наслідків, надання допомоги членам родини, які забезпечують дуже важливу емоційну підтримку постраждалих, а також для посилення взаємодії команди лікарів із метою отримання максимально сприятливого клінічного результату. Так відбувається, коли пацієнти отримують медико-хірургічну допомогу й при цьому

прагнуть фізично та психологічно адаптуватися до нових реалій, які виникають через травмування. Таким чином, комплексна програма призначена для допомоги медичному закладові в справі повного задоволення психологічних потреб пацієнтів, які пережили травматичну подію. При цьому необхідно враховувати потреби не лише постраждалих, але і їхніх сімей, а також медичного персоналу, який бере безпосередню участь у догляді пацієнта.

Цей розділ присвячений психологічним і психіатричним проблемам пацієнтів із травматичними ушкодженнями, які потребують стаціонарного лікування або хірургічного втручання. PCLS розробила новий метод психологічної реабілітації таких пацієнтів, відповідно до якого психологічна допомога надається не лише постраждалим, а й членам їхніх родин і медичному персоналу, залученому до лікування пацієнта. Метод базується на досвіді, отриманому авторами та їхніми колегами протягом останніх 30 років під час надання допомоги пацієнтам, членам їхніх сімей і команді лікарів, які безпосередньо залучалися до лікування пацієнтів у WRAMC.

ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ І СТРЕС ВІД ТРАВМИ

Солдатам, які отримували бойові поранення під час воєнних операцій «Непохитна свобода» (OEF) та «Іракська свобода» (OIF), для порятунку життя санінструктори надавали першу медичну допомогу безпосередньо на полі бою або в батальйонному медичному пункті. Подальше лікування проводилось у військовому хірургічному шпиталі. Далі пацієнта доправляли системою аеромедичної евакуації до Регіонального медичного центру армії США Ландштуль. Система військової аеромедичної евакуації полегшує перевезення пацієнта до WRAMC, куди його доправляють після отриманих бойових поранень і стабілізації стану в Регіональному медичному центрі армії США Ландштуль. Завдяки останнім досягненням у галузі надання першої медичної допомоги на полі бою, надсучасним методикам хірургічних втручань і вдосконаленим реанімобілям поранені виживають із такими травмами, які в попередніх війнах призвели б до неминучої смерті. Рівень смертності суттєво знизився. За часів Громадянської війни в США це співвідношення становило 1:2, а під час OIF — 1:16. Це означає, що сьогодні виживає набагато більше пацієнтів, які в подальшому стикаються з психологічними наслідками травматичного ушкодження.

Характер і тяжкість травм варіюються залежно від провокаційного чинника. Наприклад, жертви терактів страждають частіше за все від таких травм, як глибинні та поширені опіки, удари тупими предметами, множинні рани від уламків скла або уламків предметів, які були поряд у момент вибуху, а також отруєння димом. До бойової травми належать вогнепальні та осколкові поранення, поранення черевної порожнини, травми головного і спинного мозку, ампутації. Багато солдатів, поранених під час військових операцій OIF і OEF, отримали декілька видів травм одночасно, і тому вони підпадають під розряд пацієнтів із політравмою.

Отримані від травматичної події поранення часто означають для пацієнта завершення життя, адже є початком болісних і тяжких випробувань із невизначеним результатом. Пацієнтам, які вижили, у процесі відновлення ще доведеться пережити численні психологічні стреси. Біль посилюється від частих санаційних промивань ран і перев'язок, пересаджування шкіри, пластичної хірургії, а також під час регулярних фізичних вправ для розробляння пошкоджених кінцівок з метою запобігання контрактурі. Медичні процедури, серед яких і застосування наркотичних засобів, часто можуть перешкоджати мотивації пацієнта. Іноді виникає потреба ізолювати пораненого до того моменту, поки не мине небезпека зараження або поки необхідна поширена пов'язка, яка зменшує контакт шкіри з навколишнім середовищем, особливо для пацієнтів із пораненнями обличчя та пошкодженнями очей. Трахеотомія або черепно-мозкова травма (ЧМТ) можуть перешкоджати спілкуванню з пацієнтом. І це далеко не всі складнощі, з якими одразу після поранення стикаються постраждалі з політравмою.

Первинна медико-хірургічна допомога має дуже важливе значення для відновлення поране-

ного. За розповідями пацієнтів і членів їхніх родин, лікування в медичному закладі часто сприймалося ними як суттєвий постійний стрес-чинник. У більш складних випадках тривале перебування в лікарні додатково травмувало пацієнта. Саме тому лікар-психолог повинен враховувати не лише наслідки травматичної події, а й можливі стрес-чинники, які виникають через медичне та хірургічне втручання. Це потрібно для того, щоб запобігти чи звести до мінімуму негативні для психіки пацієнта наслідки та оптимізувати клінічний результат.

Неврологічні й фізіологічні розлади та поведінкові зміни часто виникають унаслідок травматичного ушкодження, яке призводить до ампутації, черепно-мозкової травми, травми спинного мозку, спотворення обличчя, опіків, сліпоти, каліцтва або пошкодження зовнішніх чоловічих статевих органів [5]. Такі стрес-чинники, як біль, ускладнення, що виникають у процесі лікування пацієнта і його відновлення, інфекції, необхідність повторного розрізу рани й дренажу або огляду хірургічних ран, пролежні у пацієнтів, які весь час лежать, побічні ефекти від ліків, внутрішньо-лікарняні інфекції, сповільнене відновлення й тривалі госпіталізації, а також невизначеність у результаті лікування та його термінах — неповний перелік емоційних і психологічних наслідків для пацієнта.

Наслідки травми

Коли не може бути задіяний психологічний захист, травма викликає порушення звичайних адаптивних механізмів [6]. Унаслідок травмування порушується здатність до самообслуговування, слабшає впевненість у собі та знижується самооцінка. Крім цього, зникає довіра до інших, тимчасово притуплюється критичність судження, можуть виникнути почуття безпорадності й залежності або розпочинається регресія. Внаслідок травми також часом трапляються напади гніву, навіть люті, роздратування, розпачу. Структура особистості та її захисні реакції перебувають на межі. Окрім того, травма здатна відтворити попередні неадекватні моделі поведінки, які давно не підтримувалися.

Для того, щоб полегшити догляд хворого, важливо отримати його детальну біопсихосоціальну історію та історію розвитку. Пацієнт або члени його родини, чи одночасно пацієнт і його родина могли в минулому мати психологічні травми, проблеми з психічним здоров'ям, які впливають на реакції організму після травмування. Знання медпрацівниками основ особистісної структури й механізмів психологічного захисту, які пацієнт використовує з власною метою для сприяння психологічній терапії, значно спростить лікування. Методи отримання такої інформації мають відрізнятись від традиційних, що застосовують до звичайних пацієнтів, яких не було поранено. Директивний підхід здатний призвести до реактивації травми й спричинити регресивну поведінку, яка може звести нанівець результати наданої медичної допомоги. Рекомендується звичайний приязний діалог у гумористичному тоні (якщо обставини відповідні та якщо медичному працівникові при цьому комфортно спілкуватися з пацієнтом).

Травматичні ушкодження можуть призвести до короткочасних або довготривалих емоційних травм, переважно до гострої реакції на стрес і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати досліджень, проведених у WRAMC, показали, що ступінь тяжкості фізичної травми може бути взаємопов'язаний з розвитком депресії і посттравматичного стресового розладу після травмування [7]. Також було документально підтверджено, що в цивільних медичних закладах травматичні ушкодження часто призводять до стресових розладів [8, 9]. Показники виникнення ПТСР після травматичного ушкодження варіюються від 12 % до 30 %, тим часом як у WRAMC серед поранених військовослужбовців поширеність ПТСР складала 4 % за місяць і 12 % за 7 місяців опісля поранення [7]. У травмованих пацієнтів можуть виникнути різні психологічні реакції, які протікають незалежно або одночасно із вказаними вище розладами. Крім цього, виявляються інші діагнози включно з афективними, тими, що викликають розлади психіки, тривожним станом або соматофорним розладом, а також ЧМТ [10]. Серед деяких психологічних реакцій автори також спостерігали сепараційну тривогу (страх розлуки), відчуття суму, гніву, люті, страху, фрустрації (розчарування), жалю, сорому,

відчаю, розщеплення особистості (дисоціації), амнезію, яка прогресувала, стан самозаперечення і порушення власної цілісності.

На полі бою в солдатів виникає бойове мислення, або так званий бойовий дух. Воно виявляється багатьма психологічними симптомами, дуже суттєвими з огляду на самопочуття людини в зоні бойових дій. Але після повернення додому або медичної евакуації через поранення ці почуття виявляються зайвими, адже багато з них можуть імітувати гострий стресовий розлад. Можливі проблеми зі сном, дратівливість, надзвичайна настороженість, яскраво виражений стартл-рефлекс і психомоторне збудження. Серед інших симптомів, які можуть виявитись (і дуже зашкодити), — слабка концентрація уваги, відчуття страху, безпорадності, жаху й тривоги, байдужість, відсутність будь-яких емоцій і ступор. Симптомами когнітивних порушень є сни, думки та спогади, які постійно повторюються. Симптоми поведінкових розладів — це уникнення людей, місць, дій, думок, емоцій, розмов або навіть телевізійних передач, здатних нагадувати про подію, яка спричинила травмування. Як правило, протягом певного періоду вони зникають, але у значно більшого відсотка пацієнтів ці симптоми можуть зберігатися навіть після завершення курсу лікування основної травми. Проте вони не призводять до клінічного діагнозу гострого стресового розладу або ПТСР.

У PCLS регулярно здійснюється оцінювання пацієнтів на наявність зазначених симптомів, проводяться заходи освітнього характеру й психіатричні втручання, нормалізується емоційний стан і застосовується емпатичний вплив як засіб розвитку резильєнтності або здатності швидко відновлюватись. Усе це робиться для повернення втраченого психічного здоров'я. Усвідомлення лікарем впливу цих реакцій значно полегшує формування позитивного терапевтичного альянсу з пацієнтом, що покращує результати лікування та послаблює недовіру до психотерапевтів.

Залежно від тяжкості травми й того, яка частина тіла в пацієнта вражена, можна визначити його психологічну реакцію на травму. Пошкодження частини тіла, яка є справді важливою або відносно важливою для функціонування людини, може суттєво посилити стрес пацієнта [11]. Тому PCLS регулярно проводить оцінювання зовнішнього вигляду й фізичної цілісності пацієнта після травми. Фантомні болі кінцівок зазвичай лікують шляхом поєднання лікарських засобів із гіпнотерапією, яка проводиться безпосередньо біля ліжка хворого. Крім цього, пацієнтів навчають методів самогіпнозу, щоб вони могли керувати болем. Часто найскладніші реакції під час оцінювання власного зовнішнього вигляду спостерігаються в пацієнтів, у яких спотворені обличчя або ушкоджений спинний мозок. Фахівці PCLS ще на початку курсу лікування приділяють увагу цим психологічним проблемам. Труднощі емоційного реагування на зазначені типи травм виникають не тільки в пацієнтів, але й у терапевтів і хірургів.

Травмовані пацієнти, які відчувають сильний біль, менш схильні піддаватися психотерапевтичним втручанням. Шрайбер і Джелей-Джет [12] визнають неконтрольований біль стрес-чинником. Якщо його лікувати неефективно, це може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу. Неконтрольований біль здатний також спричинити тривожний стан, депресію, відчуття самотності, агресію та розлади сну [13]. Результати дослідження WRAMC також показали, що посилення болю часом стає чинником розвитку ПТСР і депресій серед солдатів із бойовими пораненнями [14]. У PCLS є безліч методів для послаблення або усунення болю. Як уже зазначалося, часто практикується гіпнотерапія безпосередньо біля ліжка хворого. Застосовувати для управління болем інші методи, такі як когнітивний рефреймінг, ліки-антидепресанти й стимулятори, команда лікарів рекомендує лише додатково.

Фізична втрата кінцівки викликає у пацієнта занепокоєння щодо потенційних соціальних і міжособистісних труднощів, які його можуть спіткати в майбутньому. Травмовані пацієнти, яких описував Блум [15], відчували втрату ідентичності, впевненості в собі, почуття власної гідності, самодостатності та ідеального уявлення про себе. Горовіц [16] і Ландцман із колегами [17] помітили, що психологічні реакції пацієнта з травматичним ушкодженням схожі на ті, що виникають після тяжкої втрати. Крім занепокоєння з приводу свого зовнішнього вигляду, пацієнти після ампутацій також переймаються такими болісними для них питаннями, як реакція з боку однолітків, можли-

вість заробити собі на прожиття [11], соціалізація, стосунки з протилежною статтю та сексуальне життя [10]. У травмованих пацієнтів існує ризик розвитку психічних захворювань з таких причин, як вплив травми, ступінь прояву впливу, психіатрична історія, стать і рівень освіти [18]. Потреба раннього втручання була визнана після нападів 11 вересня [4, 19, 20]. Х'юг і колеги [21] довели, що найбільшим стримувальним чинником для травмованих солдатів, які могли потребувати психіатричного втручання, було їхнє сприйняття ставлення до психіатрії. Для усунення упередженого ставлення солдатів із бойовими пораненнями до охорони психічного здоров'я PCLS змінила свою назву на Службу попереджень психічних захворювань (PMP — Preventive Medical Psychiatry). Це було зроблено з метою забезпечити прихильніше ставлення однаково з боку пацієнта, його родини та медпрацівників. Зміна назви була потрібна для того, щоб психіатричну групу розглядали як звичайну медичну допомогу [20]. Після цього кожен пацієнт, який отримав бойові поранення під час воєнних операцій OIF/OEF і був госпіталізований у загальному медичному або хірургічному відділенні WRAMC, гарантовано проходив психологічне оцінювання та отримував супровід відповідних фахівців. Залучення психіатрів до складу команди травматологів і проведення звичайних профілактичних психіатричних заходів із травмованими пацієнтами здатні запобігти виникненню психічних симптомів через отриману інвалідність. Про переваги цієї програми свідчить той факт, що рівень розвитку ПТСР серед травмованих з медичної точки зору пацієнтів із WRAMC нижчий, ніж серед солдатів, які не отримали поранення [7, 21]. Крім того, раннє психіатричне втручання може також усунути стереотипи, пов'язані зі статусом пацієнта психіатра. Це дасть змогу проводити відповідне психіатричне втручання тоді, коли це знадобиться, а найчастіше — після виписування пацієнта з лікарні.

Госпіталізація і значення травми

Одразу після отримання травми пацієнти часто повідомляють про шок, неприйняття і зневіру. Відчуття того, що внаслідок травмування ти будеш залежним від інших, може лякати й пригнічувати. Страх втрати життя, кінцівок або певної функціональної здатності, а також відчуття втрати контролю є звичними для цієї ситуації реакціями. У пацієнта виникають дуже сильні побоювання, що він може виявитися покинутим до того, як відновить контроль над своїм тілом. Він може не вірити в можливість отримання допомоги. Після того, як допомога надається і минає страх самотності, поступово з'являється відчуття комфорту разом із потенційними потребами інвалідності. Залежно від важкості травми, пацієнт не завжди може розуміти, що з ним сталося, поки не отямиться в лікарні. Деякі пацієнти спочатку відчувають піднесення, бо залишилися живими. Через певний час, однак, ейфорія здебільшого зникає, натомість виникає почуття тривоги із симптомами депресії. Деякі пацієнти з травмами головного мозку або втратою свідомості можуть так і не згадати подію, що спричинила травмування, й очікуватимуть інших травматичних випадків, щоб заповнити цю прогалину.

Загалом, пацієнт, який зазнає травми, може відчувати загрозу власній фізичній та емоційній цілісності. Втрата частин тіла, загроза смерті також викликають у травмованих пацієнтів значні побоювання. Вони стають вразливими й залежними. Багато пацієнтів раніше не відчували подібного стану. Крім того, можуть виникнути страх або відчуття дискомфорту під час перебування в оточенні незнайомих людей, адже невідомо, яким чином каліцтво пацієнта може вплинути на нові стосунки. Побоювання стосовно перебування серед численних рідних і близьких, як це було раніше, чи відчуття безпеки також складають основні проблемні питання для пацієнтів, які виписуються з лікарні. Через своєрідне сприйняття ситуації пацієнт може обрати дитячі моделі поведінки, які призводять до конфліктів із санітарами й медичним персоналом. У пацієнтів із травматичними ушкодженнями часто спостерігається прогресування амнезії та потреби залежності. Як правило, може виникати нарцисична травма.

Усі зазначені вище чинники значно посилюють переживання близьких і рідних пацієнта. Потреби родини повинні бути вирішені таким чином, щоб тривоги членів родини не впливали на

пацієнта і не ускладнювали й без того емоційно напружену ситуацію. Так, наприклад, родичі пацієнта часто ночують у його кімнаті, щоб не залишати хворого на самоті в нічний час. Проте це може призвести до того, що пізніше у пацієнта виникатимуть труднощі зі сном, якщо в кімнаті з ним уночі ніхто не залишатиметься.

Травматична подія спроможна порушити адаптивне функціонування індивіда. Із часом більшість пацієнтів знаходять способи подолання емоційних наслідків травматичного ушкодження. На початковому етапі характеристики особистості, завдяки яким пацієнт раніше ефективно вирішував свої психологічні проблеми, бувають пригніченими Але зазвичай у таких пацієнтів із часом спрацьовує самоконтроль. Пацієнти зі слабкою або невпорядкованою особистісною структурою можуть конфліктувати з медичним персоналом або членами сім'ї. Вони більш схильні до розвитку неадекватної поведінки або психічних захворювань. Психіка таких пацієнтів реагує не найкращим чином, тому що для них сама травма або ушкодження може бути основним стрес-чинником. Вони та їхні родини є дуже вразливими, тому їм потрібні підтримка й супровід дбайливих людей. Встановлення з ними контакту в терапевтичних взаєминах є обов'язковою умовою для успішного лікування. Приязне ставлення, турбота, співчуття та підтримка надзвичайно позитивно впливають на формування альянсу між сім'єю і пацієнтом. Це, своєю чергою, сприятиме відновленню психічного здоров'я та нормалізації психічних реакцій.

Значення психіатрії після травмування

Майже в усіх, хто пережив трагічні події, нетривалий час проявляються один або кілька симптомів, пов'язаних зі стресом [22]. У багатьох випадках вони минають доволі швидко. Проте симптоми, які зберігаються протягом тривалого періоду після травматичної події, збільшують імовірність розвитку ПТСР або інших пов'язаних зі стресом психічних розладів. Корен [8] дійшов висновку, що в поранених солдатів більш ніж у п'ять разів частіше розвивались психічні симптоми, ніж у травмованих пацієнтів. Первинна мета фахівців галузі психічного здоров'я полягає в тому, щоб сприяти лікуванню, вторинна — запобігти виникненню хронічних виснажливих психіатричних симптомів, або мінімізувати їх. Тому для пацієнтів, які потребували стаціонарного лікування чи хірургічного втручання після травми, у WRAMC запровадили нові методи лікування [2, 10]. Служба попередження психічних захворювань WRAMC розробила методику терапевтичної взаємодії, замінивши нею очікування консультацій психотерапевтів, які проводяться безпосередньо перед лікуванням. Вона була створена для того, щоб пацієнт зміг подолати своє упереджене ставлення до консультацій у психіатра. Подолання цієї перешкоди має дуже важливе значення. Адже, як правило, багато пацієнтів применшують свої страждання і не все розповідають про симптоми будь-яких розладів через страх отримати тавро пацієнта психіатрії. (Як було зазначено вище, PMP була створена для усунення упередженого ставлення до охорони психічного здоров'я і психіатрії).

Приклад із практики 16.1. 36-річний солдат із ушкодженням м'якої тканини правого ока, переломами лівої стегнової та великої гомілкової кісток, а також із ампутацією правої ноги нижче коліна (АНК) дуже похмуро зустрів бригаду ортопедів і фізіотерапевтів. Опісля першого візиту до психіатра пацієнт заперечував будь-які психологічні проблеми, що могли з'явитися в нього після травми від вибуху саморобного пристрою. Він стверджував, що не потребує психіатричного втручання, і засмутився коли його скерували на консультацію. Коли солдат усвідомив, що візит до психіатра був звичайним превентивним заходом, застосовуваним до всіх травмованих пацієнтів, він почав розповідати про свою стурбованість з приводу того, як приймав рішення під час бойових дій. Пацієнт припустив: можливо, саме його рішення призвело до того, що підрозділ наразився на вибух, а він отримав поранення. Солдат і далі описував свої психологічні проблеми, а тим часом команда психіатрів працювала над рефреймінгом його ситуації. Одночасно з пацієнтом проводилась інформаційно-роз'яснювальна робота. Щойно солдат усвідомив, що консультація в психолога є звичною буденною практикою для всіх пацієнтів, він почав більш спокійно реагувати на лікарів, сприймати медичні процедури й тісніше співпрацювати з медичними працівниками в процесі своєї реабілітації.

ТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАХОДИ З ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Служба PMP Військово-медичного центру Волтера Ріда застосовує метод терапевтичного втручання для попередження психічних стресових розладів (TIPPS — Therapeutic Intervention for the Prevention of Psychiatric Stress) [10]. За умови подібного підходу застосовується багато інструментів, які психіатр використовує під час проведення регулярних консультацій. Ці заходи були розроблені для вирішення психологічних потреб травмованих пацієнтів, підтримки окремих осіб і членів їхніх родин, оцінювання психічного стану, забезпечення в разі необхідності раннього втручання без стигматизації пацієнта, а також для підтримки персоналу. Для сприяння швидкому одужанню пацієнтів, поки вони перебувають у лікарні, застосовуються цільові методи лікування. Анкетування дає змогу зібрати об'єктивні дані та сприяє успішній подальшій терапії. Основними компонентами підходу TIPPS є розгляд відновлення психічного здоров'я як звичного елемента травматологічної допомоги, метод психотерапевтичного впливу співпереживання, формування тісного терапевтичного альянсу з пацієнтом і його родиною, нормалізація емоційного стану та психологічної реакції на травму, посилення здатності швидко відновлювати фізичні й душевні сили та заохочення позитивних моделей поведінки подолання труднощів (копінг-поведінки). Методи TIPPS успішно застосовувались у WRAMC після нападів на Пентагон 11 вересня 2001 року. Дослідження довели їхню ефективність у звуженні сфери психічних розладів серед солдатів із бойовими пораненнями, які проходили лікування у Військово-медичному центрі Волтера Ріда [7]. Інші важливі компоненти психологічного втручання передбачають розуміння стилів реакцій особистості й психологічного захисту, перенесення і контрперенесення («зустрічне» перенесення афекту), заходи щодо нормалізації емоційного стану, когнітивний рефреймінг, навчання пацієнтів і членів їхніх родин, відповідні психофармакологічні призначення, методи гіпнозу та релаксації. Основою цього підходу є також посилення сильних сторін пацієнта, які стосуються збереження нормальної життєдіяльності. Далі йтиметься про деякі принципи TIPPS.

Систематичні психологічні консультації та терапевтичний альянс

Із пацієнтами поводяться консультації в неофіційному стилі, з уникненням традиційної психіатричної лексики від самого початку лікування. Типове звертання лікаря може починатися з фрази: «Добрий день, я доктор ___ , фахівець із профілактичної медичної психіатрії. Радий вітати вас у нашій лікарні. З поверненням. Нам дуже шкода, що вам довелось отримати травму, але всі ми вдячні вам за ваш героїзм. Ви захистили нас на полі бою, тепер наша черга подбати про вас». Присутніх членів родини пацієнта вітають у такий самий спосіб. Родині пацієнта рекомендують психолога як співробітника служби PMP. При цьому він доводить до відома пацієнта і його родини, що оцінювання психічного здоров'я є звичайною процедурою медичного догляду пацієнтів, які повернулися після воєнних операцій OIF/OEF. Такий метод, як правило, налаштовує пацієнтів і членів їхніх родин на спокійне спілкування з психологами. Після навчання медичні працівники служби PMP добре знають різні можливі реакції на методи відновлення психічного здоров'я, які виникають у пацієнтів і членів їхніх сімей. Тому вони можуть відповідним чином коригувати свої методи роботи.

Із часом формується терапевтичний альянс із пацієнтом і членами його родини, адже нетривалий огляд хворих проводиться кілька разів на тиждень. Служба PMP залучає всю родину пацієнта до процесу його адаптації і відновлення після травматичної події. Родину можна розглядати як окремо від пацієнта, так і разом із ним. Для психолога необхідно розуміти думки та проблеми цих людей. Окрім цього, супровід пацієнтів і членів їхніх родин здійснюють соціальні працівники служби PMP, які відвідують їх двічі на тиждень. Під час медичного обходу до співробітників служби PMP приєднуються працівники служби дитячої та підліткової психіатрії. Фахівці цієї структури зустрічаються з родинами поранених солдатів, у яких є діти, щоб оцінити організацію родинної підтримки пацієнта та допомогти членам родини подолати наслідки

травми. Пацієнтам пропонують самостійно визначити свої почуття і розповісти про них, якщо вони відчувають неспокій, мають проблеми зі сном, бачать кошмари або якщо їх непокоять неприємні почуття через травмування близької людини. Не можна недооцінювати значення терапевтичного альянсу. Коли пацієнт перебуває в лікарні, це суттєво полегшує оцінювання симптомів психологічних розладів і сприяє його лікуванню. Сформований терапевтичний альянс також допомагає пацієнту успішно проходити курс лікування в подальшому, якщо в нього або в його родини виникають певні проблеми після виписування з лікарні. Крім того, пацієнти почуваються комфортно, якщо в подальшому виникає потреба звертатися по допомогу до психіатра.

Перенесення і контрперенесення у терапевтичних взаєминах

Розуміння міжособистісної взаємодії між лікарем і пацієнтами полегшує оцінювання стану пацієнта і сприяє подальшому лікуванню [20]. Те, яким чином пацієнт реагує на лікарів, часто виявляється в різних проявах перенесення. Іноді спосіб перенесення може змінитися через поведінку терапевта. Для травмованого пацієнта встановлення терапевтичного союзу та формування позитивного перенесення має вирішальне значення. Найчастіше до цього приводить ситуація, коли пацієнт від початку лікування сприймає лікаря як приємну й корисну людину. Негативні перенесення, більш імовірно, відтворюватимуть реальні події минулого, викликані швидкими змінами настрою. Крім цього, вони можуть спричинити дерегулювання поведінки та замкнення в собі. Через перенесення негативного досвіду пацієнта посилюється або послаблюється потенційна можливість виникнення повторної віктимізації. За негативного перенесення травмований пацієнт може визначити свого лікаря як зловмисника. Це може спричинити регрес у лікуванні або неналежне сприйняття медичного втручання. Такий стан згубний для пацієнтів, особливо для поранених солдатів, адже успішне лікування перш за все потребує стабілізації та нормалізації стану пацієнта. Отже, абсолютно зрозуміло, що лікар має усвідомлювати важливе значення реакцій перенесення, які можуть виникнути в пацієнта, й реагувати на них із застосуванням належних терапевтичних методик. На ранніх стадіях лікування травмованих пацієнтів першочерговим завданням є стабілізація їхнього оточення, аби забезпечити позитивне перенесення.

Лікарі виявляють також інші проблемні питання, пов'язані з контрперенесенням, які потребують подальшого моніторингу. Надмірне потурання потребам пацієнтів з боку лікаря, його мовчання, уникання розмов із пацієнтом на болючі теми, або, навпаки, надмірне співчуття пацієнтові або членам його родини можуть перешкоджати процесові відновлення пацієнта. Концепцію нейтралітету (нейтрального ставлення до пацієнта) можна відкинути, адже в пацієнта може виникнути повторна віктимізація. Загалом, якщо лікар усвідомлює проблеми перенесення або контрперенесення пацієнта і те, як вони впливають на процес лікування, це дає змогу сформувати більш виразне бачення клінічної картини та забезпечення відповідних методів лікування. Розуміння проблем контрперенесення також дає фахівцям РМР змогу бути ефективнішими лікарями й консультантами. Володіючи цими навичками, вони здатні допомогти колегам з інших служб вирішити питання взаємодії з пацієнтами.

СКЛАДОВІ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Емпатичний вплив

Лікарі надають пацієнтам можливість долати свої психологічні травми за допомогою підтримувальної терапії емпатичного впливу. Іншими словами, психолог у співчутливому тоні просить пацієнта згадати свої травматичні переживання, пояснюючи йому, що отримана інформація буде корисною в майбутньому. Емпатичний вплив може допомогти інтегрувати минулі психологічні травми в нинішній потік свідомості. Психолог, як правило, відвідує пацієнта тричі на тиждень про-

тягом 15–20 хвилин. Така регулярність емпатичного впливу зазвичай дає змогу нормалізувати психологічний стан після травмувальної події і консолідувати цей досвід у пам'яті пацієнта.

Лікарів навчають застосовувати оперативні емпатичні реакції у відповідь на спогади пацієнтів про свої психологічні травми й поранення. Якщо пацієнт і далі розповідає про свої психологічні травми, психотерапевт використовує співчутливі та підбадьорливі фрази про важливі риси характеру свого підопічного. Це зміцнює його позитивну поведінку під час розповіді. Застосовується безпечна техніка спілкування, оминаються конфронтаційні підходи. Коментарі пацієнта, які демонструють найкращі риси його особистості, психотерапевт відразу повинен посилювати фразами на кшталт: «Як ви здогадалися, що потрібно вчинити саме так?» або «Де ви цього навчилися?». Традиційні методи психотерапевтичного втручання дають медикам змогу підтримати травмованих пацієнтів. Повне прийняття, повага, співчуття, душевне тепло, порада, підтримка, схвалення і надія — все це рекомендується психотерапевтові в роботі з пацієнтами. Необхідно, щоб медичних працівників сприймали як людей, які щиро дбають про пацієнта. Вони одночасно співчувають пацієнтам і заохочують їх до детальних розповідей про свої реакції на травму. Ці методи посилюють ефект терапевтичного альянсу та лікування як такого. Таким чином, у той час, як пацієнти розповідають про свої психологічні травми, лікарі шукають методів зміцнення важливих рис вдачі своїх підопічних. Ці пошуки починаються щоразу, коли психологи ініціюють спілкування зі своїми пацієнтами. У той час, коли пацієнт розповідає про свою травму, підтримка та підбадьорливі фрази з боку лікаря про його позитивні якості допоможуть продуктивніше інтегрувати всі протиріччя.

Гіпнотерапія

Гіпнотичні техніки застосовуються тоді, коли пацієнти перебувають у своїх ліжках. Лікарі навчають їх практики дихання, а потім використовують швидку гіпнотичну індукцію, яку пацієнти можуть повторювати вже самостійно. Іноді це дає змогу скеровувати й контролювати такі симптоми, як біль, надмірна підозріливість і тривожний стан. Подібні техніки також можуть сприяти дистанціюванню від травми. Вони надають пацієнту можливість певного контролю над собою в процесі пошуку безпечного моменту, від якого можна розпочати аналіз власних думок і почуттів, пов'язаних із травмою. Лікар може полегшити пацієнтові пошуки уявного безпечного моменту для оброблення та рефреймінгу травматичної події. Надалі такі пацієнти вже матимуть здатність самостійно знаходити такі безпечні моменти. Зазначені техніки також можуть виявитися важливим допоміжним засобом більш ефективного врегулювання психологічних конфліктів, пов'язаних із фантомними болями кінцівок, розладами сну та відмовою від паління. Багато травмованих пацієнтів WRAMC палять навіть тоді, коли добре усвідомлюють, що це сповільнює загоєння ран.

Групова психотерапія

Як доповнення до індивідуальної, групова психотерапія здатна позитивно впливати на психіку й сприяти співпраці багатьох пацієнтів із психологами. Така терапія була продемонстрована як ефективна методика лікування ветеранів В'єтнамської війни з ПТСР [23]. У Військово-медичному центрі Волтера Ріда групові заняття проводяться психологом у терапевтичному відділенні двічі на тиждень. Групи можуть відвідувати травмовані пацієнти також і з хірургічних відділень. За ініціативою пацієнта проводяться обговорення таких тем, як гнів, сподівання, усвідомлення обмежень, сексуальні страхи, сепараційна тривога, комплекс провини того, хто залишився живий, втрати, сімейні проблеми та реакція громадськості.

Фармакологічні втручання

Фармакологічні методи лікування часто використовуються для сприяння відновленню психічного здоров'я пацієнта, який зазнав травматичного ушкодження. Наслідки фізичної травми призводять до значного соматичного болю. За твердженням Шрьодера та Джелей-Джета [12], неконтрольований біль може викликати розвиток

посттравматичного стресового розладу. Деякі пацієнти асоціюють біль із тяжкістю своїх травм, а це також може спричинити розвиток тривожного стану, депресії, відчуття самотності, агресії та порушень сну [11, 13]. Результати дослідження WRAMC показали, що пацієнти з дуже тяжкими фізичними травмами більш схильні до розвитку ПТСР і депресій після травмування [7]. Крім того, пацієнти, які відчувають біль, менш схильні реагувати на традиційні психотерапевтичні втручання [13]. Таким чином, швидке усунення болю має вирішальне значення для пацієнтів, які отримали травми. Біль має усуватися на ранніх стадіях виникнення за допомогою поміркованого застосування анальгетиків. Служба PMP часто рекомендує команді лікарів-травматологів кілька додаткових видів лікування для контролю больових відчуттів. До них належать трициклічні та інші антидепресанти, гіпнотерапія та релаксаційна терапія. Сьогодні є багато засобів фармакологічного впливу для лікування пацієнтів із психіатричними діагнозами або для подолання таких симптомів, як збудження, тривога або розлади сприйняття. Серед препаратів, які використовують у психіатричній практиці, можна виділити нейролептики, атипові нейролептики, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI) та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну.

Безсоння

Безсоння є універсальним симптомом майже для усіх пацієнтів із політравмою. Воно може пов'язуватися з маренням, заходами медичного догляду, аналізами, болем, лихоманкою, лікарськими обходами та іншими моментами життя в шпиталі. Бензодіазепіни, антихолінергічні препарати й антидепресанти здатні сповільнювати мислення, притлумлювати психологічній адаптації травматичної події. Крім цього, вживання зазначених препаратів також викликає марення. Безсоння у травмованих пацієнтів лікується різними методами. По-перше, постійно переглядаються призначення. Це робиться для того, щоб заходи із догляду хворих (наприклад, перевірка життєво важливих показників кожні 4 години) не проводилися без нагальної потреби. Пацієнтам дозволяють зачиняти двері їхніх палат і чіпляти на ручки дверей таблички з попередженнями, що їх не варто турбувати. Сестринському медичному персоналові радять не переривати сну пацієнтів. Своєю чергою, пацієнтів навчають гігієни сну, а також методів релаксації, застосування яких дасть їм змогу швидко заснути.

Проте найчастіше цих заходів недостатньо для боротьби з безсонням. Ліки від безсоння в умовах шпиталю можуть бути надзвичайно корисними. Вибір лікарських засобів часто ґрунтується на симптомах пацієнта, його медичних показниках і вподобаннях. Для подолання нічних кошмарів і проблем зі сном часто використовується препарат сероквель (Seroquel, діюча речовина: Quetiapine; виробництва AstraZeneca, США, Делавер у Вілмінгтоні) в незначних дозах по 25–100 мг. Був опублікований огляд проведення єдиного невеличкого відкритого клінічного дослідження препарату сероквель на предмет впливу на якість сну. Як результат, було встановлено, що препарат також сприяє подоланню нічних кошмарів і проблем із підтримкою сну. Медична практика WRAMC свідчить, що лікування цим препаратом доволі ефективне й він добре переноситься пацієнтами. Проте в кількох пацієнтів спостерігалося підвищення рівня печінкових ферментів, пов'язане з вживанням цього препарату. Є й інші недоліки. Сероквель — дорогий і атиповий антипсихотичний засіб; точаться дебати про його ефективність з урахуванням вартості й ризиків виникнення дисліпідемії, підвищення показників цукру в крові та симптомів екстрапірамідних порушень. У тисячі пацієнтів, які лікувалися цим препаратом у Військово-медичному центрі Волтера Ріда, згадані вище розлади не виникали. Для лікування порушень сну та нічних кошмарів були успішно застосовані також інші нейролептики. Інші препарати можуть призначатись у випадках, коли в пацієнта після кількох вживань ліків або за високих доз їх вживання спостерігаються ретроспекція (повернення до минулих спогадів), дезорієнтація, емоційна дерегуляція поведінки або інші медичні проблеми.

Лікування амбієном (Ambien, діюча речовина: Zolpidem; виробництва фармацевтичної компанії Sanofi-Aventis, Бріджуотер, Нью-Джерсі, Англія)

пацієнтів WRAMC не показало таких ефективних результатів, як лікування Seroquel. Період напіввиведення амбієна триває дуже недовго, а у пацієнтів стрімко розвивається тахіфілаксія. Крім того, амбієн, схоже, не спрацьовує так само ефективно, як Seroquel, для лікування безсоння, обумовленого стресом. Якщо безсоння виникає через тривожний стан або депресію, полегшення може принести міртазапін (Mirtazapine). Коли пацієнтів непокоять переважно кошмари, доведено, що вони дуже добре реагують на празозин (Prazosin). Хоча його застосовувати слід обережно через гіпотензивні властивості препарату. Результати одного невеликого дослідження 10 осіб показали, що пацієнтів із ПТСР, які вживали празозин, менше турбували кошмари. Застосування фармакотерапії в галузі охорони психічного здоров'я обговорюється в інших розділах книги.

ТЕРАПІЯ

Як уже зазначалось, у терапії травмованих пацієнтів використовуються різні психотерапевтичні й психофармакологічні втручання, методи та стилі. У Службі РМР механізм нормалізації відчуттів є фундаментальним аспектом лікування. Солдати на початкових етапах відновлення після травми, як правило, ще не налаштовані на обговорення своїх почуттів із медичним персоналом. Проте, коли травмовані проходять обов'язкові процедури скринінгу й моніторингу, які забезпечує служба, вони починають звикати до регулярних відвідин того, хто заздалегідь нормалізує деякі потенційні психологічні реакції. Дуже часто, коли минає деякий час, солдати схильні говорити більш вільно, усвідомлюючи, що їх вислухають і зрозуміють.

Перший крок у цьому напрямку — домогтися того, щоб пацієнт детально описав свої втрати. Лише у такий спосіб можна отримати необхідну інформацію та визначити причини його депресії. Це може бути смуток або почуття безпорадності, коли пацієнт не знає, як упоратися зі змінами в своєму житті, спричиненими пораненням, а також — ендогенна депресія. У ході перших сеансів психіатри можуть багато дізнатися про систему цінностей пацієнта, його звичні реакції на неприємні події, сподівання та мрії про те, що має відбутися в найближчі кілька місяців їхнього життя. Травмованим солдатам, незалежно від того, що спричинило їхні травми, має бути надано можливість «оплакати» свої втрати. Важливим аспектом роботи в межах цього методу є визначення втрати, її важливості в житті пацієнта та її ефект. Під час кожної з таких сесій «оплакування» психіатр повинен зосередитися на темах, які рецидивують, і почати закладати підвалини зростання життєстійкості, попри всі пережиті втрати. Із плином часу пацієнти відкривають для себе, що життя не зупиняється після втрат. Вони усвідомлюють, що травматичний інцидент є ще одним етапом нової частини їхнього життя. Лише після цього вони здатні розпочати відновлення власного розуміння життєвої мети й добробуту. Проте у деяких солдатів, попри психотерапевтичні втручання, і надалі спостерігаються депресивні або тривожні розлади, які потребують фармакологічного втручання. На щастя, у таких ситуаціях солдати, як правило, дуже добре реагують на звичайний курс лікування антидепресантами.

Депресії та розлади настрою

Часто трапляється так, що, переживаючи почуття втрати, пацієнт не спроможний багато говорити. Оскільки армійський вишкіл передбачає стримування емоцій, почуття втрати може виявлятися через поведінкові розлади. Тут описано різні прояви почуття втрати у таких пацієнтів, а також те, як нормалізація переживань може допомогти їм опрацювати свої переживання; тут розглядаються найбільш ефективні стратегії лікування в резистентних випадках.

Спочатку солдати з бойовими пораненнями, як правило, говорять про «щастя залишитися живими». Однак ця фраза часто супроводжується іншою: «Гадаю, що мені пощастило». Розвиток цієї думки є приголомшливим. На перший погляд здається, що солдати дійсно відчувають полегшення від своєї удачі. Але згодом стає помітно, як їх поступово охоплює почуття провини.

Тому, щоб знову відновити власний емоційний контроль комплексу провини врятованого, вони мають сприймати свій порятунок як щасливу випадковість. Комплекс провини того, хто вижив, був виявлений у пацієнтів, які стали жертвами травматичної події (постраждали разом із іншими в одній травматичній події). У солдатів почуття провини посилюється через наявність обов'язкового коду командної роботи. Військова служба вимагає його від усіх військовослужбовців. Це почуття значно загострюється в пацієнтів, які отримали мінімальні ушкодження, тимчасом як їхні однолітки отримали каліцтва чи загинули.

Втрата здатності функціонування не обмежується лише фізичною втратою кінцівок. Як правило, багато солдатів до травмування вели спортивний і активний спосіб життя. Через ампутацію вони сприймають своє життя «зміненим назавжди» та часто вважають, що вони вже не займатимуться колись звичними для них видами діяльності. Хоча в реальності такі думки ґрунтуються на певних підставах, але доти, поки травмовані так вважатимуть, вони не побачать функціональних можливостей, які зберегли або ще можуть відновити.

Приклад із практики 16.2. Пацієнт АВ — 22-річний армійський сержант, керівник групи з чотирьох піхотинців. Його підрозділ перебував у зоні проведення бойових дій уже 7 місяців, коли під час звичайного патрулювання вони натрапили на саморобний вибуховий пристрій. У результаті вибуху АВ впав непритомним і прокинувся вже з підколінною ампутацією лівої ноги. Він дізнався, що внаслідок вибуху два піхотинці з його команди загинули, ще в одного ампутували праву руку й ногу, а четвертий отримав ЧМТ, і більше про його стан нічого не було відомо. АВ провів 3 тижні в медичному закладі, потім його перевезли до Військово-медичного центру Волтера Ріда. У той час він мав мінімальний контакт із фахівцями охорони психічного охорони здоров'я, у першу чергу тому, що заявляв, що «в нього все гаразд». Проте після аеромедичної евакуації до Сполучених Штатів АВ заявив, що його скрізь «оточували нагадування про втрати». Він плакав, поки розповідав історію свого травмування та в ході медичного огляду, який проводила первинна команда лікарів. Пацієнт потребував консультації психолога. АВ розповідав про втрату власної кінцівки, але розумів, що йому «пощастило». Однак це суперечило його відчуттям, адже він «мав» сильніше співчувати своїм солдатам, ніж собі. Він заявив, що це й було головною причиною виливу його почуттів протягом усієї попередньої госпіталізації. Він гадав, що у випадку, коли зосередиться лише на собі, його вважатимуть слабким. АВ був глибоко стурбований зміною способу життя. Але більш за все його непокоїло те, що йому буде потрібно «завжди показувати своє горе» своєму підрозділові, щоб віддати належне своїм загиблим підлеглим. Визначивши сам для себе, що йому тепер «ніколи не бути щасливим», він впав у стан, в якому ігнорував будь-які заходи, уникав відвідувачів або спілкування з військовими свого підрозділу, коли вони приходили до шпиталю.

Тривога

Протягом гострого періоду госпіталізації солдатів із бойовими пораненнями служба РМР виділила низку симптомів, які належать до тривожних розладів. Найбільш поширеними є ті, що вказують на гострі стресові реакції. Такими симптомами є повторне сприйняття травматичної події через кошмари, спалахи минулого, нав'язливі думки та спогади, які повторюються. Не менш поширеними є симптоми, пов'язані з надмірним збудженням. Це, зокрема, — проблеми із засинанням або тривалістю сну, надзвичайна настороженість, підвищений старт-рефлекс (реакція на переляк), дратівливість і погана концентрація уваги. Серед нав'язливих тем, які постійно обговорюють травмовані солдати, можна виділити такі, як загроза особистій недоторканності, вплив на теперішні та майбутні можливості функціонування, а також вплив на членів родини та друзів. Солдати, вивезені з поля бою, турбуються про своїх товаришів по службі, які залишилися без них на передовій. Пацієнти засмучені тим, що не здатні допомогти своїм друзям на полі бою. Багато солдатів знову й знову чують в уяві або уві сні звук вибуху чи пострілу, яким їх було поранено. Інші пацієнти постійно думають про смерть друзів, їх може охоплювати сильне почуття провини. Раз у раз поранені військові відтворюють подумки потенційні сценарії ведення бою. Вони намагаються зрозуміти, що могли б зробити інакше, аби змінити наслідки бою. До найбільш болісних для пацієнтів спогадів належать моменти, коли вони ставали свідками смерті товаришів по службі, ба-

чили мертвих дітей або частини людських тіл. І, останнє, — це відчуття сорому, здатне спричинити емоційні конфлікти, які, зрештою, викликають занепокоєння або тривогу.

За відсутності ЧМТ або аноксичної травми головного мозку, коли у пацієнтів немає жодних спогадів про травматичні події на тлі вторинних органічних причин, деякі пацієнти здаються стурбованими через очевидні дисоціативні симптоми в гострий період (наприклад, пацієнт не пам'ятає важливих деталей події, в якій його травмовано, або відчуває емоційне заціпеніння, відчуження). Слід зазначити, що більшість пацієнтів, принаймні в початковий період госпіталізації, прагнуть до возз'єднання з членами родини та близькими. Особливо підтримує поранених спілкування з командирами й товаришами по службі, які перебувають у зоні бойових дій.

Хоча деякі госпіталізовані солдати ухиляються від перегляду телепередач або фільмів, які нагадують їм про травматичні події, як правило, вони дуже рідко відкрито відмовляються обговорювати травму або почуття й думки з приводу травми. Тобто публічно вони не уникають ситуацій, коли можна знову пережити травматичні події. Якщо виникає така ситуація, це має бути особливо тривожним сигналом для психіатра. Це означає, що пацієнт потребуватиме подальшого психологічного втручання.

Тривожний стан, окрім того, що характеризується симптомами, які вказують на гострий стресовий розлад, може виявлятись у вигляді специфічних страхів або фобій. Серед них — страх перед засинанням (зазвичай це страх перед сновидіннями), страх самотності (розлуки) або страх темряви. Явно видимі прояви тривоги й напади панічного розладу спостерігаються нечасто. Як правило, зазначені симптоми поглиблюються у солдатів, які раніше мали тривожні розлади або якщо від подібного страждав хтось із членів їхньої родини.

Сон зі швидким рухом очей, обумовлений розладами поведінки, є дуже поширеним симптомом. Він виникає, коли пацієнти уявляють собі в стадії сновидінь, ніби вони беруть участь у бойових діях. Можуть виникати гіпнагогічні розлади та гіпнопомпічні галюцинації, а також інші порушення сприйняття (перцептивні розлади), що є симптомами надмірного збудження. Військовослужбовців транспортують через кілька часових поясів. Протягом днів і ночей з ними можуть проводити часті болісні хірургічні процедури та необхідні сестринські втручання. Усе це стає причиною виникнення порушень циклу сон/ява.

Також зараз вивчається застосування інших видів терапії для вирішення проблем сну та нічних кошмарів. До них належить терапія образної репетиції (коли кінцівка сну пацієнта тлумачиться у більш позитивному ключі).

В умовах інтенсивної терапії, коли з'являються зазначені симптоми, дуже важко встановити точний діагноз тривожного розладу, враховуючи той факт, що часто військовослужбовець не відповідає повністю всім критеріям будь-якого конкретного діагнозу. Крім того, є багато супутніх чинників, таких як біль, знеболювальні засоби (опіати, бензодіазепіни, анестетики), інші ліки та речовини, травмування голови, а також інші терапевтичні чинники, здатні загострити або безпосередньо спричинити будь-які з перелічених вище симптомів. Насамперед важливо визначити, чи не викликає тривожних симптомів загальний стан здоров'я, пов'язаний з деліріумом. З цієї причини дуже часто діагноз тривожного розладу, невиявлений за іншими показниками (іншим чином) раніше, може бути встановлений, якщо яскраво виражені один або більше симптомів, які можуть бути небезпечними. Слід зауважити, що при цьому пацієнт може не відповідати всім критеріям постановки конкретного діагнозу. Крім того, може бути встановлений діагноз розладів адаптаційного характеру і тривожного стану, хоча в деяких випадках дуже складно стверджувати, що реакція людини перевищує очікування в екстремальній ситуації.

Пізніше, у ході стабілізації стану пацієнта в медичних умовах, майже всі зазначені симптоми послаблюються в більшості пацієнтів, але в деяких можуть і зберігатись. Наприклад, пацієнти знову переживають травматичні події, зокрема в нічних кошмарах. Окрім того, можуть виникати нові симптоми тривоги, коли пацієнти опиняються в нових ситуаціях за межами лікарняної палати. Найпоширенішим прикладом є ситуація, коли пацієнт усвідомлює для себе, що він не схильний до емоційного спілкування з іншими людьми. Також пацієнт може бути більш соціально відчуже-

ним і не витримувати перебування в місцях значного скупчення людей. У деяких випадках пацієнти відмовлялися залишати свої лікарняні палати, навіть коли з медичної точки зору вони вважалися фізично здоровими. З тим, як проходитиме фізична терапія та нарощування когнітивного резерву за певних розладів, можуть використовуватися більш стандартизовані стратегії лікування (наприклад, більш формалізована когнітивно-поведінкова терапія). Потім пацієнти залучаються до груп підтримувальної терапії або, якщо на їхній поточний стан дуже впливають питання розвитку й міжособистісні проблеми, проходять курс психодинамічної терапії. Значення послідовного лікування цих розладів на ранній стадії їх розвитку підтверджується тим фактом, що в 12,2–12,9 % солдатів, які перебували в WRAMC із серйозними бойовими травмами, отриманими під час проведення воєнних операцій OIF і OEF, і надалі виявляється повний спектр критеріїв виникнення ПТСР. І все це — за наявності травми, яка є основним чинником максимального ризику для розвитку ПТСР [7]. Якщо не вживати зазначених у цьому розділі заходів, цілком імовірно, що ці показники виявляться ще вищими.

Загальний підхід лікаря до солдата з тяжким бойовим пораненням, який перебуває в тривожному стані, починається, як і для всіх пацієнтів, з емпатичної позиції. Ця позиція розрахована на формування терапевтичного альянсу. Раннє встановлення контакту між пацієнтом і лікарем дає хворому змогу визначити психіатрів як фахівців із медичної бригади, яка його лікує, і почуватися комфортно в спілкуванні з усіма медичними працівниками. Додаткова соціальна допомога надається за потреби мобілізації та забезпечення мережі соціальної підтримки й засобів, необхідних пацієнтові, в самій лікарні. Переглядаються медичні потреби пацієнта, вивчається його розуміння власної хвороби або травми з метою визначення його переконань і причин стурбованості (а можливо, певних сумнівів чи побоювань). Це робиться для того, щоб пацієнт міг отримати турботливий догляд, а також для прогнозування подальшого протікання хвороби.

Щоб закласти основу подальшого лікування пацієнта й нормалізувати його емоції, застосовується методика психологічного просвітництва (тобто надається детальна інформація про емоційні розлади). Для визначення та активізації сильних сторін вдачі пацієнта й зміцнення його психологічного захисту пропонується підтримувальна психотерапія. Пацієнтам рекомендується обговорювати свої травми тоді, «коли вони будуть готові». За таких умов лікарі можуть виокремити й підтримати все, що пацієнтові вдавалося найкраще протягом усього періоду реабілітації після травматичної події. Когнітивні методи використовуються для того, щоб допомогти пацієнтам переосмислити власні думки й переживання травми. Таким чином, пацієнти краще розуміють, що таке тривожний стан, і краще його переносять.

Можна навчати пацієнтів методів релаксації. У деяких випадках для того, щоб пацієнт відчув глибше розслаблення та зміг опанувати свої емоції, застосовується гіпноз. Особлива увага приділяється контролю болю й сну, тому що будь-яка неадекватна реакція в цих сферах може обмежувати здатність пацієнта застосовувати найбільш ефективну для нього стратегію подолання труднощів. З цією метою для бригад первинної медичної допомоги можуть бути розроблені рекомендації щодо вживання знеболювальних препаратів або додавання нових. Перш ніж давати будь-які рекомендації щодо препаратів, дуже важливо враховувати фонове захворювання пацієнта, поточне лікування та наявність алергії. Завжди слід проводити перевірку взаємодії ліків із врахуванням того, що більшість психотропних препаратів мають властивість взаємодіяти з декількома іншими лікарськими засобами та антибіотиками.

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI) є основними препаратами для лікування ПТСР, генералізованого тривожного розладу, панічних розладів і соціофобій. Вони також можуть застосовуватись у випадках важкого, тривалого гострого стресу та для розладів адаптаційного характеру. Сьогодні також успішно використовуються деякі з нових антидепресантів, які не є SSRI. Це такі препарати, як венлафаксин і міртазапін. Із препаратів групи SSRI перевага надається, як правило, сертраліну і циталопраму, зважаючи на те, що вони добре переносяться пацієнтами та характеризуються низьким рівнем взаємодії з іншими препаратами. Зазвичай, за можливості, краще уникати застосування бен-

зодіазепінів, зокрема в лікуванні ПТСР, з огляду на відсутність даних на підтримку їхнього використання, а також з огляду на ризик виникнення залежності від наркотиків або погіршення симптомів ПТСР у довготривалій перспективі. Проте іноді ці препарати використовуються для тимчасового полегшення важкого тривожного стану та нападів панічного розладу.

Дуже часто пацієнтам виписують бензодіазепіни за іншими показаннями, такими як м'язові спазми або фантомні болі в ампутованих кінцівках. В останньому випадку пацієнти повинні знати про вплив бензодіазепінів на тривожний стан. Зазначені побічні ефекти повинні контролюватися. Лікування стійких станів, зрештою, може не обмежуватись лише періодом госпіталізації, а тривати довше. Тому дуже важливо, щоб Консультативна служба поєднальної психіатрії працювала в тісній співпраці з медичною бригадою у питаннях підготовки пацієнта до виписування з лікарні. Суть цієї роботи полягає в тому, щоб забезпечити планомірний перехід пацієнта від стаціонарних до амбулаторних фахівців, які надають психіатричну допомогу.

Когнітивні розлади

Приблизно у третини військовослужбовців, які отримали поранення в OIF і потребували медичної евакуації до Військово-медичного центру Волтера Ріда, було виявлено ЧМТ. З них близько половини мали легку форму ЧМТ, а інші — середнього та важкого ступенів. Багато ЧМТ спостерігаються на тлі політравми.

У Центрі черепно-мозкової травми для ветеранів військової служби (DVBIC — Defense Veterans Brain Injury Center) всіх військовослужбовців, у яких історія травми може бути пов'язана з причиною виникнення ЧМТ (наприклад, перебування в зоні вибуху саморобного пристрою, аварія рухомого транспортного засобу або падіння), спеціалізована команда перевіряє на наявність ЧМТ ще на ранніх етапах госпіталізації. Крім того, всі поранені військовослужбовці, госпіталізовані до WRAMC, проходять подальше психіатричне обстеження як частину стандартного скринінгу, який проводять фахівці PCLS/PMP. Багатопрофільна команда фахівців із неврології, фізичної медицини та реабілітації, психіатрії, фізіотерапії, трудотерапії та мовленнєвих патологій дає поточну оцінку та проводить лікування цих пацієнтів.

Завдання PMP передбачає клінічне оцінювання ЧМТ та лікування пов'язаних із цим поведінкових наслідків. Для військовослужбовців із важкими пораненнями, підключених до апарата штучної вентиляції легенів, цей процес починається у відділенні інтенсивної терапії (ICU — Intensive care unit), щойно вони прибувають до WRAMC. У пацієнтів із політравмою, коли їм поступово знижують дозу седативних препаратів, спостерігаються загальні проблеми дезорієнтації та делірій. У пацієнтів із ЧМТ, на додачу до зазначених проблем, спостерігаються інші порушення. Наприклад, вони прокидаються значно частіше, можуть бути більш збудженими й дезорганізованими і, як правило, не надто здатні доглядати себе. Члени родини поранених військовослужбовців із ЧМТ ознайомлюються з інформацією про те, що прогнози для ЧМТ середнього та важкого ступенів важко передбачити. Іноді наслідки травми дуже страшні й можуть засмучувати близьких. Окрім того, серед медичного персоналу, який займається лікуванням ЧМТ важкого ступеня, поширений терапевтичний нігілізм. Для його подолання необхідно звертатися по консультацію до психіатра, фахівця з питань консультування і поєднувальної психіатрії. Коли в лікуванні марень і збудження інші методи не дають ефекту, застосовуються такі поширені рекомендації, як перегляд призначення знеболювальних препаратів, які вводяться внутрішньовенно, мінімізація зовнішніх стрес-чинників, призначення нейролептиків і тренування витримки. Порушення режиму сну є звичним явищем і може бути пов'язане з іншими симптомами надмірного збудження. Особливо ефективним у його подоланні є лікування порушення сну на випередження із застосуванням незначних доз атипових нейролептиків.

У терапевтичних і хірургічних відділеннях під час проведення психіатричної експертизи при ЧМТ особлива увага приділяється поточному оцінюванню когнітивної функції та емоційного пристосування військовослужбовців до свого бойового досвіду, своїх травм та свого майбутнього. Взаємодія між когнітивними порушеннями, ор-

ганічними розладами настрою та особистісними змінами з гострими, посттравматичними стресовими розладами створює діагностичні та терапевтичні проблеми. Конверсійний розлад часто розглядається в контексті легкої ЧМТ і виявляє себе у формі симулювання та посилення когнітивних розладів, сенсорних і моторних порушень, порушень ходи та заїканні.

Приклад із практики 16.3. GQ — 32-річний військовослужбовець дійсної військової служби із 13-річним професійним досвідом. Його було поранено в результаті вибуху саморобного пристрою під час виконання завдань у воєнній операції OIF, він отримав проникне поранення голови. В армійському польовому шпиталі в Іраку йому зробили краніектомію лівої лобно-тім'яної ділянки для видалення вдавленого фрагмента дурапластику, а також встановили експрес-монітор внутрішньочерепного тиску (ВЧТ). Пацієнта перевели до Регіонального медичного центру армії США Ландштуль у Німеччині, де було помічено, що показники його ВЧТ підвищилися до 15–22 мм ртутного стовпчика. При цьому результати комп'ютерної томографії (КТ) голови залишалися незмінними. Коли зменшували дози седативних препаратів, пацієнт поводився агресивно. Після того, як показники його ВЧТ стабілізувались і монітор видалили, пацієнта перевели до WRAMC. Сюди він прибув інтубованим, перебуваючи під впливом заспокійливих препаратів. Після госпіталізації пацієнта до відділення інтенсивної терапії WRAMC фахівці PCLS бачили його дружину щодня біля його ліжка. Після кількох днів перебування в центрі вона здавалася дуже розгубленою. Жінка повідомила, що медичні працівники зі штатного лікарського персоналу (санітари) відділення інтенсивної терапії сказали, що результат лікування її чоловіка невизначений. Окрім того, їй показали скан КТ головного мозку та пояснили, що значить видалення фрагментів кісток черепа й втрата частини мозку. Жінка не була впевнена, чи зможе вона жити з чоловіком-«овочем». Зустріч фахівців PCLS і бригади відділення інтенсивної терапії з дружиною пацієнта була дуже корисною, позаяк після ознайомлення з КТ жінка багато чого не зрозуміла. Щоб прогноз для її чоловіка був зрозумілішим, лікарі надали жінці конкретну інформацію. Згодом пацієнта ексінтубували. Спочатку він був схвильованим і демонстрував лише лівобічну рухову активність. Протягом місяця чоловік поступово відновлювався: зникла посттравматична амнезія, повернулися мовлення й повна рухова активність. Він заперечував flashback-феномени (раптове і неконтрольоване відтворення/спалахи у свідомості яскравих зорових або слухових образів, які переживаються як образи спогадів), надмірне збудження, тривожний стан, депресію або інші симптоми гострого стресового розладу, за винятком розладів сну. Розлади сну в пацієнта лікували збільшеною до 75 мг дозою кветіапіну (Seroquel). Він брав активну участь у заняттях з фізичної терапії, професійної трудотерапії та когнітивної терапії патології мовленнєвої діяльності. Потім пацієнта перевели до Центру адміністрування когнітивної реабілітації ветеранів. Згодом він показав чудові результати швидкого відновлення. Йому зробили краніопластику черепа для приховування дефекту. Зрештою, чоловіка поновили на колишній посаді, хоча і в статусі, який не вимагає стану готовності до бойових дій.

Подальші контакти

Усім пацієнтам надають контактний номер і пропонують у разі виникнення проблемних питань у травмованих військовослужбовців або членів їхніх родин телефонувати до служби PMR Військово-медичного центру Волтера Ріда. Крім цього, їм також телефонують фахівці з психологічної допомоги на 30-й, 90-й і 180-й день опісля виписування з лікарні. Одне з головних завдань — зробити психіатра союзником пацієнта. Коли пацієнти повертаються до своїх домівок зі шпиталю, їм набагато легше реагувати на психіатричні втручання й піддаватися лікуванню. Коли стаються кризи, хворі більшою мірою готові сприймати рекомендації консультантів-психологів. Як правило, пацієнти, які потребують лікування після перебування у WRAMC, звертаються по допомогу до ресурсів у межах системи охорони здоров'я військових, ветеранів або цивільного населення.

Родина травмованого пацієнта

Члени родини також зазнають психологічних травм через травмування своїх близьких [24–27]. Вони, як правило, мало знають про ступінь важко-

сті травми або медичний прогноз, тому часто відчувають занепокоєння і безпорадність [11]. Тому членам родини травмованих військовослужбовців можуть знадобитися психологічні втручання в кризових ситуаціях. Важко передбачити, яким чином вони будуть реагувати на психологічні травми й тілесні ушкодження, яких зазнала їхня рідна людина. Проживання з членом родини, який отримав поранення, може призвести до загострення сімейних проблем [17]. Щоб такі родини могли впоратися з травматичною подією, потрібні заходи з надання психологічної допомоги. Це зменшить ризик виникнення у членів родини вторинного ПТСР [26].

Травмований член родини потребує якомога більшої підтримки. І часто рідні стають набагато кращою емоційною підтримкою і втіхою для травмованого пацієнта, ніж медичний персонал [24]. Ефективні психологічні втручання з сімейної терапії здатні допомогти не лише членам родини, а й самому травмованому військовослужбовцю впоратися з травматичною подією. Тривога членів родини, як правило, може загострювати конфліктність пацієнта. Негативні моделі поведінки в родині також згубно впливають і на медичний персонал. Але, якщо в родині залишається стабільна і приязна атмосфера, пацієнт відчуває менше тривоги, результати лікування кращі.

Передбачена система психологічної підтримки родини може потребувати професійної психологічної допомоги [28]. Метою втручань із сімейної терапії є вироблення в членів родини навичок подолання труднощів і усунення симптомів, пов'язаних із психологічною травмою. Наприклад, додатковою психологічною підтримкою є спільні обіди з іншими сім'ями, де є травмовані члени родини [26]. Від самого початку дуже важливо, щоб члени сімей травмованих солдатів мали їжу, одяг і житло. Центр сімейної допомоги Військово-медичного центру Волтера Ріда доступний 24 години на добу. Завдяки цьому родина уникає будь-яких додаткових стресів і може цілком зосередити свою увагу на пацієнтові та поточних життєвих потребах [26]. Кожна установа з питань охорони здоров'я повинна надавати персонал, щоб допомогти родині впоратись із цим завданням. Такими помічниками для пацієнтів і їхніх сімей є соціальні працівники Служби попередження психічних захворювань WRAMC.

Короткі допоміжні консультації також виявились ефективними у послабленні тривожності членів сімей пацієнтів [11]. Співробітники Служби РМР нерідко проводять час із членами родин пацієнтів, спілкуються з ними та надають психологічну підтримку. Основне завдання груп підтримки — допомогти цим сім'ям розв'язати проблеми й дати вихід емоціям [28].

Під час запровадження сімейних груп підтримки Гарві та його колеги [28] встановили, що родини були більш готові брати участь у тих групах, де акцент у роботі був на освітніх питаннях і можна було ділитися своїми історіями. Родини, які відвідували сімейні групи, зрозуміли, що вони не залишені наодинці з проблемами, й могли підтримувати одна одну. Серед численних переваг відвідування сімейних груп можна виділити можливість поділитися своїми почуттями, позбутися тривоги, отримати надію, краще зрозуміти психологічні травми членів сімей, пройти медичні й оздоровчі процедури. Соціальні працівники Служби РМР також започаткували групу для сімейних пар та інших членів сім'ї поранених солдатів, щоб забезпечити їм чуйний підхід і підтримку фахівців.

Робота в групі для подружніх пар та інших членів родини проводиться двічі на тиждень. Під час занять обговорюються такі теми, як страх, відчай, необхідність захисту травмованого пацієнта, депресія, гнів, освіта, подружнє життя з інвалідом, почуття відчуження і розчарування.

У WRAMC напрацьовано досвід сімейних консультацій у офісі Служби РМР. Проводиться оцінювання стану психіки членів родини, щоб визначити, як пристосовуються їхні діти до нових умов життя і як батьки розповідають їм про травму батька чи матері. Багато методів, які використовувались у психотерапії поранених, не менш ефективні й для їхніх родин. Щоб допомогти членам родини впоратися з початковим емоційним відгуком на травму близької людини, достатньо лише співчутливого слухання, розради та нормалізації емоційного стану. Фахівці дитячих і підліткових психологічних служб регулярно відвідують родини та проводять оцінювання психологічних реакцій дітей і підлітків на травму члена

родини. За потреби дітям надаються необхідне навчання й підтримка.

Приклад із практики 16.4. ВВ — 35-річний чоловік із підколінною ампутацією внаслідок травм, отриманих під час воєнної операції OEF. Пацієнт був доставлений до Німеччини, а потім через систему аеромедичної евакуації скерований до Військово-медичного центру Волтера Ріда. Спочатку дружина ставилась до нього дуже чуйно, але в процесі реабілітації стало помітно, що її опановує відчай. Відчувалась її невпевненість у собі, з'явилися також проблеми з батьками чоловіка. Після проведених терапевтичних втручань жінка стала розуміти, що в подібних умовах її поведінка вважається нормальною. Вона змогла усвідомити суть конфлікту й знову повернулася до своїх сімейних обов'язків. Жінці надали номер телефону Служби РМР для подальшого психологічного супроводу.

ДОПОМІЖНИЙ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ПОРАНЕНИХ З ПСИХОЛОГІЧНИМИ ТРАВМАМИ

Було проведено відносно мало досліджень на тему психологічного впливу, якого зазнає медичний персонал під час роботи з психологічно травмованими пацієнтами [29, 30], і доступних для них ресурсів відновлення психологічного здоров'я. Тейлор (Taylor) [31] припускає, що в середньому на планеті щотижня відбувається три великі катастрофи. Задовольняючи потреби постраждалих від цих катастроф, медичні сестри та лікарі можуть наражатися на ризик виникнення вторинної травми. Даєргроу (Dyergrov) [32] вважає, що близько 80 % рятувальників зазнають емоційних розладів після події, хоча тільки від 3 % до 7 % з них, швидше за все, відчувають значні психологічні проблеми. Міф про те, що фахівці, обов'язком яких є надання допомоги, набувають імунітет до стресів, з якими стикаються, рятуючи людей, був спростований Бамбером (Bamber) [33]. Проте представники цих професій самі не дуже охоче звертаються по психологічну допомогу [34]. Щоб подолати упереджене ставлення до охорони психічного здоров'я, Служба РМР регулярно зустрічається з медичним персоналом. Наприклад, були створені групи, в яких медичні сестри розповідають про конфлікти. При цьому учасники занять надають одне одному взаємну підтримку. Медсестри зі складу команди Служби запобігання психічним захворюванням відвідують відділення лікарні, щоб працювати з середнім медичним персоналом. За потреби вони проводять освітні заходи, під час яких пояснюють, що таке стрес, відповідають на запитання, пропонують послухати лекції.

Часто непоміченим залишається стрес у самих лікарів. Це може виявлятись у розмовах «про пораду другові» [35]. Колеги часом дуже насторожено ставляться до втручання в приватне життя, розглядаючи його як вторгнення. Лікарі, як правило, стурбовані тим, що коли вони звернуться по допомогу до Служби РМР, це може негативно позначитися на їхній професійній репутації або просуванні по службі. Крім цього, вони не хочуть, щоб інші вважали їх «слабкими». Наприклад, хірург може проходити коридором і раптом запитати в психолога, якого зустріне на шляху: «Можна запитати вас щось про свого колегу? У нього безсоння, і він став дратівливим. Що я можу для нього зробити або порадити йому?». Коли психіатр надає поради нібито для колеги хірурга, він має усвідомлювати, що ці проблеми можуть турбувати безпосередньо самого хірурга. Якщо спілкування на роботі з цим хірургом триває і надалі, варто запитати його, чи справді та давня розмова стосувалася колеги. Тоді психіатр міг би запропонувати хірургові прийти до нього в Службу РМР. Загалом, треба запропонувати свою підтримку й виділити час для розмови.

Іноді лікарі не бажають говорити про свої страхи та розчарування. Читання лекцій медичному персоналові лікарні й підтримання чуйних професійних взаємин мають важливе значення для тих медичних працівників, які усвідомлюють важливість охорони психічного здоров'я. Іноді дуже корисно збирати групи лікарів ще до ранкових обходів, пропонувати їм психологічну підтримку та обговорювати складні випадки. На внутрішню електронну пошту надсилаються і поширюються повідомлення та статті про стрес. Ці методи виявляються надзвичайно корисними.

Аналогічні заходи варто проводити з керівництвом лікарні та адміністративно-управлінським персоналом. Підтримка тісних робочих взаємин з адміністрацією обов'язкова як для потреб медичної служби, так і для управління лікарнею. Багато хто забуває, що керівники також відчувають психологічну напругу й при цьому не мають можливості зняти її. Постійні повідомлення управлінському персоналові про перебіг справ у шпиталі, а також постійна доступність фахівця для запитів керівництва може позитивно вплинути на робочий процес.

І останнім, але не менш важливим моментом є те, що психологи також потребують психологічної підтримки. У цьому плані дуже корисне вдосконалення їхніх професійних навичок та вивчення нових психологічних методик. Упоратися зі стресом допомагає і позитивний корпоративний дух, і дбайливе ставлення до колег. Цікаво проведене дозвілля, почуття гумору, спільні ланчі й обіди є чудовою профілактикою робочих стресів. Украй важливо, щоб керівники завжди тримали двері відчиненими й були уважними до фрустрацій і контрперенесень медичних працівників. Необхідно враховувати всі ці аспекти в роботі молодих лікарів та інших медичних працівників, які прибули на ротацію. Відстеження цих питань покладено на фахівців PCLS/PMP.

ВИСНОВКИ

Фізичне ушкодження, отримане внаслідок травми, є шоковим досвідом, здатним кардинально змінити життя людини. Унаслідок бойового поранення можуть виникати психіатричні ускладнення, а одночасний вплив фізичної та психологічної травм може справляти потужний вплив на психіку, посилюючи симптоми психіатричного захворювання. Хоча більшість пацієнтів із психологічною травмою успішно адаптуються, усвідомлюючи, що симптоми розладів невдовзі минуть, решта хворих потребує втручання психіатра. Спираючись на минулий досвід, штат психіатрів Військово-медичного центру Волтера Ріда розробив план ранніх психологічних втручань з метою врахування психологічних потреб поранених солдатів. Втручання у вигляді традиційного методу співбесід (психологічного дебрифінгу) не показало значних результатів для зазначеної категорії пацієнтів. Був розроблений новий підхід у вигляді терапевтичного втручання, який застосовувався для профілактики симптомів психіатричного стресу. Зазначений метод передбачає раннє психологічне втручання без проведення формальних консультацій; усунення стереотипів відносно охорони психічного здоров'я; дотримання біопсихосоціального підходу; визнання важливості терапевтичного альянсу із використанням скорочених варіантів традиційних психотерапевтичних технік; зміцнення сильних сторін пацієнта за допомогою релаксації або методів гіпнозу; призначення відповідних фармакологічних препаратів і вплив за допомогою висловлення співчуття. Основна мета полягає в тому, щоб уникати небажаної патологізації, проте психіатричні симптоми необхідно лікувати.

Для подолання упередженого ставлення до охорони психічного здоров'я була створена Служба запобігання психічним захворюванням. Серед інших завдань психологічного втручання — послаблення впливу симптомів психічної недієздатності, сприяння якнайшвидшому одужанню, допомога в інтегруванні колишніх психологічних травм у нинішній потік свідомості, полегшення симптомів, опанування психологічних технік або методів контролю, виявлення і лікування психічних захворювань на ранній стадії. Одним із основних компонентів цього втручання є також можливість для пацієнтів у разі необхідності отримати лікування після того, як вони виписалися з лікарні. Розробка програми для пацієнтів із бойовими пораненнями вказала на необхідність залучення до неї членів родини пацієнта, персоналу та керівництва лікарні, а також команди психіатричної допомоги, яка обслуговує зазначені вище групи. Терапевтичний альянс, окрім того, що він безпосередньо позитивно впливає на результати лікування, полегшує сприйняття пацієнтами та членами їхніх сімей рекомендацій психіатрів після виписування з лікарні.

І, нарешті, на підставі досвіду Військово-медичного центру Волтера Ріда можна сказати, що співпраця з командою психіатрів та можливість

за потреби отримати термінові консультації фахівців Служби запобігання психічним захворюванням дають пацієнтові змогу позбутися упередженого ставлення до психіатрії. Спільні відвідування товаришів по нещастю разом із психологами та соціальними працівниками міцніше згуртовували пацієнтів, членів їхніх родин і допоміжний персонал. Співробітники Служби РМР сприймались як члени команди медичних працівників. Подібний план може бути розроблений у будь-якому шпиталі, де лікуються багато пацієнтів із психологічними травмами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Wain HJ, Jacaard JT. Psychiatric intervention with medical and surgical patients of war. In: Ursano RJ, Norwood AR,eds. *Emotional Aftermath of the Persian Gulf War: Veterans, Families, Communities, and Nations.* Washington, DC: AmericanPsychiatric Press; 1996: 415–442.
2. Wain HJ, Grammer GG, Stasinos JJ, Miller CM. Meeting the patients where they are: consultation-liaison response totrauma victims of the Pentagon attack. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):19–21.
3. Wain HJ, Stasinos J. Response to bombing victims. Presentation at the State Department, Washington DC; 1999.
4. Wain HJ, Grammer G, Stasinos J, DeBoer C. Psychiatric intervention for medical surgical patients following traumaticinjuries. In: Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ, eds. *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies forMental Health Practice*. New York, NY: Guilford Press; 2006: 278–298.
5. Weinstein EA. Disabling and disfiguring injuries. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW,eds. *War Psychiatry.* In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbook of Military Medicine.* Washington, DC: Department of the Army,Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 353–381.
6. Furst SS, ed. *Psychic Trauma*. New York, NY: Basic Books; 1967.
7. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am JPsychiatry*. 2006;163:1777–1783.
8. Koren D, Norman D, Cohen A, Berman J, Klein EM. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparisonstudy of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):276–282.
9. Ursano RJ, Norwood AR, eds. *Emotional Aftermath of the Persian Gulf War: Veterans, Families, Communities, and Nations*.Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
10. Wain HJ, Grammer G, Cozza SJ, et al. Treating the traumatized amputee. *Iraq War Clinician Guide.* 2nd ed. Palo Alto,Calif: National Center for Posttraumatic Stress Disorder; 2004: 50–57.
11. Lenehan GP. Emotional impact of trauma. *Nurs Clin N Am*. 1986;21(4):729–740.
12. Schreiber S, Galai-Gat T. Uncontrolled pain following physical injury as the core-trauma in post-traumatic stressdisorder. *Pain*. 1993;54:107–110.
13. Mohta M, Sethi AK, Tyagi A, Mohta A. Psychological care in trauma patients. *Injury.* 2003;34:17–25.
14. Grieger TA. Early predictors of later PTSD and depression in battle-injured soldiers. Paper presented at: AmericanPsychiatric Association Meeting; May 24, 2006; Toronto, Canada.
15. Blum HP. Psychic trauma and traumatic object loss. *J Am Psychoanal Assoc*. 2003;51(2):415–432.
16. Horowitz MJ. Psychological processes induced by illness, injury, and loss. In: Milton T, Green C, Meagher R, eds. *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York, NY: Plenum; 1982: 53–67.

17. Landsman IS, Baum CG, Arnkoff DB, et al. The psychosocial consequences of traumatic injury. *J Behav Med*.1990;13(6):561–581.

18. Armfield F. Preventing post-traumatic stress disorder resulting from military operations. *Mil Med*. 1994;159(12):739–746.

19. Wain HJ, Bradley J, Nam T, Waldrep D, Cozza S. Psychiatric interventions with returning soldiers at Walter Reed. *Psychiatr Q*. 2005;76(4):351–360.

20. Wain HJ, Gabriel GM. Psychodynamic concepts inherent in a biopsychosocial model of care of traumatic injuries. *JAm Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2007;35(4):555–573.

21. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mentalhealth problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351:13–21.

22. Morgan CA 3rd, Krystal JH, Southwick SM. Toward early pharmacological posttraumatic stress intervention. *BiolPsychiatry*. 2003;53(9):834–843.

23. Brende JO. Combined individual and group therapy for Vietnam veterans. *Int J Group Psychotherapy*. 1981;31(3):367–378.

24. Solursh DS. The family of the trauma victim. *Nurs Clin North Am*.1990;25:155–162.

25. Brown V. The family as victim in trauma. *Hawaii Medical J*. 1991;50(4):153–154.

26. Flannery RB Jr. Treating family survivors of mass casualties: a CISM family crisis intervention approach. *Int J EmergMent Health*. 1999;1:243–250.

27. Alexander DA. The psychiatric consequences of trauma. *Hosp Med*. 2002;63:12–15.

28. Harvey C, Dixon M, Padberg N. Support group for families of trauma patients: a unique approach. *Crit Care Nurse*.1995;15(4):59–63.

29. Robbins I. The psychological impact of working in emergencies and the role of debriefing. *J Clin Nurs*. 1999;8:263–268.

30. Salston M, Figley C. Secondary traumatic stress effects of working withsurvivors of criminal victimization. *J TraumaStress*. 2003;16(2):167–174.

31. Taylor SE. Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *Am Psychol*. 1983;38:1161–1173.

32. Dyergrov A. Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster Manage*. 1989;2:25–30.

33. Bamber M. Providing support for emergency service staff. *Nurs Times*. 1994;90(22):32–33.

34. Collins S. What about us? The psychological implications of dealing with trauma following the Omagh bombing. *Emerg Nurse*. 2001;8(10):9–13.

35. Wain HJ, Grammer G, Cozza SJ, et al. Caring for clinicians who care for traumatically injured patients. *Iraq War ClinicianGuide.* 2nd ed. Palo Alto, Calif: National Center for Posttraumatic Stress Disorder; 2004: 62–65.

Розділ 17

НАСЛІДКИ БОЙОВОГО СТРЕСУ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ПОРОЖНИНИ РОТА

Джорджія Дела Круз[I] · Пол Колтірст[II]

ВСТУП

СТРЕС І ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА

СТРЕС І ХВОРОБИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

Зубний карієс

Стоматологічна ерозія

Розлади харчової поведінки

Профілактика

Лікування

СТРЕС І ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ

Гінгівіт

Пародонтит

Некротичний виразковий гінгівіт

Профілактика

Лікування

ДИСФУНКЦІЯ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Профілактика

Лікування

ВИСНОВКИ

[I] Доктор стоматології, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, підполковник, стоматологічна служба, Армія США; офіцер стоматологічного штабу, підрозділ стоматологічного корпусу, Управління начальника військово-медичної служби, Армія США, 5109 Leesburg Pike, Suite 682, Falls Church, Virginia 22041; у минулому — представник армійської стоматологічної служби, Центр дослідження здоров'я ротової порожнини TriService, Військово-медичний університет силових структур ЗС США, Bethesda, Maryland.

[II] Доктор хірургічної стоматології, магістр технічних наук, майор, стоматологічна служба, Армія США; стоматологічна служба охорони здоров'я, Департамент підготовки командного складу, Навчально-підготовчий центр, Медичне управління армії США, 2250 Stanley Road, Fort Sam Houston, Texas 78234-6100; у минулому — офіцер штабу командування стоматологічної служби, Fort Sam Houston, Texas.

Пересічний американець, не навчений, як упоратися зі стресом, намагається робити це шляхом надмірного вживання нездорової їжі, алкоголю, паління, збільшення дози наркотичних засобів, які продаються в аптеках легально, або зловживанням нелегальних психотропних препаратів. Ми — суспільство, яке чомусь справляється зі стресом, застосовуючи ротову порожнину.

Дж. О. Прохаска (Prochaska J. O.), доктор філософії,
автор Транстеоретичної моделі поведінкових змін

ВСТУП

Приблизно від 5 % до 10 % захворювань і травм небойового походження у військовослужбовців виникають як наслідок захворювань або пошкоджень порожнини рота [1]. Більше випадків швидкої стоматологічної допомоги спостерігається у тих військових підрозділах, у яких солдати дуже недбало ставляться до правил гігієни порожнини рота. Хвороби порожнини рота можуть викликати погіршення виконання службових обов'язків, втрату працездатності, обмеження активності, труднощі з харчуванням та вимовою слів, поганий сон і нестерпний біль. Якщо їм не запобігати або не лікувати їх на ранніх стадіях, захворювання порожнини рота здатні призвести до серйозної, небезпечної для життя хвороби, яка потребуватиме аеромедичної евакуації з місця бойових дій. За результатами нещодавнього дослідження серед військовослужбовців Армії США (Регулярна армія, Резерв і Національна гвардія), яких евакуювали із зони відповідальності Центрального командування США за період з 2003 по 2004 рік, було виявлено, що хвороби ротової порожнини складали 42 % від усіх випадків орально-лицевих травм і захворювань [2].

СТРЕС І ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА

Багато американців мають низький рівень медичної грамотності, тому гігієна порожнини рота сприймається як другорядна, така, що не надто впливає на загальний стан здоров'я [3].

Результати досліджень стоматологічних захворювань, які проводилися від 1950 року, показали, що майже всім хворобам порожнини рота можна запобігти. Проте багато людей, як і раніше, дотримуються фаталістичної думки, що «проблеми з зубами» є невідворотними, мають таємниче походження і на них можна не зважати, поки їх не видно й вони не завдають болю. Багато військових приходять на службу до Збройних сил саме з такими хибними уявленнями про захворювання ротової порожнини. Для них дотримання гігієни порожнини рота є косметичною процедурою, на яку не варто гаяти час у період польових навчань чи бойових операцій.

Основними причинами захворювань порожнини рота під час розгортання військ є бактеріальні або вірусні інфекції. Ці захворювання провокуються або загострюються через недотримання правил гігієни порожнини рота, недостатнє харчування або вживання психоактивних речо-

вин. Коли солдат передислоковується у надзвичайно важких умовах або зазнає сильного стресу, догляд за собою та прості гігієнічні звички, частіше за все, це перше, що втрачає для солдата будь-який сенс. Багато таких солдатів починають зловживати тютюном або вживати напої та продукти, бідні на поживні речовини, але з високим вмістом простих вуглеводів, що дуже шкідливо для порожнини рота.

За даними Огляду змін поведінки, пов'язаних зі здоров'ям, серед солдатів Резерву (Міністерство оборони США, 2006 рік) [4], близько 45 % військовослужбовців визнавали, що використовували їжу як спосіб боротьби зі стресом. Жінки для подолання стресів значно частіше за чоловіків багато їли (51,8 % жінок порівняно з 42,5 % чоловіків), натомість як чоловіки значно частіше за жінок палили сигари або вживали жувальні гумки з тютюном (11,4 % чоловіків проти 3,6 % жінок). Чоловіки й жінки-резервісти для подолання стресу однаковою мірою палили сигарети (19,4 %) і вживали алкогольні напої (24,9 %). Результати Огляду змін поведінки, пов'язаних зі здоров'ям військовослужбовців, які перебувають на дійсній службі (Міністерство оборони США, 2008 рік), свідчать, що чоловіки значно частіше курять сигарети (28,6 %) або вживають алкоголь (34,5 %) для боротьби зі стресом, ніж жінки (21,0 % і 25,2 %, відповідно). Якщо порівнювати різні роди військ, то найбільше вживають алкоголь для подолання стресу військовослужбовці Корпусу морської піхоти (39,9 %), Сухопутних військ (Армія) (35,6 %), а також Військово-морських сил (33,7 %). Рідше за всіх до алкоголю вдаються представники ПС (25,0 %). Така сама картина спостерігається і з палінням. Щоб упоратися зі стресом, за цигарку беруться 33,2 % військовослужбовців Корпусу морської піхоти, 30,8 % військових із Сухопутних військ (Армія), 27,9 % службовців Військово-морських сил, а також 18,8 % службовців Повітряних сил. Жінки, як і раніше, набагато частіше використовують їжу як антистресовий засіб (56,2 %) порівняно з чоловіками (45,7 %). Військовослужбовці Військово-морських сил і Армії (Сухопутних військ), більш імовірно, використовуватимуть їжу в ролі антистресу (49,6 % і 48,2 %, відповідно), ніж військовослужбовці корпусів ПС або морської піхоти (45,1 % і 44,5 %, відповідно). Недотримання правил гігієни порожнини рота, шкідливі звички (наприклад, вживання тютюну), а також надмірне споживання рафінованих вуглеводів спричиняють хвороби ротової порожнини (рис. 17.1).

Рис. 17.1. Наліт на зубах, пожовтіння від тютюну, запалення ясен, системний карієс, які виникають унаслідок поєднання неналежної гігієни ротової порожнини з курінням тютюну та споживанням рафінованих вуглеводів

Зміни в раціоні харчування військовослужбовців під час розгортання військ або в інших стресових ситуаціях можуть спричинити зневоднення й дефіцит поживних мікроелементів. Це, своєю чергою, викликає шкірні захворювання, стрес-переломи*, анемію та інші захворювання [6–11].

Оскільки клітини епітелію ротової порожнини дуже швидко оновлюються, зневоднення і дефіцит поживних мікроелементів можуть так само вплинути на здоров'я порожнини рота, адже цей стан перешкоджає процесу відновлювання та загоювання епітелію. Як наслідок, можуть з'явитися перші ознаки дефіциту поживних мікроелементів, який виявляється у виникненні таких захворювань, як глосит (запалення язика), ангулярний хейліт, стоматит і гінгівіт. Недоїдання також може загострити інфекції порожнини рота. З ним пов'язана активізація прогресування пародонтозу [12]. Вітаміни A, C, D, E, B_2, B_6, B_{12}, ніацин, фолієва кислота і такі мінеральні речо-

* Стрес-перелом (Stress fractures) містить різні види травм від перенапруження у вигляді тонких тріщин або часткових переломів кістки. — *Прим. ред.*

вини, як цинк, залізо, магній і кальцій, мають важливе значення для відновлення епітелію порожнини рота. Крім цього, вони забезпечують прикріплення періодонту до зуба, запобігають демінералізації кісток і зубів, а також забезпечують достатню кількість слини необхідної якості для захисту порожнини рота.

Слина не тільки забезпечує сприйняття смаку, сприяє процесам жування й травлення, а також має вирішальне значення для захисту порожнини рота від захворювань. Порушення складу або швидкості виділення послаблює чи руйнує протигрибкову, противірусну й антибактеріальну активність слини. Через це слина втрачає здатність забезпечувати відповідний захист зубів від демінералізації, викликаної кислотами бактерій ротової порожнини або продуктами харчування та напоями.

СТРЕС І ХВОРОБИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

Коли їжа використовується як засіб боротьби зі стресовими ситуаціями, це передбачає часте вживання харчових продуктів, що містять органічні кислоти й прості вуглеводи на кшталт цукру та крохмалю. Споживання таких продуктів або напоїв (наприклад, спортивні, енергетичні напої чи содова вода) між основними прийомами їжі спричиняє виникнення карієсу й ерозію емалі зубів.

Зубний карієс

У більшості випадків невідкладна стоматологічна допомога під час розгортання військ надавалася з приводу захворювання, спричиненого зубним карієсом [13–18]. Точне число випадків цього нового захворювання невідоме. Але за результатами пілотного дослідження 19 солдатів, задіяних у воєнній операції «Іракська свобода» (OIF) протягом 6 місяців 2003 року, було встановлено, що кількість пацієнтів із каріозними пошкодженнями зросла на 156 %. Порівняно зі статистичними показниками до передислокації військ в Ірак, поглибилася тяжкість захворювання на 183 %, якщо вимірювати кількістю вражених зубів.

Карієс виникає у випадках, коли недотримання правил гігієни порожнини рота спричиняє неконтрольоване зростання популяції бактерій у зубному нальоті на поверхні зубів (рис. 17.2).

Бактерії швидко перетворюють прості вуглеводи (крохмаль або цукор) зі щоденного раціону пацієнта на молочну кислоту, дуже шкідливу для зубів. Метаболізм вуглеводів, які піддаються бродінню, сприяє колонізації ще більшої кількості бактерій на поверхні зуба й додатково збільшує кількість утвореної кислоти. Після впливу вуглеводів, які піддаються бродінню, pH зубного нальоту опускається нижче позначки рівня pH 5,5. Цей рівень є критичним значенням pH для забезпечення структурної цілісності мінералізованих тканин зуба. Рівень pH підвищується знову за 30–40 хвилин, залежно від швидкості потоку й буферної ємності слини людини. Як наслідок, кількість бактеріальної кислоти з зубів, утвореної у будь-який час доби, з більшою точністю відбиває частоту й тривалість впливу вуглеводів, що піддаються бродінню, ніж загальну кількість вуглеводів, які було спожито.

Крохмаль не є поживним середовищем для бактеріальної ферментації у порожнині рота. Зерна крохмалю в зернових, овочах, картоплі та бобах пошкоджуються під впливом тепла й механічних сил, виробляючи клейстеризований крохмаль. Далі цей крохмаль розщеплюється

Рис. 17.2. Накопичення бактеріального нальоту після припинення гігієни порожнини рота. Запалення ясен і кілька каріозних уражень очевидні.
Фото надано капітаном Ендрю Маршаллом (Andrew Marshall), стоматологічна служба армії США

амілазою слини й бактеріальною амілазою на сахарозу, мальтозу і мальтотріозу. Ці речовини підходять для утворення бактеріальної кислоти [20]. Таким чином, необроблені цільні зерна та сирі овочі менше впливають на утворення карієсу, ніж харчові продукти, які зазнали теплової обробки, на кшталт білого хліба, крекерів, чіпсів, снеків і сухих пластівців. Продукти, які містять цукор та крохмаль, руйнують емаль зубів набагато швидше, ніж продукти лише зі значним вмістом цукру. Це відбувається тому, що крохмаль виступає в ролі клею для засвоювання їжі, який утримує цукор у тісному контакті з поверхнею зуба протягом тривалих періодів. Зуби, які мають низький рівень фтору в емалі, є більш вразливими до цих кислот, і тому каріозний розпад може початися й прогресувати досить швидко. Без регулярного застосування фтору факт споживання цукру є серйозним показником виникнення карієсу [21].

Стоматологічна ерозія

Стоматологічна ерозія, або ерозійне зношування зубів, описується як «втрата твердих тканин зуба, викликана хімічним травленням, яке спричинило їхнє розчинення за допомогою кислот небактеріального походження або хелатування (комплексоутворення)» [22, с. 243]. Поширеність ерозії зубів зростає, особливо серед молоді [23, 24]. Небактеріальні кислоти, які зазвичай викликають ерозію, мають два джерела походження: шлункові кислоти або спосіб харчування. Здебільшого газовані напої з кофеїном, спортивні та енергетичні напої вживають у місцях ведення бойових дій для заповнення дефіциту води (гідратації), тривалої підтримки концентрації уваги або просто для задоволення. Такі напої зі смаковими наповнювачами часто містять органічні й неорганічні кислоти: лимонну, яблучну, винну та фосфорну. Популярними напоями, які потрапляють до цієї категорії, є безалкогольні, спортивні, енергетичні та підсолоджені, а також бутильовані чайні суміші. Інший вид кислотних напоїв — яблучний та різні цитрусові соки. Кислотні харчові продукти — це цитрусові, ананасові та інші кислі цукерки. Будь-який із цих кислих продуктів і напоїв може прискорити прогресування карієсу. Органічні кислоти пришвидшують прогресування каріозного розпаду шляхом хімічної ерозії зубної емалі [25] (рис. 17.3). Багатоосновні кислоти мають унікальну буферну ємність і можуть підтримувати кислотний рівень pH навіть за суттєвого розведення. Цей високий рівень кислотності збільшує фактичну кількість іонів водню для взаємодії з поверхнею зубів. Подібна реакція вважається основним чинником їхніх ерозійних властивостей. Хімічна структура багатоосновних органічних кислот також дає їм можливість зв'язувати кальцій шляхом комплексоутворення, коли рівень pH вищий за оптимальну норму. Таким чином ці кислоти здатні руйнувати зубну емаль навіть у нейтральному середовищі [26].

Якщо пацієнт має шлунково-стравохідний рефлюкс або розлади харчової поведінки, пов'язані з мимовільною блювотою, відбувається ерозія зубів через їхнє ураження шлунковим соком. Вплив шлункових кислот є одним із найбільш руйнівних процесів для зубів. Шлункові кислоти демінералізують зовнішні шари зубної емалі та залишають після свого впливу білкову матрицю, яка потім легко видаляється при чищенні зубів щіткою. Шлунково-стравохідний рефлюкс є найбільш поширеним діагнозом захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), який виявляють під час відвідування стоматолога. Його діагностовано у 10–20 % населення західного узбережжя [27]. Цей розлад викликає ерозію жувальної поверхні зубів. При цьому найбільш сильно від цього страждають бічні зуби. На ранніх стадіях пошкоджені карієсом зуби мають гладкий і блискучий зовнішній вигляд. Як правило, руйнування зуба прогресує, коли його поверхня ввігнута за формою і при цьому оголюється дентин (рис. 17.4). Згодом уражені зуби слабшають і стають чутливими до перепадів температури [28]. Пацієнтам із діагнозом шлунково-стравохідного рефлюксу зазвичай призначають інгібітори протонного насоса, а також радять уникати вживання певних продуктів, не спати, не займатись спортом або не нагинатися протягом кількох годин після вживання їжі. Порушення режиму харчування або вживання ліків через високі темпи проведення операцій, а також у разі виникнення бойових ситуацій можуть викликати рецидив симптомів шлунково-стравохідного рефлюк-

Рис. 17.3. Генералізована демінералізація і втрата емалі на лицьових поверхнях зубів над пришийковим краєм ясен, а також відсутність запалення ясен часто свідчать про зловживання солодкими напоями, що містять органічні кислоти
Фото надано з дозволу капітана Ендрю Маршалла (Andrew Marshall), стоматологічна служба армії США

Рис. 17.4. Ерозія емалі та оголення дентину в пацієнта з діагнозом шлунково-стравохідного рефлюксу
Фото надано з дозволу Бенета Т. Амаєчі (Bennett T. Amaechi), доцента, завідувача кафедри карієсології Наукового центру здоров'я Техаського університету в Сан-Антоніо

су. У цьому випадку зубний ряд знову потрапляє під вплив шлункових кислот.

Розлади харчової поведінки

Здебільшого ураження твердих тканин зуба не є ознакою анорексії або булімії. Виняток становлять лише ті випадки, коли один із зазначених діагнозів ставився раніше, а в умовах стресу стається рецидив ураження зубів. Внутрішньоротові прояви, пов'язані з розладами харчової поведінки, можуть містити одну чи кілька таких ознак [29].

- Гладка ерозія емалі або декальцинація зубів, викликані впливом кислоти шлункового соку (perimylolysis).
- Травмована слизова оболонка рота та гортані.
- Зміни тканин пародонту.
- Збільшення привушної або підщелепної слинної залози.
- Ксеростомія (сухість у роті через зменшення слиновиділення).
- Карієс зубів.

Коли блювота виникає багато разів упродовж тривалого часу, зубна емаль стає тонкою і склоподібною, ураженою ерозією. У випадках розладів харчової поведінки ці зміни найчастіше спостерігаються на язиковій, оклюзійній і різцевій поверхнях верхньощелепних зубів. Коли ураження обмежується лише цими ділянками, цей стан називається perimylolysis (рис. 17.5 і 17.6). Зазначені ділянки зубів є найуразливішими до стирання емалі через хімічний і механічний вплив кислоти шлункового соку, яка потрапляє до рота під час блювання і залишається на поверхні язика. Стирання емалі, як правило, не встановлюється клінічно, якщо блювота (шлунок не сприймає їжу) триває менше 2 років. Проте випадки спеціально викликаної блювоти протягом доби є одним із основних чинників, який визначає швидкість прогресування стирання зубів і його ступінь. Так само й у випадках із шлунково-стравохідним рефлюксом, коли ерозія може зрештою уразити оклюзійні та лицьові поверхні зубів. Це призводить до оголення дентину зуба і зменшення його вертикального розміру (висоти прикусу) (рис. 17.7).

У пацієнтів із розладами харчової поведінки руйнація емалі, викликана дієтою, може відбува-

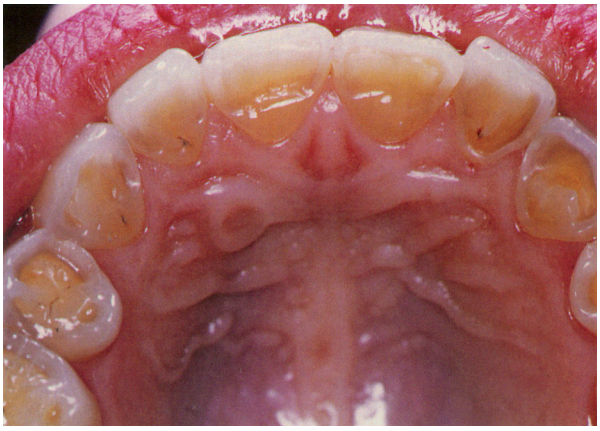


Рис. 17.5. Ерозія язикової, оклюзійної та різцевої поверхонь верхньощелепних зубів у пацієнта з булімією
Фото надано з дозволу доктора Крейга Мабрідо (Dr Craig Mabrito), косметичного стоматолога, Ґ'юстон, штат Техас

Рис. 17.6. Напівпрозорість верхньощелепних центральних різців через ерозію зубів у пацієнта з булімією
Фото надано з дозволу доктора Крейга Мабрідо (Dr Craig Mabrito), косметичного стоматолога, Ґ'юстон, штат Техас

тися на інших поверхнях зубів. Деякі дослідження показали, що люди з обмежувальною анорексією, як правило, надають перевагу дуже кислим, низькокалорійним продуктам харчування, зокрема цитрусовим [29–3].

Якщо ці продукти вживаються часто, це призводить, як правило, до стирання емалі щічної або лицьової поверхні зубів, на відміну від perimylolysis* (рис. 17.8).

Шлункові кислоти можуть викликати подразнення тканин ясен за умови частої взаємодії з ними. Проте результати контрольних досліджень запалення ясен у пацієнтів із розладами харчової поведінки є досить суперечливими [32, 33]. Найпоширенішою причиною виникнення запалення ясен у пацієнтів з розладами харчової поведінки виявилася відсутність інтересу до дотримання правил гігієни порожнини рота. Така байдужість могла супроводжуватися депресивним станом. Окрім того, у деяких пацієнтів міг постраждати альвеолярний відросток щелепи. Пацієнти з важкою формою захворювання на ранніх стадіях втрачають кісткову масу, або у результаті зміни рівня естрогену й кортизолу у них виникає остеопороз. Також може відбутися прискорена атрофія альвеолярної кісткової тканини.

Захворювання слизових оболонок порожнини рота або ротового відділу гортані можуть також виникнути у пацієнтів, які страждають від компульсивного переїдання (булімії) або часто викликають блювоту самостійно. Через булімію трапляються випадки швидкого проковтування харчових продуктів, здатних, як і сила відригування, призвести до травмування. Об'єкти, які використовуються для того, щоб викликати блювоту, спроможні також травмувати м'яке піднебіння.

Збільшення слинних залоз спостерігається приблизно в 10–50 % пацієнтів, які страждають на булімію і очищують організм викликанням блювоти. Як правило, це стосується привушної залози. Вона зазвичай збільшується, коли з моменту виклику блювоти або переїдання минає від 2 до 6 днів. Залоза постійно збільшується по мірі того, як прогресують розлади харчової поведінки. Припухлість залози може надати квадратної форми нижній щелепі та збільшити її візуально.

Уражена залоза, як правило, м'яка, безболісна при пальпації, має відкриту протоку і забезпечує нормальне витікання слини. При цьому процес запалення не виявляється ні клінічно, ні гістологічно. До інших гістологічних характеристик належать збільшення ацинарного відділу, збіль-

* Perimylolysis (синон. Perimolysis, dental erosion) — ерозія зубів, викликана їхньою декальцинацією під впливом кислоти шлункового соку в людей, хворих на хронічну блювоту. — *Прим. ред.*

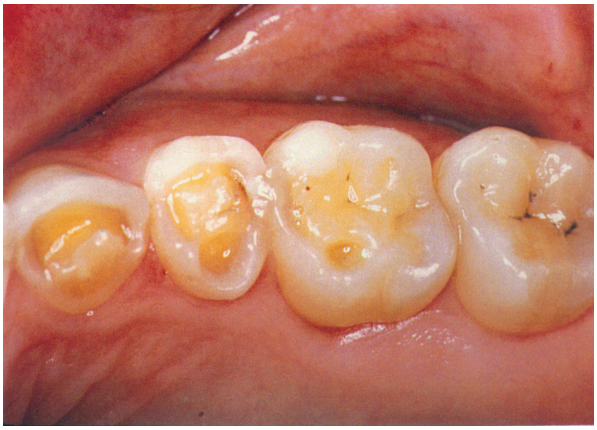


Рис. 17.7. Оголення дентину внаслідок ерозії оклюзійної поверхні зубів у пацієнта з булімією
Фото надано з дозволу доктора Крейга Мабрідо (Dr Craig Mabrito), косметичного стоматолога, Ґ'юстон, штат Техас

Рис. 17.8. Ерозія лицьової поверхні зубів і оголення дентину
Фото надано з дозволу Бенета Т. Амаєчі (Bennett T. Amaechi), доцента, завідувача кафедри карієсології Наукового центру здоров'я Техаського університету в Сан-Антоніо

шення кількості секреторних гранул, жирова інфільтрація та фіброз. Точна причина збільшення слинних залоз не відома, але помічено, що в людей, які для очищення організму застосовують зовсім інші методи, ніж викликання блювоти, не спостерігається збільшення слинних залоз. Однією з можливих причин цього може бути вегетативна стимуляція слинних залоз шляхом активації смакових рецепторів або холінергічної стимуляції залоз під час блювання [29].

Антидепресанти, які часто використовуються для лікування анорексії, як правило, викликають сухість у роті (ксеростомію), а пацієнти з ксеростомією більш чутливі до розвитку карієсу. Ризик виникнення карієсу може бути підвищеним також і в пацієнтів, які під час епізодів переїдання часто вживають дуже калорійну їжу з високим вмістом вуглеводів. Проте зазвичай пацієнти з розладами вживання їжі, які практикують насамперед методи обмеження самостійно викликаної блювоти, не відчувають активізації процесу утворення карієсу [29].

Профілактика

Запобігти утворенню майже всіх видів карієсу можна, дотримуючись здорового способу життя (правильне і збалансоване харчування, регулярне дотримання правил гігієни порожнини рота, а також уникання вживання шкідливих речовини). Щоденна гігієна ротової порожнини має важливе значення для видалення шкідливих мікроорганізмів і підтримки здоров'я зубів і ясен. Солдати повинні бути навчені відповідних правил гігієни порожнини рота в умовах бойової обстановки. Найефективнішим методом профілактики карієсу є регулярне чищення зубів зубною пастою із фтором одразу після вживання їжі. Солдати, у яких було діагностовано шлунково-стравохідний рефлюкс, мають і далі намагатися вживати або розпочати наново вживання ліків і дотримуватись дієтичних обмежень у бойових умовах.

Щоб запобігти розвиткові карієсу, солдати мають використовувати методи управління бойовим стресом, допомагати організмові впоратися зі стресом під час передислокації, а не вдаватись до шкідливих харчових звичок. Для зняття напруги від бойового стресу військовослужбовці можуть застосовувати більш безпечні для здоров'я ротової порожнини методи, такі як фізичні вправи, швидка релаксація, глибоке розслаблення і когнітивні вправи [34, 35].

Запобігає розвиткові зубного карієсу також використання жувальної гумки або м'ятних цукерок з ксилітом як основним інгредієнтом, від трьох до п'яти разів на день, між вживанням їжі або після неї [36]. Ксиліт є природним підсолоджувачем

в овочах, фруктах і деяких рослинах. Він такий само солодкий, як і цукор, але містить наполовину менше калорій. Ксиліт запобігає розвиткові шкідливих бактерій, які можуть розмножуватися внаслідок вживання продуктів харчування з високим вмістом крохмалю або цукру, а потім утворювати кислоти, що викликають карієс. У синергетичній взаємодії з фтором ксиліт запобігає виникненню карієсу, а також сприяє ремінералізації структури пошкодженого зуба. У зоні бойових дій жувальна гумка з ксилітом видається солдатам у військовій їдальні в складі комплекту індивідуального харчового пакета (до якого входять готові до вживання харчові продукти з грубо змеленого борошна). Регулярне використання жувальної гумки з ксилітом протягом приблизно 5 хвилин відразу після вживання їжі та закусок запобігає виникненню карієсу.

З метою дотримання гігієни порожнини рота, а також для контролю за вагою слід споживати вільний цукор з продуктів харчування та напоїв у кількості менш ніж 10 % від загального обсягу калорій (менше 41 г/день) [37]. У середньому люди, які споживають понад 55 грамів цукру на день, мають високий ризик розвитку карієсу зубів. Норма споживання вільного цукру має бути меншою за п'ять разів за день. Для запобігання утворенню зубного карієсу карієсогенні продукти харчування та напої можна поєднувати із захисними харчовими продуктами (наприклад, сиром, чаєм, білками, харчовими продуктами з високим вмістом клітковини тощо) [38]. Солдатам необхідно між вживанням їжі пити фторовану воду (воду, яка містить фтор) для гідратації організму й до основного вживання їжі обмежити споживання харчових продуктів і напоїв, які містять шкідливі багатоосновні органічні кислоти. Солдати можуть також пом'якшити наслідки вживання продуктів харчування та напоїв із високим вмістом органічної кислоти або чистих вуглеводів полосканням водою ротової порожнини після вживання їжі.

Високий ризик розвитку карієсу зубів мають також пацієнти, які відчувають сухість у роті. Їм слід рекомендувати застосовувати препарати штучної слини для зволоження тканин порожнини рота, уникати вживання карієсогенних продуктів чи напоїв, а також використовувати цукерки без цукру або жувальні гумки з ксилітом. Смоктання цукерок здатне стимулювати збільшення потоку слини, яка нейтралізує кислоти в ротовій порожнині. Посилення потоку слини також збільшує концентрацію кальцію, фосфату й іонів водню, які забезпечують повторну ремінералізацію невеликих каріозних уражень на ранніх етапах. Для цього можна застосовувати також ксиліт, який має антисептичні властивості.

Лікування

Для лікування зубного карієсу пацієнтам слід звертатися до стоматолога. Солдати, у яких стався рецидив шлунково-стравохідного рефлюксу, повинні прийти на прийом до стоматолога якомога швидше, незалежно від причин виникнення симптомів захворювання. Щоб уникнути хімічного пошкодження твердих тканин зубів під впливом шлункової кислоти, стоматолог може виготовити тонкий пластиковий стент, який буде покривати зубний ряд. Стент слід застосовувати в нічний час або в години, коли симптоми шлунково-стравохідного рефлюксу виявляються найчастіше. Коли пацієнт із розладом харчової поведінки приходить на консультацією до психіатра на ранній стадії ураження зубів, це також знижує ризик подальшого пошкодження зубів та ротової порожнини. Пацієнтам необхідно звертатися до стоматолога для обстеження порожнини рота на предмет поширення ерозії зубів та її стадій, швидкості слинного потоку й стану слизових оболонок. Комплексні стоматологічні процедури не варто проводити доти, поки не почне припинятися блювота або пацієнт повністю не позбудеться розладу харчової поведінки. До того часу пацієнт має забезпечити належний гігієнічний догляд за порожниною рота вдома.

Усі пацієнти, в яких ротова порожнина піддається впливу шлункової кислоти, мають отримати консультації з найважливіших питань домашнього гігієнічного догляду [29, 33]. Їм потрібно дотримуватися наведених нижче основних принципів.

- Ніколи не чистити зуби одразу після потрапляння шлункової кислоти в ротову порожнину, оскільки демінералізована емаль є дуже вразливою до чищення абразивними засобами.

- Опісля впливу шлункової кислоти на зубну емаль пацієнти мають промити рот буферним або лужним розчином для того, щоб нейтралізувати дію кислоти й допомогти слині ремінералізувати зуби. Це зменшить зону враження демінералізації. Для ополіскування ротової порожнини можна використовувати 0,5 % розчин бікарбонату натрію, 0,2 % розчин фториду натрію у воді, рідкі форми антацидів (антиокислювачів), слабколужну мінеральну воду або просту чисту воду.
- Якщо шлункова кислота неодноразово потрапляє до ротової порожнини протягом дня, для запобігання ураженню зубів потрібно полоскати рот нейтральним розчином фториду натрію або застосовувати гель, який містить фтор.
- Слід уникати кислих продуктів і напоїв, зокрема й уживання цитрусових, ананасових і лимонних цукерок; яблучного чи цитрусового соку; алкоголю (зокрема, білого вина) і напоїв, які містять багатоосновні кислоти, такі як лимонна, фосфорна, яблучна та винна [10, 11].
- Пацієнтам, які відчувають сухість у роті, рекомендується використовувати препарати штучної слини для зволоження м'яких тканин ротової порожнини. Крім цього, їм слід уникати карієсогенних продуктів харчування чи напоїв і вживати цукерки й жувальні гумки без цукру або з ксилітом. Смоктання цукерок стимулює збільшення потоку слини, яка може нейтралізувати кислоти ротової порожнини.

СТРЕС І ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ

Гінгівіт

Нехтування правилами гігієни порожнини рота — доволі поширене явище у бойовій стресовій ситуації. Якщо зубний наліт видаляється неналежним чином або зовсім не видаляється із зубів та ясен протягом тижня чи більше, це, як правило, спричинює розвиток гінгівіту (запалення ясен) через появу в порожнині рота бактерій (рис. 17.9). За даними раніше вже згадуваного огляду солдатів, дислокованих в Іраку, у військовослужбовців суттєво погіршилися попередні показники й оцінки загального пародонтологічного обстеження після 6 місяців розгортання [19]. Якщо гінгівіт залишити без лікування, підвищена чутливість ясен і їхня кровотеча можуть дестимулювати солдатів дотримуватись правил гігієни порожнини рота.

Рис. 17.9. Гінгівіт

Фото надано з дозволу полковника стоматологічної служби армії США Дейва Рівза (Dave Reeves), консультанта начальника Військово-медичної служби армії США з питань пародонтології, головного пародонтолога, військова база Форт Худ, штат Техас

Для лікування гострих форм гінгівіту необхідно краще дотримуватись правил гігієни ротової порожнини й регулярно застосовувати протимікробний розчин для полоскання рота. Солдатам, у яких дуже болять ясна, варто порекомендувати відновити дотримання правил гігієни порожнини рота із використанням лідокаїну, який наноситься на зубну щітку замість зубної пасти.

Пародонтит

Нелікований гінгівіт може призвести до захворювання пародонту (рис. 17.10). Були проведені дослідження чинників ризику захворювання па-

Рис. 17.10. У пацієнта із захворюванням періодонту спостерігаються гінгівальна еритема, набряк і рецесія м'яких тканин у поєднанні з притупленими міжзубними сосочками ясен
Фото надано здозволу підполковника стоматологічної служби армії США Джорджіа Дела Круз (Georgia dela Cruz), Falls Church, штат Вірджинія

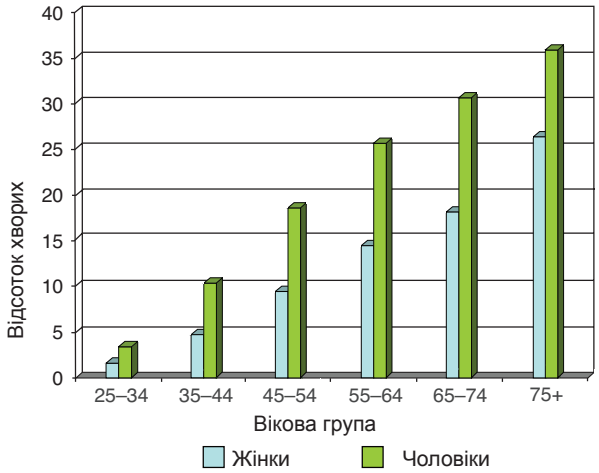


Рис. 17.11. Поширеність захворювання пародонту. У чоловіків із більшою ймовірністю, ніж у жінок, виникає принаймні одна ділянка зуба із втратою пародонтального прикріплення розміру 6 мм або більшою

За матеріалами Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США

Доповідь начальника Військово-медичної служби армії США про здоров'я порожнини рота. Вашингтон, DC: USDHHS; 2000: 65

родонту у чоловіків і жінок (рис. 17.11). За результатами дослідження було виявлено кілька чинників [39–42], серед яких грамнегативні анаеробні бактерії, куріння, цукровий діабет, генетична схильність до вивільнення підвищеного рівня прозапальних медіаторів, а також використання лікарських засобів, які імітують дію гормональних препаратів.

Пародонтит був описаний як «комплексне захворювання, прояв якого містить у собі комплексну взаємодію біоплівки порожнини рота з імунно-запальною реакцією організму людини і подальшими змінами гомеостазу кісткової та сполучної тканин» [43, с. 1560].

Класифікація захворювання пародонту базується на двох клінічних чинниках: запаленні та втраті опорної тканини [44]. Ознаки запалення, як правило, виявляються в почервонінні, набряках і кровотечі при натисканні. Втрата опорної тканини зазвичай визначається збільшенням глибини ясенних кишень, зниженням рівня прикріплення або атрофією альвеолярної кісткової тканини. Навіть за наявності збудника пародонтиту, патогенез пародонтиту не може виникнути без імунної та запальної реакцій організму. Ці реакції, своєю чергою, залежать як від внутрішніх (генетика, вік, системні захворювання), так і надбаних (токсини, тютюн, зубний наліт) чинників організму пацієнта [45] (рис. 17.12). Втрати кісткової тканини значно залежать від рівня медіаторів запалення, які присутні в тканинах ясен.

Руйнування альвеолярної кісткової тканини відбувається після активації патогенезу провідних шляхів і проникнення медіаторів запалення глибоко в ясенну тканину поблизу альвеолярної кістки.

Кілька прозапальних цитокінів відповідають за резорбцію кісток, такі як інтерлейкін-1, -6, -11 і -17; фактор некрозу пухлин-α; фактор, що інгібує лейкемію; і онкостатин М [45]. Коли відбувається запальна реакція, періостальні остеобласти стимулюються прозапальними цитокінами та іншими медіаторами.

Опісля стимуляції остеобластів відбуваються зміни на загальній поверхні клітини, які збільшують експресію білка, так званого «ліганда рецептора-активатора ядерного фактора каппа-Б» (RANKL — Receptor activator of nuclear factor-κ B ligand) [45]. RANKL можна знайти на поверхні ба-

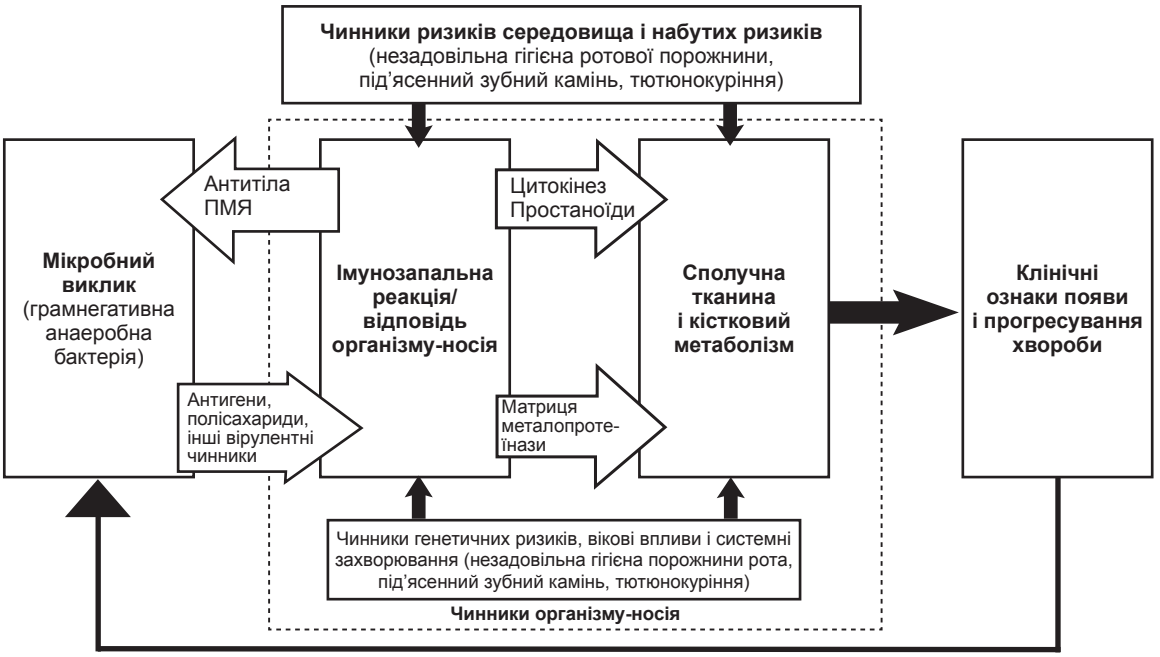


Рис. 17.12. Модель періодонтиту, яка зображує багатофакторну природу захворювання пародонту. Зміна будь-якого одного чинника може призвести до виникнення клінічних ознак захворювання. ПМЯ: поліморфоядерні лейкоцити.

Джерело: 1) Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. Periodontology 2000. 1997;14:9–11. 2) US Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Report on Oral Health. Washington, DC: DHHS; 2000. 3) Gluck G, Morganstein W. Jong's Community Dental Health. 5th ed. St Louis, Mo: Mosby; 2003: 185–187.

гатьох інших клітин, таких як фібробласти, Т-лімфоцити, В-лімфоцити. Якщо запалення немає, підтримується баланс активності остеокластів і остеобластів, який визначається часткою RANKL.

Проте під час активної запальної реакції прозапальні медіатори збільшують експресію RANKL і водночас пригнічують процес утворення іншого поверхневого білка в остеокластах клітин-попередників. Це сприяє утворенню зрілих остеокластів.

Резорбція альвеолярної кістки цими остеокластами призводить до руйнування опорних структур зубів. За відсутності медичного втручання такий стан спричинює втрату зубів [45].

У жінок ризик розвитку запалення ясен і проблем з пародонтом може збільшуватись через високий рівень естрогену і прогестерону, пов'язаний з менструальним циклом і використанням оральних контрацептивів [46, 47]. Тканини ясен набрякають і стають дуже чутливими, а також можуть кровоточити під час чищення зубів. Людські ясна мають специфічну високу спорідненість рецепторів до естрогену і можуть функціонувати як тканина-мішень. Багатошаровий плескатий епітелій слизової оболонки порожнини рота і ясен реагує на рівень гормонів яєчників змінами у дозріванні та зроговінні.

Естрогени беруть участь у регуляції та підтримці синтезу колагену і безпосередньо пов'язані з гіпертрофічним гінгівітом (гіперплазією ясенної тканини).

Естроген і прогестерон також сприяють змінам у мікроциркуляторній системі ясен. Ендотеліальні клітини й перицити венул набрякають, гранулоцити й тромбоцити прилипають до стінок судин, периваскулярні гладкі клітини у формі мікротромбів руйнуються [46].

Мікроциркуляторна ланка судинного русла розростається і стає більш проникною. Це викликає набряк ясен і збільшення потоку ясенної рідини. Отримана в результаті рідина також містить підвищений рівень статевих гормонів, полімор-

фоядерних лейкоцитів, а також більш високі дози простагландину E2. У цих умовах можуть бути присутні анаеробні бактерії (наприклад, Bacteroides melaninogenicus, Prevotella intermedia та Porphyromonas gingivalis), які розмножуються.

Активізація розмноження бактерій є результатом впливу двох чинників. Так, деякі бактерії, пов'язані із запаленням ясен, здатні до метаболізму стероїдних гормонів і використовують їх для виробництва енергії, тим самим безпосередньо збільшуючи їхнє число. Окрім того, підвищені рівні естрогену й прогестерону також пригнічують реакцію Т-клітин і хемотаксис нейтрофілів та зменшують кількість фагоцитів. Така послаблена імунна реакція сприяє вільному розмноженню бактерій у зубоясенній борозні.

Бактерії, які швидко розповсюджуються, здатні викликати підвищений рівень бактеріальних ендотоксинів, які, своєю чергою, посилюють запалення і спричиняють втрату кісткової маси з періодонту. Пероральні протизаплідні засоби, особливо ті, які містять прогестерон, пов'язані з підвищеним ризиком втрати кісткової маси з періодонту [47, 48]. Проте вплив контрацептива Депо-Провера (медроксипрогестерону ацетат [виробництва Upjohn Company, Каламазу, штат Мічиган]) на втрату кісткової маси з періодонту не досліджувався.

Некротичний виразковий гінгівіт

Коли солдати опиняються в надзвичайно стресових ситуаціях, підвищений рівень кортизолу може знизити імунну функцію. У цих умовах гінгівіт може перейти в гострий некротичний виразковий гінгівіт. Це надзвичайно болюче запалення, яке супроводжується некрозом ясенного краю (вільної частини) і неприємним запахом із рота (рис. 17.13).

Профілактика

Військовослужбовці сержантського складу мають наглядати за тим, щоб щоденна гігієна ротової порожнини всіх родів військ складалася з таких процедур.

Рис. 17.13. У пацієнта з гострим некротичним виразковим гінгівітом спостерігається гінгівальний набряк, еритема, утворення ясенних кишень і гнійний ексудат

Фото надано з дозволу доктора Карла Аллена (Dr Carl Allen), професора і завідувача кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової патології коледжу стоматології Університету штату Огайо

- Чищення зубів як мінімум раз на день (бажано двічі на день) зубною пастою, яка містить фтор, для запобігання карієсу зубів і проблем із яснами.
- Щоденне користування зубною ниткою, що є також ефективним профілактичним засобом захворювань ясен і пародонту.
- Полоскання ротової порожнини протимікробною рідиною з тимолом або хлоргексидину глюконатом (для тих, хто має хронічні захворювання періодонту) кілька разів на тиждень.

Лікування

Із гострими проявами некротичного періодонтиту слід звертатися до стоматолога. На додачу до відновлення гігієнічних процедур порожнини рота із застосуванням в'язкого гелю лідокаїну гідрохлориду і протимікробної рідини для полоскання рота, гостре захворювання пародонту, як правило, потребує усунення чинників, які сприяють збереженню зубного нальоту. Це зняття зубного каменю з поверхні кореня, заміщення дефектів верхньої частини зубів.

ДИСФУНКЦІЯ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Стрес може призвести до виникнення симптомів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (TMD — Temporomandibular dysfunction), коли пацієнти частіше стискають зуби, скриплять ними вночі або впродовж дня. Можуть виникати спазми й біль у жувальних м'язах. Серед відомих причин виникнення симптомів TMD можна назвати травмування скронево-нижньощелепного суглоба під дією прямої сили, артрит, перевантаження суглоба або повторювані навантаження (як правило, через бруксизм).

Хоча поширеність TMD є дуже низькою, захворювання діагностується як серед чоловіків, так і серед жінок. За результатами комплексного опитування на тему комплексної гігієни порожнини рота, проведеного в 1994 році у трьох видах військ Збройних сил США [49], було виявлено, що приблизно 3,5 % жінок-новобранців відчувають певний тип щелепно-лицевого болю або мають обмежений нижньощелепний рух. Цих симптомів уже достатньо, щоб скерувати військовослужбовця до стоматолога або лікувати TMD.

Кількість випадків захворювання серед жінок була значно вищою, ніж серед чоловіків (1,5 %). Дослідження серед цивільного населення [50, 51] незмінно показували збільшення числа випадків TMD у жінок (з 1,5 до 2 %) порівняно з чоловіками. Також більшість пацієнтів із TMD — це жінки (80 %). Для жінок дуже важливе значення має їхній вік. Симптоми починають виявлятись по завершенні періоду статевого дозрівання, а найчастіше виникають у репродуктивні роки, переважно серед жінок у віці від 20 до 40 років. Поширення TMD за статтю та віком дає вагомі підстави для припущень, що це пов'язано з жіночою гормональною системою. Результати деяких досліджень [51–53] показали, що жінки, які користуються оральними контрацептивами, можуть належати до групи підвищеного ризику виникнення TMD, порівняно з жінками, які їх не застосовують. Рівень болю через TMD підвищується під час менструації [54, 55]. Результати сучасних досліджень, під час яких вивчали взаємозв'язок підвищеного ризику з наявністю рецепторів естрогенів у структурі скронево-нижньощелепного суглоба (зокрема, у синовіальних клітинах вистеляння, суглобовому диску й хондроцитах), суперечливі [56, 57].

Профілактика

Для того, щоб запобігти TMD, не треба відкривати занадто широко рот під час їжі або позіхання та уникати частої і тривалої жувальної активності, пов'язаної з широко розповсюдженими оральними звичками (скреготіння зубами, жування гумки, покусування внутрішньої сторони щоки, згризання нігтів).

Лікування

Гостре блокування скронево-нижньощелепного суглоба (внутрішній суглобовий розлад, який перешкоджає відкриванню або закриванню рота) може викликати сильний біль, тому пацієнта треба негайно доправити до стоматолога. Якщо стоматолог не в змозі виправити розлад через сильний спазм м'язів або гострий біль, пацієнта потрібно скерувати до стоматолога-хірурга або щелепно-лицьового хірурга для седації з допомогою лікарських засобів. Лише після цього можна виправляти розлад знову.

У всіх випадках гострого блокування скронево-нижньощелепного суглоба пацієнта потрібно негайно скерувати для оцінювання стану до щелепно-лицьового хірурга або орофаціального анестезіолога (фахівця зі знеболювання). Адже цей випадок може потребувати раннього втручання, непередбаченого методами консервативної терапії (наприклад, проведення артроцентезу скронево-нижньощелепного суглоба). В інших випадках консервативна терапія гострих станів має зосередитись на зменшенні загального навантаження на суглоб та зняття запалення. Потрібно намагатись якомога більше розслабити м'язи. Пацієнт повинен використовувати лід або робити холодні компреси протягом перших 24–48 годин, дотримуватися щелепної дієти та не вживати жувальну гумку. Протягом перших 24–48 годин пацієнт повинен робити компрес кілька разів на день. Піс-

ля компресу слід проводити вправи з несильним розтягуванням жувальних м'язів. Щоб обмежити жувальну активність, пацієнт має протягом кількох днів не вживати жувальну гумку і дотримуватися щелепної дієти. Фармакологічне втручання із застосуванням нестероїдних і протизапальних анальгетиків слід починати якомога швидше. Пацієнтам із важчою формою TMD також можуть знадобитися релаксанти скелетних м'язів короткочасного застосування. Оскільки низькі дози трициклічних антидепресантів покращують сон, вони ефективно зменшують біль від бруксизму (скреготіння зубами уві сні). Якщо симптоми повторюються, пацієнт повинен знову робити компреси, практикувати терапію розтягування і застосовувати нестероїдні протизапальні препарати. У багатьох випадках таке лікування запобігає розвиткові більш серйозних проблем.

В ідеалі пацієнтам із TMD слід звертатися до стоматолога для комплексного оцінювання чинників, що сприяють його виникненню через особливості раціону, оклюзії (прикусу), оральні звички та наявні стресові ситуації. Проте, через відсутність національних стандартів для навчальних (пре-докторантських) програм на стадії попереднього захисту докторської дисертації за темою TMD, буде дуже складно знайти кваліфікованого лікаря-практика цього профілю [58]. Під час початкового оцінювання гострого болю від TMD потрібно виключити переломи, розриви та зміщення суглобового диска. Результати дослідження прикусу й оральних звичок можуть показати, наскільки корисним буде для пацієнта носіння щоночі спеціального апарата (наприклад, прикусного блока), щоб упередити або звести до мінімуму наслідки рухів нижньої щелепи уві сні.

Якщо симптоми не минають, пацієнт має звернутись по допомогу до фахівця з усунення щелепно-лицевого болю. Він може визначити, наскільки результативно на пацієнта впливає тренування когнітивно-поведінкових навичок і біологічно зворотних зв'язків, а саме навчання самостійного контролю фізіологічного стану організму (наприклад, техніки релаксації) з метою зменшення напруги щелепних м'язів, послаблення стресу, поглиблення необхідних знань, а також запобігання скреготінню зубами вдень або випадкам стискання щелепи. Результати досліджень свідчать, що раннє втручання з використанням біопсихосоціального підходу ефективно знижує біль, уповільнює розвиток захворювання до хронічної стадії, а також зменшує депресію, посилює позитивну копінг-поведінку і значно зменшує витрати, пов'язані з лікуванням TMD [59, 60].

ВИСНОВКИ

Стрес, що виникає у військовослужбовців під час розгортання військ, може викликати серйозні проблеми зі здоров'ям ротової порожнини. Щоб уникнути цих проблем, а також багатьох інших негативних наслідків бойового стресу, солдати повинні володіти методами зняття стресу. Проте, якщо проблеми зі здоров'ям порожнини рота все-таки з'являються, військовослужбовці мають лікуватись за допомогою методів самодогляду. Більш серйозні захворювання порожнини рота вимагають лікування під наглядом фахівців-практиків із догляду за порожниною рота.

ЛІТЕРАТУРА

1. Darakjy S, Marin RE, Knapik JJ, Jones BH. Injuries and illnesses among armor brigade soldiers during operational training. *Mil Med*. 2006;171(11):1051–1056.
2. Mitchener TA, Hauret KG, Hoedebecke EL, Darakjy S, Jones BH. Air medical evacuations of soldiers due to oral-facial disease and injuries, Operations Enduring Freedom/Iraqi Freedom. *Mil Med.* 2008;173(5):465–473.
3. US Department of Health and Human Services. *National Call to Action to Promote Oral Health*. Rockville, Md: USDHHS, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research; 2003. NIH Publication 03-5303.

4. Hourani LL, Bray RM, Marsden ME, et al. *2006 Department of Defense Survey of Health Related Behaviors in the Reserve Component*. Research Triangle Park, NC: RTI International; 2007.

5. Bray RM, Hourani LL, Rae-Olmsted KL, et al. *2008 Department of Defense Survey of Health Related Behaviors Among Active Duty Military Personnel*. Research Triangle Park, NC: RTI International; 2009.

6. McClung JP, Marchitelli LJ, Friedl KE, Young AJ. Prevalence of iron deficiency and iron deficiency anemia among three populations of female military personnel in the US Army. *J Am Coll Nutr*. 2006;25(1):64–69.

7. McClung JP, Scrimgeour AG. Zinc: an essential trace element with potential benefits to soldiers. *Mil Med*. 2005;170(12):1048–1052. Review.

8. Halliday AW, Vukelja SJ. Neurologic manifestations of vitamin B-12 deficiency in a military hospital. *Mil Med*. 1991;156(4):201–204.

9. Friedl KE, Evans RK, Moran DS. Stress fracture and military medical readiness: bridging basic and applied research. *Med Sci Sports Exerc*. 2008;40(11 suppl):S609–S622.

10. Lappe J, Cullen D, Haynatzki G, Recker R, Ahlf R, Thompson K. Calcium and vitamin D supplementation decreases incidence of stress fractures in female navy recruits. *J Bone Miner Res*. 2008;23(5):741–749.

11. Scrimgeour AG, Lukaski HC. Zinc and diarrheal disease: current status and future perspectives. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2008;11(6):711–717. Review.

12. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bull World Health Organ*. 2005;83:694–699.

13. Dunn WJ, Langsten RE, Flores S, Fandell JE. Dental emergency rates at two expeditionary medical support facilities supporting Operations Enduring and Iraqi Freedom. *Mil Med*. 2004;169(7):510–514.

14. Simecek JW. Estimation of nonpreventable dental emergencies in US Marine Corps personnel. *Mil Med*. 2008;173(11): 1104–1107.

15. Deutsch WM, Simecek JW. Dental emergencies among Marines ashore in Operations Desert Shield/Storm. *Mil Med*. 1996;161(10):620–623.

16. Moss DL. Dental emergencies during SFOR 8 in Bosnia. *Mil Med*. 2002;167(11):904–906.

17. Mahoney GD, Coombs M. A literature review of dental casualty rates. *Mil Med*. 2000;165(10):751–756.

18. Teweles RB, King JE. Impact of troop dental health on combat readiness. *Mil Med*. 1987;152(5):233–235.

19. dela Cruz G. US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine. Unpublished study on degradation of oral health of soldiers deployed to Iraq, March 2004.

20. Mobley CC. Nutrition and dental caries. *Dent Clin North Am*. 2003;47(2):319–336. Review.

21. Burt BA, Satishchandra P. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. *J Dent Educ*. 2001;65(10):1017–1023.

22. Amaechi BT, Higham SM. Dental erosion: possible approaches to prevention and control. *J Dent*. 2005;33(3):243–252.

23. Lussi A, Hellwig E, Zero D, Jaeggi T. Erosive tooth wear: diagnosis, risk factors and prevention. *Am J Dent*. 2006;19(6): 319–325.

24. Young A, Amaechi BT, Dugmore C, et al. Current erosion indices—flawed or valid? Summary. *Clin Oral Invest*. 2008;12 (suppl 1):S59–S63.

25. von Fraunhofer JA, Rogers MM. Effects of sports drinks and other beverages on dental enamel. *Gen Dent.* 2005;53(1):28–31.

26. von Fraunhofer JA, Rogers MM. Dissolution of dental enamel in soft drinks. *Gen Dent.* 2004;52(4):308–312.

27. Sharma P, Wani S, Romero Y, Johnson D, Hamilton F. Racial and geographic issues in gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(11):2669–2680.

28. Huber MA. Gastrointestinal illnesses and their effects on the oral cavity. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am.* 2008;20:625– 634.

29. Studen-Pavlovich D, Elliott MA. Eating disorders in women's oral health. *Dent Clin North Am*. 2001;45(3):491–511.

30. Hurst PS, Lacey LH, Crisp AH. Teeth, vomiting and diet: a study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients. *Postgrad Med J*. 1977;53(620):298–305.

31. Brown S, Bonifazi DZ. An overview of anorexia and bulimia nervosa, and the impact of eating disorders on the oral cavity. *Compendium*. 1993;14(12):1594, 1596–1602, 1604–1608; quiz 1608. Literature review.

32. Montecchi PP, Custureri V, Polimeni A, et al. Oral manifestations in a group of young patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2003;8(2):164–167.

33. Sundaram G, Bartlett D. Preventative measures for bulimic patients with dental erosion. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2001;9(1):25–29.

34. US Department of the Army. *Combat Stress.* Washington, DC: DA; 2009. Field Manual 6-22.5.

35. US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine. *Guide to Coping With Combat and Deployment Stress.* Aberdeen Proving Ground, Md: USACHPPM; 2008. TG 320.

36. Ly KA, Milgrom P, Rothen M. Xylitol, sweeteners, and dental caries. *Pediatr Dent*. 2006;28(2):154–163.

37. Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutr*. 2001;4(2B):569–591. Review.

38. Moynihan P. Foods and dietary factors that prevent dental caries. *Quintessence Int.* 2007;38(4):320–324.

39. Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontol 2000*. 1997;14:9–11.

40. US Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Washington, DC: USDHHS, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000: 39–42.

41. US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health.* 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office; November 2000:

42. Gluck GM, Morganstein WM, eds. *Jong's Community Dental Health*. 5th ed. St Louis, Mo: Mosby; 2003: 185–187.

43. Kornman KS. Mapping the pathogenesis of periodontitis: a new look. *J Periodontol*. 2008;79(8):1560–1568.

44. Offenbacher S, Barros SP, Beck JD. Rethinking periodontal inflammation. *J Periodontol*. 2008;79:1577–1584.

45. Cochrane DL. Inflammation and bone loss in periodontal disease. *J Periodontol*. 2008;79:1569–1576.

46. Krejci CB, Bissada NF. Women's health issues and their relationship to periodontitis. *J Am Dent Assoc*. 2002;133:323–329.

47. Knight GM, Wade AB. The effects of hormonal contraceptives on the human periodontium. *J Periodont Res*. 1974;9:18–22.

48. Tilakaratne A, Soory M, Ronasinghe AW, Corea SM, Ekanayake SL, de Silva M. Effects of hormonal contraceptives on the periodontium, in a population of rural Sri-Lankan women. *J Clin Periodontol.* 2000;27:753–757.

49. Tri-Service Comprehensive Oral Health Survey Working Group. *1994 Tri-Service Comprehensive Oral Health Survey—Active-Duty Report*. Washington, DC: Department of Defense, Office of the Assistant Secretary of Defense for Health Affairs; June 1995. Naval Dental Research Institute. PR 9503.

50. Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *J Am Dent Assoc*. 1990;120:273–281.

51. Warren MP, Fried JL. Temporomandibular disorders and hormones in women. *Cells Tissues Organs*. 2001;169:187–192.

52. Bragdon EE, Light KC, Costello NL, et al. Group differences in pain modulation: pain-free women compared to painfree men and women with TMD. *Pain*. 2002;96:227–237.

53. Nekora-Azak A. Temporomandibular disorders in relation to female reproductive hormones: a literature review. *J Prosthet Dent*. 2004;91:491–493.

54. LeResche L, Mancl L, Sherman JJ, Gandara B, Dworkin SF. Changes in temporomandibular pain and other symptoms across the menstrual cycle. *Pain*. 2003;106:253–261.

55. Isslee H, De Laat A, De Mot B, Lysens R. Pressure-pain threshold variation in temporomandibular disorder myalgia over the course of the menstrual cycle. *J Orofac Pain*. 2002;16:105–117.

56. Campbell JH, Courey MS, Bourne P, Odziemiec C. Estrogen receptor analysis of human temporomandibular disc. *J Oral Maxillofac Surg*. 1993;51:1101–1105.

57. Abubaker AO, Raslan WF, Sotereanos GC. Estrogen and progesterone receptors in temporomandibular joint discs of symptomatic and asymptomatic persons: a preliminary study. *J Oral Maxillofac Surg*. 1993;51:1096–1100.

58. Klasser GD, Greene CS. Predoctoral teaching of temporomandibular disorders: a survey of US and Canadian dental schools. *J Am Dent Assoc*. 2007;138:231–237.

59. Gatchel RJ, Stowell AW, Wildenstein L, Riggs R, Ellis E 3rd. Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder-related pain: a one-year outcome study. *J Am Dent Assoc*. 2006;137(3):339–347.

60. Stowell AW, Gatchel RJ, Wildenstein L. Cost-effectiveness of treatments for temporomandibular disorders: biopsychosocial intervention versus treatment as usual. *J Am Dent Assoc*. 2007;138:202–208.

ЧАСТИНА ЧЕТВЕРТА

ВОЗЗ'ЄДНАННЯ З РОДИНОЮ І РЕІНТЕГРАЦІЯ В СУСПІЛЬСТВО

Розділ 18

ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ПОВЕРНЕННЯ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ

Кріс А. Пітерсон[I] · Майкл Е. Дойл[II]

ВСТУП

ПЕРЕДМОВА

ПРОБЛЕМИ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЛЯ СУСПІЛЬСТВА

Регулярна армія

Національна гвардія і Резерв армії

Члени родин військовослужбовців Регулярної армії, резервістів і персоналу Національної гвардії

ПРОГРАМИ ВІДНОВЛЕННЯ

ВИСНОВКИ

ДОДАТОК. АНКЕТИ З ОЦІНЮВАННЯ ЗДОРОВ'Я

Цей розділ був раніше опублікований як: Doyle M.E, Peterson KA. Re-entry and reintegration: returning home after combat. Psychiatric Quarterly. 2005;76:361–370. Адаптовано з дозволу Springer.

[I] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник департаменту психіатрії Військово-медичного центру Madigan, Tacoma, Washington 98431; у минулому — консультант начальника Медичної служби Армії США з дитячої та підліткової психіатрії.

[II] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус армії США; заступник командувача з клінічного обслуговування, USAMEDDAC West Point, 900 Washington Road, West Point, New York 10996; у минулому — начальник лікувальної клініки Армії США, Wiesbaden, Germany.

Солдати здатні не знати втоми і виживати в екстремальних умовах майже безкінечно, якщо вони розуміють, що виконують чесну справу, їхнє командування про них дбає, а їхні досягнення помічають і цінують.

Генерал Дуайт Д. Ейзенгавер, 1944

ВСТУП

Життя солдата в Армії США розбите на три цикли: підготовка до служби, власне служба і період опісля служби. Кожний із цих періодів унікальний і потребує особливих методів і підходів корекції поведінки солдата. Солдати, які повертаються зі служби додому, часто стикаються зі стресом, який може ускладнити їхнє перебування вдома. Серед чинників, що впливають на успішність налагодження життя поза армією, можна виділити такі: серйозність конфлікту, рівень загальнодержавної підтримки, рівень підтримки родини і вид служби самого військовика (Регулярні війська, Національна гвардія, Резерв армії).

«Відновлення психіки військовослужбовців» — початок, здобуття цілісності, зцілення, відтворення — стало важливою процедурою при поверненні до цивільного життя. Період відновлення найчастіше розуміється як особистісна чи військова підтримка. Так само, як речі необхідно лагодити і поновлювати після використання, а також слідкувати за їхнім станом під час експлуатації для уникнення передчасного псування, солдатів треба підтримувати психологічно до, під час і після військової служби.

У цьому розділі детально розглянуті методи, розроблені військовими фахівцями впродовж Глобальної війни з тероризмом (GWOT — Global war on terror) для відновлення психіки і полегшення зцілення. Поняття «відновлення психіки» містить багато концепцій. Одна з них передбачає безумовне підтримання готовності солдатів до непередбачуваних бойових дій із одночасною підтримкою боєготовності гарнізону.

Важливе значення мають раннє залучення родин і громади до повернення військовослужбовців на службу і їхнього звичайного життя, нормалізація психічного здоров'я (немедикалізація стресу), уникнення таврування поведінки військовослужбовців і допомога з корекцією поведінки, тобто забезпечення консультацій фахівців і навчання військовослужбовців, а також їхніх близьких.

У військовій справі відновлення психіки солдатів вважається життєво важливим процесом при їхньому поверненні до служби. Ця концепція визнає, що процес відновлення є складовою частиною реабілітації солдата після служби і одночасно його підготовкою до нового завдання. Відновлення солдатів і їхнє повернення у стан боєготовності проводиться до початку наступного етапу військової діяльності. Від ефективності процесу реінтеграції залежить стан окремого солдата і всього військового підрозділу загалом. Родина військовослужбовця, його товариші по службі, громада, в якій він живе, армія загалом, як і все американське суспільство, зацікавлені в ефективному відновленні його психіки. Усі вони роблять свій внесок у процес відновлення і впливають на фінальний результат.

Визнаючи цей факт, командування армії спільно з працівниками сфери охорони здоров'я створило інтенсивну програму для роботи з усі-

ма солдатами дійсної військової служби, Резерву і Національної гвардії, які були мобілізовані та проходили службу в зоні бойових дій. Циклічна програма підтримки при розгортанні (DCSP — The Deployment Cycle Support Program) надає стільки ж значення періоду підтримки і відновлення після служби, скільки традиційно приділяється уваги підготовці солдатів до бойових операцій. DCSP враховує всебічні потреби військовослужбовців та їхніх родин протягом усіх фаз військової служби.

ПЕРЕДМОВА

У воєнних архівах різних років можна знайти безліч документів з описами фізичного і емоційного страждання бійців. Глобальна війна з тероризмом (GWOT), операція «Іракська свобода» (OIF — Iraqi Freedom) і операція «Непохитна свобода» (OEF — Operations Enduring Freedom) ймовірно продовжуватимуть цю тенденцію. На теперішній момент маємо низку наукових досліджень стосовно емоційного і психічного впливу бойових дій з останньою інформацією про конфлікт у Перській затоці. Відтоді додалися численні звіти з миротворчих операцій [1, 2] і свіжа стаття про симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у солдатів і морських піхотинців, які брали участь в OIF та OEF [3]. ЗМІ приділили багато уваги проблемам бійців, що повернулись опісля участі в цих операціях, проте це питання не досліджували з наукової точки зору. Крім того, інформація в ЗМІ була загалом негативною: розповідалося про окремі випадки кримінальної поведінки у колишніх військових із натяком на воєнний досвід; прогнозувалась епідемія посттравматичного стресового розладу після демобілізації тисяч солдатів; повідомлялося про проблеми з наглядом за військовослужбовцями після лікування через неефективну організацію медичних центрів і систему роботи з фізичною інвалідністю. У 1995 році Фаріс Кіркленд у книзі «Військова психіатрія» [4] розмірковує над тривалістю впливу досвіду війни на військовослужбовців, що повертаються із завдань і, меншою мірою, на суспільство. Кіркленд поділяє участь США в численних конфліктах і військових вторгненнях на три етапи: основні війни, обмежені війни та операції швидкого реагування.

Основні війни передбачають масштабну мобілізацію і боротьбу з визначеним «злом» — дегуманізованим супротивником, з яким воюють кращі з найкращих задля добра і миру. Повернення військових до суспільного життя за таких умов відбувається під час демобілізації. Демобілізація передбачає, що відповідальність за повернення колишніх військових до цивільного життя лягає на суспільство, і проблема перетворюється з «військової на соціальну». Участь солдатів у справжніх війнах створює менше конфліктів для військовослужбовців і їхніх родин. Суспільство з легкістю приймає солдатів, які боролися з дегуманізованим ворогом заради добра, і підтримка військовослужбовців значно полегшує наслідки бойових дій. Відновлення через віднаходження змісту в бойових діях і людських жертвах, які не «були марними», досягається швидше [4].

Обмежені війни ведуться у зовсім іншому психополітичному кліматі та вимагають незначної участі військових [4]. Найчастіше причиною для таких війн стають національні інтереси, вони не обговорюються в суспільстві, бо викликають неоднозначне ставлення. Повернення солдатів до цивільного життя ускладнюється багатьма чинниками: відсутністю узгодженого ставлення до воєнних дій у суспільстві, недостатнє визнання зусиль військовослужбовців та індивідуальні особливості повернення солдатів із театру бойових дій. «Солдати не мали змоги відпрацювати свій досвід війни з тими, з ким вони разом готувались і воювали» [4, с. 293]. Таким чином, відновлення психіки солдатів лягало на плечі суспільства. Тих, хто повернувся з Корейської війни, зустрічали байдужістю; тих, хто брав участь у війні у В'єтнамі, — ворожістю [4].

Ставлення до військовослужбовців, які брали участь в операціях в Іраку й Афганістані («Непохитна свобода»), виявилось ще більш неоднозначним: звеличення за героїзм не співпадало з переконанням щодо аморальності будь-якої війни і підсилювалося зображенням військовослужбовців як пішаків, змушених виконувати свій обов'язок. В умовах обмеженої війни члени

суспільства не асоціюють себе з військовими, виражаючи або байдуже, або негативне ставлення до їхніх дій, тому психологічний тягар стає важчим як для одних, так і для інших. «Психіатричні втрати (Psychiatric casualties) у такому випадку найімовірніші, і солдати страждають від психологічної та соціальної ізоляції, яка загалом і породила антивоєнні настрої в США за часів війни у В'єтнамі» [5]. Наслідком такого відстороненого сприйняття солдатів стало те, що багато їхніх дружин і дівчат йшли від них, поки ті воювали у В'єтнамі. Серед солдатів навіть поширився анекдот про типовий лист, який починався зі слів «Дорогий Джоне», у якому жінка неодмінно анонсувала про завершення стосунків [5].

Рівень розлучень серед військовиків, особливо офіцерів, які воювали в Іраку й Афганістані, також був високим протягом перших трьох років операцій, хоча динаміка змінювалася в ході війни. Випадки психічних розладів у В'єтнамі «були пропорційні рейтингам схвалення самої воєнної операції, тож можна стверджувати, що суспільне несхвалення війни є однією з найвагоміших причин психічної нестабільності військовиків» [5, с. 278]. Все нові й нові дослідження виділяють два основних чинники, що впливають на розмах посттравматичного стресу. Перший чинник — це інтенсивність первинної або ініціюючої травми. Другий чинник не такий очевидний, але надзвичайно вагомий — це рівень соціальної підтримки військовослужбовця, який переживає травму [5]. Якщо суспільство визнає неминучість насилля та вбивства під час війни, воно тим самим виправдовує поведінку військовослужбовця та запускає механізм оздоровлення і полегшує його психологічну травму. Натомість низька суспільна підтримка військовослужбовців і негативне висвітлення подій у ЗМІ сповільнюють психічне відновлення солдатів опісля демобілізації і тих, хто потім повертається на службу. Повернення солдатів до нормального життя та служби перетворюється на складне завдання, якщо від лідерів країни та пересічних жителів вони постійно чують про те, що війна була марною, несправедливою чи ґрунтувалась на брехні. Отож, визнання необхідності бойових дій для країни в цілому і висвітлення стратегії боротьби лідерами держави є надзвичайно важливими. Для психічного відновлення потрібне не лише визнання, а й схвалення досягнень військовослужбовців.

Третя форма бойових дій — операція швидкого реагування, виконується професійними військовими заради національних інтересів. Цю групу військовослужбовців тренують для швидкого переходу від підготовки до власне бойових дій і, навпаки, для втілення в життя вже іншого сценарію [4]. Солдати, які беруть участь у таких операціях, рідко мають змогу оцінити причину конфлікту та його моральні аспекти і повинні повністю покладатися на горизонтальну та вертикальну єдність у своїх підрозділах.

Відповідальність за повернення та відновлення військовослужбовців лягає на плечі підрозділів, в яких вони проходять службу, та армії загалом. Здатність швидкого повернення до бойової готовності забезпечується згуртованістю та духом військової єдності. Операції під час Глобальної війни з тероризмом (GWOT) чи Холодної війни підпадали під ці характеристики. Подальше відновлення психіки солдатів завдяки згуртованості й духовної єдності військових враховувалося вже під час спеціалізованої підготовки. На противагу цьому постійні бойові завдання, шкідливі умови під час служби і людські втрати дуже шкодять здатності відновлення. Наслідки психічних про-

Рис. 18.1. Характеристики основних воєн, обмежених воєн і операцій швидкого реагування, які перетинаються і в OIF, і в OEF

блем не зникають, адже солдати не відчувають підтримки від товаришів по службі, які теж перебувають у стресовому стані. Як наслідок, фахівцям ще важче працювати з військовими з цієї групи. Зазвичай військовослужбовці у такому стані звертаються по допомогу чи до своїх командирів, чи до священиків. Попри це, все більше і більше військових стикаються з подібною проблемою, і чинники, що пришвидшують боротьбу зі стресом для солдатів операцій швидкого реагування, не працюють для тих, хто служить у Регулярній армії. Лише з часом стане зрозумілим, під яку категорію підпадають OIF, OEF і GWOT. Ці збройні конфлікти були представлені як основні війни проти великого зла, але виконувалися за схемою обмежених воєн силами професійних військовослужбовців, які мали готуватися до нового завдання, повертаючись додому. OIF та OEF стали причиною найбільшого призову на службу з часів Другої світової, який тривав упродовж 18 місяців до Національної гвардії і 2–3 роки для резервістів. Рис. 18.1 ілюструє співвідношення основної війни, обмеженої війни та операції швидкого реагування, у кожній з яких присутні елементи OIF та OEF.

ПРОБЛЕМИ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЛЯ СУСПІЛЬСТВА

Нетиповість GWOT, OIF та OEF як воєнних конфліктів ставить низку завдань для реінтеграції усіх груп солдатів, що брали участь у цих конфліктах, військовослужбовців Регулярної армії, Національної гвардії, резервістів та членів їхніх родин.

Регулярна армія

Циклічна програма підтримки при розгортанні (DCSP — The Deployment Cycle Support Program) була результатом миротворчих операцій 1990-х років, основаних на експедиційній практиці армійського командування, і стала доказом того, що в еру після Холодної війни військовослужбовці мають бути у постійній готовності до виконання своїх обов'язків, як і їхні родини. План DCSP від 2 травня 2004 року, що був розповсюджений у військах та введений в дію, містить терміни «відновлення» та «відтворення», сама концепція яких базується на поверненні до бойової готовності (рис. 18.2). План має на меті полегшити процес повернення солдатів до своїх підрозділів і до військової служби. Тренінг із реінтеграції для військових і їхніх родин таким чином стає невід'ємною частиною плану повернення до бойової готовності. Він так само важливий, як і будь-який інший етап підготовки військовослужбовця.

> Реінтеграція (повернення, повторне включення в збройні сили) складається з трьох частин: неодружений солдат і його повернення до військової служби, одружений солдат і його повернення до сімейного життя та робота з родиною військовослужбовця [6].

Тренінг із реінтеграції проводиться до повернення військовослужбовця додому. Найчастіше його проводять там само, де військовослужбовець проходить службу.

- Офіцери в тилу разом із розгорнутою військовою частиною координують роботу для забезпечення тренінгу з реінтеграції для родин військовослужбовців. Близькі мають право не брати участі в тренінгу, хоча їх до цього необхідно всіляко заохочувати. У підрозділах оголошують розклад сесій, які проводять у зручний для відвідування час. Родичам військових також надається інформація для ознайомлення у формі буклетів, де описується, чого вони можуть очікувати під час повернення солдатів зі служби [6].
- Етап відновлення починається з моменту повернення солдата додому після служби. Командири встановлюють розклад, під час якого півдня надається для «відновлення зв'язку з родиною та виконання адміністративних завдань» [6]. Протягом перших десяти днів солдати відвідують службу лише півдня, а впродовж часу, що лишається, займаються «адміністративними

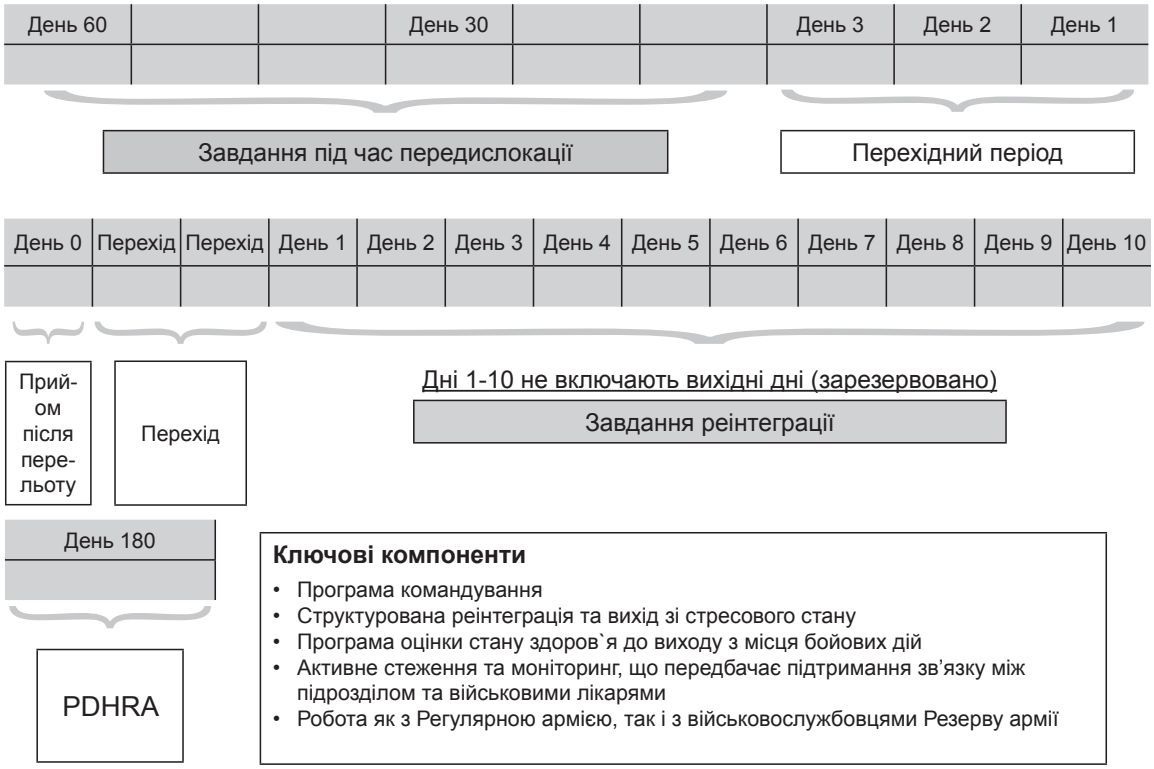


Рис. 18.2

Ключові компоненти реінтеграції та виходу зі стресового стану:
PDHRA: Post-Deployment Health Re-Assessment (Програма повторного оцінювання здоров'я після проходження військової служби в розгортанні)

справами, професійною освітою та відновленням родинних зв'язків» [6].

- Тилове командування та товариші по службі забезпечують солдатів навчальними матеріалами та підтримкою під час етапу реінтеграції та їхнього повернення до підрозділів. Вони піклуються про те, щоб «час для тренінгів був зручний як для одружених, так і для самотніх солдатів» [6]. Військове командування запроваджує організацію тренінгів з реінтеграції військовослужбовців у родинне життя, перед їх поверненням на службу. Наскільки це можливо, тренінги проводять безпосередньо на місці служби до призначення солдатів на іншу посаду [6].

У підрозділах мають проводитись тренінги з реінтеграції військовослужбовців, що ґрунтуються на результатах спостережень, досліджень психологічного клімату у військових частинах та інформування командування про результати.

Солдати групи ризику мають бути визначені командуванням частин до моменту повернення додому і проінструктовані «найкращим чином, зважаючи на їхні особливі потреби» [6].

До групи ризику зазвичай входять ті, хто зазначили ще до служби, що мають подружні проблеми або нестабільні стосунки з нареченими, зловживають алкоголем чи наркотиками, страждають від депресії чи патологічного стану тривоги. Хоча цим список проблем солдатів групи ризику не обмежується [6].

Також усі солдати, які повертаються на службу, мають проходити перевірку стану здоров'я через 3 і 6 місяців опісля служби. Ця перевірка має містити питання про стан здоров'я, які не були згадані на початку служби. Такі перевірки дозволяють військовим звертатися до медичного персоналу з будь-якими проблемами та скаргами, що з'явились уже впродовж служби.

Національна гвардія і Резерв армії

Програма «Єдина армія» наголошує на тому, що DCSP рівноцінно ефективна як для кадрових військових, так і для військових Резерву чи тих, хто служить у Національній гвардії. Солдати Резерву та Національної гвардії, що демобілізувались після закінчення Другої світової та війни в Кореї, так само, як і солдати основного складу, покладались на підтримку громади у процесі відновлення та реінтеграції й отримували медичне обслуговування в лікарнях Департаменту у справах ветеранів (VA — Department of Veterans Affairs), найближчих до місць проживання.

Психічні розлади стають проблемою демобілізованих солдатів. Багато хто втрачає роботу, інші переживають через її можливу втрату. Приватні підприємці і власники малого бізнесу потрапляють в особливу групу ризику. Зміни психіки солдатів до і після служби стають дуже помітними. Військовослужбовці Резерву та Національної гвардії відзначають відчуження від родин і відсутність розуміння та ізоляцію з боку друзів через втрату спільних цінностей. Якщо військова частина розташована поруч, солдати можуть підтримувати зв'язки з товаришами по службі, але це дуже рідкісний випадок.

> **Приклад 18.1**. Військовослужбовець А. звернувся по допомогу одразу після отримання повідомлення про демобілізацію. Він скаржився на страх повернення до цивільного життя через можливі конфлікти й агресивне поводження на майбутній роботі. «Я не готовий повернутись додому. Більшість людей із мого оточення — родом з Близького Сходу, і я боюсь піддатись гніву під час спілкування з ними».

Демобілізовані резервісти та військові Національної гвардії повертаються додому за 4 дні після прибуття до демобілізаційного пункту. Завдяки швидкому возз'єднанню з родинами солдати мають змогу швидше відновити сили, хоча нагляд за їхнім психічним станом вдома не є достатнім. Отож, солдати найчастіше стикаються з дилемою: повернутися додому без можливості отримати медичну підтримку чи залишатись на службі далеко від близьких, але мати доступ до медичної допомоги.

У штаті Вашингтон намагались виправити цю помилку, коли у листопаді 2004-го ухвалили меморандум, в якому зазначались шляхи співпраці з федеральними службами:

> Докладати більше зусиль для того, щоб військових та їхні родини було винагороджено за їхній неоціненний вклад у розвиток держави. Таким чином, Міністерство оборони та Департамент у справах ветеранів мають забезпечити успішне повернення солдатів до цивільного життя, надаючи їм усі необхідні медичні послуги. Цей меморандум стосується загалом солдатів Регулярної армії, які впродовж ще 3–6 місяців опісля служби стикаються з низкою проблемних ситуацій [8].

Ця постанова разом із передбаченою нею програмою мала на меті підтримати та полегшити процес повернення та відновлення військовослужбовців. Серед основних пунктів програми були такі:

- надсилання листа кожному ветерану від губернатора штату Вашингтон, армійського командування та директора Департаменту у справах ветеранів із подякою за службу та заохоченням до використання ветеранських прав і пільг;
- надсилання повторного листа кожному ветерану через 3 і 6 місяців;
- організація днів родини через 3 і 6 місяців опісля служби, до яких залучаються представники Департаменту у справах ветеранів і Вашингтонського центру зайнятості, інші ветерани та фахівці-психотерапевти для надання найширшої інформації ветеранам і їхнім родинам про ефективне відновлення;

- впровадження програми підтримки родини щодо обізнаності про переваги та пільги ветеранів та їхніх родин, за участі спеціально акредитованих колишніх ветеранів і місцевих офіцерів за фінансової підтримки армійського командування [8].

Військовослужбовці Резерву, як і солдати Регулярної армії, проходять медичне обстеження через 3 та 6 місяців опісля демобілізації.

Рівень посттравматичного стресового розладу визначається за допомогою спеціальних питань під час обстеження. Якщо стає зрозуміло, що солдату необхідна медична допомога, йому пропонують її отримати у військово-медичних закладах, медичних центрах для ветеранів, мережевих центрах TRICARE-провайдерів або общинних організаціях охорони здоров'я, запроваджених армією.

Залучення фахівців із лікування психічних розладів, які будуть і надалі стежити за здоров'ям військових ветеранів, є одним із обов'язкових етапів плану постачальників медичних послуг (лікарі, лікарні та ін.), які укладають угоди з Міністерством оборони США про медичне обслуговування ветеранів за місцем їхнього проживання.

Члени родин військовослужбовців Регулярної армії, резервістів і персоналу Національної гвардії

Клініка відновлення здоров'я Військово-медичного центру Madigan (Такома, Вашингтон), як і низка інших клінік такого роду, визнають, що підготовка родин військовослужбовців є важливим засобом забезпечення ефективної підготовки солдатів.

З огляду на це, клініка розробила Курс підготовки родин військовослужбовців, який доступний в інтернеті. Сам курс став основою для розробки інших матеріалів і ресурсів, які сьогодні втілюються в життя з ініціативи та завдяки зусиллям Міністерства оборони за технологією телемедицини.

Приклад 18.2. Місіс Б. — дружина 32-річного морського піхотинця. Пара переїхала до Форт Льюїсу, штат Вашингтон, за 3 місяці до відправки чоловіка в Ірак. Перед цим він провів, замість обіцяних 12-ти, 15 місяців у Кореї. Місіс Б. була занепокоєна через можливу довготривалу розлуку з чоловіком. У пари — четверо дітей: від 3 до 13 років. Місіс Б. страждає на біль у спині, тривожні розлади та депресію. Одразу після повернення її чоловіка з Іраку, де він був командиром підрозділу піхотинців і брав участь у численних бойових зіткненнях, вона зазначила: «Він розповідає мені все. Я думала, що він буде тримати це при собі і я зможу з цим впоратись. Я думала, мені буде краще, коли він буде вдома, але я досі не можу заснути».

Родини військовослужбовців Регулярної армії часто мають перевагу у вигляді підтримки громади на місці постійної дислокації гарнізону, чого бракує родинам військових Національної гвардії чи родинам резервістів. Проте у членів родин військових Національної гвардії і резервістів, порівняно з родинами військовослужбовців Регулярної армії, є можливість налагодити довготривалі суспільні і сімейні зв'язки. Незважаючи на рід військ, стабільність в тилу — головне для готовності будь-якого військовослужбовця.

Нестабільність у родині, яка, як правило, тільки погіршується під час служби, відволікає військових, а відсутність плану заходів підтримки родини часто є результатом примусового звільнення солдата зі служби.

Хоча часто саме повернення солдата зі служби стає найбільш серйозною проблемою. Коли військовослужбовець, який повертається додому, перебирає на себе частину домашніх турбот, його подружжя часто відчуває, що її/його зусилля не оцінені як слід. Для адаптації потрібен час, впродовж якого зазвичай виникають питання, як-от:

- Хто тепер сплачує рахунки, виносить сміття та стриже газон?
- Хто займається вихованням дітей? Яким чином?
- У кого пульт від телевізора?
- Які проблеми в інтимних стосунках ми маємо нині? [9]

ПРОГРАМИ ВІДНОВЛЕННЯ

Існує чимало варіантів програм відновлення військовослужбовців, та всі вони, як правило, мають намір визначити стан психічного здоров'я солдатів, які готуються або повертаються з війни. Протягом одного з етапів вивчення можливостей відновлення військовослужбовців в Інституті військово-медичних досліджень Волтера Ріда (WRAIR) було розроблено анкету, яку солдати мали заповнити ще до повернення додому на місце служби. Ця анкета отримала назву Оцінка ризиків для здоров'я (HRA I — Health Risk Appraisal questionnaire). Згодом, на підставі консенсусу між місцевими установами і командами, анкета була стандартизована, доповнена окремими питаннями і створена HRA II. Солдати заповнювали анкету HRA II до відправлення на війну і після повернення з театру бойових дій. Психологічна допомога, таким чином, могла надаватись на підставі інформації, отриманої з анкет. Наприклад, військовослужбовець, що почав палити під час проходження служби, міг зажадати психологічної підтримки в боротьбі з палінням. Запит зазначається в анкеті HRA II, і подальша допомога та контроль будуть надані.

Усе більше і більше зусиль докладалось для створення адекватних ресурсів щодо відновлення психічного здоров'я військовослужбовців. Урешті було створено остаточний варіант анкети оцінювання здоров'я військових, які готувалися до служби в армії або поверталися з неї (див. **Анкети з оцінювання здоров'я**). Разом із регулярним оцінюванням до початку служби, під час неї та після (за 3 та 6 місяців), DCSP передбачає спостереження за виконанням і розвиток програм нагляду за психічним станом військовослужбовців з направленням тих, хто потребує психологічної допомоги, до медичних закладів, і, найважливіше, надання усім військовим змоги завершити оцінку стану їхнього здоров'я (хоча це і було добровільним).

З самого початку армія делегувала рішення про лікування військовослужбовців медичним закладам. Можливо, найефективнішою стала програма відновлення під назвою «Експериментальна програма оцінювання здоров'я військовослужбовців» (SWAPP —Soldier Wellness Assessment Pilot Program), застосована в Порт Льюїсі, штат Вашингтон (додаток 18.1).

Загалом програми реінтеграції військовослужбовців виконуються таким чином: якщо у солдата виявляють якісь психологічні чи фізіологічні проблеми, то за ним закріплюють соціального працівника. Працівник стежить, щоб солдатові призначили необхідне лікування і щоб усі рекомендації були виконані. Часові рамки лікування погоджуються з командуванням. Для тих, хто потребує продовження лікування, призначаються медичні працівники, які стежать за ходом лікування солдата з метою його повного повернення до строю. Військовослужбовці, які мають проблеми з психічним здоров'ям, що можуть стати на заваді їхній професійній діяльності, отримують допомогу від медичних фахівців.

Військові, які мають проблеми з психічним здоров'ям, можуть звернутися до місцевих психіатричних закладів по допомогу. Зазвичай навіть місцеві клініки пропонують широкий вибір методів лікування для тих, хто відправляється на бойове завдання. Лікування може включати індивідуальну, когнітивну поведінкову терапію або психоаналітичну психотерапію. Застосовуються групові методи лікування військовослужбовців зі схожими проблемами, з пацієнтами, що страждають від депресії, у групах адаптації до військового життя або в групах, орієнтованих на практичні навички управління гнівом. Також є різні підходи до терапії сімейних проблем. В окремих випадках можливе застосування лікарських засобів. Лікування посттравматичного стресового розладу відбувається відповідно до керівних принципів лікування та матеріалів, доступних у науковій літературі [10].

У лікуванні робиться акцент на здатність до відновлення. Для багатьох військовослужбовців підбадьорення є важливим елементом. Лікар має донести до пацієнта таку думку: «Те, що Ви відчуваєте зараз, є очікуваним наслідком участі у воєнних діях. З часом Вам стане краще. Деякі методи можуть також пришвидшити одужання...».

Приклад 18.3. Сержант С. був нещодавно евакуйований із території Іраку, де він отримав ушкодження

ДОДАТОК 18.1

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПРОГРАМА ОЦІНЮВАННЯ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Заходи щодо відновлення психіки військовослужбовців почали розроблюватися ще з часів операцій у Афганістані та Іраку. Експериментальна програма оцінювання здоров'я військовослужбовців, розроблена у Форт Льюїсі, штат Вашингтон, на основі Програми циклів підтримки і відновлення (DCSP), стала однією з найефективніших і найпопулярніших з подібних програм. Вона має на меті:

- створити стандартні методи оцінювання здоров'я солдатів до та після військової служби;
- сформулювати більш широке визначення поняття «здоров'я», яке містило б фізичні, емоційні, духовні аспекти, фінансові та правові потреби;
- зробити інформацію доступною для командування та медичного персоналу;
- забезпечити кожного військовослужбовця можливістю індивідуальної зустрічі з фахівцем.

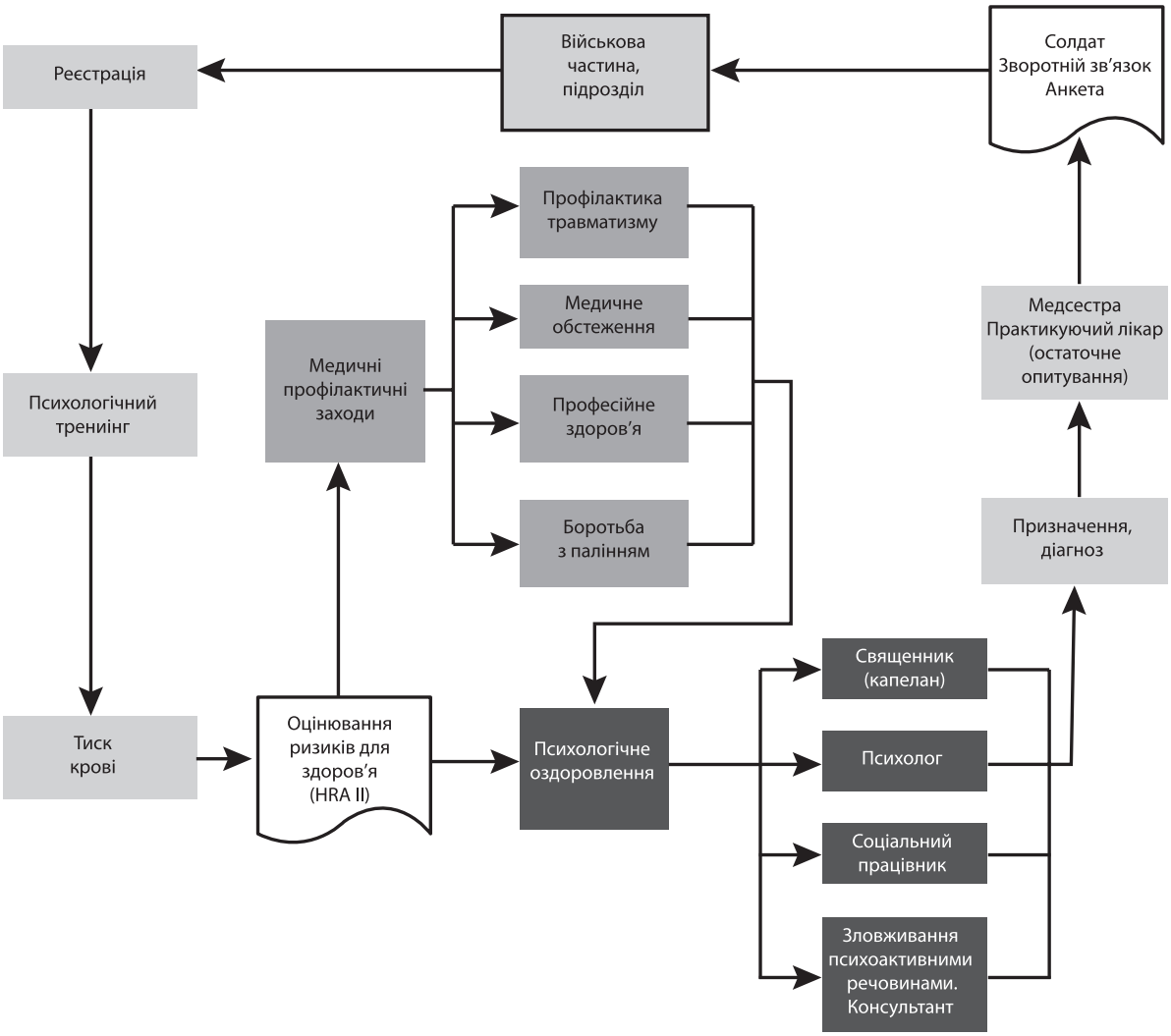


Рис. 18.3. Схема Експериментальної програми оцінювання здоров'я військовослужбовців

Солдати заповнюють анкету з оцінювання ризиків для здоров'я (HRA-II) у кілька етапів, за допомогою комп'ютерів. Результати потім передаються у центри обробки. Питання враховують переоцінку стану здоров'я у формі DD2900 (у додатку). HRA-II складається з 76 запитань для оцінки здоров'я військових, які знаходяться у будь-якій групі ризику психічних розладів (низькій, середній та високій). Військовослужбовцям, у яких рівень психічних розладів потенційно високий, потрібно проводити не менш ніж 60 хвилин консультації з фахівцем, і не менш ніж 30 хвилин військовослужбовцям із середнім рівнем ризику розладів. Фахівцями можуть бути психологи, психотерапевти, соціальні працівники та священики. Медсестри та фахівці з професійного розвитку та з профілактичної медицини також можуть давати консультації з немедичних питань, таких як боротьба зі шкідливими звичками чи то загальний медичний догляд.

З розвитком програми інформація стане більш доступною, зрозумілою та доречною і дасть змогу відстежувати стан здоров'я військовослужбовців у довгостроковій перспективі. Сьогодні дані з форм DD 2900 надсилаються до Інспекції військово-медичної діяльності (AMSA — Army Medical Surveillance Activity) для внесення до Системи медичного спостереження Міністерства оборони США (DMSS — Defense Medical Surveillance System). Командуванню надсилаються результати огляду через системи електронних звітів, що відповідає вимогам Закону про страхування і охорону здоров'я від 1996 року. Інформація місить дані про типові діагнози, їхню розповсюдженість, умови військової діяльності та пов'язані з ними питання безпеки, фінансові і правові проблеми та загальний стан моралі.

Як видно з рисунка 18.3, SWAPP є мобільним ресурсом. Хоча він широко і не використовується в армії, елементи програми все-таки застосовуються для окремих ситуацій, і вона слугує за модель для інших програм. Відгуки про програму позитивні у солдатів та командування, саме тому необхідно розширювати сферу її застосування.

Хоча участь у SWAPP є добровільною, проте багато солдатів та командирів вбачають у цьому можливість широкого огляду і визначення стану психічного, емоційного та фізичного здоров'я. Завершення оцінки стану здоров'я має відбуватись після 90–180 днів опісля повернення та за 45–125 днів до відправлення на наступне завдання. Як видно із рисунка 18.3, солдати реєструються та починають з персональної зустрічі із фахівцем, який окреслює різноманітні аспекти програми та намагається усунути стереотипи щодо процесу відновлення військовослужбовця. Наголошується на тому, що процес є добровільним.

ноги через вибух саморобного вибухового пристрою. Його рана загоювалась добре, і стан здоров'я мав швидко повністю нормалізуватись. Але він скаржився на поганий сон через постійні кошмари. Він зізнався, що кошмари почалися ще до його поранення, і думав, що коли він повернеться додому, вони припиняться. Але страшні видіння не полишали його протягом вже 2 місяців опісля повернення. Найчастіше ввижались бої, де поставав вибір між власною смертю та вбивством або було скоєно вбивство, після якого з'ясовувалось, що жертвою стала дитина.

Інші солдати часто скаржаться на підвищену настороженість під час керування автомобілем через страх, що кожен шматок сміття може виявитись саморобним вибуховим пристроєм або інші водії є потенційними терористами-самовбивцями. Безсоння або поганий сон з кошмарами є серйозною проблемою для багатьох військовослужбовців, про яку найчастіше повідомляють дружини солдатів.

Програма психологічної підготовки Battlemind (додаток 18.2) була розроблена з метою нормалізації поведінки військовослужбовців під час виконання бойових завдань та вдома.

Ця програма є ще одним засобом навчання військовослужбовців практичним навичкам керування власними психологічними реакціями під час служби. «Психологічна підготовка солдата» — це внутрішня незламність та готовність боротись із негараздами і страхом під час бою. Програма спрямована на розвиток самовпевненості та психічної стійкості. Проте корисні військові навички можуть завадити нормальному цивільному життю. Наприклад, тактична обізнаність у зоні бойових дій та звичка постійно слідкувати за бойовою ситуацією може перетворитися на підвищену настороженість вдома. «Психологічна підготовка військовослужбовця» — це метод підготовки до нормального життя після фронту. Основними принципами програми є:

- солдат може страждати від воєнних «ушкоджень» (наприклад, мати неадекватну реакцію на раніше небезпечну ситуацію, що виражається як нездатність пристосувати бойові навички до повсякденного життя);
- просити про психологічну підтримку не значить бути слабким;
- потрібна мужність, щоб звернутися по допомогу;

- здатність керівництва надати необхідну допомогу кожному військовослужбовцю.

Перед демобілізацією спочатку проводять короткий вступний курс, у якому приділяється увага основним концептам підготовки. Під час повторного тренінгу через 3 та 6 місяців військовослужбовцям показують підготовлені відеоролики, що відтворюють випадки найтиповіших проблемних ситуацій, з якими стикаються демобілізовані солдати. Особливий наголос робиться на методах, які допомагають впоратись із проблемними ситуаціями.

ДОДАТОК 18.2

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ, АБО «BATTLEMIND»

«BATTLEMIND» — це абревіатура складових тренінгу військовослужбовців:

Buddies — бойова згуртованість, дружні стосунки
Accountability — відповідальність
Targeted Aggression — стримування агресивності
Tactical Awareness — тактична обізнаність і недоцільність надзвичайної настороженості
Lethally Armed — усвідомлення недоцільності очікування смертельної небезпеки вдома
Emotional Control — контроль емоцій
Mission Operational Security — правила безпеки у військових операціях
Individual Responsibility — особиста відповідальність
Non-Defensive (combat) Driving — стримування агресивного стилю водіння
Discipline and Ordering — дисципліна і безконфліктність

Усі вищезгадані програми та схеми мають на меті покращити зв'язок між військовослужбовцями та їхніми родинами з метою попередження криз, пом'якшення страждань та прискорення одужання після стресу. При включенні цих програм до операційних планів командування та інформаційних буклетів мають враховуватися такі міркування:

- Фахівці мають залучити родини військових і самих військових до запланованого відновлення та реінтеграції.
- Негативний стрес є очікуваним на цьому етапі і не потребує медикаментозного втручання.
- Опісля повернення зі служби солдати мають отримати доступ до консультацій професійних психологів.
- Навчання родин військовослужбовців та їх інформування про доступні ресурси є такими ж важливими, як і підготовка самих військових.

Послуги для членів родин військових мають бути легкодоступними, можливо, навіть більше, ніж під час служби. Родини з гострою потребою в психологічній допомозі часто мають ще більші потреби, і вони мають бути задоволені, як і потреби тих, хто не намагається отримати психологічну допомогу. Громада зазвичай не може надати достатньої або адекватної інформації навіть у багатонаселених містах.

Родини солдатів, які проходили дійсну військову службу, можуть стати значним випробуванням для фахівців. Наприклад, за 2001 рік кількість звернень по психологічну допомогу до клініки Мадіган Армійського медичного центру амбулаторної психіатрії становила 8000 випадків, а це стільки ж, скільки за 6 місяців 2005 року.

ВИСНОВКИ

У нинішніх і майбутніх військових операціях відповідальність за відновлення психіки солдатів та їхню реінтеграцію порівну лягає на саму армію, родину військовослужбовців і суспільство, які мають об'єднатися для підтримки військових. Від початку GWOT, OEF та OIF в Армії Сполучених Штатів були розроблені та запроваджені заходи для відновлення солдатів, які повертаються зі служби або готуються до наступного завдання. До таких заходів належать численні методики та програми, пов'язані з охороною психічного здоров'я.

Необхідно стежити за тим, наскільки ефективно такі програми допомагають військовослужбовцям та їхнім родинам і загалом американському суспільству.

ЛІТЕРАТУРА

1. Adler AB, Castro CS. *US Soldiers and Peacekeeping Deployments*. Heidelberg, Germany: US Army Medical Research Unit-Europe; 2001. Research Report.
2. Schumm WR, Bell DB, Knott B. Characteristics of families of soldiers who return prematurely from overseas deployments: an assessment from Operation Restore Hope (Somalia). *Psychol Rep*. 2000;86(3 Pt 2):1267–1272.
3. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(10):13–22.
4. Kirkland FR. Postcombat reentry. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995: 291–317.
5. Grossman D. *On Killing: The Psychological Cost of Learning to Kill in War and Society.* New York, NY: Little Brown and Company; 1995.
6. I (US) Corps OPLAN 04-10 (Return to Readiness). Unclassified. Fort Lewis, Wash. April 2004.
7. Peter Geren, Acting Secretary of the Army. *Deployment Cycle Support (DCS) Directive*. Washington, DC: US Department of the Army. Memorandum, March 26, 2007. Available at: http://www.armyg1.army.mil/dcs/docs/DCS %20Directive. pdf. Accessed September 15, 2009.
8. Memorandum of Understanding Between Washington State Military Department, Washington State Department of Veterans Affairs, Washington State Employment Security Department, US Department of Veterans Affairs, Benefits Administration, US Department of Veterans Affairs, Health Administration, US Department of Labor, Association of Washington Business, Governor's Veterans Affairs Advisory Committee, November 2004.
9. Robertson M, Humphreys L, Ray R. Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on review of the literature. *J Psychiatr Pract.* 2004;10:106–118.
10. *Getting Back Together (Homecoming/Reunion) [*videotape]. Washington, DC: US Army; 1994. US Army training video TVT20-1048.

АНКЕТИ З ОЦІНЮВАННЯ ЗДОРОВ`Я

33823

ПІДГОТОВКА ДО СЛУЖБИ Оцінка здоров'я

Документ: 10 U.S.C. 136 Розділ 55. 1074f, 3013, 5013, 8013, та E.O. 9397

ГОЛОВНА МЕТА: оцінити Ваш стан здоров`я перед можливою участю у військових операціях за межами Сполучених Штатів та допомогти військовим медичним працівникам у визначенні й наданні Вам медичної допомоги зараз і в майбутньому.

ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ: для федеральних та державних представництв, а також для цивільних медичних працівників з метою необхідної медичної допомоги та лікування

РОЗГОЛОШЕННЯ: **(Тільки для військовослужбовців та цивільних працівників МО)**. Добровільно. У разі відсутності медична допомога БУДЕ НАДАНА, але повна медична допомога може бути неможливою

ІНСТРУКЦІЇ: Будь ласка, прочитайте кожне запитання уважно і до кінця, перш ніж робити вибір. Дайте відповідь на кожне запитання. Якщо питання є незрозумілим, запитайте роз`яснення у керівництва.

Демографічна інформація

Прізвище

Сьогоднішня дата в форматі (дд-мм-рррр) / /

Ім`я

Номер соціального страхування - -

Назва підрозділу

Дата народження / /

Стать
- ◯ Чоловіча
- ◯ Жіноча

Рід військ
- ◯ Повітряні сили
- ◯ Армія
- ◯ Берегова охорона
- ◯ Морська піхота
- ◯ Військово-морські сили
- ◯ Інше

У складі
- ◯ Постійна служба
- ◯ Національна гвардія
- ◯ Резерв (військовий резерв)
- ◯ Цивільний урядовий працівник

Рівень оплати

◯ E1	◯ O1	◯ W1
◯ E2	◯ O2	◯ W2
◯ E3	◯ O3	◯ W3
◯ E4	◯ O4	◯ W4
◯ E5	◯ O5	◯ W5
◯ E6	◯ O6	◯ Інше
◯ E7	◯ O7	
◯ E8	◯ O8	
◯ E9	◯ O9	
	◯ O10	

Місцезнаходження операції
- ◯ Європа
- ◯ ПС Азія
- ◯ ПЗ Азія
- ◯ Азія (інше)
- ◯ Південна Америка
- ◯ Австралія
- ◯ Африка
- ◯ Центральна Америка
- ◯ Невідомо

Місце служби (ЯКЩО ВІДОМО) (МІСТО або БАЗА):

Перелік країн (ЯКЩО ВІДОМО):

Назва операції:

Тільки для керівництва

Визначте статус кожного з пунктів

Так	Ні	Не стосується	
◯	◯	◯	Медичне обстеження завершено
◯	◯	◯	Аркуш з медичною інформацією отримано
◯	◯	◯	Сироватка крові взята на тести ВІЛ впродовж 12 місяців
◯	◯	◯	Дійсна імунізація
◯	◯	◯	Аналіз на туберкульоз проведено

DD FORM 2795, Травень 1999

Узгоджено секретаріатом МО 1998, Вер.1.3

Reset

33823

33823

БУДЬ ЛАСКА, ВНЕСІТЬ НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ #

☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Оцінка здоров'я

1. Як би Ви оцінили свій стан здоров'я? ○ Відмінно ○ Дуже добре ○ Добре ○ Задовільно ○ Погано
2. Чи Ви маєте якісь медичні чи стоматологічні проблеми? ○ Так ○ Ні
3. На теперішній момент Ви під медичним наглядом, на полегшеному режимі служби чи проходите медичну комісію? ○ Так ○ Ні
4. Ви вагітні? (ТІЛЬКИ ДЛЯ ЖІНОК) ○ Не знаю ○ Так ○ Ні
5. Чи маєте Ви запас призначених Вам медикаментів чи оральних контрацептивів на наступні 90 днів? ○ Не стосується ○ Так ○ Ні
6. Чи маєте Ви дві пари призначених окулярів (якщо носите) чи запас інших медичних пристроїв? ○ Не стосується ○ Так ○ Ні
7. Вродовж минулого року чи звертались Ви за психологічною допомогою або проходили психологічне консультування? ○ Так ○ Ні
8. Чи є у Вас питання або занепокоєння щодо теперішнього стану здоров'я? ○ Так ○ Ні

Будь ласка, опишіть, що саме Вас непокоїть _____

_____

Підпис військовослужбовця

Я засвідчую, що відповіді на питання цієї анкети давав особисто

Огляд медичних спеціалістів перед службою (тільки для використання медичними спеціалістами)

Після огляду/опитування пацієнта проблеми були визначені та класифіковані у рамках системного огляду. Більш ніж одна може бути зазначена для пацієнтів з багатьма проблемами. Подальше документування проблеми в медичній історії хвороби.

ПРОФІЛЬ НАПРАВЛЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- ○ Жоден
- ○ Кардіологічний
- ○ Військовий/Оперативна стресова реакція
- ○ Стоматологічний
- ○ Дерматологічний
- ○ Отоларингологічний
- ○ З проблем зору
- ○ Сімейні проблеми
- ○ Втома, загальне нездужання, багатосистемні розлади
- ○ Гастроентерологічний
- ○ Сечостатевий
- ○ Гінекологічний
- ○ Психічне здоров`я
- ○ Неврологічний
- ○ Ортопедичний
- ○ Вагітність
- ○ Легеневий
- ○ Інше _____

ОСТАТОЧНЕ МЕДИЧНЕ РОЗПОРЯДЖЕННЯ ○ **Придатний до служби** ○ **Не придатний до служби**

(якщо не придатний до служби, пояснити причину) _____

_____

_____

Я підтверджую, що процес огляду був завершений.
Підпис та печатка спеціаліста

Дата (дд-мм-рррр)

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Завершення огляду здоров`я

DD FORM 2795, Травень 1999

Reset

Узгоджено секретаріатом МО 1998, Вер.1.3

33823

АНКЕТИ З ОЦІНЮВАННЯ ЗДОРОВ`Я

33348

ПІСЛЯ ПРОХОДЖЕННЯ СЛУЖБИ Оцінка здоров'я

ДОКУМЕНТ: 10 U.S.C. 136 Розділ 55. 1074f, 3013, 5013, 8013, та E.O. 9397

ГОЛОВНА МЕТА: оцінити Ваш стан здоров`я після участі у військових операціях за межами Сполучених Штатів та допомогти військовим медичним працівникам у визначенні і наданні Вам медичної допомоги зараз і в майбутньому.

ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ: для федеральних та державних представництв, а також для цивільних медичних працівників з метою необхідної медичної допомоги та лікування

РОЗГОЛОШЕННЯ: (Тільки для військовослужбовців та цивільних працівників МО). Добровільно. У разі відсутності медична допомога БУДЕ НАДАНА, але повна медична допомога може бути неможливою

ІНСТРУКЦІЇ: Будь ласка, прочитайте кожне запитання уважно і до кінця, перш ніж робити вибір. Дайте відповідь на кожне запитання. Якщо питання є незрозумілим, запитайте роз`яснення у керівництва.

Демографічна інформація

Прізвище

Сьогоднішня дата в форматі (дд-мм-рррр) __ / __ / ____

Ім`я

Номер соціального страхування ___ - __ - ____

Назва підрозділу

Дата народження __ / __ / ____

Дата прибуття на місце бойових дій (дд-мм-рррр) __ / __ / ____

Дата відправлення з місця бойових дій (дд-мм-рррр) __ / __ / ____

Стать
- ◯ Чоловіча
- ◯ Жіноча

Рід військ
- ◯ Повітряні сили
- ◯ Армія
- ◯ Берегова охорона
- ◯ Морська піхота
- ◯ Військово-морські сили
- ◯ Інше

У складі
- ◯ Постійна служба
- ◯ Національна гвардія
- ◯ Резерв
- ◯ Цивільний урядовий працівник

Рівень оплати

◯ E1	◯ O1	◯ W1
◯ E2	◯ O2	◯ W2
◯ E3	◯ O3	◯ W3
◯ E4	◯ O4	◯ W4
◯ E5	◯ O5	◯ W5
◯ E6	◯ O6	◯ Інше
◯ E7	◯ O7	
◯ E8	◯ O8	
◯ E9	◯ O9	
	◯ O10	

Місцезнаходження операції
- ◯ Європа
- ◯ ПС Азія
- ◯ ПЗ Азія
- ◯ Азія (інше)
- ◯ Австралія
- ◯ Африка
- ◯ Центральна Америка
- ◯ Невідомо
- ◯ Південна Америка
- ◯ Північна Америка
- ◯ Інші _____

Місце служби (ЯКЩО ВІДОМО) (МІСТО або БАЗА): До яких регіонів Ви були направлені на службу?

- ◯ Кувейт _____
- ◯ Катар _____
- ◯ Афганістан _____
- ◯ Боснія _____
- ◯ На морському судні _____
- ◯ Ірак _____
- ◯ Туреччина _____
- ◯ Узбекистан _____
- ◯ Косово _____
- ◯ Континентальні Штати _____
- ◯ Інше _____

Назва операції

Професійна спеціалізація під час служби
(військово-облікова спеціальність (MOS), код Повітряних сил (ASFC), код Військово-морських сил (NEC)

Бойова спеціальність _____

ТІЛЬКИ ДЛЯ КЕРІВНИЦТВА

Визначте статус кожного з пунктів

Так	Ні	Не стосується	
◯	◯	◯	Медичне обстеження завершено
◯	◯	◯	Аркуш з медичною інформацією отримано
◯	◯	◯	Зразок крові взято після завершення служби

Reset

DD FORM 2795, Квітень 2003 Попередні видання застаріли Узгоджено секретаріатом МО 33348

БУДЬ ЛАСКА, ДАЙТЕ ВІДПОВІДІ НА ПИТАННЯ ЩОДО ЦЬОГО ПЕРІОДУ СЛУЖБИ

1. Чи змінився стан Вашого здоров`я під час проходження служби?

○ Стан здоров`я лишився на тому ж рівні або покращився
○ Стан здоров`я погіршився

2. Як часто Ви викликали лікаря під час проходження служби? [ ][ ]

Вказати кількість разів

3. Вам доводилось провести ніч чи більше в лікарні як пацієнт під час проходження служби?

○ Ні
○ Так. Вкажіть причини та дати_____
_____
_____

4. Чи робили Вам щеплення до чи після проходження служби?

○ Віспа (залишає шрам на руці)
○ Черевний тиф
○ Сибірська виразка
○ Менінгокок
○ Ботулізм
○ Інші, вказати_____
○ Не знаю
○ Ні

5. Чи приймали Ви якийсь з перерахованих нижче медикаментів під час служби?

○ піридостигміну бромід
○ MARK 1 набір антидотів
○ таблетки проти малярії
○ препарат для боротьби зі сном – дексдрин
○ інше, вкажіть _____
○ не знаю

6. Чи маєте Ви якийсь із перерахованих симптомів зараз чи мали в будь-який час під час служби?

Ні	Так, зараз	Так, під час служби	
○	○	○	Хронічний кашель
○	○	○	Нежить
○	○	○	Лихоманка
○	○	○	Слабкість
○	○	○	Головний біль
○	○	○	Набряки, заціпеніння чи біль у суглобах
○	○	○	Біль у спині
○	○	○	Біль у м`язах
○	○	○	Оніміння чи свербіж у руках чи ступнях
○	○	○	Шкірні захворювання чи висипи
○	○	○	Почервоніння та сльозотеча
○	○	○	Туманність зору, ніби в поганому освітленні
○	○	○	Тиск або важкість у грудях
○	○	○	Запаморочення, непритомність
○	○	○	Важкість дихання
○	○	○	Відчуття виснаження навіть після сну
○	○	○	Проблеми з запам`ятовуванням
○	○	○	Діарея
○	○	○	Часті розлади травлення
○	○	○	Нудота
○	○	○	Дзвін у вухах

7. Чи бачили Ви поранених, вбитих чи мертвих під час проходження цієї служби?
(відмітьте все, що підходить)

○ Ні ○ Так, союзники
○ Так, вороги ○ Так, цивільні

8. Чи брали Ви участь у бойових діях, в яких Ви використовували зброю?

○ Ні
○ Так (○ земля, ○ море, ○ повітря)

9. Під час проходження цієї служби чи відчували Ви, що Ваше життя знаходиться у серйозній небезпеці через можливість вбивства?

○ Ні ○ Так

10. Чи Ви зараз зацікавлені в отриманні професійної допомоги через стрес, емоційні проблеми, проблеми у родині чи з алкогольною залежністю?

○ Ні ○ Так

11. Як часто Вас непокоїли будь-які з цих проблем за останні два тижні?

Ніколи	Іноді	Часто	
○	○	○	Незначний інтерес чи задоволення від виконання нескладних справ
○	○	○	Відчуття суму, депресії чи безнадії
○	○	○	Думки про можливу смерть чи завдання ушкоджень собі для полегшення свого стану

DD FORM 2795, Квітень 2003

Reset 33348

12. Чи був у Вас настільки жахливий, страшний чи нав'язливий досвід, що ЗА ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ Ви…

Ні	Так	
○	○	Мали кошмари щодо цього чи думали про це, коли не хотіли
○	○	Докладали багато зусиль, щоб не думати про це, йшли з місць, які б нагадували Вам про цей досвід
○	○	Були постійно настороженим, уважним та наляканим
○	○	Відчували емоційне заніміння чи відсторонення від інших людей, дій чи Вашого оточення

13. Чи виникають у Вас думки чи тривоги, що Ви…

Ні	Так	Не впевнений	
○	○	○	Можете мати серйозні конфлікти зі своєю дружиною/чоловіком, членами родини чи близькими друзями?
○	○	○	Можете зашкодити комусь чи втратити контроль при спілкуванні з кимось?

15. Скільки днів Ви носили Ваш МОРР (спорядження, яке захищає Ваш стан, бронежилет) поверх одягу?

☐☐

вказати кількість днів

16. Скільки разів, коли Ви вдягали протигаз через тревогу, а не через заняття вправами?

☐☐

вказати кількість разів

17. Ви були всередині або уважно оглядали будь-які зруйновані військові транспортні засоби?

○ Ні ○ Так

18. Як Ви думаєте, Ви зазнали впливу будь-яких хімічних, бойових біологічних речовин в ході бойових дій?

○ Ні
○ Не знаю
○ Так. Пояснити, із зазначенням дати і місця

_____
_____
_____

14 Чи мали Ви контакт під час проходження служби з (зазначити всі відповіді):

Ні	Іноді	Часто	
○	○	○	ДЕТА - репелент від комах, що застосовується розпиленням на шкірі
○	○	○	уніформа, забруднена пестицидами
○	○	○	пестициди для навколишнього середовища (у вигляду туману на місцевості)
○	○	○	засоби від бліх та кліщів
○	○	○	пестицидні стрічки
○	○	○	дим від горіння нафти
○	○	○	дим від горіння сміття чи фекалій
○	○	○	вихлопні гази від легкових авто чи вантажівок
○	○	○	дим від нагрівача тентів
○	○	○	реактивне пальне (JP8) чи інші види пального
○	○	○	засоби для створення димових завіс
○	○	○	розчинники
○	○	○	фарби
○	○	○	іонне випромінювання
○	○	○	радари/мікрохвильові печі
○	○	○	лазери
○	○	○	гучний шум
○	○	○	понаднормові коливання, вібрації
○	○	○	промислове забруднення
○	○	○	пісок/бруд
○	○	○	радіоактивні ізотопи урану. Якщо так, поясніть_____
○	○	○	інші речовини_____

DD FORM 2795, Квітень 2003

Reset 33348

Тільки постачальник медичних послуг

Номер соціального страхування військовослужбовця ☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Огляд, опитування та оцінка медичним персоналом після проходження служби

Опитування

1. Як би Ви б оцінили свій стан здоров'я?
   ○ Відмінно ○ Дуже добре ○ Добре ○ Задовільно ○ Погано
2. Чи Ви маєте якісь медичні чи стоматологічні проблеми? ○ Так ○ Ні
3. На теперішній момент Ви під медичним наглядом? ○ Так ○ Ні
4. Чи Ви звертались за консультацією чи допомогою щодо психічного здоров`я під час проходження цієї служби або чи збираєтесь Ви це зробити? ○ Так ○ Ні
5. Чи Ви непокоїтесь, що контакт з якимись речовинами або участь у якихось подіях могли вплинути на Ваше здоров`я? Будь ласка, перерахуйте причини занепокоєння ○ Так ○ Ні
   _____
   _____
6. Чи є у Вас якісь питання чи скарги щодо Вашого здоров'я? ○ Так ○ Ні
   Будь ласка, вкажіть їх_____
   _____

Оцінка стану здоров`я

Після мого опитування/оцінювання військовослужбовця і розгляду цієї форми є потреба в подальшому оцінюванні стану здоров`я, як зазначено нижче. (Для пацієнтів з багатьма проблемами можна вказувати більше ніж одну. Подальше документування проблеми в медичній історії хвороби).

ПРОФІЛЬ НАПРАВЛЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- ○ Кардіологічний
- ○ Військовий/оперативна стресова реакція
- ○ Стоматологічний
- ○ Дерматологічний
- ○ Отоларингологічний
- ○ З проблем зору
- ○ Сімейні проблеми
- ○ Втома, загальне нездужання, багатосистемні розлади
- ○ Проблеми слуху
- ○ Сечостатевий
- ○ Гінекологічний
- ○ Психічне здоров`я
- ○ Неврологічний
- ○ Ортопедичний
- ○ Вагітність
- ○ Легеневий
- ○ Інше _____

ЗАНЕПОКОЄННЯ ЩОДО КОНТАКТУ (під час проходження служби)

- ○ Навколишнього середовища
- ○ Професійного
- ○ Пов`язаного з бойовими діями або бойовим завданням
- ○ Жодного

Коментарі _____
_____
_____

Я підтверджую, що процес огляду був завершений.
Підпис та печатка спеціаліста

Цей огляд закодований як V70.5_6

Дата (дд-мм-рррр)
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Закінчення огляду здоров'я

DD FORM 2796, KBI 2003 Узгоджено секретаріатом МО Reset 33348

Ця форма має бути заповненою в електронному вигляді. Форми, заповнені від руки, не розглядаються

ПОВТОРНЕ ОЦІНЮВАННЯ ЗДОРОВ`Я ПІСЛЯ ПРОХОДЖЕННЯ СЛУЖБИ (PDHRA)

ВІДПОВІДАЄ ВИМОГАМ ЗАКОНУ ПРО ВТОРГНЕННЯ ДО ОСОБИСТОГО ЖИТТЯ

ДОКУМЕНТ: 10 U.S.C. 136 Розділ 55. 1074f, 3013, 5013, 8013, та E.O. 9397

ГОЛОВНА МЕТА: оцінити Ваш стан здоров`я після проходження військової служби і участі у військових операціях та допомогти військовим медичним працівникам у визначенні і наданні Вам необхідної медичної допомоги зараз і в майбутньому. Надана Вами інформація може стати приводом для додаткового обстеження, яке може включати стоматологічні, медичні та психологічні медичні послуги і послуги соціальної служби підтримки.

ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ: для федеральних та державних представництв, а також для цивільних медичних працівників з метою необхідної медичної допомоги та лікування

РОЗГОЛОШЕННЯ: (Тільки для військовослужбовців та цивільних працівників МО). Добровільно. У разі відсутності медична допомога БУДЕ НАДАНА, але повна медична допомога може бути неможливою

ІНСТРУКЦІЇ: Будь ласка, прочитайте кожне запитання уважно і до кінця, перш ніж робити вибір чи давати відповідь на запитання. **У ВАШИХ ІНТЕРЕСАХ ДАТИ ВІДПОВІДЬ НА КОЖНЕ ЗАПИТАННЯ**. Замовчування чи надання недостовірної інформації може негативно вплинути на можливість медичних спеціалістів визначити проблему та направити Вас на необхідний огляд чи лікування. Будь ласка, зверніться за допомогою, якщо Ви не розумієте питання. Будь ласка, давайте відповіді щодо Вашого **ОСТАННЬОГО ПЕРІОДУ СЛУЖБИ**.

ДЕМОГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ

Прізвище _____ Ім`я _____ Друге ім`я _____

Номер соціального страхування _____ Дата народження _____ Сьогоднішня дата в форматі (дд-мм-рррр) _____

Дата прибуття на місце служби (дд-мм-рррр) _____ Дата закінчення служби (дд-мм-рррр) _____

Стать
- ◯ Чоловіча
- ◯ Жіноча

Сімейний стан
- ◯ Неодружений
- ◯ Одружений
- ◯ Одинак
- ◯ Розлучений
- ◯ Овдовілий

Рід військ
- ◯ Повітряні сили
- ◯ Армія
- ◯ Берегова охорона
- ◯ Морська піхота
- ◯ Військово-морські сили
- ◯ Інше

У складі
- ◯ Постійна служба
- ◯ Резервісти обраного резерву – Резерв - Підрозділ
- ◯ Резервісти обраного резерву - Резерв - AGR (кадрові офіцери НГ)
- ◯ Резервісти обраного резерву - Резерв – IMA (резервісти, мобілізовані під час загальної мобілізації)
- ◯ Резервісти обраного резерву – Національна гвардія - Підрозділ
- ◯ Резервісти обраного резерву - Національна гвардія - AGR
- ◯ Резервісти боєготового резерву - IRR (резервісти у стані боєготовності)
- ◯ Резервісти боєготового резерву – ING (резервісти НГ)
- ◯ Цивільний урядовий працівник

Рівень оплати

◯ E1	◯ O1	◯ W1
◯ E2	◯ O2	◯ W2
◯ E3	◯ O3	◯ W3
◯ E4	◯ O4	◯ W4
◯ E5	◯ O5	◯ W5
◯ E6	◯ O6	◯ Інше
◯ E7	◯ O7	
◯ E8	◯ O8	
◯ E9	◯ O9	
	◯ O10	

Місцезнаходження операції
(де Ви здебільшого проходили службу (наземні операції більше 30 днів). Будь ласка, вкажіть усі місця, які підходять, включаючи кількість проведених місяців
- ◯ Країна 1_____ Місяців____
- ◯ Країна 2_____ Місяців____
- ◯ Країна 3_____ Місяців____
- ◯ Країна 4_____ Місяців____
- ◯ Країна 5_____ Місяців____

Кількість військових завдань за останні 5 років

OIF	OEF	Інше
◯ 1	◯ 1	◯ 1
◯ 2	◯ 2	◯ 2
◯ 3	◯ 3	◯ 3
◯ 4	◯ 4	◯ 4
◯ 5	◯ 5	◯ 5
◯ більше	◯ більше	◯ більше

З часу повернення:
- ◯ Підтримував/залишився на тій же посаді
- ◯ Перейшов до резервістів обраного резерву
- ◯ Перейшов до IRR
- ◯ Перейшов до ING
- ◯ Вийшов на пенсію як військовослужбовець
- ◯ Припинив військову службу

Поточний підрозділ виконання операції

_____

Поточна операція

_____

_____

Контактна інформація

Телефон _____
Мобільний _____
DSN _____
E-mail _____
Адреса _____

Людина, яка зможе з Вами завжди зв`язатись

Ім'я _____
Телефон _____
E-mail _____
Адреса _____
_____
_____

ЗРАЗОК

Ця форма має бути заповненою в електронному вигляді. Форми, заповнені від руки, не розглядаються
Номер соціального страхування військовослужбовця

1. **Як би Ви оцінили Ваше здоров'я загалом за ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ?**
   ○ Відмінно
   ○ Дуже добре
   ○ Добре
   ○ Задовільно
   ○ Погано

2. **Порівнюючи зі станом здоров`я до останнього періоду служби, як би Ви охарактеризували Ваше здоров`я зараз?**
   ○ Набагато краще, порівняно з періодом до служби
   ○ Трохи краще, порівняно з періодом до служби
   ○ На тому ж рівні
   ○ Трохи гірше, ніж до періоду служби
   ○ Набагато гірше, ніж до періоду служби

3. **За останні 4 тижні наскільки Ваші проблеми зі здоров`ям (хвороби чи ушкодження) ускладнили Вам виконання роботи чи інші регулярні денні завдання?**
   ○ Зовсім не ускладнили ○ Трохи ускладнили
   ○ Дуже ускладнили ○ Надзвичайно ускладнили

4. **За останні 4 тижні наскільки Ваші психічні проблеми (депресія чи тривожність) ускладнили Вам виконання роботи чи інші регулярні денні завдання?**
   ○ Зовсім не ускладнили ○ Трохи ускладнили
   ○ Дуже ускладнили ○ Надзвичайно ускладнили

5. **З моменту повернення зі служби скільки разів Ви звертались за допомогою медичного спеціаліста з будь-якої причини, як-от виклик лікаря, допомога в екстреному відділенні медичної допомоги, невідкладна медична допомога, сімейний терапевт чи психіатр?**
   ○ Жодного разу ○ 1 раз ○ 2-3 рази ○ 4-5 разів ○ більше ніж 6 разів

6. **Чи були Ви госпіталізовані з часу Вашого повернення зі служби?** ○ Так ○ Ні

7. **Чи Ви зазнали будь-яких ушкоджень, поранень, фізичного насилля чи іншої фізичної шкоди під час проходження служби? (якщо НІ, перейдіть до питання 8)** ○ Так ○ Ні

7а. Якщо **ТАК**, чи Ви досі маєте проблеми пов`язані з тією раною, ушкодженням чи травмою? ○ Так ○ Ні ○ Не впевнений

8. **На додаток до ран та ушкоджень, які Ви вже зазначили в питанні 7, чи маєте Ви зараз проблеми зі здоров`ям чи тривожні симптоми, які, на Вашу думку, пов`язані з проходженням служби? (якщо НІ, переходьте до питання 9).** ○ Так ○ Ні ○ Не впевнений

8а. Якщо **ТАК**, будь ласка, визначте проблеми чи тривожні симптоми, пов`язані з проходженням служби

○ Лихоманка	○ Туманність зору, ніби в поганому освітленні
○ Кашель більше ніж 3 тижні	○ Тиск або важкість у грудях
○ Проблеми з диханням	○ Запаморочення, непритомність
○ Сильний головний біль	○ Діарея, нудота, регулярні проблеми з травленням, печія
○ Загальна слабкість	○ Проблеми зі сном, відчуття виснаженості навіть після сну
○ Біль у м`язах	○ Проблеми з концентрацією, часте відволікання
○ Набряки, заціпеніння чи біль у суглобах	○ Забудькуватість, проблеми з запам`ятовуванням
○ Біль у спині	○ Проблеми з прийняттям рішень
○ Оніміння чи свербіж у руках чи ступнях	○ Підвищена дратівливість
○ Проблеми зі слухом	○ Ризикована поведінка, наприклад швидкісне водіння
○ Дзвін у вухах	○ Шкірні захворювання чи висипи
○ Почервоніння та сльозотеча	○ Інше_____

9а. Під час проходження служби чи був у Вас подібний досвід? *(відмітьте все, що підходить)*,

	Так	Ні
(1) Вибух і вибухова хвиля від саморобного вибухового пристрою (IED), гранатомет (RPG), наземна міна чи граната.	○	○
(2) Транспортний інцидент, аварія (будь-який вид транспорту, включаючи літак)	○	○
(3) Осколкові поранення чи кульові поранення вище рівня плечей	○	○
(4) Падіння	○	○
(5) Інші ушкодження (наприклад, спортивна травма голови). Опишіть	○	○

9в. Чи Ви відчули погіршення щодо будь-якої із зазначених нижче проблем після події (ій), зазначених в питанні 9а? *(відмітьте все, що підходить)*

	Так	Ні
(1) Проблеми з пам`яттю чи провали	○	○
(2) Проблеми з рівновагою чи запаморочення	○	○
(3) Дзвін у вухах	○	○
(4) Чутливість до яскравого світла	○	○
(5) Роздратованість	○	○
(6) Головний біль	○	○
(7) Проблеми зі сном	○	○

9б. Чи будь-що, із зазначеного нижче, сталося з Вами або Вам сказали, що це сталося з Вами, ОДРАЗУ після події, описаної в питанні 9а? *(відмітьте все, що підходить)*

	Так	Ні
(1) Втрата свідомості чи «нокаут»	○	○
(2) Відчуття затуманення, спантеличення чи «зірочок в очах»	○	○
(3) Втрата спогадів про подію	○	○
(4) Контузія, сильний удар	○	○
(5) Ураження голови	○	○

9г. За останній тиждень чи виникали у Вас симптоми, зазначені в питанні 9в? *(відмітьте все, що підходить)*

	Так	Ні
(1) Проблеми з пам`яттю чи провали	○	○
(2) Проблеми з рівновагою чи запаморочення	○	○
(3) Дзвін у вухах	○	○
(4) Чутливість до яскравого світла	○	○
(5) Роздратованість	○	○
(6) Головний біль	○	○
(7) Проблеми зі сном	○	○

ЗРАЗОК

Ця форма має бути заповненою в електронному вигляді. Форми, заповнені від руки, не розглядаються
Номер соціального страхування військовослужбовця

10. Чи є у Вас якісь тривоги щодо впливу на Ваше здоров`я чогось, з чим Ви, скоріш за все, контактували чи стикались під час служби? (якщо НІ, переходьте до питання 11) ○ Так ○ Ні

10а Якщо ТАК, будь ласка, відзначте пункт(и), які найкраще описують Вашу стурбованість

○	укуси тварин	○	гучний шум
○	трупи тварин	○	фарби
○	газоподібний хлор	○	пестициди
○	радіоактивні ізотопи урану. Якщо так, поясніть _____	○	радари/мікрохвильові печі
○	понаднормові коливання, вібрації	○	пісок/бруд
○	засоби для створення димових завіс	○	дим від горіння сміття чи фекалій
○	сміття	○	дим від горіння нафти
○	людська кров, людські виділення, частини тіла чи трупи	○	розчинники
○	промислове забруднення	○	дим від нагрівачів тентів
○	укуси комах	○	вихлопні гази легкових авто чи вантажівок
○	іонне випромінювання	○	контакт з іншими речовинами чи матеріалами, такими як аміак, азотна кислота чи інше (якщо так, поясніть) _____
○	реактивне пальне (JP8) чи інші види пального		
○	лазери		

11. З часу Вашого повернення чи були у Вас серйозні конфлікти з Вашим чоловіком/дружиною, членами родини, близькими друзями чи колегами, які б були причиною Вашого занепокоєння чи тривог? ○ Так ○ Ні ○ Не впевнений

12. Чи був у Вас настільки жахливий, страшний чи нав'язливий досвід, що ЗА ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ Ви…

а) Мали кошмари щодо цього чи думали про це, коли не хотіли ○ Так ○ Ні
б) Докладали багато зусиль, щоб не думати про це, йшли з місць, які б нагадували Вам про цей досвід ○ Так ○ Ні
в) Були постійно настороженим, уважним та наляканим ○ Так ○ Ні
г) Відчували емоційне заніміння чи відсторонення від інших людей, дій чи Вашого оточення ○ Так ○ Ні

13а. Чи вживали Ви алкоголь більше ніж цього хотіли ЗА ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ? ○ Так ○ Ні

13б. Чи відчували ви потребу чи бажання припинити пити ВПРОДОВЖ ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ? ○ Так ○ Ні

13в. Як часто Ви вживаєте напої, що містять алкоголь?
○ Ніколи ○ Раз на місяць ○ 2-4 рази на місяць ○ 2-3 рази на тиждень ○ Більше ніж 4 рази на тиждень

13г. Як багато алкогольних напоїв Ви вживаєте зазвичай, коли п`єте?
○ 1-2 ○ 3-4 ○ 5-6 ○ 7-9 ○ більше ніж 10

13ґ. Як часто Ви можете випити більше ніж 6 алкогольних напоїв за один раз?
○ Ніколи ○ Менше ніж раз на місяць ○ Раз на місяць ○ Щотижня ○ Щодня

14. Чи турбували Вас подібні проблеми впродовж ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ?

а) Відсутність інтересу чи задоволення від простих справ
○ Ніколи ○ Іноді ○ Декілька днів ○ Більше половини часу ○ Постійно

б) Почуття суму, депресії, безнадії
○ Ніколи ○ Іноді ○ Декілька днів ○ Більше половини часу ○ Постійно

15. Чи хотіли б Ви домовитись про консультацію зі спеціалістом, щоб обговорити Ваші тривоги щодо Вашого стану здоров`я? ○ Так ○ Ні

16. Чи на теперішній момент Ви зацікавлені в отриманні інформації про стрес, емоційні розлади чи проблеми з алкоголем? ○ Так ○ Ні

17. Чи на теперішній момент Ви зацікавлені в отриманні консультації щодо сімейних проблем чи проблем у стосунках? ○ Так ○ Ні

18. Чи зацікавлені Ви в зустрічі з священиком чи соціальним працівником? ○ Так ○ Ні

ЗРАЗОК

Ця форма має бути заповненою в електронному вигляді. Форми, заповнені від руки, не розглядаються

Номер соціального страхування військовослужбовця Дата *(дд-мм-рррр)*

ТІЛЬКИ ДЛЯ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ

Співбесіда медичного спеціаліста та огляд

1. Охарактеризуйте симптоми та занепокоєння, пов`язані зі службою, зазначені в формі

○ Підтверджують результати скринінгу, як і було вказано

○ Результати скринінгу змінено, виправлено, уточнено під час співбесіди

2. Запитайте про проблеми, пов`язані з поведінкою. Проведіть оцінювання ризиків.

а) Чи за ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ Вас турбували думки про смерть чи нанесення ушкоджень собі для полегшення свого стану? ○ Так ○ Ні

Якщо ТАК, як часто Вас непокоїли такі думки?

○ Декілька днів ○ Більше половину часу ○ Майже кожного дня

б) З часу Вашого повернення чи непокоїли Вас думки про те, що Ви можете зашкодити комусь чи втратити контроль у стосунках з кимось? ○ Так ○ Ні ○ Не впевнений

3. Якщо пацієнт відповів позитивно чи невпевнено на питання 2а та 2б, проведіть оцінку ризиків.

а) Чи існує сьогодні ризик, що пацієнт може завдати ушкоджень собі чи оточуючим?

○ Ні, на сьогодні ризику немає ○ Так, на сьогодні ризик існує ○ Не впевнений

б) Висновок консультації

○ Негайне направлення до лікаря ○ Регулярні консультації у лікаря ○ Направлення не зазначено

4. Перевірка щодо вживання алкоголю

○ Немає даних про проблеми за алкоголем

○ Можливі проблеми з алкоголем (позитивні відповіді на питання 13а чи 13б і/або АУДИТ-С (питання 13в-ґ), більше ніж 4 для чоловіків і більше ніж 3 для жінок)

Направлення на додаткову консультацію лікаря ○ Так ○ Ні

5. Оцінка ризику ЧМТ

○ Немає ризику, базуючись на відповіді 9 а-г

○ Потенційний ризик ЧМТ з постійними симптомами, базуючись на відповіді 9г

Направлення на додаткову консультацію лікаря ○ Так ○ Ні

6. Вкажіть додаткові питання чи занепокоєння, озвучені пацієнтом під час опитування.

ЗРАЗОК

Ця форма має бути заповненою в електронному вигляді. Форми, заповнені від руки, не розглядаються

Номер соціального страхування військовослужбовця Дата *(дд-мм-рррр)*

Оцінка та направлення: після мого опитування військовослужбовця і розгляду цієї форми є необхідність в подальшому направленні та додатковій консультації, як зазначено нижче. (Більш ніж один можливо відмітити для пацієнтів з багатьма проблемами).

7. Визначте сферу занепокоєння	Незначне занепокоєння	Сильне занепокоєння	Вже отримує допомогу	
			Так	Ні
○ Фізичні симптом(и)	○	○	○	○
○ Симптом(и) впливу або контакту	○	○	○	○
○ Симптоми депресії	○	○	○	○
○ Симптоми ПТСР	○	○	○	○
○ Гнів/агресія	○	○	○	○
○ Суїцидальні нахили	○	○	○	○
○ Соціальний/родинний конфлікт	○	○	○	○
○ Вживання алкоголю	○	○	○	○
○ Інше _____	○	○	○	○

8. Інформація для подальшого направлення на консультацію	Протягом 24 годин	Протягом 7 днів	Протягом 30 днів
а. Перша допомога, сімейна медицина	○	○	○
б. Психічне здоров`я сімейна медицина	○	○	○
в. Спеціалізоване лікування психічного здоров`я	○	○	○
г. Інша профільна допомога:			
Проблеми слуху	○	○	○
Кардіологія	○	○	○
Стоматологія	○	○	○
Дерматологія	○	○	○
Проблеми вуха, горла, носа	○	○	○
Гастроентерологія	○	○	○
Терапевтичні проблеми	○	○	○
Неврологія	○	○	○
Акушерство та гінекологія	○	○	○
Офтальмологія	○	○	○
Ортопедія	○	○	○
Пульмонологія	○	○	○
Урологія	○	○	○
ґ. Координатор медичних послуг, менеджер медичного обслуговування	○	○	○
д. Програма з наркозалежності	○	○	○
е. Заходи щодо покращення стану здоров`я, навчання здоровому способу життя	○	○	○
є. Священик	○	○	○
ж. Підтримка родиною, соціальне забезпечення	○	○	○
з. Програма підтримки військовослужбовців	○	○	○
і. Інше_____	○	○	○
ї. Направлення до лікаря не зроблено ○			

9. Коментарі

_____

Я засвідчую, що процес огляду був завершений.

10. Підпис та печатка спеціаліста

ICD-9 Код візиту: V70.5_F

ЗРАЗОК

Допоміжний персонал/Адміністративна секція

11. Пацієнту було надано:	12. Направлення було зроблено для подальшої медичної допомоги чи системи підтримки:
○ Медичне навчання та інформація	○ Медична установа для військовослужбовців
○ Матеріальна допомога за станом здоров`я та джерела інформації	○ Медичне відділення військової одиниці
○ Допомога з направленням до лікаря	○ Контактна допомога
○ Військовослужбовець відмовився заповнити форму	○ Центр лікування ветеранів
○ Військовослужбовець відмовився пройти опитування та огляд	○ Система лікування TRICARE
○ Військовослужбовець відмовився від подальшої консультації	○ Медичний центр адміністрації у справах ветеранів чи поліклініка
○ LOD - логін медичної операційної системи передавання даних	○ Залучення до участі у громадській діяльності
○ Інше_____	○ Інше_____
	○ Жодного

Розділ 19

ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ, ПОВ'ЯЗАНОГО З ВІЙСЬКОВОЮ СЛУЖБОЮ

Джозеф І. Рузек[I] · Джефрі С. Ярвіс[II] · Стівен Лідлі[III]

ВСТУП

ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕОРІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЙОГО ЛІКУВАННЯ

ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ, ПОВ'ЯЗАНОГО З ВІЙСЬКОВОЮ СЛУЖБОЮ

Активна участь і налагодження взаємодії

Початкова оцінка та моніторинг ефективності лікування

Тривале інтерактивне навчання

Навички подолання стресу

Умисне, планове протистояння травматичним спогадам і нагадуванням

Заперечення негативних думок, пов'язаних із травмою

Фармакотерапія

Підтримка і запобігання рецидиву

ПРОБЛЕМИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Психоактивні речовини й адиктивна поведінка

Депресія та схильність до суїциду

Тривожність

Гнів і насильство

Ускладнення або вплив важкої втрати

Проблеми з фізичним здоров'ям

Черепно-мозкова травма

СФЕРИ ПОГІРШЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ

Родина

Соціальні зв'язки

Місце роботи

ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ

Дослідження за участю ветеранів і персоналу дійсної військової служби

Програми оцінювання посттравматичного стресового розладу

МОЖЛИВОСТІ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор філософії, директор відділу інформації та навчання Національного центру посттравматичного стресового розладу системи охорони здоров'я, Департамент у справах ветеранів у Пало-Альто, 795 Willow Road, Menlo Park, California 94025.

[II] Магістер соціального управління, доктор філософії, підполковник, Медичний корпус, Армія США; керівник з охорони психічного здоров'я, відділпсихіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington DC 20307; у минулому — директор соціальної роботи, Військово-медичний університет, Bethesda, Maryland.

[III] Доктор медицини, доктор філософії, директор амбулаторії психічного здоров'я, Департамент у справах ветеранів системи охорони здоров'я в Пало-Альто, 795 Willow Road, 116R/MHC, Menlo Park, California 94025; доцент кафедри психіатрії Стенфордського університету, Palo Alto, California.

ВСТУП

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найрозповсюдженіших і найпомітніших психічних захворювань у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. За визначенням, діагноз ПТСР передбачає психотравмувальну подію, що найчастіше розуміється як переживання, спостерігання або протистояння смерті чи серйозному пораненню, у відповідь на яку виникають відчуття безпорадності та страху. Це проявляється як низка симптомів, які тривають не менше місяця і порушують нормальний цикл життя людини [1]. Симптоми ПТСР можна вписати в чотири загальні аспекти [2]: а) повторюване переживання стресової ситуації (кошмари, неконтрольовані спогади); б) уникання (зусилля спрямовані на уникання думок про травму); в) притуплення чутливості (обмежене переживання емоцій); г) надмірна збудженість (ненормальна реакція на переляк) [3]. Та насправді симптоми можуть проявлятись і в інших формах [3]. Загалом у пацієнтів із ПТСР розвивається глибокий стрес, що триває протягом якогось часу [4]. Значна кількість пацієнтів відзначає погіршення симптомів із часом (відстрочений ПТСР [5]). Попередні дослідження дали змогу ідентифікувати три різні моделі ПТСР: 1) тяжкі симптоми одразу після війни, що закінчуються одужанням; 2) хронічні симптоми, наявні до моменту огляду; 3) симптоми, що зникають і з'являються поперемінно [6]. У більшості ветеранів В'єтнаму спостерігалась неоднорідність вираження симптомів у межах довготривалих досліджень. Кенен (Koenen) та ін. [7] виявили, що лише 5,3 % ветеранів відповідали критеріям ПТСР у 1984 і 1998 рр., натомість 6,5 % і 5,2 % відповідали критеріям у 1984 і 1998 рр. відповідно.

Сучасними дослідженнями стверджується, що лише в 5 % — 20 % військовиків, які беруть участь у бойових діях, миротворчих операціях та у допомозі при гуманітарних катастрофах, з'являються симптоми ПТСР [8–12]. За даними Національного дослідження адаптації ветеранів В'єтнаму (NVVRS — National Vietnam Veterans' Readjustment Study Report), на ПТСР впродовж усього життя страждали 30,9 % чоловіків-ветеранів і 26 % жінок-ветеранів. На момент дослідження 15,2 % звітували про наявність симптомів ПТСР. Повторний аналіз даних на підставі оновлених діагностичних критеріїв дав зрозуміти, що у 18,7 % з'явились симптоми ПТСР упродовж життя і що на час дослідження, через 11–12 років опісля війни, 9,1 % зауважили наявність симптомів [9]. Незважаючи на те, що була розроблена методологія оцінювання воєнного досвіду солдатів, ці дані дають зрозуміти, що військовослужбовці страждають від стресу впродовж довгого часу [14] і що це стає серйозною проблемою у сфері суспільного здоров'я.

Та щоб розглянути проблему ПТСР всебічно, важливо брати до уваги те, що поява масштабного психічного розладу — не єдиний спосіб реакції на психотравмувальну подію. Значний відсоток тих, хто страждає на ПТСР, окрім основних, мають ще й серйозні супутні симптоми [15], які теж вимагають лікування. Підпороговий або частковий ПТСР, так само як і масштабний ПТСР, також спричиняє серйозні проблеми у соціальній, професійній та родинній сферах. (Yarvis та ін. визначили, що критерії підпорогового ПТСР співпадають з групою критеріїв повторного захворювання на ПТСР і хоча б одним із групи критеріїв, описаних у Керівництві з діагностики і статистики, 4-те видання). Пацієнти з підпороговими проявами ПТСР шукають допомоги і підтримки так само, як і пацієнти з повним набором симптомів [16, 20, 21]. Через це постає багато питань щодо клінічного значення

підпорогового ПТСР і діагностики винятків. Пацієнти, у яких було діагностовано ПТСР, можуть відчувати лише крайній стресовий стан у всьому діапазоні стресу замість чітких клінічних симптомів ПТСР [22].

Загалом, у пацієнтів із ПТСР майже завжди спостерігаються супровідні психічні розлади, наприклад, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами або іншими тривожними та депресивними розладами [13, 23–25]. У Національному огляді коморбідних захворювань (NCS — National Comorbidity Survey), у 88 % чоловіків та 79 % жінок діагностували ще одну хворобу окрім ПТСР [25]. Посттравматичний синдром також пов'язаний зі значним рівнем функціональної недостатності й інвалідності серед ветеранів війни та цивільного населення [10, 11, 20, 26–37]. Завдяки інтенсивності та кількості симптомів можна спрогнозувати наявність тих чи інших фізичних або психічних проблем [38]. Якщо ПТСР спостерігається впродовж понад 30 років опісля травми, то проблем у сімейному житті і низького рівня задоволення життям не уникнути [39]. Характер травми, чинники, що передували травмі, та ситуація після травми впливають на можливість виникнення ПТСР і його розвитку. Серед чинників, що підвищують ризик ПТСР, можна виділити такі: характеристика травмувальної події, передтравматичні і післятравматичні чинники, які збільшують ризик хронічного ПТСР, участь у звірствах та загрози для життя [13, 40–43].

Найбільший вплив на розвиток ПТСР становить рівень участі в бойових діях під час військової служби [44]. Сексуальна травма, що сталась під час військової служби, частіше асоціюється з ПТСР, ніж травма, що трапилась у довоєнний чи післявоєнний період, або інший вид травми [45]. У зверненнях жінок-ветеранів за консультацією щодо ПТСР виявилось, що сексуальна травма під час військової служби у 4 рази поширеніша, ніж травма від служби [47]. Чинниками, що посилюють ризик сексуальної травми ветеранів, є: приналежність до неєвропеоїдної раси, недостатня освіта і низький інтелектуальний розвиток, молодий вік, низький соціально-економічний статус, сімейні або психологічні проблеми у дитинстві, психопатологічна схильність до події, що травмує, поведінкові проблеми у дитинстві [13, 40, 41, 48]. До чинників, що впливають на можливість розвитку ПТСР опісля травми, належать: недостатній рівень соціальної підтримки, негативний досвід повернення зі служби, низька опірність стресу, негативні події вже після травми [40, 41, 48, 49]. Хоча і в умовах військової служби, і в цивільному житті чинники ризику ПТСР викликають аналогічний ефект, важкість травми і психологічна підтримка можуть мати більш важливе значення для військовослужбовців, ніж для цивільного населення [50].

ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕОРІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЙОГО ЛІКУВАННЯ

Для розуміння можливостей лікування ПТСР має значення концепція щодо його психосоціального і біологічного походження. Більшість теорій виділяють сильний страх як першопричину виникнення ПТСР і його вплив на умовні емоційні реакції та появу травматичних спогадів. Якщо розглянути ПТСР із точки зору теорії емоційного опрацювання, то погіршення здатності «емоційного опрацювання» травматичного досвіду стає результатом травматичних спогадів («патологічних структур страху»), надзвичайно інтенсивних і руйнівних. Ці структури містять нереальні елементи (в яких шкідливі стимули асоціюються з уникнанням і втечею) та неправильні інтерпретації й оцінки («мені буде тривожно, допоки я не втечу», «страх мені зашкодить»).

Когнітивна теорія Елерс і Кларк (Ehlers і Clark) [52] подібна до теорії емоційного опрацювання тим, що вона теж робить центральним об'єктом ПТСР травматичні спогади (і їхній зв'язок із іншими спогадами) і пов'язує травму з наслідками когнітивних і поведінкових реакцій, які заважають когнітивним змінам і провокують розвиток захворювання [52].

Фоа та Козак (Foa та Kozak) [51] наголошують на тому, що є дві основні умови боротьби зі спогадами, пов'язаними зі стресом: 1) необхідно активувати патологічну структуру страху; 2) пам'ять

має збагатитися новою інформацією щодо цієї структури. Для серйозних змін недостатньо просто активувати спогади. Насправді травматичні спогади часто активуються під час нічних кошмарів, розмов чи просто нагадувань і, таким чином, негативно впливають на пацієнта. У такі моменти людина з ПТСР може заново піддаватися страху і використовувати механізми втечі чи уникання для його подолання.

Теорія дуалістичної репрезентації наполягає на тому, що активація спогадів може привести не лише до одужання, але й до хронічного емоційного опрацьовування (постійне зосередження на наслідках травми та нав'язливих спогадах) або до передчасного стримування, яке є результатом уникання фобій і асоціюється з тривалим униканням фобії, соматизацією і чутливістю до повторної активації пізніше у житті [53]. Коли симптоми ПТСР стають хронічними, це значить, що людина неспроможна на ефективне емоційне опрацювання спогадів, тому що уникання обмежує активацію спогадів і доступ до нової коригувальної інформації [54].

Отже, завдання фахівця — організувати умови для змін та зламати механізм уникання емоцій. Умисна активація психотерапевтом травматичних спогадів є основною метою експозиційної терапії, під час якої пацієнта спонукають до регулярного обговорення таких спогадів і торкаються травматичних стимулів, яких до цього уникали. Якщо лікування ефективне, то пацієнт не намагається уникнути своїх емоцій, і нова інформація потрапляє в пам'ять. Пацієнт розуміє, що може безпечно згадувати про травму і переживати сильні емоції. Також він відчуває, що за допомогою особистого контролю та керованих фізичних реакцій може згадувати усі деталі психотравмувальної події, які можуть бути не зовсім правильними і тому мають бути виправлені так само, як і деякі судження та переконання про травму, що можуть бути обговорені та змінені.

Попри те, що більшість теорій ПТСР підкреслюють значення страху в розвитку захворювання, бойові та інші травми, пов'язані з військовою службою, часто активують зовсім інші емоції — сум, злість і почуття провини, що теж можуть спричинити розвиток ПТСР і посттравматичних проблем. Під час операції в Іраку значний відсоток військовиків вказували на те, що не тільки страх («атаки чи нападу з засідки») спричиняє травму, але й втрата («знання про те, що хтось травмований чи вбитий»), моральний конфлікт («відповідальність за смерть цивільних»), жах («торкнутися чи знайти людські останки»), безпомічність («побачити хворих чи поранених жінок і дітей, яким ти не можеш допомогти») [44]. Такий досвід найчастіше асоціюється з усім спектром емоційних реакцій, що підривають психічне здоров'я тих, хто пережив травму. Деякі з цих емоцій сповнені негативними інтерпретаціями чи оцінками (особистої поведінки під час травми чи ефектів від травми), тож доцільно доповнити експозиційні інтервенції інформацією, яка могла б скоригувати оцінку подій.

Когнітивна теорія ПТСР наголошує на «своєрідній негативній оцінці психотравмувальної події чи подій і її чи їх наслідків, що породжують відчуття серйозної сучасної загрози» [52, с. 320] і таким чином підтримують гострий стресовий розлад. Когнітивно-поведінкові психологічні теорії лікування ПТСР наголошують на тому, що пацієнт має активувати травматичні спогади, опрацювати їх і інтегрувати їх у свій попередній та наступний досвід; проблематичні оцінки, що породжують відчуття загрози, мають бути видозмінені, а малофункціональні механізми боротьби зі стресом, що перешкоджають емоційному опрацюванню та одужанню, мають бути усунені.

ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ, ПОВ'ЯЗАНОГО З ВІЙСЬКОВОЮ СЛУЖБОЮ

Когнітивна теорія ПТСР наголошує на «своєрідній негативній оцінці психотравмувальної події чи подій і її чи їх наслідків, що породжують відчуття серйозної сучасної загрози» [52] і таким чином підтримують гострий стресовий розлад. Когнітивно-поведінкові психологічні теорії лікування ПТСР наголошують на тому, що пацієнт має активувати травматичні спогади, опрацювати їх

і інтегрувати їх у свій попередній та наступний досвід; проблематичні оцінки, що породжують відчуття загрози, мають бути видозмінені, а малофункціональні механізми боротьби зі стресом, що перешкоджають емоційному опрацюванню та одужанню, мають бути усунені.

Активна участь і налагодження взаємодії

Щоб лікування ПТСР почалось, пацієнт, перш за все, має звернутись по допомогу. Проте більшість людей не бажають лікувати психічні захворювання. Ті, хто страждають від серйозніших симптомів, зазвичай ще рідше звертаються по допомогу, вигадуючи більше перешкод для лікування [55]. Наприклад, серед чотирьох американських піхотних частин проводили анонімне опитування після 3–4 місяців опісля їхнього повернення зі служби в Іраку й Афганістані [44]. Лише 38–45 % солдатів, чиї відповіді могли свідчити про наявність психічного розладу, висловили зацікавленість в отриманні допомоги, і лише 23–40 % повідомили, що отримали професійну допомогу торік. Ті, у кого психічний розлад був уже діагностований, вдвічі частіше вказували страх клеймування як основну причину разом з іншими, які заважають звертатись по професійну допомогу. У цьому дослідженні серед перешкод для отримання психіатричної допомоги військовослужбовці зазначали страх виглядати слабким, почуття збентеження і занепокоєння щодо реакції керівництва. Для деяких ще одним бар'єром на шляху отримання лікування ПТСР стає страх, що якщо вони звернуться до Управління охорони здоров'я ветеранів (VHA — Veterans Healthcare Administration) або до Міністерства оборони, діагноз ПТСР, який з'явиться в медичній картці, може мати негативний вплив на просування у військовій кар'єрі або стати перешкодою для зайнятості в деяких цивільних професіях (зокрема, поліції).

Програми виявлення чи перевірки ПТСР можуть підвищити відсоток звернень по допомогу і відсоток діагностування ПТСР [56]. Такі перевірки мають проводитися кілька разів, бо, наприклад, було з'ясовано, що більшість військовиків виявляють у себе симптоми за 3–6 місяців опісля повернення зі служби, а не раніше [57, 58]. Хоча умови деяких перевірок можуть перешкоджати правдивим відповідям в анкетах.

Чинниками, які можуть впливати на низький рівень діагностування ПТСР, є підвищений настрій під час повернення, хибне визначення наявних симптомів, небажання визнавати стрес через можливість таврування [43]. Багато з тих, хто виявляє у себе ПТСР через анкетування, не звертаються по допомогу, проте значна частка людей все-таки шукають консультації. Так, 35 % ветеранів Іраку звернулись по психологічну допомогу вже впродовж першого року після повернення зі служби.

Небагато відомо про чинники, які визначають, чи звернеться людина з ПТСР по допомогу фахівця. Спираючись на результати досліджень, проведених серед канадських ветеранів, можна виділити такі чинники: загальний вплив травми, тип психотравмувальної події, інтенсивність супутніх симптомів ПТСР і наявність значного депресивного розладу [21]. Ті, хто страждав на депресію, у 3,75 рази частіше звертались по допомогу, ніж ті, хто не мав депресивного розладу. Частіше залучення до безпосередньої участі у бойових діях асоціюється з більшою кількістю симптомів ПТСР [38]. Тож необхідно слідкувати за психічним станом солдатів, які понад один раз залучались до участі в бойових діях. У ході останнього дослідження було виявлено, що ветерани з ПТСР рідко звертаються по психіатричну допомогу до VHA через особисті обставини, незручний час для консультацій і лікування у фахівців, непов'язаних із VHA [60]. Ще одне дослідження показує, що звернення ветеранів по психіатричну допомогу залежить більше від відчуття провини і послаблення віри, ніж від важкості симптомів ПТСР чи проблем у взаємодії з іншими [61].

Результати інформаційно-пропагандистської роботи можуть бути досліджені емпірично. У дослідженні ветеранів, які були залучені до роботи щодо ПСТР, але не лікувались від ПТСР, половина була охоплена інформаційно-пропагандистськими заходами, а інша — направлена до контрольної групи [60]. Члени експериментальної групи отримали брошуру з описом лікування ПТСР у VHA та листи з інформацією про те, як одержати психіатричну допомогу і умови лікування. Членам групи

також телефонували та заохочували їх до проходження лікування.

Дані дослідження показали, що члени експериментальної групи були більш схильні записатися на прийом до фахівця і лікуватись від ПТСР. Навіть після першої агітації щодо лікування пацієнти не часто погоджуються на нього. Ця проблема є значимою в контексті ветеранів Іраку за 1–2 роки після повернення зі служби. Вони зазвичай відвідують декілька сесій, але не погоджуються на повноцінне лікування. Насправді, коли ветеран виявляє бажання лікуватись, фахівець має вжити заходів, щоб той пройшов увесь курс. Важливо взяти до уваги можливі перешкоди в лікуванні та впевнитись, що воно приносить користь пацієнтові і є доречним та ефективним.

Початкова оцінка та моніторинг ефективності лікування

Початок лікування потребує оцінки можливості порушень його процесу. Таке оцінювання дає змогу лікареві виявити очікування пацієнта та пояснити йому умови лікування. Це означає, що оцінка повинна містити не тільки симптоми і медичні проблеми пацієнта, але й інші аспекти, які мають значення для процесу лікування (конфлікти з партнером або у родині, сексуальне життя, професійна діяльність, успіхи у кар'єрі, батьківські обов'язки). Під час спілкування лікар виявляє зацікавленість і розуміння індивідуальних проблем пацієнта, запевняє його в тому, що володіє достатнім досвідом для вирішення проблем.

Оцінювання ПТСР, пов'язаного з військовою травмою, вимагає різностороннього підходу та різноманітних технік, які могли б підвищити впевненість пацієнта в необхідності лікування та окреслити цілі медичного вручання [62]. Можна говорити про декілька основних моментів. По-перше, для фахівця важливо зібрати всю інформацію про службу пацієнта. Використання даних, зокрема таких, як анкета з оцінки ризиків служби та відновлення психічної стійкості DRRI (Deployment Risk and Resilience Inventory), буде ефективним як для лікаря, так і для пацієнта [63]. По-друге, серйозне дослідження самої суті психотравмувальної події є надзвичайно важливим, адже можна стверджувати, що хронічний ПТСР часто пов'язаний із довготривалими фізичними та сексуальними переслідуваннями [64]. Проблемне дитинство також може вказувати на психічні симптоми розладу і бути причиною ПТСР і депресії у солдатів [65]. По-третє, важливо, щоб лікар постійно слідкував за теперішнім впливом лікування на пацієнта. Також, хоча це і не є загальноприйнятою практикою, в деяких установах пацієнт спільно із фахівцем оцінюють успішність лікування і вносять корективи, якщо це потрібно. Брошура про клінічне лікування ПТСР, розроблена у співпраці VHA та Міністерством оборони, рекомендує регулярне використання анкет самооцінювання (і співбесід, якщо це доречно) та моніторинг стану пацієнта впродовж 3 місяців після закінчення лікування [67].

Тривале інтерактивне навчання

Навчання пацієнта, яке складається з базового компонента і різних форм психотерапії ПТСР, має початись із першої ж консультації і продовжуватись протягом усіх етапів лікування.

Лікувальні програми здебільшого передбачають елемент навчання пацієнта щодо травматичного стресу, яке розподіляється на: а) інформацію про те, як психотравмувальний досвід впливає на пацієнта; б) інформацію про загальні реакції на травму; в) «нормалізацію» реакцій; г) емоційну підтримку та підбадьорювання; ґ) логічне пояснення та опис того, до чого приведе лікування і що вимагається від пацієнта; д) опис процесу лікування.

Навчання родини теж має велике значення. Хоча лише одне навчання навряд чи викликає ремісію ПТРС. Важливі розуміння суті психологічної травми і необхідності активної участі в процесі лікування [68].

Навички подолання стресу

Необхідно не лише знати, що робити, але й знати, як це робити. Навички у боротьбі зі стресом розроблені для того, щоб допомогти пацієнту впоратись із різноманітними ситуаціями, що можуть

виникнути в його житті. Такі навички для пацієнтів із ПТСР можуть підвищити здатність боротись з тривожністю, покращити спілкування з близькими, втамувати злість і впевнено (не агресивно) реагувати на конфліктні ситуації. Завдяки циклу інструктажів, демонстрацій, репетицій, практичних занять, відгуків та настанов пацієнти навчаються під час лікування і використовують свої навички в реальному середовищі. Вони ведуть записи своїх надбань, що допомагає лікареві оцінити їхній справжній успіх. Клінічний досвід доводить, що загалом пацієнтам подобається думка про те, що можна навчитися боротись зі стресом (дізнатися про діючі механізми). Метод навчання є ефективним, бо він залучає клієнта безпосередньо до процесу лікування, дає відчуття контролю (та відповідальності за участь у лікуванні) і перетворює теоретичний матеріал на практичні навички. Наприклад, психологічний метод навчання шляхом прищеплення стресу (SIT — stress inoculation training) зосереджується на навчанні навичок боротьби з тривожністю і включає практику розслаблення м'язів, дихання (повільне черевне дихання), тренінг з упевненості в собі, приховане (образне) моделювання дій, рольові ігри, метод зупинки негативних думок, позитивне мислення та діалог із собою. SIT був визнаний як один із ефективних методів боротьби із симптомами ПТСР [70] і рекомендований VHA/MO до широкого застосування в клінічній практиці.

Умисне, планове протистояння травматичним спогадам і нагадуванням

Основним елементом лікування ПТСР є активне обговорення та аналіз власного травматичного досвіду і його наслідків. Є кілька підходів, які зосереджуються на значенні травматичних спогадів. Це пролонгована експозиційна терапія (PE —prolonged exposure) [71], когнітивна терапія (CT — cognitive therapy) та десенсибілізація й опрацювання рухом очей (EMDR — eye movement desensitization and reprocessing) [72]. Усі вони були визнані ефективними та доречними за допомогою емпіричних дослідів і рекомендовані VHA/MO. Метод пролонгованої експозиційної терапії є найбільш цільовим у конфронтації травматичних спогадів та нагадувань. Образна експозиційна терапія передбачає регулярне переказування історії травми і її емоційне переживання. Метод, що переносить пацієнта в реальні умови травмувальної події, експозиційна терапія in vivo, базується на активації стимулів, пов'язаних із травмою, та їх конфронтації. Такий метод може включати численні повторювання травматичного досвіду за допомогою прослуховування касетних записів, писання про травматичний досвід чи наближення до реальних нагадувань про травматичний досвід між сесіями. Поєднання цих двох методів є найбільш ефективним для пацієнта. Фоа та Джейкокс (Foa та Jaycox) [73] підкреслюють, що лікар допомагає пацієнтові додати нову інформацію в пам'ять через зменшення усвідомленого уникання почуттів, пов'язаних із травмою, і демонструє, що згадування травмувальних подій є безпечним і що тривожність поволі зникне. Таким чином посилюється розрізнення травматичних і нетравматичних ситуацій, покращується здатність згадувати про психотравмувальний досвід, пригнічується відчуття власної некомпетентності, деталізуються і спростовуються спогади, що вказують на небезпеку та відсутність підготовки.

Піддавання травматичним спогадам використовується й іншими методами лікування та вважається ефективним у науковій літературі. Наприклад, пацієнтів, які проходять лікування за допомогою когнітивно-поведінкової терапії (CBT — cognitive behavioral therapy) часто просять описати деталі травматичного досвіду і перечитувати ці записи регулярно [74]. EMDR передбачає згадування образу травмувальної події в процесі слідкування за пальцем фахівця, який рухається у видимому просторі пацієнта (чи слідкування за світлом, що рухається туди-сюди, або за мелодією, у якій змінюються тони).

Заперечення негативних думок, пов'язаних із травмою

Когнітивна терапія передбачає системний підхід до навчання, щоб пацієнт навчився усвідомлювати роль негативних суджень, розпізнавати судження, які викликають стрес, обговорювати їх

сильні та слабкі сторони, перевіряти судження та створювати більш прийнятні альтернативні судження та застосовувати їх на практиці. Думки, що породжують негативний стрес (почуття провини, перебільшена загроза небезпеки), заміняються більш реалістичними та підтримуючими думками. Наприклад, якщо пацієнта переслідує така думка: «Я вже ніколи не почуватимуся безпечно, світ — дуже страшне місце», у когнітивній терапії пацієнту пропонується розглянути це судження з позиції «за» та «проти» і наблизитися до більш реалістичного судження (наприклад, «Більшість ситуацій є безпечними для мене, і в цивільному житті рівень загрози дуже низький»).

Відчуття провини має також стати основною ціллю терапії, і з цією метою застосовуються деякі методики, як-от СТ [75] чи когнітивна терапія опрацювання (CPT — cognitive processing therapy) [74]. Фахівці можуть оцінити рівень відчуття провини в пацієнта за допомогою таких опитувальників, як Анкета з оцінки травми, пов'язаної з провиною (TRGI — Trauma-Related Guilt. Inventory) [76], та судження, які пояснюються травмою за допомогою Анкети з оцінювання посттравматичного мислення (PCTI — posttraumatic cognitions inventory) [77].

Негативним думкам можна протиставити альтернативні судження та реальний досвід. Наприклад, судженню «Іншим людям не можна довіряти» протиставити реальний досвід контакту з іншою людиною. Успішне застосування методу пролонгованої експозиційної терапії теж може спрацювати у виправленні хибних суджень («Я залишусь нервовим» чи «Я збожеволію»). Цей метод також дає змогу пацієнтові відрізняти травмувальні події від схожих, але безпечних подій («Світ дуже небезпечний»). Симптоми ПТСР можуть асоціюватись з удосконаленням, а не відсутністю професійності (заперечення судження «Я не компетентний»).

Фармакотерапія

Лікарські засоби є ефективним методом лікування майже всіх пацієнтів із серйозними симптомами ПТСР. Метою медикаментозного втручання можуть бути загальні симптоми ПТСР, специфічні симптоми хвороби, симптоми, спільні для багатьох розладів, а також симптоми супутніх захворювань (наприклад, депресії). Прийом ліків може бути призначений на будь-якій фазі лікування залежно від конкретних потреб пацієнта. Як уже зазначалося, пацієнти з найсильнішими симптомами можуть ухилятись від допомоги психотерапевта. Ліки, призначені таким пацієнтам під час первинного огляду, здатні допомогти в подоланні страху психологічної допомоги. Попри це, важливо побудувати довірливі стосунки з пацієнтом, перш ніж призначати ліки, бо багатьох військовиків турбуватимуть потенційні побічні ефекти і непокоїтимуть ярлики щодо вживання «пігулок для голови».

Незважаючи на широке використання різних лікарських засобів для лікування ПТСР, доказів їхньої абсолютної ефективності не існує [78]. Найкраще на сьогодні досліджені селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI —Selective serotonin reuptake inhibitors). Ці препарати були визнані ефективнішими за плацебо у великих рандомізованих клінічних дослідженнях і вважаються препаратами першої лінії для лікування ПТСР [79]. Сертралін і пароксетин пройшли масштабні дослідження у лікуванні гострих симптомів ПТСР і отримали схвалення Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і лікарських засобів (FDA — Food and Drug Administration [80–82]). Флуоксетин, есциталопрам і циталопрам показали ефективність в менш масштабних або відкритих клінічних дослідженнях [83, 84]. У всіх дослідженнях цей клас препаратів виявився ефективним для всіх трьох груп симптомів ПТСР і для нормалізації життя. Також препарати здатні запобігати повторній появі симптомів ПТСР [81, 85, 86]. Проте на теперішній час немає достатньої інформації про ефективність препаратів для військовиків із ПТСР.

SSRIs були визнані ефективними для лікування багатьох інших споріднених із ПТСР психічних розладів, як-от депресія чи тривожний розлад. ПТСР і депресію поєднують такі симптоми, як проблеми зі сном, соціальна ізоляція, втрата здатності отримувати задоволення і погіршення концентрації. Депресія, як супутній симптом, виявляється у 50 % пацієнтів із симптомами ПТСР [25]. Хоча SSRIs полегшують симптоми і ПТСР, і депресії, вони є ефективними для пацієнтів із наяв-

ністю та відсутністю супутньої депресії [82]. Панічний розлад, як і генералізований тривожний розлад, які часто супроводжують ПТСР, також піддається лікуванню за допомогою SSRIs [87].

Загалом у випадку ПТСР препарати починають діяти вже за 4–6 тижнів. І хоча SSRIs переносяться легше, ніж більш ранні види антидепресантів, вони також мають ряд побічних ефектів, зокрема нудоту чи розлади травлення, безсоння, збудження і розлади сексуальної функції. Більшість із цих побічних ефектів тривають недовго, але все-таки слугують причиною припинення фармакотерапевтичного лікування [88]. Тож інформування пацієнтів про побічні ефекти препаратів і слідкування за їхнім станом під час лікування є життєво необхідним.

Ефективність лікування ПТСР за допомогою інших антидепресантів менше доведена практично, але доступні дані свідчать про її наявність. Тому інші антидепресанти (не SSRIs) слід розглядати як лікарські засоби другої лінії при лікуванні ПТСР. Антидепресанти, ефективність яких була доведена рандомізованими клінічними дослідженнями, — це венлафаксин, міртазапін [89, 90] та нефазодон [91]. Вибір антидепресанту часто базується на супутніх симптомах. Венлафаксин та дулоксетин є ефективними при хронічних болях і можуть бути корисними пацієнтам з діабетичною нефропатією, фіброміалгією або іншими больовими синдромами. Міртазапін з його седативною дією може бути корисним при лікуванні безсоння у хворих на ПТСР, але цей препарат здатний спровокувати збільшення ваги. Хоча ефективність бупропіона для ПТСР не є доведеною [93], але він може бути ефективним для пацієнтів, які намагаються кинути палити [94]. Клінічних досліджень, що підтверджували б ефективність трициклічних антидепресантів і інгібіторів моноаміноксидази, не існує. Крім того, їх клінічне застосування обмежене через наявність різноманітних побічних ефектів: від сухості в роті і запорів до більш серйозних, як-от порушення роботи серця і невеликий поріг передозування. Трициклічні антидепресанти, такі як нортриптилін, є ефективними для лікування хронічного болю і можуть використовуватись у лікуванні ПТСР [92]. Тразодон широко використовується як снодійне при ПТСР через малоймовірне звикання до препарату.

Якщо лікування за допомогою антидепресантів не допомагає, є інші види лікарських засобів, але їхня клінічна ефективність не доведена. Антипсихотичні лікарські засоби є ще однією альтернативою лікування ПТСР. Їхнє використання доцільне у терапії пом'якшення симптомів додатково з SSRI-терапією [95–98] чи у загальній терапії, хоча не всі дослідження були позитивні щодо використання антипсихотиків [100]. Атипові антипсихотики не тільки лікують основні симптоми ПТСР, але й борються з супутніми проблемами, наприклад, із синдромом межового розладу особистості. Ще один клас лікарських засобів — протисудомні препарати, були визнані ефективними в ранніх дослідженнях. Але насправді серйозні клінічні випробування вальпроату натрію [101], топірамату [102] і тіагабіну [103] не виявили статистичної ефективності в лікуванні ПТСР. Таким чином, їхнє використання має обмежуватися лікуванням резистентних випадків або коморбідних розладів настрою.

Препарати, що пов'язані з норадренергічною нейротрансмісією, були запропоновані для лікування ПТСР завдяки зв'язку норадреналіну із механізмом виникнення стресу [104]. Через їхню здатність зменшувати центральну та периферичну норадренергічну активність агоністи альфа-2-адренергічних рецепторів — клонідин та гуанфацин, було запропоновано для лікування ПТСР. Але клінічні дослідження гуанфацину не змогли довести їхню ефективність у боротьбі з ПТСР [101, 105]. Антагоністи β-рецепторів, такі як пропранолол, можуть змінювати механізми запам'ятовування травматичних спогадів [106] і були визнані ефективними у деяких дослідженнях [107], але не у всіх [108] є деяка обмежена інформація про те, що агоніст альфа-1-адренергічних рецепторів празозин виявляє ефективність у боротьбі із кошмарами і проблемами сну в пацієнтів з ПТСР [109, 110]. Пропранолол і празозин зараз проходять клінічні дослідження.

Бензодіазепіни є ефективними у лікуванні тимчасових нападів тривожності, але викликають серйозну залежність і мають низку побічних ефектів, зокрема погіршення пам'яті. Невеликі клінічні випробування не змогли довести, що препарат є ефективним у лікуванні [111, 112] і запобіганні ПТСР [113]. Лікування такими препаратами, якщо

вже і призначається, то має бути лімітованим у часі через високу можливість звикання [114].

Лікування із застосуванням чи без застосування фармакотерапії є проблематичним через те, що пацієнти часто нехтують вказівками лікарів. Багато хто облишає прийом лікарських засобів без консультації з психологом. Важливо дізнатись про ставлення пацієнта до ліків. Якщо людина інтерпретує прийом ліків як ознаку слабкості та нездатності впоратись із проблемами самотужки, неефективність психотерапії, недостатню увагу лікаря або як неспроможність вирішувати «реальні» проблеми, існують високі шанси того, що вона не буде дотримуватись належного прийому ліків.

Як висновок зазначимо, що антидепресанти можуть знизити загальну тяжкість симптомів ПТСР і стати важливим елементом лікування. Психотропні препарати також можуть бути використані для лікування пов'язаних або супутніх захворювань. Проте і пацієнт, і лікар мають розуміти, що використання лікарських засобів не є ознакою слабкості. Їхнє застосування для лікування ПТСР не повинне мати перевагу перед психотерапією і використовуватися як рутинна терапія першої лінії. Спочатку пацієнтам із ПТСР варто запропонувати когнітивну-поведінкову терапію чи EMDR [115]. Якщо після запропонованих форм терапії пацієнт не почувається краще, то потрібно використовувати інші підходи і вже потім призначати пом'якшену форму медикаментозного лікування. Важливо підбирати такі методи лікування, які менше обмежували б пацієнта і були б ефективними [116]. Застосування лікарських засобів може бути виправданим у випадках, коли симптоми є суттєвими і заважають нормальному повсякденному життю пацієнта через важке безсоння, депресивний стан або коли симптоми не полегшуються, незважаючи на психотерапію. Не рекомендується одночасне призначення декількох лікарських засобів для лікування пацієнтів з ПТСР [117].

Підтримка і запобігання рецидиву

Про можливість рецидиву у пацієнтів із ПТСР відомо небагато. Дослідження у лікуванні ПТСР серед цивільного населення дає змогу стверджувати, що успішні результати можна підтримувати впродовж тривалого часу [118]. Є дані, що пацієнти, які були виписані після стаціонарного лікування ПТСР і переведені на амбулаторне лікування, з'являються на прийомі у лікаря вже впродовж першого місяця після виписки [119]. Також, згідно з іншими дослідженнями, лікування SSRI дає гарні результаті в плані полегшення симптомів, покращення якості життя, натомість як припинення вживання SSRI опісля 12 тижнів підвищує ризик рецидиву порівняно з довгостроковим лікуванням [12].

ПРОБЛЕМИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Як вже зазначалося, приблизно 80 % пацієнтів із ПТСР страждають від супутнього психічного захворювання [25]. Вони також мають низку життєвих проблем, які намагаються вирішити за допомогою лікування. ПТСР часто негативно позначається на якості життя, і, за даними досліджень, позитивні зрушення у лікуванні ПТСР позначаються також на якості життя [121]. Відомо, що успішне лікування асоціюється зі зменшенням симптомів ПТСР, а вплив лікування на якість життя не є повністю вивченим. Але ефективне лікування ПТСР має спричинити покращення якості життя, а не тільки ліквідацію симптомів [122]. Щоб успішно вирішити усю низку завдань, які постають під час лікування ПТСР, необхідно, окрім опрацювання окремих симптомів, займатися й іншими проблемами, що були визначені під час огляду, особливо якщо ці проблеми неможливо відкласти.

Психоактивні речовини й адиктивна поведінка

Проблеми одночасного зловживання психоактивними речовинами (SA — substance abuse) і

наявність симптомів ПТСР добре відомі і серед цивільних осіб, і серед ветеранів військової служби [123, 124]. Кулка (Kulka) та інші [13] відзначають, що 73 % ветеранів В'єтнаму зловживають алкоголем або мають проблеми з алкогольною залежністю протягом життя. Цілком імовірно, що алкогольна і наркотична залежність перешкоджає лікуванню, продовжуючи симптоми ПТСР, заважаючи досягненню тверезості.

Деякі дослідження свідчать, що лікування ветеранів, які страждають від ПТСР і зловживають SA, буде більш успішним, якщо вони лікуватимуть залежність від SA і симптоми ПТСР. Пацієнти, які додатково пройшли лікування ПТСР в перші три місяці після боротьби із залежністю від SA, мали більше шансів на одужання [123]. Пов'язаність цих діагнозів стала причиною підвищення рівня розвитку інтегрованого лікування ПТСР і залежності від SA [125]. Проте різні підходи до лікування ПТСР і SA-залежності в різних клініках, відсутність перехресної міждисциплінарної підготовки фахівців (Cross-training of professionals) часто стають на заваді інтегрованому лікуванню.

Також є дані, що ПТСР часто асоціюється з палінням і що поява симптомів ПТСР часто супроводжується надбанням цієї шкідливої звички [126]. Клінічні дослідження, проведені МакФолом (McFall) та ін. [127], засвідчили, що допомога в боротьбі з палінням ефективніша, якщо інтегрована в лікування ПТСР. Інші види адиктивної поведінки також можуть пов'язуватися із ПТСР, наприклад, серйозна залежність від азартних ігор часто трапляється серед пацієнтів із цим діагнозом [128]. Дослідження австралійських ветеранів, які проходили лікування від ПТСР, показало, що вони частіше вдавались до азартних ігор, але зв'язок цих двох видів поведінки недоведений [129]. Проте варто зауважити, що дослідження не було розроблено таким чином, щоб виявити цей зв'язок.

Депресія та схильність до суїциду

ПТСР часто супроводжується депресією [18, 23, 25, 38, 130, 131]. Наприклад, ветерани В'єтнаму з ПТСР частіше страждають на депресію, ніж ветерани без ПТСР [13]. У ретроспективних дослідженнях більшість пацієнтів з обома розладами зазначали, що ПТСР з'явилось першим [25]. Дворічне вивчення тимчасового зв'язку між симптомами ПТСР і депресією у ветеранів війни в Перській затоці виявило двонаправлені відносини залежності. У них початкові симптоми ПТСР прогнозували погіршення симптомів депресії, а початкові симптоми депресії передбачали появу ПТСР, хоча початкові симптоми ПТСР були доволі значимим чинником [132]. Бреслау (Breslau) та інші у своєму дослідженні визначили, що існує підвищений ризик важкої депресії в осіб із ПТСР [23], але не у всіх, хто пережив психотравмувальну подію. Це дало змогу припустити, що вплив психотравмувальної події не підвищує ризик важкої депресії незалежно від її впливу на ПТСР.

ПТСР також тісно пов'язаний із підвищеним ризиком самогубства. Сарін та ін. (Sareen et al.) використовували дані Національного дослідження коморбідності (NCS — National Comorbidity Survey), щоб дослідити зв'язок між тривожними розладами, суїцидальними думками та спробами самогубства [133]. І лише ПТСР, на відміну від усіх інших тривожних розладів, міг серйозно спрогнозувати суїцидальні думки і спроби самогубства. Взагалі серед ветеранів Армії США ПТСР тісно пов'язаний зі смертністю від зовнішніх причин, зокрема це вбивства, самогубства, передозування наркотиків і випадкові травми [134]. Тож фахівці, які лікують ПТСР, мають регулярно перевіряти схильність пацієнта до самогубства і брати до уваги суїцидальні думки, аби вчасно вжити запобіжних заходів.

Тривожність

ПТСР, який сам класифікується як тривожний розлад, тісно пов'язаний з іншими тривожними розладами, як-от панічний розлад, генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, обсесивно-компульсивний розлад та інші фобії. Ветерани, які страждають на ПТСР, частіше мають ще і соціальну фобію (22 %) порівняно з тими, у кого немає ПТСР (1,1 %) [135]. Поява обсесивно-компульсивного розладу може бути спровокована бойовою травмою [136]. Впливу лікування ПТСР на супутні тривожні розлади була присвячена невелика кіль-

кість досліджень. Але для лікування осіб із ПТСР, які також відчувають напади паніки, метод лікування був розроблений [137].

Гнів і насильство

Гнів і роздратування — розповсюджені симптоми ПТСР. Інтенсивний гнів зазвичай стає проблемою пацієнтів із ПТСР, особливо тих, хто отримав травму під час бойових дій [139]. Ветерани В'єтнаму з ПТСР мають більш високий рівень гніву, ніж ветерани без ПТСР [13], а рівень гніву серед ветеранів Афганістану й Іраку теж вище за середній [140]. Ветеранам із ПТСР потрібно менше часу, щоб розізлитись, ніж тим, у кого немає ПТСР. Також у них спостерігається вищий артеріальний тиск і більша частота серцевих скорочень під час переживання гніву. Ветерани з ПТСР також відзначають більшу тривожність під час лабораторних завдань, коли їх просять згадати щось, що викликає у них гнів [141].

Перемінні сплески гніву в пацієнта можуть стати справжньою проблемою для фахівця через проблематичність встановлення зв'язку і неможливість розпочати лікування. Дослідження австралійських ветеранів виявило, що спалахи гніву є перепоною до визначення зміни симптомів [142]. Гнів може заважати такому важливому етапу лікування, як активація та опрацювання травматичних спогадів [71]. Високий рівень гніву на початку лікування заважає такому методу, як пролонгована експозиційна терапія [143]. Отож, зменшення гніву має стати основною метою терапії на початковому етапі лікування. Пацієнти мають опановувати навички боротьби з гнівом (наприклад, використання часу для того, щоб охолонути; самоконтроль гніву; виявлення ситуацій, що викликають гнів; релаксація/дихання; дискримінація гніву; розмова з самим собою; затвердження навчання), аби зменшити свій гнів чи змінити форму його вираження.

Гнів часто пов'язаний із насильством, і зменшення ризику насильства може стати однією з цілей терапії. За даними дослідження, ветерани, які проходять лікування від ПТСР у стаціонарі, більш схильні до насилля, ніж пацієнти психіатричних закладів без ПТСР і ветерани В'єтнаму з ПТСР, які не проходили стаціонарного лікування [144]. Домашнє насильство може бути супутньою проблемою [145, 146], і ті, хто страждають від симптомів ПТСР, часто виміщають гнів на партнерах [147]. Окрім того, ветерани із ПТСР часто мають вільний доступ до зброї, і їхня поведінка нерідко робить зброю небезпечною в їхніх руках [148]. Таким чином, фахівець у ході лікування має регулярно перевіряти дотримання правил безпеки зберігання і використання зброї.

Ускладнення або вплив важкої втрати

Багато з тих, хто бере участь у бойових операціях, піддаються психотравмувальному впливу особистих втрат і трагічних обставин смерті товаришів по службі. Травмівна втрата може призвести до ангедонії та депресії; через скорботу за загиблими друзями нормальне повсякденне життя і розваги можуть здаватись безглуздими. Втрата в бою товаришів і друзів асоціюється з опісляволнним горем і соціальною фобією [149, 150].

Пайвер і Файлд (Pivar і Field) виявили, що симптоми горя та сум через втрату відрізняються від інших, пов'язаних із травмою, симптомів у ветеранів із ПТСР. У їхньому дослідженні було виявлено, що середній показник суму в тих, хто втратив бойових товаришів 30 років тому, був вищий, ніж у тих, чиї чоловік чи дружина померли за останні півроку [151]. Автори стверджують, що без клінічного втручання сум за померлим може турбувати людину впродовж дуже довгого часу. Справді, лікування симптомів нерозділеного горя і суму може бути настільки ж важливим, як і лікування симптомів страху, пов'язаних із ПТСР. На жаль, лікування ускладнень від впливу важкої втрати загалом не здійснювалося. Більшість методів лікування передбачають навчання про смуток, реструктуризацію когнітивних спотворених уявлень про події, відновлення позитивних спогадів про померлого, підтвердження почуття турботи по відношенню до тих, хто загинув, переказування історії про смерть і допомогу з відчуттям болю [152]. Лікування ПТСР може бути адаптованим до лікування ускладнень від впливу важкої втрати [153].

Проблеми з фізичним здоров'ям

ПТСР пов'язаний із погіршенням фізичного здоров'я, збільшенням кількості соматичних скарг, більшою кількістю хронічних хвороб і підвищеним рівнем звернень до закладів охорони здоров'я [13, 18, 154–156]. Загалом, дослідження свідчать, що ПТСР є показником, який пов'язує участь у бойових діях і стан фізичного здоров'я як чоловіків, так і жінок [155]. Більшість ветеранів, які потребують лікування ПТСР, не залучаються до профілактичних заходів (фізичні вправи, медичне обстеження) на достатньому рівні [157]. Отож, цим питанням потрібно приділити увагу під час обстеження та лікування.

Проблема охорони фізичного здоров'я набуває особливого значення для ветеранів старшого віку. Ветерани з ПТСР під час виходу на пенсію повідомляють про погіршення стану психологічного і фізичного здоров'я частіше, ніж інші ветерани [158]. Деякі дослідження показують, що проблеми старіння можуть бути пов'язані із загостренням симптомів ПТСР [159, 160]. Девісон (Davison) і колеги, наприклад, описали явище появи запізнілих симптомів ПТСР (LOSS — Late-onset stress symptomatology) у ветеранів на пенсії. Багато ветеранів, які пережили бойові події в юності, а тоді успішно прожили життя, у старості повертаються до бойового досвіду з його спогадами, симптомами і переживаннями [159]. Сильна залежність між наявністю ПТСР і станом здоров'я спостерігається у ветеранів, які повернулись з Іраку (OIF) [161]. Для цієї групи раніше отримане важке тілесне ушкодження часто асоціюється з пізнім розвитком симптомів ПТСР і депресією [162]. Така інформація підтверджує необхідність покращення скринінгу стану психічного здоров'я на етапі первинної медичної допомоги і його інтеграції з іншими медичними показниками.

Черепно-мозкова травма

Часте поєднання черепно-мозкової травми (ЧМТ) і ПТСР серед тих, хто повертається зі служби в Іраку і Афганістані, ставить низку питань, які ще не мають вирішення. Досвід показує, що ПТСР може розвинутися після незначної чи важкої ЧМТ, навіть у осіб, які втратили свідомість під час травми й у яких опісля травми виникла амнезія [163]. В одному із досліджень серед військовослужбовців, які проходили службу в Іраку, було виявлено, що наявність нетяжких ЧМТ (тобто струсу мозку) сильно корелює з ПТСР і спричиняє проблеми фізичного здоров'я протягом 3–4 наступних місяців опісля повернення до Сполучених Штатів. Також було виявлено зв'язок між ЧМТ, ПТСР і депресією [164]. Таким чином, при лікуванні ПТСР у пацієнтів із ЧМТ необхідно звернути увагу на труднощі отримання психотравматичних спогадів, погане розуміння та запам'ятовування рекомендацій з лікування та нездатність описати свій стан і симптоми. Брант (Bryant) і колеги у своєму дослідженні засвідчили, що цивільних осіб із діагнозом незначної ЧМТ і гострим стресовим розладом можна ефективно лікувати за допомогою короткого курсу когнітивно-поведінкової терапії, призначеної для запобігання розвитку ПТСР [16].

СФЕРИ ПОГІРШЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ

Родина

Через гнів, емоційне оніміння і соціальну ізоляцію, що часто асоціюються з ПТСР, ветерани можуть віддалитися від своїх родин. Ветерани з ПТСР та їхні партнери відзначають більше проблем у стосунках, зокрема й інтимних (і безпосередню наближеність до розриву чи розлучення), ніж ветерани, які не мають ПТСР, та їхні партнери. Проблеми в родинних стосунках корелюються з важкістю симптомів ПТСР, зокрема симптомом емоційного оніміння [34]. Емоційне оніміння як симптом, своєю чергою, пов'язаний із якістю взаємин з дітьми [166]. Важкість симптомів ПТСР (уникання та втрата емоційної чутливості зокрема) може зашкодити стосункам батьків із дітьми [167]. Чоловіки, які стверджують, що досвід війни — їхній найгірший травматичний досвід, частіше розлучені або більш жорстоко поводяться із своїми близькими, ніж чоловіки, які вважають

травми іншої етимології своїм найбільшим травматичним досвідом [168].

На дружин пацієнтів із ПТСР значно впливають симптоми їхніх чоловіків і тягар турботи та догляду [169]. Порівняно з дружинами голландських миротворців без симптомів ПТСР, дружини миротворців із ПТСР повідомили про проблеми зі сном, соматичні проблеми, більш негативну соціальну підтримку і погіршення шлюбних стосунків [170]. ПТСР-симптоматика серед ветеранів підвищує ризик агресії щодо їхніх партнерів [171]. Наведені дані свідчать про необхідність підтримки дружин ветеранів. Підтримка подружжя і членів сімей ветеранів повинна стати однією з цілей лікування.

Для покращання функціонування родини потрібні систематичні заходи, щоб залучити подружжя або партнерів ветеранів до процесу лікування [172, 173]. Дружини можуть бути залучені до процесу первинного огляду, призначення лікування і до самого лікування. Хоча питання залучення дружин до лікування потребує вивчення і надалі, все ж існують свідчення, що участь близької людини на ранньому етапі може знизити рівень тривоги і депресії у пацієнтів [174]. Поєднання сімейної терапії з методикою лікування симптомів ПТСР є не менш ефективним, ніж використання цієї методики окремо [175].

Соціальні зв'язки

ПТСР, пов'язаний із військовою травмою, часто асоціюється з відмовою від участі в громадській діяльності, обмеженням дружніх зв'язків і зменшенням емоційної близькості [34, 176, 177]. Як зазначалося вище, деякі дослідження показують, що ветерани з ПТСР мають більш високий рівень тривожних розладів. Недостатня соціальна підтримка ветеранів підвищує ризик розвитку ПТСР і його хронічного перебігу. Ветерани з ПТСР, які активніше беруть участь у житті суспільства, відчувають послаблення симптомів ПТСР швидше, ніж ті, хто менше залучається до громадських справ. А коригування підтримки умиротворення стресу статистично значимо пов'язано з саморозкриттям, особливо за сприяння та підтримки інших гідних уваги осіб [178]. Стійке та активне втручання фахівця може стати необхідним для подолання проблем у соціальному функціонуванні та сприяння участі у громадській діяльності. Якщо це доцільно, поліпшення в соціальному функціонуванні має стати офіційною метою лікування.

Місце роботи

Практика свідчить, що ПТСР погіршує якість роботи і знижує її продуктивність [179]. Савока та Розенгек (Savoca та Rosenheck) виявили, що в середньому ветерани з діагнозом ПТСР є на сьогодні менш працевлаштованими, порівняно з ветеранами, які не мають симптомів ПТСР [180]. Серед працевлаштованих ветерани з ПТСР заробляють менше за годину. Колишні військові з більш важкими симптомами частіше працюють неповний робочий день або взагалі не працюють. Чоловіки, які вважають, що травма, отримана під час військової служби, це найгірше, що вони пережили, найчастіше або безробітні, або звільнені, на відміну від чоловіків, які вказують на травму іншого походження як на свій найгірший досвід [168]. Було висловлено припущення, що навіть незначне полегшення симптомів ПТСР може привести до збільшення зайнятості, навіть якщо загальний рівень симптомів залишається високим [181].

Втручання, орієнтоване на робочу сферу осіб із ПТСР, на сьогодні не розроблено. Однак лікарям було б корисно навчити своїх пацієнтів застосовувати навички управління гнівом та стресом на роботі. Пацієнти також можуть бути навчені навичкам вирішення проблем у складних ситуаціях. Ці стратегії могли б допомогти зменшити вплив реакцій травматичного стресу на таку важливу сферу життя, як робота.

ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ

Огляд наслідків засвідчує, що лікування ПТСР може бути, як правило, ефективним [182]. У межах мета-аналізу результатів лікування ПТСР, Бредлі (Bradley) з колегами повідомляє, що від 40 % до

70 % учасників контрольованого дослідження відмічали істотне полегшення симптомів розладу або відсутність ПТСР після лікування. Наскільки ці результати зберігаються через 6–12 місяців опісля завершення лікування, достеменно невідомо.

Практичних даних щодо ефекту методів групового лікування ПТСР на сьогодні дуже мало [184, 185]. Однак дослідження показують, що кілька видів методик індивідуального психологічного втручання, у тому числі втручання на основі пролонгованої експозиційної терапії [71], десенсибілізації та опрацювання рухом очей [72], когнітивної терапії опрацювання, та метод навчання шляхом прищеплення стресу є ефективними у зменшенні симптомів ПТСР.

CPT і PE були зіставлені в лікуванні жертв зґвалтування з ПТСР, що перебували у хронічному стресовому стані [186]. Порівняно з групою жертв, які пройшли мінімальний медичний огляд і яким приділяли небагато уваги, лікування обома методами було ефективним у зменшенні симптомів ПТСР і депресії. CPT була ефективнішою за PE в зменшенні відчуття провини.

Деякі дослідження показують, що поєднання CPT і PE, імовірно, не поліпшує результатів ПТСР [187, 188], але висновки не є однозначними [186, 189]. Слід зазначити, що хоча і CPT, і PE були розподілені в науково-дослідних цілях, їх, як правило, поєднують у клінічній практиці. Наприклад, лікування за допомогою PE передбачає інтенсивне опрацювання травматичних спогадів, яке допомагає в модифікації досвіду, пов'язаного з травмою. CPT використовує метод повторюваного описування травматичних спогадів для систематичного заперечування негативних переконань або суджень, пов'язаних із травмою.

Кілька досліджень, які порівняли CT і образну (не in vivo) терапію впливу, не знайшли жодних істотних відмінностей між цими підходами наприкінці лікування [190]. Проте тривалий 5-річний період спостереження за пацієнтами, які брали участь у рандомізованому клінічному дослідженні з порівняння образної експозиційної терапії і CT, продемонстрував перевагу CT [191], хоча за 12 місяців опісля лікування різниці між методами не спостерігалось. Пацієнти, які лікуються за допомогою CT, мають значно менше симптомів ПТСР і менш імовірно відповідають критеріям ПТСР. Насправді, не було осіб, які пройшли б лікування CT і були діагностовані як повноцінні пацієнти з ПТСР, порівняно з 29 % пацієнтів, яких лікували за допомогою образної експозиційної терапії. Результати цих досліджень не можна зводити тільки до експозиційної терапії через те, що образну терапію необхідно поєднувати з терапією in vivo для отримання найкращого ефекту.

Досліджень, які порівнювали б когнітивно-поведінкову терапію чи іншу методику з медикаментозним лікуванням або розглядали їх комбінацію при лікуванні ПТСР, дуже мало. У дослідженні ван де Колка (van der Kolk) та ін. лікування пацієнтів із ПТСР проводили за допомогою 8 сесій EMDR і 8 тижнів лікування флуоксетином і плацебо. Для всіх трьох груп різниці між ефектом лікування одразу після його закінчення не було. За 6 місяців спостереження було виявлено, що група, яка проходила EMDR-лікування, показувала зменшення симптомів ПТСР і ремісію депресії порівняно з двома іншими групами [192]. Для осіб, на яких сертралін впливав лише частково, лікування за допомогою PE було ефективним для подальшого полегшення симптомів ПТСР опісля 10 тижнів медикаментозного лікування [193]. Необхідно проводити додаткові дослідження, перш ніж впевнено давати рекомендації щодо відносної та комплексної ефективності фармакотерапевтичних і психосоціальних методів лікування.

Дослідження за участю ветеранів і персоналу дійсної військової служби

У кількох дослідженнях було вивчено різні методи лікування ветеранів із ПТСР, пов'язаним із бойовою травмою. Зазвичай індивідуальна образна терапія (не in vivo) давала скромне, але значиме покращення симптомів ПТСР [194–196]. Ґлин (Glynn) з колегами виявили, що комбінація образної терапії та когнітивного реструктурування була більш ефективною порівняно з контрольною групою, що отримала лікування пізніше (wait list control condition group) [175].

Ці дослідження також дають зрозуміти, що у ветеранів із хронічним ПТСР симптоми уникання та емоційного оніміння можуть менше підда-

ватись лікуванню, ніж переживання травматичного досвіду чи надмірне збудження.

Шнар (Schnurr) та ін. порівняли два підходи у лікуванні чоловіків-ветеранів із хронічним ПТСР, зокрема травмосфокусовану групову психотерапію і методику, сконцентровану на теперішньому, у якій уникають детального обговорення травматичного досвіду [197]. Щотижневе групове лікування тривало впродовж 30 тижнів із подальшими щомісячними «бустерними» сесіями («booster» sessions).

Наступне оцінювання проводилось наприкінці лікування (через 7 місяців) і в кінці бустерних сесій (через 12 місяців). За деякими учасниками спостерігали впродовж 18 і 24 місяців. Обидва види лікування дали скромні, але значні поліпшення симптомів ПТСР та інших наслідків. Однак ніяких відмінностей між двома видами втручання не спостерігалось.

У дослідженнях методом когнітивної терапії опрацювання CPT у пацієнтів були помічені значні поліпшення симптомів ПТСР і супутніх симптомів порівняно з контрольною групою очікування [198]. Сорок відсотків пацієнтів, відібраних для проходження лікування за допомогою CPT, не відповідали критеріям для діагностики ПТСР опісля лікування і 50 % мали серйозні поліпшення симптомів ПТСР [198]. Позитивні ефекти CPT часто виходили за межі ПТСР і містили поліпшення супутніх симптомів депресії та загальної тривожності, емоційного функціонування, почуття провини і соціального пристосування. Це дослідження на сьогодні дає найбільш обнадійливі результати лікування чоловіків-ветеранів із хронічним ПТСР.

Позитивні результати були отримані також і для жінок-ветеранів із хронічним ПТСР. Шнар із колегами порівняв два типи індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії: пролонговану експозиційну терапію і терапію, сконцентровану на теперішньому, для жінок-ветеранів із ПТСР у рандомізованому клінічному дослідженні. Лікування PE дало поліпшення симптомів ПТСР, зменшилася ймовірність діагностування за критеріями ПТСР і, найбільше, — ремісії (15,2 % проти 6,9 %) після лікування і в процесі нагляду після лікування [199]. Це дослідження особливо важливе тому, що продемонструвало збільшення впливу PE порівняно з добре продуманими альтернативними видами лікування, проведеними фахівцями Департаменту у справах ветеранів і системи охорони здоров'я Міністерства оборони.

Ефективність використання EMDR для лікування ветеранів із ПТСР також досліджувалась. Деякі дослідження дали позитивні результати лікування ветеранів, проте є певні підстави для занепокоєння тривалістю позитивних змін. Так, наприклад, Девілли (Devilly) та його колеги виявили, що австралійські ветерани, які проходили лікування EMDR, спочатку мали більш видимі поліпшення симптомів травми, ніж ті, хто був у контрольній групі. Та вже за 6 місяців спостереження було виявлено, що зменшення симптомів не зберігалось і різниці між групами також не спостерігалось [202]. Оцінюючи результати після 5 років лікування хронічного ПТСР за допомогою EMDR у 13 американських ветеранів війни у В'єтнамі, було зроблено висновок, що помірні терапевтичні покращення, яких було досягнуто, зникли за 5-річний період спостереження. Крім того, помічалось загальне погіршення симптоматики ПТСР протягом 5-річного періоду в обох групах: EMDR і контрольній [203].

Метою деяких досліджень були порушення сну у ветеранів із ПТСР. У плацебо-контрольованому сліпому вивченні ветеранів численних конфліктів було встановлено, що празосин є значно ефективнішим за плацебо у зменшенні кошмарів, спричинених травмою, поліпшенні якості сну і загального клінічного стану пацієнтів, що проходять лікування [204]. Празосин також був ефективним для ветеранів Іраку (OIF) [205]. У неконтрольованому дослідженні «Форбс» та ін. представили попередні докази впливу методу *репетиції* уявних образів (IRT — Imagery Rehearsal Therapy) для ветеранів із ПТСР [206]. Лікування зменшувало частоту та інтенсивність кошмарів як загальних симптомів ПТСР, а також депресію і тривожність. Зміни зберігалися впродовж періоду 12-місячного спостереження. Деякі дослідження передбачають, що терапія за допомогою репетиції уявних образів може зменшити кошмари і покращити якість сну в цивільних осіб з ПТСР [207].

У комплексному огляді ефективності лікування ПТСР вчені Інституту медицини Комітету з лікування посттравматичного стресового розла-

ду, застосовуючи консервативні методологічні критерії, виявили, що існує достатньо даних того, аби зробити висновок, що експозиційна терапія є ефективним методом лікування ПТСР [208]. Інститутом медицини було виявлено, що доказів ефективності психофармакологічного лікування та психосоціального втручання недостатньо, аби зробити конкретні висновки. Було також визначено, що немає цілісних доказів, які підтверджують ефективність РЕ, особливо для чоловіків-ветеранів із хронічним ПТСР. Як правило, результати лікування у групах ветеранів були менш стабільними порівняно з групами цивільних пацієнтів [183]. Причини цього не зовсім зрозумілі, але можуть містити ряд чинників. Ті, хто звертаються по допомогу в лікарні VHA, можуть мати більш серйозні патології, ніж деякі цивільні пацієнти. Ветерани, як правило, страждають від ПТСР, що тягнеться протягом багатьох років. Колишні військові, які звертаються по допомогу при хронічному ПТСР, можуть бути підгрупою, що погано піддається лікуванню у більш загальній групі ветеранів із ПТСР. Ветерани, чиї проблеми більше піддавались лікуванню, можливо, вже одужали і, таким чином, недостатньо представлені в системі лікування. ПТСР у ветеранів може також відрізнятися від посттравматичного стресового розладу серед інших груп. Або ж система компенсації за ПТСР при інвалідності (Disability-compensation systems) може створювати умови, коли ветерани неохоче повідомляють про поліпшення симптомів.

Програми оцінювання посттравматичного стресового розладу

Оцінка індивідуальних програм лікування ветеранів була проведена в деяких неконтрольованих дослідженнях [209, 210]. Джонсон (Johnson) із колегами проаналізували результати 4-місячної інтенсивної стаціонарної програми для ветеранів Вʼєтнаму з ПТСР, повʼязаним із військовою службою [209, 210]. Комплексні критерії ПТСР і психіатричні симптоми, а також соціальне функціонування були оцінені при надходженні на лікування, виписці і через 6, 12 і 18 місяців після закінчення програми лікування. Дослідження показало збільшення симптомів від моменту надходження пацієнта до періоду його спостереження після виписки, але, у той же час, — зниження рівня агресивних дій і думок та проблем із законом. Взаємини в родині та міжособистісні стосунки і загалом моральний стан пацієнтів покращилися на момент виписки, але через 18 місяців повернулися на попередній рівень.

Джонсон та ін. провели довгострокове вивчення результатів лікування за програмою через 18 місяців і 6 років, бо попередні дослідження показали, що вплив програми на перебіг хвороби був незначним [211]. Аналіз вибірки ветеранів виявив надзвичайно високу смертність — 17 % протягом 6 років. Майже три чверті досліджуваних були на стаціонарному лікуванні. Самооцінювання показало значне поліпшення у всіх сферах функціонування, окрім робочої, і позитивний ефект впливу програми загалом. Більшість із тих, хто брав участь у дослідженні, відмічали деяке покращення здатності справлятися з хронічною хворобою, зниження рівня насильства і зловживання психоактивними речовинами. Але в більшості залишився високий рівень симптоматики з погіршенням таких симптомів, як надмірне збудження і соціальна ізоляція.

Болтон (Bolton) із колегами вивчав ветеранів із ПТСР, які брали участь у групових сесіях із розуміння ПТСР (освіта), управління стресом та управління гнівом [212]. Хоча вплив цих заходів на симптоми ПТСР був незначним, помірна позитивна дія на депресію і задоволеність життям загалом все-таки спостерігалася. Спостерігались і поліпшення фізичного здоровʼя та значне зменшення повідомлень про нові вияви насильницької поведінки.

Реді (Ready) та ін. [185] оцінили спеціалізовану амбулаторну програму для лікування ПТСР, розроблену VHA, яка складається з трифазового лікування на основі групової експозиційної терапії. У період опісля лікування і 6-місячного спостереження в пацієнтів відмічалося значне зниження симптомів ПТСР [185]. До того ж, важко робити загальні висновки в системі лікувальних програм щодо результатів оцінювання індивідуальних програм ПТСР.

Проте існують більш доступні оцінювання методів лікування ПТСР. Кремер (Creamer) із колегами повідомляє про ефективність програм стаці-

онарного лікування для австралійських ветеранів із ПТСР [213]. Ці групові програми передбачали низку когнітивно-поведінкових втручань і передбачали інформування пацієнтів про ПТСР і його лікування; симптоматичне лікування тривоги і депресії; контролювання гніву, тренінги з міжособистісних стосунків, шляхи вирішення проблем спілкування, зловживання психоактивними речовинами, питання фізичного здоров'я та способу життя, профілактику рецидивів.

Безпосереднє лікування травми (або прямий лікувальний вплив) здійснювалось індивідуально або в груповому форматі. Індивідуальне консультування проводилося впродовж 12 тижнів разом із постійним спостереженням за впливом лікарських засобів. Навчання та підтримка членів сімей ветеранів часто проводилась у вигляді щотижневої групової консультації. Загалом, пацієнти, задіяні у цих програмах, відзначали суттєве поліпшення основних симптомів ПТСР, таких як занепокоєння, депресія, зловживання алкоголем, соціальна дисфункція і гнів. Зміни найчастіше відбувались між початком і 3 місяцями лікування та були наявні через 9 місяців. Пацієнти та партнери повідомляли про відчутне покращення та глибоке задоволення лікуванням. Попри це, результати лікування були нестабільними, і в більшості ветеранів спостерігалась серйозна патологія і після завершення лікувальної програми. Кремер та ін. повідомили про результати спостереження за 2 роки після лікування для 1 508 австралійських ветеранів, які проходили однакову програму. Самооцінювання пацієнтів із ПТСР [214] вказувало на значний рівень поліпшення симптомів депресії, гніву, вживання алкоголю і загального функціонування через 6 місяців після лікування (з менш позитивними результатами — через 24 місяці) для ПТСР (рівень ефекту = 0,8), тривожність (0,5) і депресія (0,5). Ці результати дають змогу припустити, що спеціалізовані лікувальні програми для ПТСР, пов'язаного з військовою службою, можуть бути ефективними і що поліпшення зберігаються протягом певного часу.

Як зазначалося раніше, наявні методи лікування є не такими ефективними для ветеранів, як для цивільного населення з ПТСР. Дослідження індивідуальних програм свідчать про труднощі у лікуванні ПТСР у ветеранів, чиї проблеми зберігаються впродовж багатьох років. Самі ветерани повідомляють про більш високий рівень задоволення участю в спеціалізованих ПТСР-програмах, ніж у непрофільних психіатричних програмах [215], і про високий абсолютний рівень задоволення [216]. Національна програма оцінювання VHA реабілітаційних програм для ветеранів з ПТСР за місцем проживання демонструє значне покращення симптомів ПТСР, таких як зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, та контроль насильства [216], але рівень змін ПТСР не є значним. Сьогодні ПТСР все частіше лікується в амбулаторних умовах. Таким чином, у майбутніх дослідженнях варто порівнювати вплив різних форм інтенсивного амбулаторного лікування на повний діапазон результатів, пов'язаних із травматизацією.

МОЖЛИВОСТІ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Попри існування клінічної практики фахівців VHA-Міністерства оборони США, для лікування ПТСР рекомендуються методи, розроблені на підставі клінічного консенсусу та даних досліджень (доступно за посиланням на сайтах www.QMO.amedd.army.mil або www.oqp.med.va.gov/cpg/cpg.htm). Існують різноманітні методи лікування ПТСР, пов'язаного з військовою службою, як у системі охорони здоров'я Міністерства оборони США, так і в цивільній системі охорони здоров'я. Програми відрізняються у багатьох аспектах, включаючи характер втручань, інтенсивність лікування, співвідношення групової або індивідуальної терапії, відносну залежність результату від психосоціальних чи фармакотерапевтичних методів.

Ці відмінності відображають той факт, що є багато способів допомоги пацієнтам із ПТСР і багато варіантів лікування, які, в принципі, можуть бути узгоджені з керівними принципами лікування ПТСР. Попри це, через відмінності в практиці лікування виникає проблема застосування ключових елементів керівних принципів

лікування у повсякденній практичній допомозі пацієнтам.

Найважливішим методом вдосконалення надання послуг пацієнтам із ПТСР є поширення інформації про фактичні дані лікування [218]. За даними літературних оглядів результатів лікування ПТСР, керівництво з клінічної практики VHA/MO схвалює переважно чотири методи терапевтичного втручання: 1) експозиційна терапія; 2) CT; 3) SIT і 4) EMDR.

Підтримувальні методи лікування ПТСР не є широко доступними у більшості лікувальних закладів, у тому числі в психіатричних лікувальних установах для військових і в медичних закладах VHA для ветеранів [219]. Деякі методики, такі як PE , часто розглядались як ризиковані або складні попри відсутність доказів цих поглядів [187, 220]. Becker з колегами виявили дві основні суспільні перешкоди для клінічного використання експозиційної терапії в лікуванні ПТСР: 1) відсутність достатньої підготовки фахівців і 2) занепокоєння з приводу безпечності цього виду терапії [221]. Дослідження, які намагалися визначити, чи пацієнти з ПТСР переривають лікування PE більше, ніж будь-яку іншу методику лікування і чи погіршує PE симптоматику ПТСР, не підтвердили жодне з цих припущень [222]. Сьогодні ініційована політика поширення інформації для забезпечення доступу до PE і CPT ветеранів і військовослужбовців Регулярної армії з ПТСР.

На додачу до забезпечення даними про результати дослідження є ще один практичний метод для підвищення рівня лікування — це встановлення постійного моніторингу результатів лікування ПТСР. Для окремого лікаря важливо відстежувати зміни ключових показників протягом лікування, щоб оцінити вплив терапії та отримувати інформацію для внесення змін до курсу лікування.

Таке оцінювання результатів лікування може допомогти персоналу вдосконалювати надання послуг з метою забезпечення поліпшення програми. Постійне використання результатів анкетування для вдосконалення процесу лікування не є стандартною практикою в лікуванні посттравматичного стресового розладу або розладів психічного здоров'я в цілому. З використанням комп'ютеризованої системи оцінки результатів лікування ця ситуація, швидше за все, зміниться, що покращить рівень надання послуг.

У багатьох установах, у тому числі в установах VHA, ПТСР зазвичай лікують за допомогою програм, які об'єднують лікування ПТСР з іншими компонентами, спрямованими на вирішення проблем супутніх розладів і труднощів [223]. Лікування посттравматичного стресового розладу в таких програмах, зазвичай, передбачає участь в індивідуальних і групових заходах, які включають індивідуальний огляд, інформативні заняття з ПТСР, проблемно-цільові групи (наприклад, група з управління гнівом або група для поліпшення комунікативних навичок), травмасфокусоване втручання (наприклад, PE), лікування, орієнтоване на робочу сферу, і фармакотерапію. Програми лікування часто поділені на фази: з початком, серединою і закінченням активного лікування, з подальшою менш інтенсивною підтримкою при необхідності. Існує небагато способів організації надання допомоги більш ефективно. Необхідно більше досліджень щодо реальної ефективності схем лікування, які застосовуються у теперішній час. Налагодження систематичного моніторингу результатів лікування може сприяти дослідженням і дозволить порівняти різні схеми лікування.

Насправді, існує багато методів лікування ПТСР і супутніх проблем [224], також постійно розробляються нові методи лікування. Складнощі у цій сфері означають, що в особливо масштабних системах лікування — Міністерства оборони і VHA, мають бути розроблені більш ефективні методи «керування знаннями» щодо ПТСР [225]. Також важливо допомогти фахівцям удосконалювати їхні знання, здобувати нові навички і дізнаватися про нові види лікування, а також надавати змогу фахівцям і розробникам програм обмінюватися досвідом і вчитись один у одного.

ВИСНОВКИ

Лікування ПТСР, пов'язаного з військовою службою, швидко видозмінюється. Скринінг на ПТСР є досить поширеним, і військовослужбовці, які повертаються зі служби, поінформовані про це

захворювання. Управління охорони здоров'я ветеранів і Міністерство оборони співпрацюють для створення клінічних рекомендацій із реагування на конкретні потреби пацієнтів з ПТСР.

Тимчасом як самі системи лікування еволюціонують, оцінювання ефективності цих систем має стати більш регулярним і якісним. Необхідно проводити додаткові дослідження та оцінювання програм моніторингу результатів лікування. Програми досліджень та оцінювання потрібно рівномірно впроваджувати серед військовослужбовців Регулярної армії і ветеранів, які здатні забезпечити інформацією про всі аспекти лікування. Це зробить надання послуг більш ефективним і оперативним. Через те, що ПТСР тісно пов'язаний із широким спектром супутніх розладів і проблем в інших сферах життя, огляд та оцінка програми має виходити за межі симптоматики ПТСР. З огляду на те, що ПТСР та інші посттравматичні проблеми впливають на членів родини, їхні потреби також повинні братися до уваги під час оцінювання і надання послуг. Більш систематичний моніторинг ефективності лікування ПТСР разом із поліпшенням системи суспільної освіти про ПТСР підвищать рівень публічного обговорення питань інвалідності, придатності до військової служби і, найголовніше, підтримки військовиків після проходження служби. Автори очікують, що з розвитком нових підходів до лікування ПТСР використання практичних методів, підтверджених даними досліджень, зросте. У такому випадку повсякденне оцінювання результатів лікування стане стандартною практикою, а рішення щодо лікування фахівці прийматимуть на підставі відомостей, підтверджених емпіричними даними.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders*. 4th-TR ed. Washington, DC: APA; 2005.
2. King D, Leskin G, King L, Weathers FW. Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD scale: evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychol Assess*. 1998;10:90–96.
3. McWilliams LA, Cox BJ, Asmundson GJ. Symptom structure of posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *J Anxiety Disord*. 2005;19(6):626–641.
4. Buckley T, Blanchard E, Hickling E. A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*. 1996;105:617–625.
5. Gray MJ, Bolton EE, Litz BT. A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):909–913.
6. Zeiss RA, Dickman HR. PTSD 40 years later: incidence and person-situation correlates in former POWs. *J Clin Psychol*. 1989;45(1):80–87.
7. Koenen KC, Stellman JM, Stellman SD, Sommer JF Jr. Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American Legionnaires. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(6):980–986.
8. Bramsen I, Dirkzwager A, van der Ploeg H. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1115–1119.
9. Dohrenwend B, Turner J, Turse N, Adams B, Koenen K, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for US veterans: a revisit with new data and methods. *Science*. 2006;313:979–982.
10. Litz BT, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A. Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for US military personnel. *Am J Psychiatry*. 1997;154(2):178–184.
11. Mehlum L, Weisaeth L. Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian UN peacekeepers 7 years after service. *J Trauma Stress*. 2002;15(1):17–26.

12. Ramchand R, Karney B, Osilla K, Burns R, Caldarone L. Prevalence of PTSD, depression, and TBI among returning service members. In: Tanielian T, Jaycox LH, eds. *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, Calif: RAND; 2008: 35–85.

13. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, et al. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of the Findings From the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York, NY: Bruner/Mazel; 1990.

14. Roy-Byrne P, Arguelles L, Vitek ME, et al. Persistence and change of PTSD symptomatology—a longitudinal co-twin control analysis of the Vietnam Era Twin Registry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(9):681–685.

15. Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK. Combat-related posttraumatic stress disorder: prevalence, risk factors and comorbidity. In: Saigh PA, Bremner JD, eds. *Posttraumatic Stress Disorder: A Comprehensive Text*. Boston, Mass: Allyn and Bacon; 1999: 69–91.

16. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry*. 1997;154(8):1114–1119.

17. Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL. The prevalence of lifetime and partial posttraumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *J Trauma Stress*. 1992;5(3):365–376.

18. Yarvis J, Bordnick P, Spivey C, Pedlar D. Subthreshold PTSD: a comparison of alcohol, depression, and health problems in Canadian peacekeepers with different levels of traumatic stress. *Stress Trauma Crisis*. 2005;8:195–213.

19. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Does ”subthreshold” posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Compr Psychiatry*. 2002;43(6):413–419.

20. Asmundson G, Stein M, McCreary D. PTSD symptoms influence health status of deployed peacekeepers and nondeployed personnel. *J Nerv Ment Dis*. 2002;180:807–815.

21. Fikretoglu D, Brunet A, Guay S, Pedlar D. Mental health treatment seeking by military members with posttraumatic stress disorder: findings on rates, characteristics, and predictors from a nationally representative Canadian military sample. *Can J Psychiatry*. 2007;52(2):49–55.

22. Ruscio AM, Ruscio J, Keane TM. The latent structure of posttraumatic stress disorder: a taxometric investigation of reactions to extreme stress. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(2):290–301.

23. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz LR. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder–major depression connection. *Biol Psychiatry*. 2000;48:902–909.

24. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med*. 1987;317(26):1630–1634.

25. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048–1060.

26. Beckham J, Kirby A, Feldman M. Prevalence and correlates of heavy smoking in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Addict Behav*. 1997;22:637–647.

27. Beckham JC, Moore SD, Feldman ME, Herzberg MA, Kirby AC, Fairbank JA. Health status, somatization and severity of posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1565–1569.

28. Brown P, Wolfe J. Substance abuse and posttraumatic stress disorder comorbidity. *Drug Alcohol Dependency*. 1994;35:51–59.

29. Clum G, Calhoun K, Kimerling R. Associations among symptoms of depression and posttraumatic stress disorder and self-reported health in sexually assaulted women. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188:671–678.

30. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma, part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *J Trauma Stress*. 1998;11:103–122.

31. Kang HK, Natelson BH, Mahan CM, Lee KY, Murphy FM. Posttraumatic stress disorder and chronic fatigue syndromelike illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *Am J Epidemiol*. 2003;157(2):141–148.

32. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry*. 2001;158(9):1467–1473.

33. Neal LA, Hill N, Hughes J, Middleton A, Busuttil W. Convergent validity of measures of PTSD in an elderly population of former prisoners of war. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1995;10:617–622.

34. Riggs DS, Byrne CA, Weathers FW, Litz BT. The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: problems associated with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1998;11(1):87–101.

35. Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clin Psychol Rev*. 2001;21(6):857–877.

36. Wagner AW, Wolfe J, Rotnitsky A, Proctor SP, Erickson DJ. An investigation of the impact of posttraumatic stress disorder on physical health. *J Trauma Stress*. 2000;13(1):41–55.

37. Westerink J, Giarratano L. The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(6):841–847.

38. Yarvis J, Schiess L. Subthreshold PTSD as a predictor of depression, alcohol use, and health problems in veterans. *J Workplace Behav Hlth*. 2008;23:4.

39. Koenen KC, Stellman SD, Sommer JF Jr, Stellman JM. Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: a 14-year follow-up. *J Trauma Stress*. 2008;21(1):49–57.

40. Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A. Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: a normative response to severe trauma. *Am J Psychiatry*. 1997;154(11):1576–1581.

41. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(12):760–766.

42. King DW, King LA, Foy DW, Gudanowski DM. Prewar factors in combat-related posttraumatic stress disorder: structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(3):520–531.

43. Wolfe J, Erickson DJ, Sharkansky EJ, King DW, King LA. Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(4):520–528.

44. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(1):13–22.

45. Himmelfarb N, Yaeger D, Mintz J. Posttraumatic stress disorder in female veterans with military and civilian sexual trauma. *J Trauma Stress*. 2006;19(6):837–846.

46. Yaeger D, Himmelfarb N, Cammack A, Mintz J. DSM-IV diagnosed posttraumatic stress disorder in women veterans with and without military sexual trauma. *J Gen Intern Med*. 2006;21(Suppl 3):S65–S69.

47. Fontana A, Rosenheck R. Duty-related and sexual stress in the etiology of PTSD among women veterans who seek treatment. *Psychiatric Serv*. 1998;49:658–662.

48. King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74(2):420–434.

49. Boscarino J. Posttraumatic stress and associated disorders among Vietnam veterans: the significance of combat exposure and social support. *J Trauma Stress*. 1995;8:317–336.

50. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:748–766.

51. Foa E, Kozak M. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986;99:20–35.

52. Ehlers A, Clark D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38:319–345.

53. Brewin C, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev*. 1996;103:670–686.

54. Foa E, Cahill S. Psychological therapies: emotional processing. In: Smelser N, Bates P, eds. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Oxford, UK: Elsevier, 2001; 12363–12369.

55. Maguen S, Litz BT. Predictors of barriers to mental health treatment for Kosovo and Bosnia peacekeepers: a preliminary report. *Mil Med*. 2006;171(5):454–458.

56. Kimerling R, Trafton JA, Nguyen B. Validation of a brief screen for posttraumatic stress disorder with substance use disorder patients. *Addict Behav*. 2006;31(11):2074–2079.

57. Bliese P, Wright K, Adler A. Timing of postcombat mental health assessments. *Psychol Serv*. 2007;4:141–148.

58. Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA*. 2007;298(18):2141–2148.

59. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006;295(9):1023–1032.

60. McFall M, Malte C, Fontana A, Rosenheck RA. Effects of an outreach intervention on use of mental health services by veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 2000;51(3):369–374.

61. Fontana A, Rosenheck R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192:579–584.

62. Keane T, Street A, Stafford J. The assessment of military-related PTSD. In: Wilson J, Keane T, eds. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York, NY: Guilford Press; 2004: 262–285.

63. King LA, King DW, Vogt DS, Knight J, Samper RE. Deployment Risk and Resilience Inventory: a collection of measures for studying deployment-related experiences of military

64. Lapp KG, Bosworth HB, Strauss JL, et al. Lifetime sexual and physical victimization among male veterans with combatrelated posttraumatic stress disorder. *Mil Med*. 2005;170(9):787–790.

65. Cabrera O, Hoge C, Bliese P. Childhood adversity and combat as predictors of depression and post-traumatic stress in deployed troops. *Am J Prev Med*. 2007;33:77–82.

66. Gahm GA, Lucenko BA. Screening soldiers in outpatient care for mental health concerns. *Mil Med*. 2008;173(1):17–24.

67. Department of Veterans Affairs/Department of Defense (VA/DoD). *Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress*. Washington, DC: VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group, Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense. 2004.

68. Gray MJ, Elhai JD, Frueh BC. Enhancing patient satisfaction and increasing treatment compliance: patient education as a fundamental component of PTSD treatment. *Psychiatr Q*. 2004;75(4):321–332.

69. Meichenbaum D. *Stress Inoculation Training*. New York, NY: Pergamon; 1985.

70. Foa E, Dancu C, Hembree E. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67:194–200.

71. Foa E, Rothbaum B. *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York, NY: Guilford Press; 1998.

72. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York, NY: Guilford Press; 2001.

73. Foa E, Jaycox L. Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In: Spiegel D, ed. *Efficacy and Cost-Effectiveness of Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999: 23–61.

74. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60(5):748–756.

75. Kubany ES. Cognitive therapy for trauma-related guilt. In: Follette V, Ruzek JI, Abueg F, eds. *Cognitive-BehavioralTherapies for Trauma*. New York, NY: Guilford Press; 1998: 124–161.

76. Kubany ES, Abueg FR, Kilauano WL, Manke FP, Kaplan AS. Development and validation of the sources of traumarelated guilt survey-war-zone version. *J Trauma Stress*. 1997;10(2):235–258.

77. Foa E, Ehlers A, Clark D. The Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychol Assess*. 1999;11:303–314.

78. The Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: Institute of Medicine; 2007.

79. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, et al. Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(Suppl 1):55–62.

80. Brady K, Pearlstein T, Asnis G, et al. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283:1837–1844.

81. Davidson J, Pearlstein T, Londborg P, et al. Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychol*. 2001;158:1974–1981.

82. Stein DJ, Davidson J, Seedat S, Beebe K. Paroxetine in the treatment of posttraumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. *Expert Opin Pharmacother*. 2003;4(10):1829–1838.

83. Robert S, Hamner MB, Ulmer HG, Lorberbaum JP, Durkalski VL. Open-label trial of escitalopram in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(10):1522–1526.

84. Seedat S, Stein DJ, Emsley RA. Open trial of citalopram in adults with posttraumatic stress disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2000;3(2):135–140.

85. Martenyi F, Brown EB, Zhang H, Koke SC, Prakash A. Fluoxetine versus placebo in prevention of relapse in posttraumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2002;181:315–320.

86. Martenyi F, Brown EB, Zhang H, Prakash A, Koke SC. Fluoxetine versus placebo in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(3):199–206.

87. Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P, Lenox R, McCahill ME. Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(4):261–269.

88. Mullins CD, Shaya FT, Meng F, Wang J, Harrison D. Persistence, switching, and discontinuation rates among patients receiving sertraline, paroxetine, and citalopram. *Pharmacother*. 2005;25(5):660–667.

89. Davidson J, Rothbaum B, Tucker P, Asnis G, Benattia I, Musgnung J. Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: a sertraline- and placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26:259–267.

90. Davidson J, Weisler R, Butterfield M, et al. Mirtazapine vs placebo in posttraumatic stress disorder: a pilot trial. *Biol Psychiatry*. 2003;53:188–191.

91. Davis LL, Jewell ME, Ambrose S, et al. A placebo-controlled study of nefazodone for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: a preliminary study. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24(3):291–297.

92. Briley M. Clinical experience with dual action antidepressants in different chronic pain syndromes. *Hum Psychopharmacol*. 2004;19(Suppl 1):S21–S25.

93. Becker M, Hertzberg M, Moore S, Dennis M, Bukenya D, Beckham J. A placebo-controlled trial of bupropion SR in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:193–197.

94. Hertzberg MA, Moore SD, Feldman ME, Beckham JC. A preliminary study of bupropion sustained-release for smoking cessation in patients with chronic posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(1):94–98.

95. Bartzokis G, Lu PH, Turner J, Mintz J, Saunders CS. Adjunctive risperidone in the treatment of chronic combat-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57:474–479.

96. Hamner MB, Faldowski RA, Ulmer HG, Frueh BC, Huber MG, Arana GW. Adjunctive risperidone treatment in posttraumatic stress disorder: a preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *Int Clin Psychopharmacol*. 2003;18(1):1–8.

97. Monnelly EP, Ciraulo DA, Knapp C, Keane T. Low-dose risperidone as adjunctive therapy for irritable aggression in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2003;23(2):193–196.

98. Padala PR, Madison J, Monnahan M, et al. Risperidone monotherapy for posttraumatic stress disorder related to sexual assault and domestic abuse in women. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21(5):275–280.

99. Stein MB, Kline NA, Matloff JL. Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1777–1779.

100. Rothbaum BO, Killeen TK, Davidson JR, Brady KT, Connor KM, Heekin MH. Placebo-controlled trial of risperidone augmentation for selective serotonin reuptake inhibitor-resistant civilian posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):520–525.

101. Davis LL, Ward C, Rasmusson A, Newell JM, Frazier E, Southwick SM. A placebo-controlled trial of guanfacine for the treatment of posttraumatic stress disorder in veterans. *Psychopharmacol Bull*. 2008;41:8–18.

102. Lindley SE, Carlson EB, Hill K. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of augmentation topiramate for chronic combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27(6):677–681.

103. Davidson J, Brady K, Mellman T, Stein M, Pollack M. The efficacy and tolerability of tiagabine in adult patients with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:85–88.

104. Southwick SM, Bremner JD, Rasmusson A, Morgan CA 3rd, Arnsten A, Charney DS. Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1999;46(9):1192–1204.

105. Neylan TC, Lenoci M, Samuelson KW, et al. No improvement of posttraumatic stress disorder symptoms with guanfacine treatment. *Am J Psychiatry*. 2006;163(12):2186–2188.

106. Reist C, Duffy JG, Fujimoto K, Cahill L. β-Adrenergic blockade and emotional memory in PTSD. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2001;4(4):377–383.

107. Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry*. 2002;51(2):189–192.

108. Stein MB, Kerridge C, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pharmacotherapy to prevent PTSD: results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):923–932.

109. Raskind MA, Peskind ER, Hoff DJ, et al. A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;61(8):928–934.

110. Raskind MA, Peskind ER, Kanter ED, et al. Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(2):371–373.

111. Braun P, Greenberg D, Dasberg H, Lerer B. Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *J Clin Psychiatry*. 1990;51:236–238.

112. Cates M, Bishop M, Davis L, Lowe J, Woolley T. Clonazepam for treatment of sleep disturbances associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *Ann Pharmacother*. 2004;38:1395–1399.

113. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(9):390–394.

114. Hermos JA, Young MM, Lawler EV, Rosenbloom D, Fiore LD. Long-term, high-dose benzodiazepine prescriptions in veteran patients with PTSD: influence of preexisting alcoholism and drug-abuse diagnoses. *J Trauma Stress*. 2007;20(5):909–914.

115. Bisson J. Pharmacological treatment of posttraumatic stress disorder. *Adv Psychiatr Treatment*. 2007;13:119–126.

116. NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence Report. Birmingham, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005. Available at: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026NICEguideline.pdf. Accessed February 18, 2009.

117. Mellman TA, Clark RE, Peacock WJ. Prescribing patterns for patients with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 2003;54(12):1618–1621.

118. Resick PA, Williams L, Orazem R, Gutner C. Can we cure PTSD? Five-year follow-up of a clinical trial comparing cognitive processing therapy and prolonged exposure. Paper presented at: The Association for Behavioral and Cognitive Therapies; 2005; Washington, DC.

119. Rosen CS, DiLandro C, Corwin KN, Drescher KD, Cooney JH, Gusman F. Telephone monitoring and support for veterans with chronic posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Community Ment Health J*. 2006;42(5):501–508.

120. Davis LL, Frazier EC, Williford RB, Newell JM. Long-term pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *CNS Drugs*. 2006;20(6):465–476.

121. Schnurr PP, Hayes AF, Lunney CA, McFall M, Uddo M. Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(4):707–713.

122. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(3):320–331.

123. Ouimette P, Moos RH, Finney JW. PTSD treatment and 5-year remission among patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(2):410–414.

124. Ruzek JI. Concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder among veterans: evidence and treatment issues. In: Ouimette P, Brown P, eds. *Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002: 191–207.

125. Najavits LM. *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York, NY: Guilford Press; 2002.

126. Koenen KC, Hitsman B, Lyons MJ, et al. Posttraumatic stress disorder and late-onset smoking in the Vietnam era twin registry. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(1):186–190.

127. McFall M, Saxon AJ, Thompson CE, et al. Improving the rates of quitting smoking for veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(7):1311–1319.

128. Ledgerwood DM, Petry NM. Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *J Trauma Stress*. 2006;19(3):411–416.

129. Biddle D, Hawthorne G, Forbes D, Coman G. Problem gambling in Australian PTSD treatment-seeking veterans. *J Trauma Stress*. 2005;18:759–767.

130. Blanchard E, Buckley T, Hickling E, Taylor A. Posttraumatic stress disorder and comorbid depression: is the correlation an illusion? *J Anxiety Dis*. 1998;12:21–37.

131. Shalev AY, Freedman S, Peri T, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*. 1998;155(5):630–637.

132. Erickson D, Wolfe J, King DW, King LA, Sharkansky EJ. Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69:41–49.

133. Sareen J, Houlahan T, Cox BJ, Asmundson GJ. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(7):450–454.

134. Boscarino J. External-cause mortality after psychologic trauma: the effects of stress exposure and predisposition. *Compr Psychiatry*. 2006;47:503–514.

135. Kashdan TB, Frueh BC, Knapp RG, Hebert R, Magruder KM. Social anxiety disorder in Veterans Affairs primary care clinics. *Behav Res Ther*. 2006;44(2):233–247.

136. Sasson Y, Dekel S, Nacasch N, et al. Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case series. *Psychiatry Res*. 2005;135(2):145–152.

137. Falsetti S, Davis J. Multiple channel exposure therapy: combining cognitive-behavioral therapies for the treatment of posttraumatic stress disorder with panic attacks. *Behav Modif*. 2005;29:70–94.

138. Novaco RW, Chemtob CM. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2002;15(2):123–132.

139. Orth U, Wieland E. Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(4):698–706.

140. Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, et al. Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):945–954.

141. Beckham J, Vrana S, Barefoot J, Feldman M, Fairbank J, Moore S. Magnitude and duration of cardiovascular response to anger in Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:228–234.

142. Forbes D, Creamer M, Hawthorne G. Comorbidity as a predictor of symptom change after treatment in combat-related posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191:93–99.

143. Foa E, Riggs D, Massie E, Yarczower M. The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behav Ther*. 1995;26:487–499.

144. McFall M, Fontana A, Raskind M, Rosenheck R. Analysis of violent behavior in Vietnam combat veteran psychiatric inpatients with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1999;12(3):501–517.

145. Sherman MD, Sautter F, Jackson MH, Lyons JA, Han X. Domestic violence in veterans with posttraumatic stress disorder who seek couples therapy. *J Marital Fam Ther*. 2006;32(4):479–490.

146. Taft CT, Pless AP, Stalans LJ, Koenen KC, King LA, King DW. Risk factors for partner violence among a national sample of combat veterans. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(1):151–159.

147. Orcutt HK, King LA, King DW. Male-perpetrated violence among Vietnam veteran couples: relationships with veteran's early life characteristics, trauma history, and PTSD symptomatology. *J Trauma Stress*. 2003;16(4):381–390.

148. Freeman T, Roca V, Kimbrell T. A survey of gun collection and use among three groups of veteran patients admitted to Veterans Affairs hospital treatment programs. *South Med J*. 2003;96:240–243.

149. Holman EA, Silver RC. Getting "stuck" in the past: temporal orientation and coping with trauma. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74(5):1146–1163.

150. Neria Y. Coping with tangible and intangible traumatic losses in prisoners of war. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2001;38(3–4):216–225.

151. Pivar IL, Field NP. Unresolved grief in combat veterans with PTSD. *J Anxiety Disord*. 2004;18(6):745–755.

152. Shear K, Frank E. Treatment of complicated grief: integrating cognitive-behavioral methods with other treatment approaches. In: Follette V, Ruzek JI, eds. *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2006: 290–320.

153. Ehlers A. Understanding and treating complicated grief: what can we learn from posttraumatic stress disorder? *Clin Psychol Sci Pract*. 2006;13:135–140.

154. Richardson JD, Elhai JD, Pedlar DJ. Association of PTSD and depression with medical and specialist care utilization in modern peacekeeping veterans in Canada with health-related disabilities. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(8):1240–1245.

155. Schnurr PP, Green BL. Understanding relationships among trauma, posttraumatic stress disorder, and health outcomes. *Adv Mind-Body Med*. 2004;20:18–29.

156. Stapleton JA, Asmundson GJ, Woods M, Taylor S, Stein MB. Health care utilization by United Nations peacekeeping veterans with co-occurring, self-reported, posttraumatic stress disorder and depression symptoms versus those without. *Mil Med*. 2006;171(6):562–566.

157. Buckley TC, Mozley SL, Bedard MA, Dewulf AC, Greif J. Preventive health behaviors, health-risk behaviors, physical morbidity, and health-related role functioning impairment in veterans with posttraumatic stress disorder. *Mil Med*. 2004;169:536–540.

158. Schnurr PP, Lunney CA, Sengupta A, Spiro A III. A longitudinal study of retirement in older male veterans. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):561–566.

159. Davison E, Pless A, Gugliucci M, et al. Late-life emergence of early life trauma: the phenomenon of late-onset stress symptomatology among aging combat veterans. *Res Aging*. 2006(28):84–114.

160. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):659–666.

161. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):150–153.

162. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry*. 2006;163(10):1777–1783.

163. McMillan TM, Williams WH, Bryant R. Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: a review of causal mechanisms, assessment, and treatment. *Neuropsychol Rehab*. 2003;13:149–164.

164. Hoge CW, McGurk D, Thomas JL, Cox AL, Engel CC, Castro CA. Mild traumatic brain injury in US soldiers returning from Iraq. *N Engl J Med*. 2008;358(5):453–463.

165. Bryant R, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry*. 2003;160:585–587.

166. Ruscio AM, Weathers FW, King LA, King DW. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: the importance of emotional numbing. *J Trauma Stress*. 2002;15(5):351–357.

167. Samper RE, Taft CT, King DW, King LA. Posttraumatic stress disorder symptoms and parenting satisfaction among a national sample of male Vietnam veterans. *J Trauma Stress*. 2004;17(4):311–315.

168. Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA. Combat trauma: trauma with highest risk of delayed onset and unresolved posttraumatic stress disorder symptoms, unemployment, and abuse among men. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(2):99–108.

169. Calhoun P, Beckham J, Bosworth H. Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2002;15:205–212.

170. Dirkzwager A, Bramsen I, Ader H. Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *J Fam Psychol*. 2005;19:217–226.

171. Byrne C, Riggs D. The cycle of trauma: relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence Vict*. 1996;11:213–225.

172. Devilly GJ. The psychological effects of a lifestyle management course on war veterans and their spouses. *J Clin Psychol*. 2002;58:1119–1134.

173. Sautter F, Lyons JA, Manguno-Mire G, et al. Predictors of partner engagement in PTSD treatment. *J Psychopathol Behav Assess*. 2006;28:123–130.

174. Monson CM, Schnurr PP, Stevens SP, Guthrie KA. Cognitive-behavioral couple's treatment for posttraumatic stress disorder: initial findings. *J Trauma Stress*. 2004;17(4):341–344.

175. Glynn SM, Eth S, Randolph ET, et al. A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(2):243–251.

176. Frueh BC, Turner SM, Beidel DC, Cahill S. Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD. *Aggression Violent Behav*. 2001;6:79–90.

177. Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60(6):916–926.

178. Bolton E, Glenn D, Orsillo S, Roemer L, Litz B. The relationship between self-disclosure and symptoms of posttraumatic stress disorder in peacekeepers deployed to Somalia. *J Trauma Stress*. 2003;10:203–210.

179. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med*. 1997;27(4):861–873.

180. Savoca E, Rosenheck R. The civilian labor market experiences of Vietnam-era veterans: the influence of psychiatric disorders. *J Ment Health Policy Econ*. 2000;3(4):199–207.

181. Smith MW, Schnurr PP, Rosenheck RA. Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Ment Health Serv Res*. 2005;7(2):89–101.

182. Foa E, Keane T, Friedman M, Cohen J. *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines From the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2008.

183. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Western D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005;162:214–227.

184. Foy D, Glynn S, Schnurr P, et al. Group therapy. In: Foa E, Keane T, Friedman M, Cohen J, eds. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines From the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, NY: Guilford Press; 2000: 155–175.

185. Ready DJ, Thomas KR, Worley V, et al. A field test of group based exposure therapy with 102 veterans with war-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2008;21(2):150–157.

186. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(4):867–879.

187. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:1022–1028.

188. Paunovic N, Ost LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther*. 2001;39(10):1183–1197.

189. Bryant R, Moulds M, Guthrie R. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:706–712.

190. Tarrier N, Pilgrim H, Sommerfield C, et al. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(1):13–18.

191. Tarrier N, Sommerfield C. Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up. *Behav Ther*. 2004;35:231–246.

192. van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, et al. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(1):37–46.

193. Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, et al. Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2006;19(5):625–638.

194. Boudewyns P, Hyer L, Woods M, Harrison W, McCranie E. PTSD among Vietnam veterans: an early look at treatment outcome using direct therapeutic exposure. *J Trauma Stress*. 1990;3:359–368.

195. Cooper N, Clum G. Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: a controlled study. *Behav Ther*. 1989;20:381–391.

196. Keane T, Fairbank JA, Caddell J, Zimering R. Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behav Ther*. 1989;20:245–260.

197. Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW, et al. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(5):481–489.

198. Monson CM, Schnurr PP, Resick PA, Friedman MJ, Young-Xu Y, Stevens SP. Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(5):898–907.

199. Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;297(8):820–830.

200. Boudewyns P, Hyer L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Psychother*. 1996;3:185–195.

201. Carlson JG, Chemtob CM, Rusnack K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1998;11:3–24.

202. Devilly G, Spence S, Rapee R. Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: treating trauma within a veteran population. *Behav Ther*. 1998;29:435–455.

203. Macklin ML, Metzger LJ, Lasko NB, Berry NJ, Orr SP, Pitman RK. Five-year follow-up study of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*. 2000;41(1):24–27.

204. Raskind MA, Peskind ER, Kanter ED, et al. *Prazosin for Treating Noncombat Trauma Post-Traumatic Stress Disorder*. Bethesda, Md: National Institute of Mental Health; 2007. Clinical Trial #NCT00183430.

205. Daly C, Doyle M, Raskind M, Raskind E, Daniels C. Clinical case series: the use of prazosin for combat-related recurrent nightmares among Operation Iraqi Freedom combat veterans. *Mil Med*. 2005;170:513–515.

206. Forbes D, Phelps A, McHugh A, Debenham P, Hopwood M, Creamer M. Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *J TraumaStress*. 2003;16:509–513.

207. Krakow B, Hollifield M, Schrader R, et al. A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):589–609.

208. Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: The National Academies Press; 2008.

209. Frueh BC, Turner SM, Beidel DC, Mirabella RF, Jones WJ. Trauma management therapy: a preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related PTSD. *Behav Res Ther*. 1996;34(7):533–543.

210. Johnson DR, Rosenheck R, Fontana A, Lubin H, Charney D, Southwick S. Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153(6):771–777.

211. Johnson DR, Fontana A, Lubin H, Corn B, Rosenheck R. Long-term course of treatment-seeking Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: mortality, clinical condition, and life satisfaction. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(1):35–41.

212. Bolton EE, Lambert JF, Wolf EJ, Raja S, Varra AA, Fisher LM. Evaluating a cognitive-behavioral group treatment program for veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychol Serv*. 2004;1:140–146.

213. Creamer M, Morris P, Biddle D, Elliott P. Treatment outcome in Australian veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: a cause for cautious optimism? *J Trauma Stress*. 1999;12:545–558.

214. Creamer M, Elliott P, Forbes D, Biddle D, Hawthorne G. Treatment for combat-related posttraumatic stress disorder: two-year follow-up. *J Trauma Stress*. 2006;19:675–685.

215. Fontana A, Rosenheck R. *An Evaluation of the Inpatient Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Specialized PTSD Programs*. West Haven, Conn: Northeast Program Evaluation Center, Department of Veterans Affairs; 1996.

216. Fontana A, Rosenheck R, Spencer H, Gray S. *The Long Journey Home XVI: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in the Department of Veterans Affairs: Fiscal Year 2006 Service Delivery and Performance*. West Haven, Conn: Department ofVeterans Affairs, Northeast Program Evaluation Center; 2007.

217. Dieperink M, Erbes C, Leskela J, et al. Comparison of treatment for posttraumatic stress disorder among three Department of Veterans Affairs medical centers. *Mil Med*. 2005;170:305–308.

218. Tanielian TL, Jaycox LH. *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, Calif: RAND; 2008.

219. Rosen CS, Chow HC, Finney JF, et al. VA practice patterns and practice guidelines for treating posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2004;17(3):213–222.

220. Hembree EA, Foa EB, Dorfan NM, Street GP, Kowalski J, Tu X. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *J Trauma Stress*. 2003;16(6):555–562.

221. Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Ther*. 2004;42:277–292.

222. Riggs DS, Cahill SP, Foa EB. Prolonged exposure treatment of PTSD. In: Follette V, Ruzek JI, eds. *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2006: 65–95.

223. Turner SM, Beidel DC, Frueh BC. Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: trauma management therapy. *Behav Modif*. 2005;29(1):39–69.

224. Follette V, Ruzek JI. *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2006.

225. Ruzek JI, Friedman MJ, Murray S. Towards a PTSD knowledge management system in veterans health care. *Psychiatr Ann*. 2005;35:911–920

Розділ 20

ДІАПАЗОН ДОПОМОГИ НОВИМ ВЕТЕРАНАМ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЇХНІМ РОДИНАМ: ПІДХІД СУСПІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гарольд Кудлер[I] · Альфонсо Р. Батрес[II] ·
Чарлз М. Флора[III] · Террі С. Вашам[IV] ·
Маршал Дж. Гобі[V] · Лорант С. Леманн[IV]

ВСТУП

СТИСЛИЙ ОГЛЯД ДІЯЛЬНОСТІ ДЕПАРТАМЕНТУ У СПРАВАХ ВЕТЕРАНІВ

Перебудова консультаційного обслуговування: Центри для ветеранів

Поступова адаптація, медична допомога та соціальна робота

НАДАННЯ ПОСЛУГ ВЕТЕРАНАМ АФГАНІСТАНУ ТА ІРАКУ

НОВІ ПРОГРАМИ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ І ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН

Об'єднана конференція з охорони психічного здоров'я після проходження військової служби

Громадська модель охорони психічного здоров'я військовослужбовців

Повторне оцінювання здоров'я військовослужбовців: новий рівень інтеграції

Програма психологічної підготовки Battlemind

Посилення та розширення діапазону допомоги

ПОЗА СФЕРОЮ ВПЛИВУ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ ТА ДЕПАРТАМЕНТУ У СПРАВАХ ВЕТЕРАНІВ

Налагодження партнерства між штатом і громадою

Ключові елементи, що можуть запроваджуватися в кожному штаті

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, доцент клінічної медицини кафедри психіатрії медичного університету Дюка, Durham North Carolina; заступник директора Науково-дослідного освітнього центру психічних захворювань, Середньоатлантична мережа послуг для ветеранів (VISN 6), VA Medical Center, 508 Fulton Street, #166A,Durham, North Carolina 27705.

[II] Доктор філософії, директор Центру консультування з питань адаптації, Департамент у справах ветеранів, 810 Vermont Avenue NW, Washington, DC 20420

[III] Магістр соціального забезпечення, заступник директора Центру консультування з питань адаптації, Департамент у справах ветеранів, 810 Vermont Avenue NW, Washington, DC 20420.

[IV] Магістр наук у галузі соціального управління, ліцензований незалежний соціальний працівник, полковник, Корпус медичного обслуговування, Резерв армії США; координатор зв'язків із громадськістю, управління з поступового переходу, Департамент у справах ветеранів, VA Medical Center, 10000 Brecksville Road, Brecksville, Ohio 44141.

[V] Доктор філософії, полковник у відставці, Армія США; головний психолог Центру консультування з питань адаптації, Департамент у справах ветеранів, Центр для ветеранів Пал Біч, 2311 10th Avenue North, #13, Lake Worth, Florida 33461; у минулому — консультант-психолог Резерву, Управління начальника військово-медичної служби, Армія США, Falls Church, Virginia.

[VI] Доктор медицини, помічник головного консультанта з психічного здоров'я, управління послугами психіатричної допомоги, Департамент у справах ветеранів, 810 Vermont Avenue NW, Room 966, Washington,DC 20420.

ВСТУП

Шістнадцятого жовтня 2003 р. у комітеті в справах ветеранів Палати представників США відбулося слухання щодо охорони здоров'я ветеранів, що згодом було опубліковано як звіт під назвою «Нехтування чи незграбне поводження? Чи Міністерство оборони та Департамент у справах ветеранів забезпечують цілісну медичну допомогу для адаптації ветеранів до цивільного життя?» [1].У документі було підсумовано досягнення у цій сфері. Так, зокрема, були підкреслені зусилля із запровадження систематичного, стандартизованого огляду на наявність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і встановлення нагляду за всіма пацієнтами, які є на обліку в Міністерстві оборони (МО) та Департаменті в справах ветеранів (VA — Department of Veterans Affairs), у закладах першої медичної допомоги, а також у закладах лікування психічного здоров'я. МО та VA випустили керівні принципи клінічної практики боротьби зі стресом, пов'язаним із ПТСР [2]. Було встановлено зв'язки між VA і найбільшими медичними лікувальними закладами для військовослужбовців та надано окремого значення координації зусиль медичного персоналу й капеланів у виявленні та підтримці ветеранів та їхніх родин. Окрім того, наголошувалось на потребі запровадити нові інформаційні технології, які сприяли б інтегруванню найефективніших практик у МО і VA в комп'ютеризовані системи медичної документації.

Ключовим висновком цього слухання стало твердження про те, що

> VA є передовою інституцією в лікуванні ПТСР, проте його клінічні й наукові програми були передусім направлені на лікування ветеранів В'єтнаму, Кореї та Другої світової з хронічним посттравматичним стресовим розладом. Починаючи з війни у Перській затоці, отримавши імпульс після [атаки] 11 вересня [2001 року] і зважаючи на збройні конфлікти в Афганістані й Іраку, VA вчиться, як діяти на випередження у випадку з ПТСР [2, с. 40].

Більш того, було зазначено, що

> Рядові військовослужбовці вбачають у посттравматичному стресовому розладі не реакцію нормальної людини, яка потрапила в ненормальну ситуацію, а скоріше провал підготовки, керівництва, нестачу сили або, може бути, характеру. Це таврування і є найбільшою перешкодою для ефективного втручання і надання допомоги [2, с. 41].

Ходж із колегами, презентуючи власну доповідь під назвою «Військова служба в Іраку та Афганістані, проблеми психічного здоров'я і бар'єри для допомоги», що з'явилась в Журналі медицини Нової Англії в липні 2004 року, згодом підтвердили це спостереження [3].

Ці міркування допомогли закласти основу для поточних зусиль зі зміцнення та інтегрування значного вибору варіантів надання допомоги ветеранам бойових дій і членам їхніх родин у МО, VA, на території усієї держави і в громадах, як описано в цьому розділі.

СТИСЛИЙ ОГЛЯД ДІЯЛЬНОСТІ ДЕПАРТАМЕНТУ У СПРАВАХ ВЕТЕРАНІВ

Хоч ДСВ і відомий на національному та міжнародному рівнях, стисла інформація про те, чим займається ця організація і чиї потреби задовольняє, може бути корисною. Загалом наведену інформацію взяли з офіційного веб-сайту організації: www.va.gov [4]. Заснована на рівні відділу в 1989 році, організація переросла в Департамент у справах ветеранів, окресливши свою головну мету — надання допомоги ветеранам та їхнім родинам. Місія департаменту відповідає словам з другої інавгураційної промови Авраама Лінкольна, який виступив в останні дні громадянської війни: «Піклуватися про того, хто брав участь у бойових діях, і про його вдову, і про його сироту». Очолюваний секретарем у справах ветеранів, VA є другим за розміром з 15 департаментів уряду. VA запроваджує національні програми з охорони здоров'я (управління охорони здоров'я ветеранів [VHA]), фінансову допомогу (управління пільг для ветеранів [VBA]) і пільги на поховання (Національне управління поховань). У 2007 фіскальному році VA витратив більше ніж 80 мільярдів доларів, включно з 34,9 мільярда на надання медичної допомоги і 41,5 мільярда на надання пільг.

Із 24 мільйонів американських ветеранів, які станом на сьогодні живі, майже три чверті проходили службу під час війни або офіційного військового конфлікту. Близько чверті з населення країни, приблизно 74,5 мільйони, мають потенційне право на пільги і послуги VA тому, що вони є або ветеранами, або членами родини ветеранів, або спадкоємцями ветеранів. VHA надав медичні послуги майже 5,5 млн осіб в 2006 році, а це на 29 % більше, ніж у 2001 році. До кінця 2006 фіскального року 78 % усіх інвалідів і малозабезпечених ветеранів записались до програм охорони здоров'я, і 65 % з них отримали допомогу від VA. Департамент надає медичну допомогу в понад 1400 установах, у тому числі 155 медичних центрах VA, 872 громадських поліклініках і 209 центрах для ветеранів. У планах — збільшення кількості центрів для ветеранів до двісті тридцяти двох. Центри розташовані в усіх 50 штатах і в окрузі Колумбія, Пуерто-Рико, Гуам і на Філіппінах. Послуги VA також поширюються з часом: на кінець грудня 2007 року VA надавало пільги трьом дітям ветеранів громадянської війни і 232 дітям ветеранів іспано-американської війни. VA також надає медичну допомогу для МО в період кризових національних ситуацій або стихійних лих.

VA також забезпечує найбільшу кількість випускників із медичною освітою та значно сприяє медичним і науковим дослідженням. Щороку близько 90 000 професіоналів у сфері охорони здоров'я проходять підготовку в медичних центрах VA, і більше ніж половина лікарів, які практикують у Сполучених Штатах, частково отримали свою професійну освіту завдяки VA. Якість медичної допомоги VA значно перевищує систему оплати окремих медичних послуг Medicare за значною кількістю об'єктивних показників [5].

Перебудова консультаційного обслуговування: Центри для ветеранів

Консультаційна служба з питань адаптації (RCS — Readjustment Counseling Service), також відома як система центрів для ветеранів, відіграє унікальну і ключову роль у сфері медичної допомоги на рівні МО/VA/держава/громада. RCS була створена конгресом у 1979 році після визнання факту, що багато ветеранів В'єтнаму й далі боролися з проблемами адаптації через багато років опісля закінчення війни [6]. Центри для ветеранів розташовані у місцях проживання громад, де працюють невеликі мультидисциплінарні команди відданих своїй справі фахівців, багато з яких є ветеранами бойових дій у минулому. Послуги доступні для будь-якого ветерана, який служив у місці розгортання бойових дій або взагалі проходив службу в період воєнних дій. Члени родин військових, які стикаються зі стресом, пов'язаним з проходженням служби, і потребують консультацій щодо важкої втрати для батьків, чоловіків/дружин, дітей, братів і сестер військовослужбовців (зокрема з федерального резерву і персоналу Національної гвардії), які померли з будь-якої причини в період військової служби, також мають право скористатися послугами центрів.

Щоб краще реагувати на потреби нового покоління ветеранів бойових дій, Конгрес США уповноважив RCS винайняти і провести навчання для 100 ветеранів OIF та OEF, які проводили б інформаційно-пропагандистську роботу з населенням щодо Глобальної війни з тероризмом (GWOT). Ці консультанти надають інформацію щодо процесу адаптації та послуг VA для діючого і резервного компоненту військовослужбовців опісля проходження служби та допомагають залучити нових ветеранів до програм RCS для отримання послуг, на які вони мають право. Спільний військовий досвід сприяє налагодженню зв'язків між консультантами з інформаційно-пропагандистської роботи з досвідом участі у GWOT та їхніми колегами з досвідом участі в OEF/OIF. Це допомагає значно знизити рівень таврування, пов'язаного з обговоренням проблем, які виникають після проходження служби.

У центрах для ветеранів прагнуть підвищити рівень психологічної стійкості нових ветеранів бойових дій та членів їхніх родин завдяки ранньому втручанню. Кінцевою метою цих зусиль є запобігання розвитку більш складних хронічних післявоєнних проблем, включаючи проблеми професійного, подружнього/родинного, соціального, фінансового або психологічного характеру. Для того, щоб отримати допомогу в центрі для ветеранів, не потрібно вносити платню або додатково сплачувати якісь послуги. Ветерани також не мають бути зареєстрованими в VA, щоб отримати допомогу. Продовжуючи традицію надання «допомоги без перешкод», ці центри призначені для зменшення таврування, яке існує серед ветеранів і їхніх близьких щодо обговорення власних проблем у медичних установах, шляхом знаходження особистого підходу до них із наголосом на доступність і розуміння. Ці характеристики RCS нещодавно були визначені (і влучно змальовані) у мультиплікаційному серіалі Doonesbury Гарі Трюдо, який зображує напружений процес адаптації ветерана Іраку (OIF), котрий працює з радником центру для ветеранів (який є ветераном В'єтнаму) [7].

На додачу до психіатричної допомоги у лікуванні травми, пов'язаної з бойовими діями, послуги RCS включають інформаційно-пропагандистську роботу з населенням, розгляд медичних справ та направлення пацієнтів до лікарів, соціальні послуги з підтримки та консультації для ветеранів, які постраждали від сексуального насильства або переслідування під час служби. Центри для ветеранів відіграють важливу роль у підборі необхідних послуг VA. З дня відкриття першого центру понад 2 млн ветеранів отримали допомогу. Щороку RCS обслуговує понад 130 000 ветеранів і забезпечує понад 1 мільйон відвідувань для ветеранів і членів їхніх родин [4]. З початку конфліктів в Афганістані й Іраку впродовж другого кварталу 2007 фіскального року центри для ветеранів відвідали понад 227 000 ветеранів OIF/OEF (це більше ніж чверть усіх ветеранів OIF/OEF на сьогодні). З цієї кількості людей понад 54 000 самостійно звернулись до центрів для ветеранів, а з рештою вдалося зв'язатись через програму повторного оцінювання здоров'я після проходження військової служби (PDHRA — Post-Deployment Health Re-Assessment) завдяки інформаційно-пропагандистській роботі, проведеній передусім із військовиками під час військової служби і демобілізації.

Поступова адаптація, медична допомога та соціальна робота

У серпні 2003 року, щоб гарантувати ветеранам OIF/OEF своєчасний доступ до медичної допомоги після звільнення з військової служби, тодішній керівник VA Ентоні Прінсіпі (Anthony Principi) і доктор Майкл Кусман (Dr Michael J. Kussman), заступник начальника Управління з лікувальної роботи (PCS — Patient Care Services), пішли на безпрецедентний крок у політиці VA. Др. Кусман, армійський генерал у відставці, який раніше командував Військово-медичним центром Волтера Ріда (WRAMC — Walter Reed Army Medical Center), організував тісну співпрацю соціальних працівників ДСВ і армійського медичного персоналу для забезпечення поступового переходу поранених ветеранів до отримання послуг ДСВ [8]. З початком операції в Іраку VBA розмістив консультантів МО у лікувальних закладах для інформування поранених військовослужбовців про послуги VA та допомогу їм у визначенні власних прав. Проте ці консультанти не могли реєструвати вій-

ськовослужбовців у системі охорони здоров'я VA або направляти їх до медичних установ VA. Була необхідна нова клінічна система, яка б залучала співробітників VHA з клінічним досвідом, котрі б проводили огляд нових ветеранів і направляли їх до відповідних фахівців. Др. Кусман зазначав: «Ми просто вирішили проблеми із зайвою писаниною і взялися до справи» [8, с. 17].

Уже протягом місяця соціальний працівник VA з медичного центру у Вашингтоні був направлений до нового центру з поступового переходу WRAMC при VA. Спільно з командами, що займались лікуванням в армії, він і соціальні працівники ДСВ, які робили ту ж справу в військових медичних центрах «Брук», «Ейзенхауер» і «Медіган», впоралися з відсутністю електронної системи даних (або навіть загальної паперової документації) та розробили інноваційні методи, які дали б новим ветеранам змогу скористатися послугами VA.

Було виявлено, наприклад, що одна з проблем виникає, щойно ветерана перенаправляють із лікувальних закладів на об'єкти VA, і визначити об'єкт, який би забезпечував нагляд за ветераном після лікування, дуже складно. За декілька тижнів VA була відкрита необхідна кількість контактних пунктів для вирішення адміністративних питань і призначена потрібна кількість менеджерів (зазвичай, соціальних робітників), відповідальних за медичні питання в усіх центрах VA і регіональних офісах VBA. Своєю чергою, менеджери поступової адаптації значно розширили спектр послуг, щоб нарешті стати основними контактними особами для ветеранів, які звертаються до VA. Успіх і цінність їхніх зусиль стали поштовхом до того, що ДСВ має намір перетворити це на власну постійну політику [8, с. 19] для координування допомоги в МО та VA. У січні 2005 року VA відкрило Управління з поступового переходу для налагодження більш тісної співпраці з МО, аби наростити зусилля з поступового переходу.

З часом забезпечення поступового переходу ветеранів тільки посилюється. Сьогодні у VA є необхідна кількість соціальних працівників і консультантів з питань пільг для ветеранів, прикріплених до 11 лікувальних закладів, і новостворений реабілітаційний заклад «Центр для безстрашних» у Сан-Антоніо (Техас). У березні 2005 року керівник Військово-медичної служби армії США направив лікарів з Військово-медичного управління (AMEDD) в кожен із чотирьох реабілітаційних центрів з лікування політравми для допомоги військовослужбовцям та членам їхніх родин у питаннях перехідного періоду. VA, своєю чергою, направив фахівців у сфері стосунків між родинами та військовослужбовцями з центру Army Wounded Warrior (AW2) в центри по всій країні. Також до роботи у новий медичний центр із поступового переходу WRAMC була залучена професійна медична сестра з реабілітації для надання допомоги в переході до послуг VA. У 2006 році VA було відкрито центр телефонного обслуговування з питань політравми, який працює 24 години на добу, 7 днів на тиждень, щоб допомогти серйозно пораненим військовослужбовцям та членам їхніх родин обрати необхідні послуги та пільги. VA налагодив партнерство з бюро Національної гвардії, що забезпечує його 54 радниками з питань адаптації, які розміщені в кожному штаті й території для допомоги у питаннях адаптації членів Національної гвардії. VA працює з програмою Регулярна армія та Справи Резерву (Army Manpower and Reserve Affairs) над ініціативою поліпшення системи оцінки фізичної інвалідності в армії (Physical Disability Evaluation System). Ці та інші заходи, у тому числі конференція VA 2007-го «Еволюція парадигми: надання медичної допомоги під час адаптації бойових ветеранів у перехідний період», у якій взяли участь 250 представників МО і 1000 учасників VA, ще більше розширили спектр медичних послуг та пільг, що надаються МО і VA.

У березні 2007 року керівник VA розпорядився створити ряд додаткових позицій у медичних центрах VA та поліклініках, щоб забезпечити тривалу підтримку для ветеранів OIF/OEF та їхніх родин. Кожен медичний центр VA має медсестру, яка працює повний день, або соціального працівника, котрий виконує роль менеджера програм для ветеранів Іраку. Ці особи є основними координаторами зв'язку VA з лікувальними закладами. Вони співпрацюють і управляють діяльністю менеджерів VA в контактних центрах, забезпечуючи поступову адаптацію військовослужбовців та ветеранів OIF/OEF. Менеджери програм спостерігають за успішністю проведення інформаційно-пропагандистських заходів, таких як заходи з програми повторного оцінювання здоров'я після проходження

військової служби в розгортанні (PDHRA — Post Deployment Health Re-Assessment) для полегшення процесу адаптації ветеранів OIF/OEF, у тому числі військовиків Національної гвардії і резервістів. Вони тісно співпрацюють з регіональними відділеннями VBA, щоб вчасно відстежувати претензії, та призначають менеджерів з окремих справ для тяжкохворих або поранених ветеранів OIF/OEF і тих, хто потребує окремого нагляду.

Крім того, було стратегічно важливо налагодити роботу 100 захисників інтересів хворих у ролі омбудсменів через 21 інтегровану сервісну мережу для всіх серйозно травмованих або хворих ветеранів Іраку та їхніх родин під час завершення їхньої військової служби і переходу до VA. Захисник інтересів хворих, який займається адаптацією пацієнта, призначається військовослужбовцю, поки той перебуває в лікувальному закладі. Він організовує зустріч (віртуальну) для пацієнтів і їхніх родин з медичною командою з центру VA, допомагає при переході до медичного центру для ветеранів (супровід за необхідності) та надає інформацію про отримання пільг [9]. Ці програми тепер організовані службою з організації допомоги та соціальної роботи (Care Management and Social Work Service) при VA.

Значна частина успіху цієї інтеграції базується на Директивах VHA 2002–049 [10]. Впроваджені 11 вересня 2002 року, вони гарантували, що стаціонарне лікування, медичні послуги і догляд удома стали доступними послугами для всіх ветеранів бойових дій впродовж 2 років після звільнення з військової служби. У січні 2008 року цей період було продовжено до 5 років. Під час цього 5-річного періоду ветеранам надається високий пріоритет у VA, з них ніколи не стягується плата або доплата за послуги в процесі лікування будь-якої хвороби, яка, на думку фахівця, пов'язана з військовою службою. Ветеранам рекомендується почати процес подачі заяви щодо будь-якої проблеми, пов'язаної зі службою, з метою раннього її виявлення та ідентифікації для лікування в рамках VA, якщо 5-річний період минув. Положення Директиви VHA 2002-049 гарантують, що нещодавно звільнені військовослужбовці отримують безперешкодний і швидкий доступ до послуг ДСВ.

У жовтні 2007 року VA спільно з МО започаткували координаційну федеральну програму з відновлення для подальшої інтеграції медичних та немедичних послуг. Ця програма спрямована на відновлення, реабілітацію та реінтеграцію у співтоваристві, розширення координації і діапазону допомоги між МО і VA впродовж усього життя для поранених військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх родин.

НАДАННЯ ПОСЛУГ ВЕТЕРАНАМ АФГАНІСТАНУ ТА ІРАКУ

Станом на лютий 2008 року в МО повідомили, що 837 458 ветеранів OIF/OEF отримали можливість скористатися послугами VA. Департамент відстежує надання їм допомоги через сервіс Епідеміологія довкілля (Environmental Epidemiology) [11]. З цих нових ветеранів 39 % (324 846) вже зареєстровані у VHA для отримання медичних послуг (варто зазначити, що загальна кількість ветеранів OIF/OEF, які отримують послуги VA на момент написання цього тексту, складає лише 6 % від загального числа ветеранів).

У ветеранів Афганістану й Іраку, які звернулись до медичних закладів VA, можна виділити три найбільш загальні проблеми зі здоров'ям: 1) травми опорно-рухового апарату (зокрема тяжкі рани і травми та, насамперед, проблеми із суглобами і спиною, які часто пов'язані з військовими операціями на скелястій території Афганістану й Іраку); 2) проблеми психічного здоров'я; 3) симптоми, ознаки та неточно визначені діагнози. Третя категорія означає, що діагноз ще не є остаточно визначеним.

Психічні розлади, про які повідомляють ветерани OIF/OEF, котрі отримують допомогу в VA, показані в таблиці 20.1 (зверніть увагу, що ці цифри відображають тільки дані про ветеранів OIF/OEF, які звернулися до медичних центрів VA і були зареєстровані через програму VHA). Понад 11 000 інших ветеранів Іраку з можливим діагнозом ПТСР звернулися до медичних центрів для ветеранів, але не до медичних закладів VA. Слід підкреслити, що в таблиці представлені

попередні діагнози. У багатьох випадках категорії просто означають позитивні результати тестів щодо діагнозів психічного здоров'я. Хоча позитивні результати тестів серйозно натякають на певні діагнози, їх не можна вважати остаточними. VA розробив нагадування, яке з'являється в системі електронних записів [12] і спонукає лікарів перевіряти ветеранів OIF/OEF на низку проблем із психічним здоров'ям, включаючи ПТСР, депресію, зловживання алкоголем або іншу залежність і наявність черепно-мозкової травми. Діапазон і кількість діагнозів психічного здоров'я очікувано буде змінюватись з прогресом можливостей медичного оцінювання.

Діагнози можуть змінюватись, бо одні проблеми зі здоров'ям вирішуватимуться, а інші — з'являтимуться. Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда (WRAIR) повідомив, що більшість солдатів із діагнозом ПТСР або депресією через 7 місяців опісля звільнення зі служби не відповідають критеріям одного чи іншого захворювання в перший місяць після закінчення служби [13]. Враховуючи таврування, пов'язані з проблемами психічного здоров'я в цілому і з проблемами психічного здоров'я після звільнення зі служби зокрема [3], ветерани з психічними проблемами можуть неохоче обговорювати їх під час первинного огляду. З часом, коли довіра між пацієнтом та лікарем зростає, як і тиск з боку родини або суспільства щодо потреби психіатричної допомоги, ветерани та члени їхніх сімей більш охоче повідомляють про такі проблеми. Кан та Г'ямс (Kang та Hyams) [14] довели, що хоча рівень звернення з медичними, зокрема психічними, проблемами серед ветеранів OIF/OEF є досить незмінним, серед ветеранів загалом він зростає з часом.

Результати досліджень VA, підсумовані в таблиці 20.1 засвідчують широкий спектр діагнозів розладів психічного здоров'я для розгляду, включаючи стільки ж випадків емоційних розладів і зловживання психоактивними речовинами чи залежності від ПТСР. Аналогічне співвідношення спостерігалося в Нью-Йорку на хвилі атаки на Всесвітній торговий центр 11 вересня 2001 року [15]. Ходж та ін. [3] зауважили значне зростання діагнозів клінічної депресії і генералізованого тривожного розладу, а також ПТСР серед солдатів і морських піхотинців, які розпочали свою службу нещодавно. Говорячи про психічне здоров'я в цілому, не можна обмежуватись лише ПТСР.

ТАБЛИЦЯ 20.1

ПОПЕРЕДНІ ДІАГНОЗИ ЩОДО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ВЕТЕРАНІВ OIF/OEF, ЯКІ ЗВЕРТАЮТЬСЯ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Діагноз	Кількість
Посттравматичний стресовий розлад	67 525[1]
Гостра реакція на стрес	4 070
Незалежно від зловживання наркотичними речовинами[2]	54 415
Депресивний розлад	45 155
Афективний психоз	25 399
Невротичні розлади[3]	35 605
Алкогольна залежність	11 245
Наркотична залежність	5 062

1 21 % із загальної кількості
2 Свідчення про надлишкове вживання тютюну у більшості ідентифікованих, незалежно від зловживання наркотичними речовинами.
3 Ця група містить значну кількість тривожних розладів, зокрема й генералізований тривожний розлад і панічні розлади.

OEF: Операція «Непохитна свобода»
OIF: Операція «Іракська свобода»

НОВІ ПРОГРАМИ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ І ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН

Як зазначалося вище, Ходж з колегами з WRAIR продемонстрували, що таврування, пов'язане зі зверненням про проблеми психічного здоров'я після проходження військової служби, може бути однією з найбільших перешкод для отримання допомоги [3]. В їхньому дослідженні 2004 року

повідомлялося про дані понад 3600 солдатів дійсної військової служби і морських піхотинців через 3–4 місяці після їхнього повернення зі служби в Афганістані чи Іраку. Наприклад, було виявлено, що коли військовослужбовців запитували, чи вони були занепокоєні своїм рішенням отримати психіатричну допомогу, 65 % бойових ветеранів так характеризували причини тривоги: «Я буду виглядати слабким/слабкою», 63 % були стурбовані тим, що «моє керівництво змінить до мене ставлення», 59 % переймались тим, що «товариші по службі довірятимуть мені менше» [3].

Об'єднана конференція з охорони психічного здоров'я після проходження військової служби

Дослідження 2004 року, зроблені Ходжем і його колегами, разом із сильним міжвідомчим бажанням вдосконалити психіатричну допомогу у сферах впливу MO/VA надихнули на проведення спільної MO/VA конференції з проблем психічного здоров'я військовослужбовців після проходження служби. Конференція, організована полковником Елспет Річі, консультантом із психіатрії начальника Медичного управління армії, і Гарольдом Кудлером, доктором медицини, співголовою VA, секретарем спеціального комітету з питань ПТСР, проходила в Александрії, штат Вірджинія, 8–10 березня 2005 року. Серед понад 50 учасників були й міністр оборони з питань охорони здоров'я; заступник секретаря у справах ветеранів; начальник Медичного управління армії, командири Військово-морських сил і Військово-повітряних сил; експерти в галузі охорони психічного здоров'я MO і VA; інші представники армії, Військово-морських сил, морської піхоти, берегової охорони, Національної гвардії і Резерву; а також провідні вчені й фахівці з планування у системі охорони здоров'я MO та VA. Зважаючи на склад членів і порядок денний зустрічі, варто було б очікувати, що результатом конференції стане створення медичної моделі для оцінки і лікування посттравматичного стресового розладу, депресії, наркоманії та інших психічних розладів. Замість цього учасники дійшли висновку, що це історична конференція, визначивши громадську модель охорони психічного здоров'я військовослужбовців, яка задала тон усій діяльності MO/VA до цього часу.

Громадська модель охорони психічного здоров'я військовослужбовців

Громадська модель охорони здоров'я виникла на основі спостереження, що у більшості учасників війни або ветеранів не буде психічних захворювань, але всі учасники війни або ветерани та їхні родини стикатимуться з проблемами адаптації. Ці проблеми в житті можуть бути болісними, а іноді навіть призводити до недієздатності. Попри це, вони є нормальною відповіддю людської психіки на надмірний стрес, а не медичним захворюванням. У межах створеної моделі охорони здоров'я на діагнозах робиться менший акцент, ніж на допомозі людям і сім'ям у намаганні зберегти або відновити здоровий баланс, незважаючи на кількість стресорів, пов'язаних із циклічністю військової служби. Цей підхід містить модель відновлення та інші принципи з Положення Президента про Охорону психічного здоров'я (President's New Freedom Commission on Mental Health) [16], у тому числі принцип важливості сприяння вихованню психологічної стійкості і незалежності.

Термін «відновлення», як правило, пов'язаний зі зниженням або звільненням від симптомів і конкретних ознак певного захворювання. Відновлення також означає процес, під час якого люди повертають собі здатність повноцінно жити, навчатися, працювати, любити та грати важливу і переконливу роль у родині та громаді попри постійні медичні проблеми. Таким чином, «відновлення» не може означати те ж саме, що і «одужання». Як зауважує Парсонс (Parsons) [17], хвороба означає біомедичний процес, але захворювання значною мірою є соціальним процесом, під час якого людина, яка страждає на хворобу, переймає роль хворого та визнає явні і неявні обмеження, пов'язані з хворобою. Не кожен, хто страждає на хворобу, живе в ролі хворого; є різниця між наявністю серйозної проблеми (навіть серйозної медичної проблеми) й інвалідністю. Навіть тоді, коли ознаки і симптоми хвороби вказують на інвалідність і обмеження діяльності, процес від-

новлення можна розуміти як здатність жити повноцінним і продуктивним життям попри медичні обмеження. Відновлення можна також трактувати як життя, в якому надія сприяє підтримці особистості та родини, навіть коли медичні зусилля не увінчалися успіхом.

Поняття психологічної стійкості можна інтерпретувати як якість особистості, родини або суспільства, яка дозволяє впоратися з понаднормовим стресом і прийти в норму, незважаючи на ступінь стресу. Психологічна стійкість, швидше за все, має психологічні, біологічні і соціальні основи, різні за складом для кожної окремої людини, родини і суспільства. Люди з високим ступенем психологічної стійкості зберігають або можуть швидко повернути відчуття майстерності у сфері власної діяльності, компетентності і надії у відповідь на негаразди. Джером Франк (Jerome Frank), який був психіатром в армії США під час Другої світової війни і вивчав, як людям різних культур вдавалось упоратися зі стресом та оговтатися від хвороби [18], припустив, що відновлення бойового духу було найпоширенішим аспектом усіх форм терапії [19].

Модель громадської охорони здоров'я, будучи медичною в основі, відрізняється від традиційної медичної моделі. Вона координує зусилля традиційних медичних програм, але також поширює їх використання в немедичних умовах. У громадській моделі здоров'я на основі концепцій відновлення та психологічної стійкості акцент із питання «Як ви себе почуваєте?» переноситься на питання «Як ви функціонуєте (працюєте)?». Нові ветерани бойових дій зазвичай сприймають перше питання як недоречне і таке, на яке важко відповісти. Загалом у другому питанні підкреслюються функціонування, адаптація до післявоєнного життя та сила волі, і тому така розмова є більш корисною для ветерана [20].

Висновки дослідження Ходжа та його колег і статистичні дані для використання VA, наведені вище, свідчать, що на сьогодні немає достатніх підстав стверджувати, що ефективне лікування психічного здоров'я можливе в системі МО і VA. Хоча більшість ветеранів оцінять пропозицію допомоги, лише меншість скористаються нею; таврування, пов'язане з лікуванням психічних захворювань, є занадто потужним. Модель охорони здоров'я оминає виникнення таврування, пов'язаного з лікуванням психічного здоров'я, завдяки наданню послуг безпосередньо в установах первинної медичної допомоги, де послуги отримує більш широкий прошарок населення. Пункти первинної медичної допомоги де-факто є частиною системи лікування психічного здоров'я для істотної частини населення. У важкі часи люди схильні більше довіряти місцевим надавачам первинної медичної допомоги, ніж будь-якій іншій підвладній організації в суспільстві [21].

Завдяки оголошенням на веб-сайтах та через систему громадських послуг можна розповсюдити необхідну інформацію, але для отримання максимального доступу та закріплення інформації у свідомості суспільства необхідно співпрацювати з союзниками із самого суспільства. Серед найбільш важливих з них є сім'я ветерана, бо саме члени родини часто вирішують, коли і де ветеран звернеться по допомогу. Крім того, психологічно стійкі, дружні родини значно збільшують рівень психологічної стійкості їхніх членів [22, 23].

Іншими союзниками можуть бути священики МО і VA, члени програм МО з підтримки родин військовослужбовців Регулярної армії та Резерву армії, члени військової медичної комісії, VBA, місцеві медичні працівники зокрема й у межах програми TRICARE), громадські центри психічного здоров'я, державні школи, місцеві коледжі (де навчаються багато нових бойових ветеранів), роботодавці, місцеві парафії, військові частини та сервісні організації ветеранів.

Система психологічної підтримки військовиків One Source, сервіс безкоштовного телефонного та веб-консультування військовослужбовців і членів їхніх родин на підставі договору з Міністерством оборони, діє 24 години на добу і є конфіденційним, дуже доступним інформаційно-пропагандистським інструментом роботи, її використання є найбільш ефективним із врахуванням повного спектру ресурсів охорони здоров'я, доступних для ветеранів.

Вельми успішна програма центру для ветеранів була заснована на принципах громадської охорони здоров'я і служить моделлю для нинішніх зусиль. RCS була спеціально розроблена для задоволення потреб тих ветеранів В'єтнаму, у яких було заздалегідь обговорено потребу в психіатричній

допомозі в медичному центрі VA. RCS центри для ветеранів — це не лікарні і не центри лікування психічного здоров'я; це центри, що займаються відповідною діяльністю, розташовані в доступних місцях для громади. Як стає зрозуміло із самої назви, RCS займається адаптацією, а не лікуванням психічних хвороб. RCS вільно залучає членів родин і, більше того, закликає їх ділитися своїми тривогами та висловлювати власні потреби. RCS довела свою ефективність у подоланні стигми, що слугує перепоною для бойових ветеранів у зверненні до медичних центрів VA. Поточні успіхи у сфері громадського здоров'я із залучення нового покоління бойових ветеранів і членів їхніх родин базуються саме на ефективності моделі RCS.

Оскільки потреби ветеранів OIF/OEF та їхніх родин із часом змінюються (як і доступ до різних послуг), громадський підхід до охорони здоров'я вимагає поступової, пофазової інтеграції необхідних послуг у цілому діапазоні послуг MO/VA. Ця програма повинна: а) відповідати потребами ветеранів і членів їхніх родин, а не наявним системам і процесам самої організації; б) знаходити потенційних користувачів там, де вони живуть, а не чекати, що вони знайдуть шлях до потрібних послуг самостійно; в) більш доступно артикулювати процес переходу між MO і VA. Спільна електронна система медичних даних і стандартизоване тривале взаємоузгоджене спостереження за пацієнтами й оцінювання згідно з вихідними первинними даними може з часом значно розширити діапазон допомоги MO/VA. Також є можливість оптимізувати взаємодію між комісією MO та VBA та прискорити швидкість, з якою нові ветерани і члени їхніх родин можуть отримати доступ до спектру послуг, призначених для задоволення їхніх потреб.

Повторне оцінювання здоров'я військовослужбовців: новий рівень інтеграції

Визнаючи той факт, що проблеми з фізичним чи психічним здоров'ям, інші проблеми адаптації можуть проявитися не одразу або можуть потребувати деякого часу для того, аби розвинутись, MO розробило програму повторного оцінювання здоров'я після проходження військової служби (PDHRA). Ця програма передбачає низку заходів, що проводяться протягом від 3 до 6 місяців опісля звільнення з військової служби для забезпечення своєчасної інформаційно-пропагандистської роботи, навчання, підготовки, встановлення черговості надання медичної допомоги, лікування та спостереження. Це втручання передбачає непатологізований підхід громадської охорони здоров'я, створений у межах глобальної ініціативи здоров'я.

Під час огляду використовується стандартизований інструмент — Форма DD 2900. Військовослужбовці заповнюють розділ самооцінювання, орієнтуючись на власну освіту і підготовку, фокусуючись на загальних проблемах зі здоров'ям, пов'язаних із військовою службою, що забезпечує підбір необхідних послуг і пільг для задоволення потреб ветерана. Відповіді кожного військовослужбовця розглядаються спільно з лікарем для того, щоб прояснити всі питання, зібрати необхідну клінічну інформацію та забезпечити надання відповідних послуг, починаючи з підтримки громади і доклінічного консультування та закінчуючи направленням на лікування в центри первинної медичної допомоги, центри психіатричної допомоги, інші спеціалізовані або реабілітаційні центри допомоги залежно від необхідності.

Було доведено, що за допомогою PHDRA можна ефективно виявляти клінічні проблеми і полегшувати доступ до медичної допомоги, але, як і модель громадської охорони здоров'я, таке втручання передбачає можливість допомоги в адаптації, а не виявлення патології чи інвалідності.

Співробітники програми поступового переходу і центрів для ветеранів, а також консультанти з питань пільг для ветеранів знають усе необхідне про заходи PHDRA для надання допомоги військовослужбовцям у процесі отримання статусу ветерана. Для поліпшення доступу до психологічної допомоги військові та медична система VA збільшують інтеграцію своїх послуг до системи центрів первинної медичної допомоги. Форма DD 2900 має стати спільним документом для лікарів MO і VA, аби забезпечити безперервність і послідовність надання допомоги в обох системах, і зусилля зараз спрямовані в цьому напрямку.

Програма психологічної підготовки Battlemind

Ходж із колегами [3] продемонстрували, що таврування, яке виникає в процесі адаптації після стресового проходження військової служби, стає суттєвою перешкодою для отримання належної допомоги серед нових ветеранів бойових дій. Щоб подолати таврування, Ходж і його команда у WRAIR розробили та протестували новий підхід для залучення ветеранів OIF/OEF, а саме програму психологічної підготовки Battlemind [25]. Battlemind сьогодні включена до системи втручання PHDRA для армії. (Програма переходу для військовослужбовців морської піхоти США [6] займається аналогічними питаннями, але її діяльність адаптована до задоволення унікальних потреб морських піхотинців).

«Battlemind» є абревіатурою:

Buddies vs withdrawal — бойова згуртованість замість відстороненості

Accountability vs control — відповідальність замість контролю

Targeted Aggression vs inappropriate aggression — спрямування агресивності замість недоречної агресії

Tactical Awareness vs hypervigilance — тактична обізнаність замість надзвичайної настороженості

Lethally Armed vs unarmed — озброєння смертоносною зброєю замість беззбройності

Emotional Control vs anger or detachment — контролювання емоцій замість гніву чи відстороненості

Mission Operational Security vs secretiveness — правила безпеки у військових операціях замість приховування інформації/секретності

Individual Responsibility vs guilt — особиста відповідальність замість провини

Non-Defensive (combat) Driving vs aggressive driving — неагресивний стиль водіння замість агресивного водіння

Discipline and Ordering vs conflict — дисципліна і безконфліктність замість конфліктів.

Кожен елемент програми Battlemind охоплює окремий аспект адаптації після проходження військової служби, і кожен з елементів проілюстрований і описаний у відеопрезентації (для перегляду на https://www.battlemind.army.mil/), яка є центральним елементом навчання. Співзвучна з громадською моделлю охорони здоров'я, програма Battlemind підкреслює психологічну стійкість, а не патологію, і залучає військовослужбовців через процес навчання, а не через безпосередню пропозицію пройти лікування. Подальші заходи з втручання, у тому числі й необхідний клінічний огляд і лікування, швидше за все, будуть сприйняті позитивно, якщо позитивно була сприйнята початкова інформативна пропаганда.

Програма навчання Battlemind розроблена для широкого застосування новими бойовими ветеранами. Її основна ідея полягає в тому, що бойові навички і бойове мислення забезпечили виживання військовослужбовця на полі бою. Battlemind була розроблена для того, щоб військовик міг з мужністю пережити страх і негаразди в бою. Якщо після повернення додому військовослужбовці помічають, що вони, як і раніше, «сплять з одним розплющеним оком», постійно перебувають у стані бойової готовності до можливої небезпеки і рефлекторно реагують агресією, це доводить факт їхнього пристосування до перебування у військовій зоні. Таке пояснення відрізняється від пояснення новому бойовому ветеранові, що у нього можуть бути симптоми психічного розладу, наприклад, ПТСР. Основний зміст повідомлення є позитивним: якщо ви спромоглися пристосуватися до життя у військовій зоні, ви також зможете заново пристосуватись до життя вдома. Одним словом, програма Battlemind повідомляє новим бойовим ветеранам, що їхні реакції є нормальними для хороших бійців, але вона також підкреслює, що без необхідної адаптації ці реакції можуть бути небезпечними для здорового соціального життя і поведінки, іншими словами: «Не намагайтеся повторити це вдома».

Battlemind-підготовка була розширена завдяки тому, що додався тренінг Battlemind для дружин військовослужбовців до й опісля проходження військової служби. Впродовж 2006 року кваліфіковані викладачі з WRAIR навчали принципів Battlemind співробітників усіх центрів для ветеранів.

Посилення та розширення діапазону допомоги

Як бачимо, МО та VA тісно співпрацювали ще з початку операцій в Афганістані й Іраку для того, щоб поєднати зусилля відомств шляхом створен-

ня спільних практичних клінічних рекомендацій і розробки спільної федеральної координаційної програми МО і VA з відновлення і програми психологічної підготовки Battlemind для покращення та посилення діапазону впливу на ветеранів OIF/OEF і членів їхніх родин. Ці заходи можна розглядати як практичні способи застосування в системі громадського лікування, що якнайкраще підходять потребам нових бойових ветеранів.

У 2005 році VA реалізував нову програму, засновану на тих самих принципах, яка згодом була названа як Послуги ветеранам, які повертаються, — психічне здоров'я (SeRV-MH — Services for Returning Veterans-Mental Health). Замість діагностики специфічних розладів або обмежених послуг вузькоспеціалізованих заходів ПТСР, депресії або зловживання психоактивними речовинами, метою SeRV-MH є зміцнення здоров'я, відновлення та реабілітація. Сортування за потребою первинної медичної допомоги, громадська служба охорони психічного здоров'я і послуги лікарів вузької спеціалізації доступні через команди SeRV-MH. Команди SeRV-MH активно брали участь у програмах VHA, VBA, центрів для ветеранів дійсної військової служби і резерву та інших програмах федеральних, державних, громадських організацій з підтримки нових бойових ветеранів та їхніх родин.

І хоча, як зазначено вище, поширення інформації було виділено як основне завдання SeRV-MH, ця функція також є компетенцією центрів для ветеранів. Отож, поширення інформації зазвичай проводиться SeRV-MH спільно з центрами для ветеранів. Персонал, який працює з SeRV-MH, виділяється своєю особливою функцією «проникнення зсередини». Це передбачає послуги, що надаються в первинних центрах медичної допомоги, розроблені спеціально, аби полегшувати доступ ветеранів до послуг психологічної підтримки та зменшувати рівень таврування, яке зазвичай виникає у ветеранів і їхніх родин щодо лікування у психіатричних клініках. Персонал SeRV-MH також надає допомогу у випадках політравми, включаючи черепно-мозкову травму, в самих закладах. Впровадження додаткових вечірніх та у вихідні дні годин прийому SeRV-MH є однією з інновацій для забезпечення доступних послуг тим новим ветеранам, які повернулися до роботи або навчання.

Члени команд SeRV-MH є генераторами змін у багатьох програмах, які просувають ідею того, що психічне здоров'я є вкрай важливим у загальному контексті здоров'я та функціонування. Вони допомагають клінічним, адміністративним та технічним працівникам центрів для ветеранів з інформацією про потреби ветеранів OEF/OIF і розробкою нових методів втручання. Також втілюють у життя і поширюють громадську систему охорони здоров'я. Понад 80 команд SeRV-MH нині працюють на території усієї країни (принаймні одна на кожен штат), проводиться скоординована підготовка на національному рівні (розробка міждисциплінарної команди МО/VA). Цей тренінг містить інформацію про підхід Battlemind у роботі з армією та навчання з тем, не відображених у більш традиційних навчальних програмах щодо воєнних стресових розладів, як-от поліпшення стосунків між членами родини та вирішення травматичного смутку.

VA також започаткував дослідження психічного здоров'я у клінічному й освітньому центрі (MIRECC — Mental Illness Research, Education, and Clinic Center) [27]. Центри MIRECC були створені Конгресом у 1997 році як центри трансляційних* досліджень. Десять центрів розташовані на території усієї країни, кожен займається окремою психічною проблемою, як-от шизофренія, зловживання наркотичними речовинами, слабоумство. Їхня затверджена місія полягає в тому, щоб:

> а) накопичувати нові знання про причини та методи лікування психічних розладів, б) застосовувати нові дані для моделювання клінічних програм і в) поширювати нові знання для покращення життя ветеранів і їхнього щоденного функціонування в процесі одужання від психічних захворювань [28].

Центри MIRECC співпрацюють із клініцистами та науковцями в системі МО та VA для виявлення, розробки і поширення найефективніших клінічних практик для надання послуг ветеранам

* Трансляційні дослідження — новий етап розвитку медицини. Це процес, що передбачає перенесення теоретичних розробок у сферу практичного застосування. — *Прим. ред.*

бойових дій та їхнім родинам. Деякі з цих робіт пов'язані з лабораторіями MIRECC, медичними послугами та епідеміологічними дослідженнями. Інші зусилля спрямовані на тестування нових клінічних моделей і навчання працівників, суспільства загалом і ветеранів OIF/OEF та їхніх родин.

ПОЗА СФЕРОЮ ВПЛИВУ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ ТА ДЕПАРТАМЕНТУ У СПРАВАХ ВЕТЕРАНІВ

В ідеальному випадку ветерани з проблемами психічного здоров'я, які проходять період адаптації після військової служби, будуть виявлені і направлені у необхідному напрямку десь в діапазоні системи MO і VA, але це малоймовірно і нереалістично.

Ходж та інші провели дискрептивне дослідження серед населення, залучивши всіх солдатів і морських піхотинців, які повернулися з OEF (n = 16 318), OIF (n = 222 620) та інших місць (n = 64 967) у період з 1 травня 2003 по 30 квітня 2004 року. Вони помітили, що рівень звернення з психологічним проблемами становив 19,1 % серед військовослужбовців, які повернулися з Іраку, 11,3 % серед військовиків, які повернулися з Афганістану, і 8,5 % (близько до середнього рівня звернень серед військовослужбовців загалом) опісля повернення з інших місць (P < 0,001).

Хоча 35 % з усіх ветеранів Іраку (OIF) зверталися по психологічну допомогу в перший рік опісля повернення зі служби, 60 % із тих, у кого під час первинного огляду були виявлені ПТСР, депресія чи генералізований тривожний розлад (зловживання наркотичними речовинами не враховувалось у цьому дослідженні), не отримали ніякої медичної допомоги. Ці дані MO співпадають із даними VA (зазначеними вище) і демонструють, що на період лютого 2008 року лише 39 % ветеранів OEF/OIF, які потребували медичної допомоги VA, звернулись за її отриманням. Де ж інші 61 % ветеранів OEF/OIF і якої психологічної допомоги потребують вони?

Можна провести й іншу паралель між цією інформацією і висновками національного дослідження з адаптації ветеранів В'єтнаму [30], яке показало, що лише 20 % ветеранів В'єтнаму, діагностичні дані яких свідчать про ПТСР на час дослідження (проведене на початку 1980-х), звертались до VA для отримання медичної допомоги [30, с. 228]. У тому ж дослідженні було виявлено, що лише 62 % ветеранів В'єтнаму з ПТСР шукали допомоги будь-де в будь-який час. Інакше кажучи, серед ветеранів В'єтнаму з ПТСР, які коли-небудь звертались по допомогу, лише 32 % приходили до VA, натомість як інші 68 % шукали допомоги деінде.

Ці дані дають зрозуміти, що «мовчазна більшість» ветеранів OEF/OIF із проблемами адаптації після проходження служби чи іншими психологічними проблемами не шукатимуть допомоги в системі MO/VA. І таврування, мабуть, є основною причиною цього. Та якщо мовчазна більшість все-таки існує, медичні працівники MO/VA разом із тими, хто розробляє програми, мають поставити собі низку запитань:

- З ким із ветеранів потрібно встановити контакт?
- Які найкращі способи встановлення контакту?
- У який момент необхідно встановити контакт?
- Які способи втручання найефективніші після налагодження контакту?
- Як взаємодіяти з родинами ветеранів?

Робота з родинами ветеранів має виняткове значення, бо загалом від рівня соціальної підтримки ветеранів залежить їхня психологічна стійкість [22, 23]. До того ж, коли нові ветерани вирішують звернутись по допомогу, часто це відбувається за посередництвом родини. Зрештою, у родин ветеранів є власні потреби, і якщо вони не задоволені, це може викликати серйозні наслідки для самих родин і для громад, у яких вони проживають.

Щоб налагодити ефективний контакт із родинами ветеранів бойових дій, MO та VA необхідно виходити за рамки власної сфери діяльності й будувати партнерські стосунки на рівні штату чи громади.

Налагодження партнерства між штатом і громадою

Як у МО, так і у VA розуміють усі переваги налагодження партнерства на рівні штату та громади. Таке партнерство збільшує можливості доступу (до медичних послуг) військовослужбовців, ветеранів і членів їхніх родин, які зацікавлені в отриманні допомоги у діапазоні МО/VA. Налагодження партнерських зв'язків може також підвищити якість послуг, які надаються новим бойовим ветеранам і членам їхніх родин у громаді завдяки спільній підготовці і поліпшенню співпраці між відомствами.

Через те, що програми Національної гвардії загалом організовані на рівні штату, МО і VA мають розвивати партнерські взаємини саме на рівні штату. Крім того, кожний штат має свою програму послуг для ветеранів. Посадовці, котрі займаються підбором послуг для ветеранів у кожному окремому окрузі чи регіоні штату, співпрацюють з ветеранами та їхніми родинами для надання їм доступу до федеральних, державних і місцевих програм, через які можливо отримати якіснішу медичну допомогу, додаткові пільги та достовірну інформацію. Нарешті, налагодження партнерських стосунків між МО, VA, адміністраціями штатів і місцевими громадами сприяє організації нових способів міжвідомчої взаємодії та координації, які можуть стати в пригоді у випадку місцевих чи регіональних катастроф або стихійних лих. Партнерські відносини між МО, VA, адміністраціями штатів і місцевими громадами вже налагоджені в таких регіонах, як північна частина штату Нью-Йорк, штат Вашингтон, штат Огайо, Північна Кароліна, Вірджинія, Алабама, Вермонт і Род-Айленд. Через унікальні особливості, як-от сукупність військових баз, резервних підрозділів, об'єктів ДСВ і різну кількість ветеранів серед загального населення, кожен штат стикається з власними завданнями та має власні переваги.

Можна навести приклад налагодження партнерства між МО, VA, адміністраціями штатів і місцевими громадами, коли 12 лютого 2007 року було анонсовано національний збір посадовців у сфері надання послуг ветеранам за допомогою Національної асоціації директорів штатів Департаменту у справах ветеранів. Ця програма дала змогу налагодити зв'язок між персоналом, який працює в лікувальних закладах МО по всій країні, та персоналом із 50 штатів, який працює у сфері послуг для ветеранів. Програма допомагає визначити військовослужбовців з пораненнями, яких переводять під опіку VA для того, щоб персонал у справах ветеранів у штатах мав змогу ефективніше їх ідентифікувати, розмістити і надати необхідні суспільні послуги й пільги їм і їхнім родинам [31].

Партнерство має виходити за межі звичних послуг психіатричної допомоги та лікування залежності від психоактивних речовин і має залучати до співпраці місцевих фахівців, педіатрів, священиків, релігійні об'єднання, вчителів і шкільних консультантів із працевлаштування, ветеранів, що працюють у центрах, фахівців із пільг для ветеранів, організації з надання послуг для ветеранів, асоціації з питань психічного здоров'я та адвокатські організації, роботодавців і інспекторів, представників правоохоронних органів, суддів та інших членів громади для підвищення рівня свідомості населення щодо проблем, з якими стикаються ветерани OIF/OEF та їхні родини, і засобів, що можуть допомогти їх вирішенню.

Таке партнерство зазвичай починається з регіональних зустрічей-нарад за участю потенційних партнерів, включаючи представників від МО і VA, які працюють на території штату. Конференції такого роду, як правило, розпочинаються з презентації досвіду «наземних операцій» нових ветеранів бойових дій і досвіду родин ветеранів у циклі військової служби їхніх близьких. Участь високопосадовців: губернатора штату, голови департаменту охорони здоров'я і соціальних служб, командира штатного відділення Національної гвардії, керівництва військових програм та медичних центрів МО, що працюють на території штату, і керівництва мережі VA, дає учасниками зустрічі зрозуміти важливість зусиль та бажання кожного окремого учасника досягти поставлених цілей.

Делегати, які беруть участь у нараді, діляться важливою інформацією щодо напрацювань та цілей їхніх відомств для досягнення кращого рівня партнерства заради ефективного надання послуг новим ветеранам бойових дій та їхнім родинам. Учасники працюють над чітким формулюванням діапазону допомоги, в якому наголос робиться на доступності, якості, ефективності та співчутті.

Військовослужбовці, ветерани та члени їхніх родин є центральними фігурами у наданні послуг. Наголос робиться на психологічній стійкості, запобіганні проблем та захворювань і відновленні. Учасники наради погоджуються співпрацювати для покращення доступу до інформації, підтримки, і, якщо потрібно, клінічних послуг паралельно у всіх системах щодо збалансованого підходу громадської охорони здоров'я. Результат передбачає створення системи інформаційних, допоміжних, клінічних та адміністративних послуг, за допомогою яких жителі штату отримають допомогу в період адаптації військовослужбовців опісля проходження служби. Налагодження партнерства між MO, VA, адміністраціями штатів і місцевими громадами може розпочатись із проведення зустрічі, на зразок тієї, яка описана вище, і за умови успішного розвитку партнерства такі ініціативи мають бути закріплені. Це має означати необхідність проведення постійних нарад робочих підгруп і підтримку мотивації зсередини кожної окремої партнерської групи, розробку спільного чіткого та зрозумілого плану, в якому були б зазначені часові рамки досягнення результатів і визначені відповідальні особи.

Ключові елементи, що можуть запроваджуватися в кожному штаті

У певних штатах, на території яких розташовані головні військові бази, громади позитивно налаштовані до військовиків. У таких локаціях місцеве керівництво разом із працівниками медичної сфери, вчителями, шкільними консультантами з питань працевлаштування, директорами шкіл і місцевими священиками усвідомлює проблеми адаптації військовослужбовців. І багато з механізмів громадської підтримки військовиків можуть бути задіяними. Натомість в інших штатах розташовані лише декілька військових баз або їх немає взагалі, але багато жителів штату є членами Резерву армії або Національної гвардії. Через те, що військовики територіальних військ розосереджені на рівні громади (і малопомітні у загальному середовищі), місцеве керівництво, працівники медичної сфери, шкільний персонал і релігійне керівництво можуть менше усвідомлювати особливості адаптації солдатів опісля проходження військової служби і мати менше необхідних знань про доступ до необхідних ресурсів. Попри це, можна виділити низку ключових елементів партнерства між MO, VA, адміністраціями штатів та місцевими громадами, які можуть бути успішно застосовані в кожному штаті і в кожній громаді.

Перший елемент — це ефективна інформаційно-пропагандистська робота. І тут один із базових механізмів — це надсилання листів від губернатора новим ветеранам бойових дій та їхнім родинам. Завдяки тому, що кожен директор Департаменту у справах ветеранів отримує список імен та електронних адрес ветеранів OIF/OEF, які проживають на території штату, адміністрація губернатора штату теж має змогу звернутися з подякою до кожної родини, так чи інакше пов'язаною з військовою службою. У програмі губернатора Північної Кароліни, направленій на роботу з ветеранами, які повернулись зі служби, та їхніми родинами, у заключному звіті рекомендується надсилати такого листа всім військовослужбовцям та їхнім родинам, дякуючи їм від імені цілого штату. У листі ветеранів також запрошують скористатися місцевими ресурсами в процесі адаптації. Наприклад, у Північній Кароліні в такому листі зазначають безкоштовний телефонний номер гарячої лінії, звернувшись на яку ветерани та члени їхніх родин можуть отримати необхідну інформацію і консультацію щодо корисних ресурсів. Висловлена губернатором висока оцінка ефективності, корисних навичок і готовності жертвувати собою як ветерана, так і його родини, може бути важливим інструментом підвищення психологічної стійкості.

Безкоштовний телефонний номер гарячої лінії у Північній Кароліні — це застосування на практиці вже наявної моделі «телефонної гарячої лінії допомоги», започаткованої ще департаментом охорони здоров'я і соціальних служб. Там працюють фахівці інформаційно-пропагандистської сфери, обізнані у низці соціальних програм, що діють на території штату [33]. Консультації на гарячій лінії надаються англійською та іспанською мовами і за допомогою телекомунікаційного пристрою для глухих (важливий параметр для ветеранів бойових дій). Донедавна фахівці гарячої лінії не завжди питали, чи людина, яка телефонує,

є військовослужбовцем або ветераном, чи звертається з питанням щодо військовослужбовця або ветерана, чи з питання адаптації після проходження військової служби. На сьогодні всі фахівці центрів гарячої лінії пройшли перепідготовку з психіатричних проблем і застосовують простий алгоритм, коли обробляють дзвінки. Вони запитують ветерана про службу в Іраку чи в Афганістані, визначають рід військ, нинішній військовий статус (дійсна служба чи резерв), дату звільнення з армії, дату повернення з останньої бойової операції і поштовий індекс чи округ проживання.

Маючи ці дані, можливо швидко підібрати низку послуг, доступних у безпосередній близькості регіону проживання абонента. Список потенційних точок доступу, що налічує більш ніж 10 000 установ та програм на території держави, розміщений в електронній базі. Фахівець з інформаційно-пропагандистської роботи може надати інформацію про локальний центр для ветеранів (і контактний телефон консультанта з досвідом участі у Глобальній війні з тероризмом GWOT, якщо це можливо); контактний телефон фахівця з послуг для ветеранів в окрузі, менеджера з поступового переходу з місцевого центру VA, інформацію про будь-яку відповідну потребам сімейну програму з послуг, наприклад, Група з охорони та підготовки родини (Guard Family Readiness Group); і адресу найближчого центру VBA. Також фахівець гарячої лінії може з'єднати того, хто телефонує з метою отримання допомоги, з надавачами послуг із програм OneSource або TRICARE, якщо вони відповідають потребам абонента. Ця інформація також доступна на веб-сайті гарячої лінії (http://www.nccareline.org).

Об'єднання зусиль під час практичної підготовки є ключовим елементом у процесі побудови міцних відносин між MO, VA, адміністрацією штату і програмами на рівні громади. Для цього потрібно, щоб і керівники, і лікарі-клініцисти працювали у сфері психічного здоров'я на місцевому рівні, в закладах первинної медичної допомоги і в межах програм підтримки родин так само, як і в професійних об'єднаннях та інших колективах на рівні штату та громади. У місцевих навчальних центрах із охорони здоров'я (AHEC — Health Education Centers), відкритих Конгресом ще в 1971 році, тренують та працевлаштовують працівників сфери охорони здоров'я, які консультували б жителів, незадоволених якістю послуг [34] і яких вистачає в кожному штаті. AHEC можуть бути надзвичайно корисними в розповсюдженні найефективніших практик, налагодженні зв'язків і методів співпраці між федеральними та громадськими системами.

Розробка навчальної програми для AHEC на основі програми психологічної підготовки Battlemind — одна із стратегій, яку з легкістю можна втілити в життя. Консультантів можна набрати з локальних центрів MO і VA. Відеоматеріали і допоміжні матеріали програми психологічної підготовки Battlemind є в широкому доступі. Незважаючи на те, що Battlemind — це програма підготовки для армії, а Warrior Transition Program — це програма підготовки для морських піхотинців, обидві програми основані на принципах, які висвітлюють універсальні проблеми циклу військової служби і можуть бути успішно адаптовані для різної аудиторії, зберігаючи особливості різних родів військ.

Локальні заходи повторного оцінювання здоров'я після проходження військової служби PDHRA є вдалими платформами для налагодження співпраці між MO, VA й адміністрацією штату. Персонал MO і VA регулярно проводить зустрічі з місцевими військовими підрозділами (і членами їхніх родин, як правило) під час PDHRA. Представники адміністрації штату та громади можуть долучатися для покращення адаптації ветеранів до суспільного життя, а також для інформування військовослужбовців і їхні родин про доступні ресурси та медичні, професійні й пільгові програми. У той самий час представники адміністрації штату та громади отримують нагоду дізнатись більше про випробування, з якими стикаються нові ветерани бойових дій та їхні родини, і на чому варто зосередити увагу в подальшій роботі. Товариство має координувати зусилля MO, VA, адміністрації штату та громади з місцевими надавачами послуг з програм TRICARE та OneSource, які забезпечували б повне та вчасне надання медичних послуг ветеранам та їхнім родинам досвідченими лікарями-клініцистами. AHECs можуть успішно надавати необхідну клінічну підготовку та розповсюджувати інформацію про співпрацю з програмою TRICARE (це може спонукати до того, що більше

надавачів захочуть займатись постачанням медичних послуг саме за програмою TRICARE).

Багато військовослужбовців, ветеранів і членів їхніх родин схильні звертатись до свого священика чи місцевої релігійної особи по допомогу в проблемах адаптації після проходження військової служби замість лікаря. Партнерство між МО, VA, адміністрацією штату та громади — це унікальний шанс обміну досвідом між військовими священиками, священиками VA та місцевим духівництвом і їхніми релігійними общинами. Такі партнерські взаємини можуть значно підвищити рівень соціальної підтримки ветеранів бойових дій, які повертаються зі служби, та їхніх родин. Програми клінічної пастирської освіти (Clinical pastoral education programs) найкраще підходять для розробки інформаційно-пропагандистських та освітніх заходів для сприяння поширення інформації про адаптацію, психологічну стійкість та відновлення. Знову ж таки, програма психологічної підготовки для армії Battlemind і програма підготовки морських піхотинців Warrior Transition Program можуть бути використані за основу до адаптації ключового матеріалу для специфічних потреб релігійних общин. Стратегії та техніки, описані в цьому розділі, не мають розглядатись як вичерпні інструкції, а скоріше як базові рекомендації, від яких можна відштовхуватися під час розробки нових ідей. Важливо, щоб кожна спільнота могла налагодити та розвинути партнерські стосунки для забезпечення власних унікальних потреб і досягнення власних цілей.

ВИСНОВКИ

Департамент у справах ветеранів надає низку послуг для полегшення процесу адаптації військовослужбовців, починаючи ще із запровадженої під час війни у Вʼєтнамі програми центрів для ветеранів. Попри це результати останніх досліджень, що виявили невисоку ефективність цих послуг, сприяли розробці нових програм. МО та VA поєднали зусилля для співпраці на основі суспільної моделі охорони здоровʼя і долучили до партнерства адміністрації штатів і громади. Ці програми розроблені для підвищення рівня підтримки та інформаційно-пропагандистської роботи, покращення системи звернення по допомогу, зменшення рівня таврування і досягнення більш ефективних результатів у лікуванні ветеранів і членів їхніх родин. Кінцевою метою впровадження цих програм є забезпечення допомоги під час поступового процесу адаптації, яка підтримувала б високий рівень психологічної стійкості, зменшувала рівень військового виснаження та непрацездатності, підвищувала рівень задоволення послугами з боку споживачів і постачальників. Сучасний досвід доводить, що поставлених цілей можна досягнути. Остаточною метою є трансформація системи охорони здоровʼя для військовослужбовців після проходження служби до такого рівня, що куди б не звернулися ветерани OEF/OIF чи члени їхніх родин по допомогу, вони мали б отримати її всюди. Від початку військових операцій в Афганістані та Іраку МО та VA досягли значного прогресу в процесі поступової адаптації ветеранів та їхніх родин. Суспільна модель охорони здоровʼя та партнерство між МО, VA, адміністраціями штатів і громадами намітили шлях до подальшого розвитку.

ПОДЯКА

Автори хотіли б відзначити ретельну редакторську роботу та надання пропозицій під час опрацювання цього розділу доктору Крісті Стрейтс-Трестер (Dr Kristy Straits-Tröster) із Середньоатлантичного наукового, клінічного й освітнього центру Департаменту у справах ветеранів із питань охорони психічного здоровʼя.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Handoff or Fumble? Do DoD and VA Provide Seamless Health Care Coverage to Transitioning Veterans?* Hearing before the Committee on Veterans' Affairs, House of Representatives, One Hundred Eighth Congress, First Session, October 16, 2003.Washington, DC: US Government Printing Office; 2004: No. 108-26.
2. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress.* Washington, DC: VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group, Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense; December 2003. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04. Available at: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=5187. Accessed December 16, 2009.
3. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. N Engl J Med. 2004;351:13–22.
4. US Department of Veterans Affairs. *Fact Sheet: Facts About the Department of Veterans Affairs*. Washington, DC: VA; 2009. Available at: http://www1.va.gov/opa/fact/docs/vafacts.doc. Accessed December 16, 2009.
5. Jha AK, Perlin JB, Kizer KW, Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the quality of care. N Engl J Med. 2003;348:2218–2227.
6. US Department of Veterans Affairs. Vet Center: Who we are. VA Web site. Available at: http://www.vetcenter.va.gov/About_US.asp. Accessed December 16, 2009.
7. Trudeau GB. *The War Within*. Kansas City, Mo: Andrews McMeel Publishing, LLC; 2006.
8. Bristol M. Mission status: not business as usual. *Vanguard.* 2004;L:16–19.
9. US Department of Veterans Affairs. *Transition Assistance and Case Management of Operation Enduring Freedom (OEF) and Operation Iraqi Freedom (OIF) Veterans*. Washington, DC: VA; 2007. VHA Handbook 1010.01.
10. US Department of Veterans Affairs. *Combat Veterans Are Eligible for Medical Services for 2 Years After Separation From Military Service Notwithstanding Lack of Evidence for Service Connection*. Washington, DC: VA; 2002. VHA Directive 2002-049. Available at: http://www1.va.gov/environagents/docs/VHADirective2002-049_Sept_11_2002.pdf. Accessed December 16, 2009.
11. US Department of Veterans Affairs. Environmental Epidemiology Service. VA Web site. Available at: http://www.vethealth.cio.med.va.gov/Epidemiology.htm. Accessed December 16, 2009.
12. US Department of Veterans Affairs. *Iraq & Afghan Post-Deployment Screen Reminder Setup Guide.* Washington, DC: VA; 2004. Available at: http://www.va.gov/vdl/documents/Clinical/CPRS-Clinical_Reminders/pxrm_1_5_21_setup.pdf. Accessed December 16, 2009.
13. Grieger TA, Cozza, SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry*.2006;163:1777–1783.
14. Kang HK, Hyams KC. Mental health care needs among recent war veterans. *N Engl J Med.* 2005;352:1280–1289.
15. Adams RE, Boscarino JA, Galea S. Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2006;32:203–224.
16. President's New Freedom Commission on Mental Health. *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report*. Rockville, Md: President's New Freedom Commission on Mental Health; 2003. DHHS Pub. No. SMA-03-3832. Available at: http://www.mentalhealthcommission.gov/reports/FinalReport/toc.html. Accessed December 16, 2009.
17. Parsons T. The Social System. London; England: Routledge and Kegan Paul Ltd; 1951.

18. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1991.

19. Frank JD. Psychotherapy: the restoration of morale. *Am J Psychiatry.* 1974;131:271–274.

20. US Department of Veterans Affairs. 2005 *Report of the Under Secretary's Special Committee on PTSD*. Washington, DC: VA; 2005.

21. Heldring M, Kudler H. The primary health care system as a core resource in the response to terrorism. *J Aggression Maltreatment Trauma.* 2005;10:541–552.

22. King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74:420–434.

23. Vogt DVS, Tanner LR. Risk and resilience factors for posttraumatic stress symptomatology in Gulf War I veterans. *J Trauma Stress.* 2007;20:27–38.

24. US Department of Defense, Ceridian Corporation. Military OneSource Web site. Available at: http://www.militaryonesource.com. Accessed December 16, 2009.

25. US Army Battlemind soldier support Web site. Available at: https://www.battlemind.army.mil/. Accessed December 16, 2009.

26. US Marine Corps. Marine Corps combat operational control (COSC) program Web site. Available at: http://www.marines.mil/news/messages/Pages/2007/MARINE %20CORPS %20COMBAT %20OPERATIONAL %20 STRESS %20 %20CONTROL %20(COSC) %20PROGRAM.aspx. Accessed December 16, 2009.

27. US Department of Veterans Affairs. MIRECC centers home. VA Web site. Available at: http://www.mirecc.va.gov/. Accessed December 16, 2009.

28. US Department of Veterans Affairs. MIRECC centers: MIRECC program overview. VA Web site. Available at: http://www.mirecc.va.gov/national-mirecc-overview.asp. Accessed December 16, 2009.

29. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. JAMA. 2006;295:1023–1032.

30. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, et al. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings From the National Vietnam Veterans Readjustment Study.* New York, NY: Brunner/Mazel; 1990.

31. VA partnering with states to help injured veterans [press release]. Washington, DC: US Department of Veterans Affairs; February 12, 2007. Available at: www1.va.gov/opa/pressrel/docs/State_Outreach.doc. Accessed December 16, 2009.

32. The governor's focus on returning combat veterans and their families: substance abuse and mental health services. North Carolina Governor's Focus on Returning Combat Veterans and Their Families Web site. Available at: http://veteransfocus.org/. Accessed December 16, 2009.

33. North Caroline Department of Health and Human Services. Care-line Web site. Available at: www.dhhs.state.nc.us/ocs/careline.htm. Accessed December 16, 2009.

34. National Area Health Education Center Organization Web site. Available at: http://www.nationalahec.org/About/AboutUs.asp. Accessed December 16, 2009

Розділ 21

ЛІКУВАННЯ БОЛЮ

Фредерік Дж. Стоддард молодший[I] · Роберт Л. Шерідан[II] · Джівендра Мартін[III] · Джеймс І. Цзарнік[IV] · Вірджіл Т. Діл[V]

ВСТУП

АНАТОМІЯ БОЛЮ, СПРИЧИНЕНОГО БОЙОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ

БІОЛОГІЯ БОЛЮ

ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ БОЛЮ

ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ БОЛЮ

ГЕНЕТИКА

МЕТОДИ ОЦІНКИ БОЛЮ

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ: ОГЛЯД

ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БОЛЮ

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ ТА СМУТКУ

ОСОБЛИВІ ПРОБЛЕМИ

ЕТИКА КОНТРОЛЮВАННЯ БОЛЮ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, доцент клініки кафедри психіатрії, Медична школа Гарварда в Массачусетській загальній лікарні; головний психіатр, лікарня Шринерз Берн, 51 Blossom Street, Boston, Massachusetts 02114; у минулому — головний лікар, громадська система охорони здоров'я США.

[II] Доктор медицини, доцент, кафедра хірургії, Медична школа Гарварда в Массачусетській загальній лікарні; помічник начальника штабу, лікарня Шринерз Берн, 51 Blossom Street, Boston, Massachusetts 02114; у минулому — підполковник Медичного корпусу Армії США, Науковий інститут з хірургії Армії США, Військово-медичний центр Брук, San Antonio, Texas.

[III] Доктор медицини, професор і керівник кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Медична школа Гарварда, лікарня Шрінерз для дітей, 51 Blossom Street, Room 206, Boston, Massachusetts 02114.

[IV] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; головний хірург об'єднаного командування спеціальних операцій, PO Box 70239, Fort Bragg, North Carolina 28307-5000; у минулому — заступник начальника медичної служби, командування спеціальних операцій Армії США, Fort Bragg, North Carolina.

[V] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США, командування спеціальних операцій Армії США, 7701 Tampa Point Boulevard, MacDill Air Force Base, Florida 33621-5323; у минулому — начальник системи охорони здоров'я Волтера Ріда, Washington, DC.

ВСТУП

Яким чином слід лікувати гострий чи хронічний біль, який виникає внаслідок бойових чи небойових травм? У чому полягають особливості психіатричного втручання під час заспокоєння чи усунення болю, спричиненого травмами [1]? Які поранення призводять до найгіршого болю? Чи прояви болю (і стратегії лікування) у цивільних відрізняються від проявів болю і стратегій лікування у солдатів? Які нові види лікування можуть бути корисними? Чи засоби знеболення (аналгезії) відповідають необхідним умовам, або ж їх недооцінюють, як і в минулому [2, 3]? Чи потреба вживання наркотичних речовин суперечить вживанню анальгетиків? Украй важливо за допомогою самого пацієнта розрізняти види болю, спричинені травмою, хірургічним втручанням, перев'язками, ампутацією і фізичною терапією, та інші види болю, пов'язані з травмами, хворобою чи емоційним стражданням. Біль, спричинений бойовими пораненнями і небойовими травмами серед військового персоналу і постраждалих цивільних осіб, також важливий у сучасному контексті та може стати причиною подальших психопатологій [4–7]. Зближення усієї медичної команди, співпраця хірургів, психіатрів, анестезіологів і допоміжного персоналу є основою оптимального лікування болю, спричиненого пораненнями та травмами.

Основне завдання, яке стоїть перед медичним персоналом під час лікування пораненого, — це полегшення болю, звісно, за умови гарантії безпеки пацієнта і самих медичних працівників. Точний і правильний діагноз психічних захворювань — запорука ефективного та безпечного полегшення болю. Діагноз деліріуму [8] вже наявної травми головного мозку, зловживання психоактивними речовинами, психозу, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), діагнози психічних розладів другого порядку (Axis II) чи депресії впливатимуть на вимірювання рівня болю, діагностичні процедури, запобіжні заходи і вибір засобу знеболення. Неспроможність виявити больові реакції пацієнта з історією серйозної травми в минулому чи больові реакції пацієнта у стані хімічного паралічу, який не може сам розповісти про них; нездатність визначити діагноз делірію, ризик жорстокості чи високий рівень вмісту алкоголю або наркотичних речовин можуть стати причиною страждань чи смерті, яких можна уникнути.

Підбір найефективніших методів лікування болю травмованим пацієнтам будь-якого віку є основними клінічним та науковим завданнями. За останні 25 років було винайдено й удосконалено безліч методів. Попередні публікації авторів цього розділу стосувалися психологічних посттравматичних і нейробіологічних аспектів болю, спричиненого травмою на різних етапах життя та в різні періоди після отримання травми [9–12]. Об'єднана комісія (у минулому — Об'єднана комісія з акредитації організацій охорони здоров'я), практичні вказівки, протоколи лікування та система навчання приділяють значну увагу проблемі болю. Запобігання та полегшення гострого й хронічного болю більш імовірне за умови початку лікування безпосередньо під час травми та його продовження. У ситуаціях хірургічного втручання під час порятунку першочергове значення надається полегшенню болю дітей і дорослих. Це також пояснюється з огляду на метаболізм: полегшення болю зменшує стресову реакцію організму, яка активізує викид катаболічних гормонів, катехоламіну та кортизолу. Було експериментально доведено, що, наприклад, лікування, направлене

на послаблення метаболічних і стресових реакцій під час опіків, гарантовано зменшує подальший стрес, як і описано нижче.

Які поранення найболючіші? Це може визначити лише сам пацієнт, детально відповівши на це питання. Але у деяких випадках пацієнт, через особливий склад характеру, якому притаманний стоїцизм, може неохоче ділитись цією інформацією. Ортопедичні травми, включно з ампутацією, здатні змусити пацієнта оцінити біль у «25» за шкалою від 0 до 10, і такі напади можуть повторюватись, якщо вчасно не забезпечити пацієнта дозою морфію. Пацієнти з опіками часто вказують на біль від перев'язок чи від донорських латок при пересаджуванні шкіри. Біль спроможний локалізуватись у будь-якій частині тіла, у тому числі у внутрішніх органах. Попри це, ті зони, які легко збуджуються і, значить, можуть найбільше боліти від поранень, вражає найгостріший біль. Обличчя, шкіра черепа та шия, руки, геніталії та преанальна зона найчастіше потерпають від гострого болю. Симптоми несподіваної поведінки, зокрема надзвичайне хвилювання, агресивність, гнів, емоційне відчуження чи тривожність, можуть стати побічними ефектами невпізнаного поранення чи поранення, що спричиняє невпізнаний біль.

З'являється все більше даних, які вказують на те, що успішне знеболення полегшує посттравматичний стрес, зменшує тривожність і депресію. В одному з досліджень кетаміну, антагоніста рецепторів N-метил-D-аспарагінової кислоти (NMDA), який широко використовується в лікуванні опіків, було виявлено, що він посилює симптоми ПТСР, одночасно захищаючи від посттравматичного зменшення об'єму гіпокампа. Результати дослідження 30 дорослих з опіками (15 із яких — із ПТСР і 15 — без) засвідчили, що «менший об'єм гіпокампа у пацієнтів із травмою є результатом травматичного стресу» [13, с. 2194]). Біль і зараз є об'єктом серйозних досліджень і спостереження за хворими в лікарнях, як і консультацій команд фахівців щодо серйозних випадків у системі охорони здоров'я. Учасниками таких команд є медичні сестри, хірурги, анестезіологи, неврологи, фармацевти, терапевти, фахівці з етики та інші. До вивчення болю, спричиненого травмою, виявляють науковий інтерес, йому приділяють значну увагу, розробляється велика кількість фармакологічних і психологічних методів лікування цієї проблеми. Багато надій покладено на спільні дослідження геноміки та нейробіології, які можуть надати нові варіанти лікування болю у травмованих пацієнтів у майбутньому.

Зараз існує сформована база знань, за допомогою якої і розробляють плани усунення болю в дітей і дорослих [14, 15]. Важливо, щоб кожен, хто допомагає пацієнтам, які страждають від болю, ознайомився та використовував цю інформацію. Для оцінювання рівня болю в дітей і призначення їм необхідного лікування необхідне розуміння особливостей спілкування з дітьми на визначеному етапі розвитку; психічних проблем, на які вони можуть страждати; емоційних і фізичних ефектів болю. Щоб оцінити рівень болю у дорослих, потрібно уважно слухати їхні скарги. Крім того, слід розпізнавати унікальні потреби пацієнтів інтенсивної терапії, людей із психічними чи фізичними вадами, пацієнтів, які зловживають психоактивними речовинами, і старших за віком.

Психологічні методи лікування, зокрема підготовка до болісних процедур чи гіпноз, на відміну від фармакологічного лікування, не рекомендовані протоколами. Проте вони, будучи ефективними складовими медичної допомоги, насправді допомагають пацієнту полегшити біль [1, 16–18]. У психологічних методів знеболення немає таких побічних ефектів, як у ліків. Також вони нівелюють ризик залежності чи отруєння, але і їхня ефективність значно нижча. Результати систематичного фармакологічного дослідження пацієнтів із важкими травмами довели ефективність знеболення, застосовуючи значні дози морфіну і, можливо, бензодіазепіну (хоча деякі дані свідчать, що лоразепам може лише погіршити наслідки [19] інших анальгетиків чи допоміжних ліків за допомогою внутрішньовенного чи інших засобів введення, найчастіше у пацієнтів зі штучною вентиляцією легенів). Подальші дослідження з управління травматичним болем тривають.

Напрацювання у сфері полегшення місцевого болю зробили свій внесок у загальну систему полегшення болю у поранених військовослужбовців. Сьогодні у випадку вогнепального поранення військовослужбовця або поранення внаслідок вибуху доступне знеболення за допомогою встановлення катетера під контролем УЗД і введення необхідно-

го знеболювального засобу. Такі катетери фіксуються на місці поранення і під'єднуються до інфузійних насосів. Це дозволяє пораненому не відчувати болю під час хірургічного втручання на театрі бойових дій до початку евакуації в Європу на шляху до регіонального госпіталю Ландштуль у Німеччині, де можливі промивання рани та подальша санація, і переправлення до шпиталів Сполучених Штатів через Атлантику. Очікується, що це нововведення дозволить зменшити рівень наркозалежності і складних симптомів болю у поранених, які беруть участь у Глобальній війні з тероризмом.

Важкі поранення містять два компоненти: гострий і хронічний біль, які потрібно розрізняти. Гострий біль, якому присвячений цей розділ, включає фоновий біль (background pain) і процедурний біль. Гострий біль може посилюватись тривогою, депресією, відсутністю сну і регенерацією нервових закінчень (можливе утворення невроми, відомої як післяопікова невралгія) [20, с. 319]. Хронічний біль, якого не так легко позбутись, може турбувати людину місяцями, у деяких випадках — роками. Він може виникати через рубцювання, контрактуру, травму кістки чи суглоба, утворення кісткової тканини у м'яких тканинах (гетеротопічне окостеніння) [21, 22] або через ураження периферичних нервів (невропатичний біль). Цей розділ, хоча і є складним для розуміння, містить необхідне наукове підґрунтя для лікування, ілюструє конкретні випадки, розглядає різні клінічні підходи і доцільні джерела інформації для розробки оптимального мультидисциплінарного плану лікування болю для пацієнтів, які страждають від бойових і небойових поранень.

АНАТОМІЯ БОЛЮ, СПРИЧИНЕНОГО БОЙОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ

Анатомічне розташування болю є ознакою ураження ділянки шкіри, прихованої інфекції чи системного захворювання. Сенсорне визначення болю (ноцицепція) і сам біль — не одне і те саме. За Шерінгтон (Sherrington), ноцицепція [23] — це сенсорне визначення нездорового наслідку потенційно шкідливого впливу навколишнього середовища. Саме ж поняття болю передбачає сенсорний та когнітивний компоненти і визначається міжнародною асоціацію з вивчення болю як «неприємне сенсорне (чуттєве) чи емоційне переживання, що супроводжується наявним чи потенційним ураженням тканини» [24]. Анатомія болю включає і центральну, і периферичну нервові системи [25]. Пацієнти з більшими травмами відчувають більше болю. Через залучення центральної і периферичної нервових систем, аферентного й еферентного провідних шляхів під час лікування болю необхідно спрямовувати зусилля і на рецептори спинного мозку та периферичні рецептори.

Практичні приклади болю, спричиненого травмами

Приклад 21.1. 26-річний цивільний афганець отримав відкрите проникне поранення лівого коліна. Товариші віднесли його до пункту збору поранених всередині безпечного бункера. Він кричав і хапався за ліве коліно. Первинний огляд не виявив проблем зі свідомістю і диханням. Швидкий повторний огляд не виявив додаткових травм.

Було очевидно, що пацієнт збентежений зовнішнім виглядом свого коліна. Йому дали 800 мг фентанілу в пастилках, тимчасом як його коліно було знерухомлене і перев'язане, а його самого заспокоював один із товаришів. Через 5 хвилин, до того часу, коли з'явилась можливість зробити ін'єкцію, больова реакція вже значно послабшала. Ця начебто проста дія з іммобілізації та перев'язування (і приховування таким чином зовнішнього вигляду) травмованого коліна була одним із елементів лікування болю пацієнта. Через тридцять хвилин опісля первинного огляду йому було введено невелику дозу кетаміну (0,25 мг/кг внутрішньовенно) з метою досягнення прийнятного стану для проведення знезараження і ретельного промивання рани. Надалі, впродовж наступних 8 годин до прибуття транспорту для перевезення, біль пацієнту полегшували за допомогою іммобілізації та періодичного вживання фентанілу за потреби пацієнта. Перев'язування та іммобілізація коліна стали ефективними засобами для полегшення больової реакції.

Приклад 21.2. 55-річний громадянин Іраку отримав серйозне вогнепальне поранення лівої ступні, щико-

лотки і гомілки. Кровотечу зупинили на місці за допомогою спеціального турнікета, і пацієнта було терміново направлено до хірургічного підрозділу. У нього були й інші поранення, під час транспортування він лишався притомним. Спричинене вогнепальним пораненням ушкодження декількох ключових нервів уповільнило миттєву больову реакцію, первинного полегшення болю досягнули за допомогою іммобілізації та періодичного внутрішньовенного введення невеликих доз морфіну. Хірург опісля огляду зробив висновок, що за таких умов найкращим рішенням буде ампутація кінцівки від рівня коліна для встановлення протеза. Після того, як пацієнту повідомили (залучивши перекладача) про методи лікування, один із яких передбачав спробу збереження кінцівки (з величезним потенціалом повторного інфікування, складним процесом відновлення і можливістю зрощення кінцівки, яке обмежувало б повноцінний рух), а інший — ампутацію, біль пацієнта загострився.

Опісля зʼясування того, що разюче загострення болю не повʼязане із самим пораненням, пацієнта запитали, що б могло полегшити це несподіване загострення. Відповідаючи, пацієнт натякнув, що відчув панічний страх, почувши про рекомендовану ампутацію. Він продовжував повторювати: «Insha'Allah» (що в перекладі означало «Божа воля» чи «якщо цього хоче Бог»). Хірург вимагав негайного рішення від пацієнта, який був нездатний це зробити.

Було зрозуміло, що перш ніж почати будь-яке лікування та знеболення, необхідно розібратися з психологічним болем пацієнта. Завдяки словесному заспокоєнню і релігійній промові перекладача-мусульманина хворий відчув себе менш збентеженим, і його біль значно полегшився. Урешті-решт, пацієнт зміг прийняти рішення. Цей випадок демонструє багатофакторні компоненти генерації болю, від яких залежить виникнення болю навіть за умови гострої травматичної денервації, і важливість цих чинників у погіршенні клінічного гострого болю, який можна полегшити за допомогою культурного втручання мовою пацієнта.

Приклад 21.3. 4-річна дівчинка зазнала глибоких опіків 55 % тіла і травму дихальних шляхів під час пожежі в будинку. Одразу ж опісля порятунку лікарі зробили їй інтубацію для проведення штучної вентиляції легень. Для полегшення процесу інтубації і штучної вентиляції легень під час транспортування дівчинка була хімічно паралізована цисатракуріумом (Cisatracurium) і введенням седативних засобів, приблизно 0,05 мг/кг мідазоламу й 0,05 мг/кг морфіну сульфату. Побачивши її опіки, батьки були в сильному шоковому стані, але їх запевнили, що дівчинка отримає належну допомогу.

В опіковому відділенні дівчинці призначили регулярні інʼєкції тих самих препаратів, по 0,05 мг/кг кожного. Міорелаксацію було припинено для більш точного визначення необхідної допомоги пацієнтці. Під час огляду, після спонтанного згасання нейромускулярної блокади, виявилось, що дитина корчиться та кривиться від болю і потребує подальшого знеболення та заспокоєння. Дози морфіну сульфату та мідазоламу було збільшено, титруючи до показника мінус 2 за шкалою Річмонда (Richmond Agitation-Sedation Score) [3]. Упродовж наступних двох тижнів до моменту екстубації допоміжні дози розчинів цих препаратів були поступово збільшені до розвитку толерантності як відповідь на моніторинг стану пацієнтки. Під час цього потрібно було зробити декілька операцій з пересадки шкіри, які були повʼязані з серйозним післяопераційним болем. Максимальні дози, що дозволяли надавати необхідну допомогу, були визначені на рівні 0,50 мг/кг/год морфіну сульфату і 0,40 мг/кг/год мідазоламу.

Біль від процедур і тривога очікування ставали серйозними проблемами для дитини, тому що хоча б раз на день їй мали проводити процедури як лежачому хворому. Для заспокоєння дівчинки під час цих маніпуляцій (зміна повʼязки, дезінфекція, встановлення внутрішньовенного катетера) їй призначали додаткові інʼєкції кетаміну 1 мг/кг кожні 20 хвилин за потреби. Коли вона була притомна, їй ставало легше долати біль і страх від госпіталізації завдяки присутності батьків, їх поясненням та заспокоєнням, а також завдяки тілесному контакту.

Загоєння шкіри від пересадки відбувалось протягом двох тижнів, що співпало з покращенням стану травми дихальних шляхів дитини. Після екстубації потреба заспокоєння зменшилась завдяки видаленню ендотрахеальної трубки та загоєнню ран. Обʼєм допоміжних інʼєкцій розчинів був скорочений на 10 % на день зі зміною зменшення препарату кожні 12 годин (наприклад, о шостій ранку зменшення морфіну і о шостій годині вечора зменшення мідазоламу). У цей самий період, поки її біль і тривожність знижувалися, батьки теж стали менше нервувати і почали більш ефективно допомагати доньці, беручи участь у перевʼязках [26].

Приклад 21.4. 18-річний чоловік став жертвою аварії, врізавшись у вантажівку на високій швидкості,

яка потім загорілась. У нього було виявлено переломи і глибокі опіки обох ніг, 65 % шкіри уражено опіками другого і третього ступенів, а права плечова кістка роздроблена від закритого перелому. Після вивільнення з-під уламків і транспортування йому була проведена інтубація і штучна вентиляція легенів протягом 4 тижнів. План його допомоги передбачав збільшення доз морфіну сульфату та мідазоламу і додаткових внутрішньовенних ін'єкцій пропофолу (2–3 мг/кг) протягом процедури. На 10-й день провели трахеотомію, яка зменшила його потребу у внутрішньовенному заспокоєнні. Йому видалили уражені ділянки шкіри і зробили пересадку, але пацієнту необхідно було провести двосторонню ампутацію кінцівок нижче від коліна. Відлучений від седації пацієнт тимчасово перебував у стані марення, а потім переживав нав'язливі спогади про аварію та безсоння, з якими намагалися впоратись за допомогою лоразепаму. Спочатку він перебував у депресивному стані через свої серйозні травми, але завдяки психотерапії, підтримці друзів і повідомленням від сім'ї його стан покращувався. Під час фази одужання в нього розвинувся важкий невропатичний фантомний біль у нозі, що заважало його реабілітації. З цим вдалося впоратись завдяки габапентину, що сприяло успішному протезуванню. Через шість місяців він зміг відмовитися від габапентину [27].

БІОЛОГІЯ БОЛЮ

Необхідно розглянути кілька важливих понять, що стосуються механізмів болю:

а) больові рецептори на шкірі (ноцицептори);
б) опіоїдна система;
в) підвищена больова чутливість (гіпералгезія);
г) нещодавно з'ясована роль неопіоїдних добавок, до складу яких входять інгібітори ферменту циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) і габапентин.

Біль унаслідок травми від опіку чи іншого способу пошкодження тканини передається периферичними ноцицепторами — периферичними закінченнями первинних сенсорних нейронів, які розташовані в дорзальному корені спинного мозку і нервовому ганглії трійчастого нерва.

На відміну від інших сенсорних рецепторів на шкірі, ноцицептори не мають спеціалізованих структур для передачі нервових сигналів і, по суті, існують як вільні нервові закінчення. Різні класи ноцицептивних волокон можуть брати участь у переживанні болю. Теплові або механічні ноцицептори проводять больові сигнали швидко (до 30 м/с) за допомогою тонких мієлінізованих волокон малого діаметра, які класифікують як «А» або «А-дельта». Полімодальні ноцицептори також активуються від подразників тепла, але передають імпульси повільніше (до 2 м/с) за допомогою немієлінізованих С-волокон малого діаметра. І А-дельта-, і С-волокна розташовані по всій шкірі і в глибоких тканинах [12]. Ноцицептивні волокна А і С входять до заднього рогу спинного мозку і розділяються на висхідні і низхідні гілки. Волокна закінчуються в пластині І і пластині ІІ, хоча деякі аферентні волокна А можуть закінчуватись більш глибоко в пластині V. У пластині І різні відростки нейронів обробляють отримані стимули. «Ноцицептивно специфічні» реагують тільки на ноцицептори, але нейрони «широкого динамічного діапазону» реагують і на ноцицептори, і на інші механоцицептори.

Існує декілька висхідних шляхів передачі аферентних стимулів у мозок. Спиноталамічний шлях (spinothalamic tract) починається з пластини І і в пластинах V–VII та є основним висхідним шляхом для ноцицептивного входу. Ноцицептивно специфічні нейрони і нейрони «широкого динамічного діапазону» у цьому тракті закінчуються в протилежній частині таламуса, а саме у вентробазальному і задньому ядрах таламуса.

Спинoретикулярний шлях (spinoreticular tract) починається в тонких пластинах VII і VIII і відправляє іпсілатеральні і контрлатеральні відростки до ретикулярної формації та таламуса. Спиномезенцефалічний шлях (spinomesencephalic tract) починається в пластинках І і V, де він контрлатерально сягає ретикулярної формації середнього мозку і періакведуктальної сірої речовини головного мозку, близько до інших відділів середнього мозку. Спиноцервікальний шлях (spinocervical tract), як і задній стовп спинного мозку, також

можуть передавати ноцицептивні стимули. Крім того, у спинному розі А-В-волокна, які передають відчуття вібрації і легкого дотику, беруть участь у модифікації передачі болю за допомогою інгібуючих інтернейронів.

Є кілька відростків, які з'єднують ядро таламуса та кору головного мозку, у першу чергу соматосенсорну й асоціативну зону кори головного мозку. Незважаючи на те, що можна виділити принаймні два класи соматосенсорних нейронів кори головного мозку, їх можна ідентифікувати з точки зору їхніх рецептивних полів і джерел входу до таламуса, ноцицептивні входи не позначаються на корі так, як тактильні входи. Крім того, ушкодження соматосенсорної зони не спричиняють втрату чутливості до болю, припускаючи, що теорія обробки ноцицептивних стимулів в корі цілком можлива [28, 29]. Дослідження, що вивчають реакцію різних відділів кори головного мозку на больові подразники, відмічають залучення усіх ділянок, зокрема й контрлатеральної префронтальної кори, а також середньої і нижньої лобової звивини (Brodmann areas 6, 8, 9, 44, і 45) [30, 31].

Інтенсивний потік больових стимулів, пов'язаних із травмою, призводить до зниження порогу для подальшого збудження нейронів спинного мозку, а також до яскравішої реакції у відповідь на наступні стимули і розширення зони сприйняття [32].

Всі ці адаптивні зміни, ймовірно, лежать в основі підвищеної больової чутливості, або гіпералгезії, яка, як правило, є наслідком серйозних опіків та численних травм. Гіпералгезія вже давно характеризується як «первинна», якщо ділянка ураження є обмеженою, або «вторинна», якщо вона поширюється на ділянки, сумісні із зоною ураження [33].

Первинна гіпералгезія виражається в сенсибілізації обох периферичних ноцицепторів і спинних нейронів, натомість вторинна гіпералгезія, мабуть, залежить від сенсибілізації одних нейронів спинного мозку [34, 35].

Обидва типи підвищеної больової чутливості здатні проявитись одразу ж опісля травми, але може минути і кілька годин, перш ніж вторинна гіпералгезія досягне піку, і вона, скоріш за все, зникне до появи первинної гіпералгезії [30]. Цікаво, що експериментальні дані свідчать про те, що хімічно чутливі ноцицептори можуть ставати механочутливими ноцицепторами після отримання травми [31]. Ця можливість залучати «мовчазні» ноцицептори виконує важливу функцію у первинній гіпералгезії, якій передують ушкодження або запалення.

Будь-яка серйозна травма, зокрема й від опіків, виражається через локальну і системну реакцію, яка включає лихоманку, втрату апетиту і біль на ушкодженій (первинна гіпералгезія) і на неушкодженій ділянці. Донедавна, як було зазначено в попередньому пункті, вважалось, що це відчуття виникає завдяки передачі нервових імпульсів від ушкодженої ділянки до спинного і головного мозку [36]. Можливо, інші механізми відіграють свою роль [37]. Ліки, які діють на сенсорні нерви, добре полегшують гострий біль. Якщо виникає запалення, препарати для гострого болю виявляються менш ефективними.

Місцеве запалення на ушкодженій ділянці тіла (наприклад, від опіку) викликає швидку і тривалу прозапальну сигналізацію збільшенням кількості молекул, що сигналізують про запалення в головному мозку, особливо інтерлейкін 1-бета, що наявні в спинномозковій рідині. Блокатори інтерлейкіну 1-бета (наприклад, інгібітори циклооксигенази — ЦОГ-2) ефективно гальмують гіперчутливість до болю [36, 37].

Підвищений рівень інтерлейкіну 1-бета є причиною підвищеного рівня ЦОГ-2 і синтезу простагландину Е, який в результаті збільшує рівень простагландину E_2. Таким чином, використання інгібіторів ЦОГ-2 має не лише протизапальний та жарознижувальний ефекти, але також антигіпералгезійний ефект завдяки впливу на локальні й центральні зони. Сьогодні доступні целекоксиб, німесулід і мелоксикам. Окрім того, спродукована травмами/запаленнями активація протеїнкінази Cδ (PKCδ) і NMDA спинальних нейронів може також відігравати роль у гіпералгезії і механічній (тактильній) алодинії [38]. З'являється все більше даних про те, що підвищення активації протеїнкінази Cδ (PKCδ) і NMDA закладені в механізм регуляції хронічної ноцицепції [38]. Отже, це стає логічною підставою для застосування таких препаратів, як кетамін, антагоністів NMDA (N-метил-D-аспартатових рецепторів).

ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ БОЛЮ

Сучасні лабораторні дослідження уточнюють комплексні та деструктивні шляхи, які дозволяють підтримувати рівень ендогенних опіоїдів в організмі [39, 40]. На додачу до локалізації гена динорфінів було визначено місцезнаходження й інших елементів нервових систем, що беруть участь у продукуванні болю та тривоги. Визначені три класи ендогенних опіоїдів:

1) ендорфін;
2) мет- і лей-енкефалін (Methionine- and leucine-enkephalin);
3) динорфін.

Інші медіатори, які регулюють біль, включають моноаміни (дофамін, норадреналін і серотонін), субстанцію Р (нейропептид сімейства тахікінів) і γ-аміномасляну кислоту кожен із залученням своїх специфічних рецепторів. У клінічній практиці опіоїди є препаратами першої лінії для лікування болю, спричиненого травмою. Доцільним буде вибір анальгетиків, таких як нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), селективні інгібітори ЦОГ-2, бензодіазепіни, антиконвульсанти і ад'юванти (наприклад, стимулятори, трициклічні або серотонінергічні антидепресанти, нейролептики), які б регулювали та підсилювали дію наркотичних засобів. Однак аналгетичні ефекти опіоїдів важко спрогнозувати, особливо за умови застосування при хронічному болі. Частково це можна пояснити зниженням регуляції опіоїдними рецепторами [37] і розвитком стану, який має назву опіоїд-індукованої гіпералгезії (ОІГ). Згідно з останніми спостереженнями, регулярне застосування опіоїдів призводить до ОІГ. Таким чином, лікування опіоїдами має зворотний бік: лікування болю може призвести до стану підвищеної больової чутливості. ОІГ може розвинутись під час підтримувальної терапії, відлучення від препарату чи під час будь-якого з цих процесів або за інших умов. Вивчення ОІГ проводилися в трьох різних середовищах:

1) серед колишніх опіоїдних наркоманів, що проходили терапію за допомогою метадону;
2) серед пацієнтів, які проходили лікування опіоїдами;
3) серед добровольців. ОІГ може розвинутися як після малої, так і після значної дози опіоїдної терапії [41–43].

Механізми, залучені до ОІГ, включають підвищену чутливість периферичних нервових закінчень, значне полегшення ноцицептивної передачі сигналу, зміну кінетики ноцицептивних трансмітерів і підвищену сенсибілізацію нейронів другого ряду до нейротрансмітерів [41, 43]. Збуджуючі амінокислоти (глутамінова), рецептори *N*-метил-D-аспарагінової кислоти (NMDA) і протеїнкінази (PKC), можливо, відіграють роль у розвитку ОІГ. Чим серйозніша опіоїдна терапія, тим більш можливий розвиток ОІГ.

Виникнення гострої толерантності до опіоїдів також можливе [44]; це додатково підкреслює важливість альтернативних засобів лікування або доповнення опіоїдної терапії болю допоміжними засобами. Стратегії лікування опіоїдної толерантності та ОІГ передбачають застосування препаратів фенантрену (морфін) і піперидину (фентаніл), похідного від опіїдів. Застосування NMDA антагоністів (кетамін) запобігає розвитку опіоїдно-індукованої гіпералгезії, а також допомагає подолати толерантність [45]. Дексмедетомідин, альфа-2 (α_2) агоніст є більш потужним, ніж клонідин, і має знеболювальний/седативний ефект, особливо в поєднанні з іншими лікарськими засобами, і може знизити гостроту делірію та інших ускладнень під час відлучення від опіоїдів [46–49].

Досвід, отриманий під час лікування болю, пов'язаного з іншими захворюваннями, такими як рак, герпес, діабетична невропатія і дегенеративні захворювання, можна застосовувати під час лікування болю при посттравматичному синдромі [50]. Методи терапії, які дали позитивний ефект, включали застосування протисудомних препаратів, трициклічних та інших антидепресантів (дулоксетин, венлафаксин), лідокаїну місцево і трамадолу. Габапентин сьогодні викликає значний науковий інтерес. Механізм його дії залишається не до кінця зрозумілим, але його вплив на підгрупу кальцієвих каналів α2δ може привести до зменшення випуску нейромедіатора і зниження центральної сенситизації [51]. Комплексне лікування габапентином разом із морфіном має кращий знеболювальний ефект, ніж будь-який інший препарат або плацебо. Ця комбінація препаратів також має позитивний ефект на біль, який

заважає повсякденній діяльності, погіршуючи настрій і якість життя [51]. Комплексне лікування потенційно здатне одночасно полегшувати біль, боротися з безсонням, нестабільністю настрою і депресією. Але до цих препаратів також може виникнути толерантність: такий висновок можна зробити на підставі попередніх доповідей про нейропластичність і поведінку рецепторів.

ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ БОЛЮ

Існує багато чинників, які можуть сприяти побічним психологічним, поведінковим і фізіологічним ефектам переживанню болю і травм [52]. Зазвичай доволі важко визначити, як саме біль впливає на низку психологічних проблем, спричинених травмою. Сама травма може бути, а може і не бути неочікуваною, але вона в будь-якому разі призводить до тривалого відчуття гострого болю. Найчастіше одразу після отримання травми пацієнтів доставляють у відділення невідкладної допомоги, де їм можуть зробити перев'язку або надати широкий спектр хірургічних послуг. Госпіталізація передбачає відлучення від військового підрозділу та товаришів по службі, які теж могли бути травмованими або взагалі померли. Лікування загалом складається з болючої зміни пов'язок і підтримки в адаптації до постійних і емоційно травматичних змін у тому, як виглядає тіло і як воно функціонує. Травматична природа серйозних тілесних ушкоджень передбачає, що деякі пацієнти отримують поранення під час бою, інші — через помилки, нещасні випадки, інтоксикацію. Але є й такі, хто навмисне наражається на травми або заподіює собі біль. Травмовані пацієнти зазвичай переживають комплекс важких психологічних наслідків, таких як нічні кошмари, емоційно важкі спогади, напади гострого суму і смутку, роздратування, гнів і поведінкова регресія [11, 53]. Наприклад, психологічна інтенсивність травми, отриманої в результаті опіків, і стрес через напружене і довготривале лікування опіків часто порівнюють із «шоком, якого неможливо уникнути» або «засвоєною безпомічністю», що стають моделями ПТСР [55, 56].

Від третини до половини всіх травмованих пацієнтів, зрештою, мають розвиток ПТСР, і більше ніж у половини виникають серйозні симптоми посттравматичного стресу [57]. ПТСР і його симптоми є реакцією на різні травмувальні події, пов'язані з бойовими і цивільними травмами, збройними нападами, спогляданням насилля, катастрофами, медичним захворюваннями, психологічним та сексуальним насиллям й іншими психологічними травмами, що не містять фізичних травм [58, 59]. Симптомами цього захворювання є нав'язливі спогади, заціпеніння та уникання, а також підвищена тривожність [60]. Прояв цих симптомів може бути ініційований чинниками навколишнього середовища, як, наприклад, контактом з предметами, людьми чи ситуаціями, що нагадують про психотравмувальну подію. ПТСР ідентифікують, коли пацієнт відчуває симптоми більшість днів, і це заважає його соціальному або професійному життю. ПТСР заважає нормальному соціальному, освітньому, професійному, біологічному розвитку і життєвому циклу. Діти з ПТСР часто страждають від нав'язливих спогадів або настільки перезбуджені, що їм надзвичайно важко взаємодіяти з соціумом [61, 62].

Вторгнення спогадів, пов'язаних із травмою, і надзвичайно високий рівень збудження ЦНС заважають роботі та навчанню в школі. Люди з психічною травмою зазвичай уникають соціальних ситуацій через страх і тривогу того, що їх можуть знов охопити спогади. Пацієнти з травмами також страждають від перепадів настрою (особливо депресивного), тривожності, проблем зі сном і сексуальною функцією та поведінкою; зазвичай їм важко зосередитися на чомусь. Симптоми ПТСР стають причиною надзвичайно високого рівня захворюваності і можуть непокоїти пацієнта роками. Наукові дані свідчать про те, що якщо симптоми ПТСР переходять у хронічні, вони дуже важко піддаються лікуванню [63]. Таким чином, важливо, щоб у кожному випадку отримання травми постраждалий одержав допомогу з клінічним втручанням, яка попередила б або полегшила симптоми ПТСР. З'являється все більше і більше даних про те, що завчасне превентивне лікування свіжих наслідків травми за допомогою

когнітивної терапії або медикаментів (наприклад, морфіну, пропранололу, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, трициклічних антидепресантів) може в деяких випадках зупинити появу симптомів ПТСР, зокрема у випадках бойових травм [64–68].

ГЕНЕТИКА

Цей підрозділ присвячений короткому огляду генетики болю і генетики реакції на опіоїдні препарати, а також важливим генетичним чинникам відмінностей расових реакцій на біль чи його лікування. Проект геному людини (HGP) надав інформацію про геномні варіації, які можуть впливати на патологічні стани і, швидше за все, впливають на розвиток лікування в майбутньому. Попри це, молекулярна біологія і генетика болю не має новітніх даних про лікування болю у випадку спадкових, серцево-судинних та онкологічних захворювань. Звіти, які публікуються, освітлюють загалом тематику генетичних чинників, що впливають на ноцицептивну чутливість, і реакції на препарати. Гени, що беруть участь у сприйнятті болю, обробці інформації про біль і лікування болю, містять опіоїдні рецептори, транспортери, рецептори *N*-метил-D-аспарагінової кислоти, α_{2A} адренорецептори і нещодавно відкритий фермент гуанін трифосфат циклогідролаза, який обмежує рівень синтезу тетрагідробіоптерину, ключового модулятора периферичного нейропатичного болю і болю при запаленні [69, 70].

Біль є складною властивістю організму, що передбачає взаємодією декількох генів, кожен з яких має свій ефект та які разом із чинниками культури і середовища відіграють роль у відчутті болю. Спадкові захворювання, зокрема гомозиготні порушення, є причиною зміненої чутливості до болю. Наприклад, було виявлено, що випадок мутації фактору росту нерва NGF (Nerve growth factor) може призводити до повної відсутності болю [71]. Нещодавно був визначений «гаплоїдний генотип, що захищає від болю» — ген трифосфат гуаніну з алельною частотою 15 % [72]. Цей гаплотип можна пов'язати зі зниженням чутливості до болю (346) в поперековому відділі після видалення міжхребцевої грижі і у волонтерів, яким завдають болю в ході експерименту [70]. Рівень активності чи неактивності ферментів, які беруть участь у метаболізмі препаратів, може також впливати на їхню ефективність. Механізм того, як поліморфізм мікросомального ферменту — цитохрому P450 (CYP2D6) — впливає на знеболювальну ефективність кодеїну, трамадолу та трициклічних антидепресантів, уже добре вивчений [69]. Аналогічним чином рівні вмісту деяких НПЗП залежать від активності CYP2C9.

Катехол-О-метилтрансфераза — один із основних регуляторів сприйняття болю, когнітивної функції і афективного настрою. Поліморфізм цього ферменту iμ-опіоїдних рецепторів, як відомо, модулюють чутливість до болю і ефективність опіоїдів [73, 74]. Було виявлено, що окрім ендогенних факторів, які впливають на больову чутливість, екзогенне застосування невеликих за розміром молекул (пептидів), що діють певним чином на генну активність, може впливати на больову реакцію. Прогрес молекулярної біології дозволив здійснювати регуляцію експресії генів (на прикладах тварин), використовуючи метод «нокауту» або РНК-інтерференцію (RNAi — антисмислової рибонуклеїнової кислоти) і малих інтерферуючих молекул РНК (sRNA — small interfering RNA). Генна терапія обіцяє гарні результати для пацієнтів із гострим болем. Додатково досліджувались інші гени-кандидати, що беруть участь у передачі сигналу болю, опіоїдні рецептори, переносники й інші об'єкти фармакотерапії. Майбутні дослідження мають роз'яснити можливі побічні ефекти таких генних маніпуляцій. Найбільш складним завданням є доставка RNAi і малих інтерферуючих молекул sRNA до цільових тканин, таких як центральна нервова система. Гени також можуть впливати на сигнальні шляхи, пов'язані з больовою чутливістю і клінічною реакцією [7, 74]. Майбутні дослідження посприяють краще осмисленню значення різних генів і ферментів метаболізму в контексті демографічних і клінічних величин, які можуть впливати на лікування гострого та хронічного болю [75].

Лише декілька досліджень болю в людини описували етнічні та расові особливості пацієнтів при

лікуванні. Незважаючи на таке обмеження, отримані дані будь-якого з цих досліджень потім узагальнюються щодо етнічних чи соціальних груп попри відсутність бази, достатньої для узагальнення результатів таким способом. Отже, виникає необхідність проведення досліджень, які акцентували б на відмінностях етнічних і соціальних груп. Особлива увага приділяється генетичним чинникам, що контролюють розподілення ліків та реакцію на них [76]. Наприклад, вибірковість одного препарату, мідазоламу, дорівнювала 11 варіантам [77]. Встановлення послідовності дозувань CYP3A4 і CYP3A5 генів виявило 18 випадків однонуклеотидного поліморфізму SNPs, включаючи вісім нових однонуклеотидних поліморфізмів CYP3A4 SNPs. Такі відмінності можуть вказувати, а можуть і не вказувати на таку вибірковість. Таким чином, нібито стандартні дози можуть мати токсичний ефект для одних і не мати жодного ефекту для інших. Расові та етнічні відмінності були описані для низки препаратів, були визначені генетичні, екзогенні (культурні та дієтичні), як і патогенні, причини цих відмінностей. Поліморфізм ензимів, які беруть участь у метаболізмі препаратів (наприклад, CYP2D6 цитохромної системи P-450), уже добре вивчений і може впливати на фармакологічну терапію, зокрема на визначення, чи потрібно зменшувати або збільшувати дозу за необхідністю. Різні реакції на лікування болю можна пояснити фармакокінетичними, фармакодинамічними, фармакогенетичними чинниками. Визначення таких генетичних відмінностей вплине на поліпшення ефекту від лікування. Травмоіндуковані відмінності метаболізму лікарських засобів також можуть вплинути на роль фармакогенетики [78].

МЕТОДИ ОЦІНКИ БОЛЮ

Суб'єктивність сприйняття болю кожною окремою людиною перетворює його об'єктивне оцінювання на важке завдання для лікаря. Вимірювання рівня болю складається з урахування опису власних відчуттів пацієнта і спостереження за його поведінкою. Вимірювання поведінкових особливостей дає змогу співвіднести опис власних відчуттів пацієнта та його поведінки. Щоб враховувати свідчення пацієнта про біль, необхідно, щоб він був старше 4 років, був розвиненим у когнітивному плані і мав змогу виразити свої відчуття за допомогою мови. Психічні розлади можуть потребувати додаткової аналгезії. Наприклад, важкотравмована жінка з межовим розладом особистості, що постійно скаржилась на біль, як виявилось, мала надзвичайно низький рівень ендорфінів. У той же час, пацієнти з психічним розладами другого ступеню (Axis II) можуть перебільшувати свою потребу в аналгезії і насправді потребувати психіатричного огляду, а також оцінки вживання психоактивних речовин, особливо на останніх етапах лікування, коли найбільші рани вже загоїлись. В інших пацієнтів із межовим розладом особистості або депресією після лікування антидепресантами чи стабілізаторами настрою спостерігається нижча інтенсивність болю. Пацієнти можуть симулювати розлади або завдавати собі ушкоджень з метою отримати опіоїди. Пацієнти з ЧМТ, делірієм або обмеженими розумовими чи мовленнєвими здібностями часто не спроможні описати своє відчуття болю.

Є багато способів, які допомагають оцінити рівень болю у дітей [79]. Спостереження дитячих анестезіологів вказують на те, що рівень інтенсивності дихання може слугувати індикатором інтенсивності болю [80]. Серед інших ознак болю у дітей можна виділити вирази обличчя [81], рухи тіла (особливо кінцівок, що може бути ознакою болю [82]) і плач. Психофізіологічні ознаки включають кров'яний тиск, пульс, рівень інтенсивності дихання і нейрохімічну активність [82]. Комбіновані поведінкові і психологічні ознаки — як, наприклад, шкала COMFORT [83], яка складається з 6 поведінкових (занепокоєння, тривожність, урівноваженість, м'язовий тонус, мімічний тонус, фізична рухливість) і двох фізіологічних показників (частота серцевих скорочень і середній артеріальний тиск) — використовуються для оцінювання післяопераційного болю. Застосовуючи цю шкалу, було встановлено, що до найбільш точних показників болю належать поведінкова активність, артеріальний тиск і частота серцевих скорочень [84].

Для оцінювання болю у старших пацієнтів перевага надається методу самооцінювання симптомів та відчуттів. Особлива шкала виміру болю у дітей «Фішки для гри в покер» (Poker Chip Tool) [85] дає змогу дітям від 4 до 8 років описати свій біль як «болючі частинки», застосовуючи один із чотирьох чипів. Шкала під назвою «Шкала облич» (Faces Scale) [86] просить дітей вибрати картинку з обличчями, на яких виражений різний ступінь болю, оцінюваний від 0 до 5 від «немає болю» до «найгіршого болю».

Один із найпрактичніших і стандартних засобів оцінювання болю у підлітків і дорослих — це вербальні і візуальні (або в поєднанні) шкали аналогій, які дозволяють пацієнту визначити інтенсивність болю на прикладі лінійки, використовуючи номерні позначки як зачіпки, що зазвичай поділяються від 0 до 10 — від «не боляче» до «найгірший біль» [87]. Візуальні аналогові шкали, найпопулярніші інструменти для вимірювання болю, мають гарні психометричні властивості і дуже комфортні у використанні. Крім того, номерні позначки були вдосконалені додаванням кольорів [75]. Щоденники вимірювання болю теж можуть бути корисними, бо вимагають від пацієнта регулярної фіксації рівня болю в цифрах протягом усього курсу лікування, як і даних про щоденні заняття, стресори і поліпшення від вживання медичних препаратів.

Пріоритети в наданні допомоги визначаються місцем надання допомоги: до направлення пацієнта в лікарню, на стаціонарному лікуванні, на амбулаторному лікуванні. Безпечність і ефективність є пріоритетними в наданні допомоги на догоспітальному етапі.

Транспортування повітряним шляхом має бути, перш за все, безпечним. Пацієнт повинен співпрацювати з медичним персоналом під час огляду і транспортування. Усі заходи мають відповідати протоколам лікування і бути простими. На цьому етапі протоколи передбачають внутрішньовенне введення опіоїдів і бензодіазепіну, а також додаткових препаратів нервово-м'язового блокування для полегшення ендотрахеальної інтубації [88].

Під час стаціонарного лікування акцент робиться на регулярному оцінюванні стану пацієнта та поступовому застосуванні седативних препаратів і анальгетиків. Протоколи для лікування у стаціонарі є більш складними і передбачають регулярне об'єктивне оцінювання рівня болю та тривожності за допомогою тих чи інших шкал для оцінювання [89, 90]. Стаціонарне лікування дозволяє використовувати контрольовані пацієнтом аналгезуючі пристрої, які, як вважається, зменшують потребу в опіоїдах [91]. Блокатори периферичних нервів [92] або безперервна епіудуральна анестезія чудово допомагають деяким хворим, особливо при лікуванні короткочасного або післяопераційного болю [93].

В умовах амбулаторного лікування, коли постійний нагляд є менш доступним, важливо зважати на безпеку пацієнта. Необхідно розрізняти нейропатичний біль (наприклад, фантомний біль) і більш стандартний біль (наприклад, від відкритих поранень). Останній краще лікувати без застосування опіоїдів за допомогою альтернативних методів для зменшення ризику залежності [94].

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ: ОГЛЯД

Ще 20 років тому лікуванню гострого болю майже не приділяли уваги через побоювання пригнічення дихання і його впливу на виживання. Згодом було визначено прогалини в лікуванні болю через його вплив на підвищення рівня фізіологічного стресу і подальших побічних наслідків. Ефективне полегшення болю стало пріоритетом і було успішно втілене за допомогою застосування опіоїдів, бензодіазепіну, інших анальгетиків і анксіолітиків. Сьогодні в лікуванні серйозно травмованих пацієнтів із поєднанням болю і тривоги зазвичай використовуються комбінації лікарських засобів при ретельному моніторингу життєвих ознак і симптомів. Серед них — високі дози опіатів і бензодіазепінів, НПЗП і розумне використання антидепресантів, обох атипових антипсихотичних препаратів і типових протиепілептичних препаратів. Ознаки психологічної залежності, такі як підвищення пульсу, кров'яного тиску чи безсоння, можливі під час зменшення дози седативних препаратів після їх тривалого застосування, але їх не можна розцінювати як психологічну залежність,

бо ці ознаки регулюються в процесі відлучення за схемою прийому ліків.

Фармакологічне лікування є методом первинної терапії в лікуванні болю від бойових чи небойових травм. Окрім того, важливе значення мають психологічні методи в поєднанні з препаратами, і їхня ефективність також добре відома. Вони передбачають психологічне навчання, психологічну підготовку до процедур, навчання методам релаксації, гіпнозу і самогіпнозу, керовану образну уяву (Guided Imagery) і терапевтичний контакт. Психологічні методи підвищують рівень довіри і зв'язку з пацієнтом, підтримуючи надію, налаштовуючи на оптимістичну боротьбу і оптимальне відновлення, незважаючи на потенційне таврування через фізичні вади та функціональні втрати.

ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БОЛЮ

Два ключових принципи при фармакологічному лікуванні болю — це регулярний огляд пацієнта та корекція дози. Неможливо точно передбачити індивідуальні потреби пацієнта при фармакологічному лікуванні. Інтенсивність болю, рівень тривожності, особливості характеру хворого та відволікаючі чинники будуть мати свій вплив. Тому регулярне оцінювання рівня болю і тривоги пацієнта є життєво необхідним. В ідеальному варіанті такі оцінювання необхідно документувати для того, щоб забезпечити повну картину лікування болю та тривожності для різних лікарів. Для цього затверджено декілька спеціально розроблених шкал вимірювання болю [96]. Дози анальгетиків та анксіолітиків мають призначатися згідно з цими записами.

В ідеальному варіанті у кожному відділенні по догляду за хворими мають бути прописані внутрішні рекомендації щодо методів фармакологічного лікування болю. Ці вказівки мають бути оптимально сформульовані для полегшення процесу ознайомлення, використання та передачі знань персоналом і мають дозволити регулювати дози відповідно до записів під час огляду персоналом, який постійно наглядає за пацієнтом.

Для лікування гострого болю використовують лише кілька класів препаратів. Опіоїди та бензодіазепіни — це основа фармакологічного лікування. Опіоїди є потужними анальгетиками із седативним ефектом. Попри їхню ефективність, вони мають низку побічних ефектів, як-от пригнічення дихання та кишкова непрохідність. Бензодіазепіни є потужними анксіолітиками. Синергія між цими двома класами препаратів є достатньо сильною [96].

Є також інші препарати, ефективні за цих умов: пропофол (швидкодіючий внутрішньовенний знеболювальний засіб), кетамін (внутрішньовенний диссоціативний препарат), галоперидол (внутрішньовенний антипсихотик) і дексмедетомідин (агоніст α_2, що діє на центральну систему). Важко вмістити повну програму лікування болю та тривоги у відділенні інтенсивної терапії в один розділ, але читач має змогу ознайомитися з корисними звітами з цього питання [97]. Важливо зауважити, що успішність лікування гострого болю і тривоги відобразиться на розповсюдженості та важкості гострого й посттравматичного стресових розладів [65]. Регулярний огляд і оцінювання інтенсивності болю та тривоги має стати невід'ємною частиною терапії пацієнтів з важкими травмами.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ ТА СМУТКУ

Психологічні підходи в лікуванні болю і пов'язаних із ним тривогою і смутком вважаються досить ефективними. Підбадьорювання, інтервенції з метою підтримки, зростання кількості та різноманітна структура психологічних інтервенцій, розроблених відповідно до потреб пацієнтів, можуть бути надзвичайно корисними в зниженні рівня болю, тривоги та відчуття безпомічності. Відео, телевізійні програми, гіпноз [18], керована образна уява, релаксація, методи віртуальної реальності й сенсорної терапії можуть бути ефективними при полегшенні болю та дискомфорту. Вони мають бути підібрані індивідуально, тому що одним пацієнтам краще допомагають одні методи, а іншим — інші.

І всі вони, як основні види втручань, допомагають полегшити біль і мають дуже малоймовірний ризик виникнення побічних чи токсичних ефектів. Психологічне лікування пацієнта та методи втручання також передбачають оцінку безпечності, емпатичне вислуховування, виправлення когнітивних спотворень за допомогою когнітивно-поведінкової терапії, надання надії та сприяння позитивному довгостроковому ставленню до одужання.

При використанні психотерапевтичних підходів у лікуванні суму та смутку, пов'язаних із болем, варто зважати на фазу смутку пацієнта (включаючи смуток через травму) і фазу одужання. Подібний смуток лише посилює біль і може бути викликаний різними чинниками: втратою товариша по службі, побаченими смертями дітей, масовими катастрофами або терористичними атаками. Деякі пацієнти, які зазнали втрат, можуть страждати на довготривалий розлад від смутку, що вже був запропонований до внесення в DSM-V [98]. Довготривалий розлад смутку відрізняється від переживання відчуття втрати тим, що спричиняє погіршення психічного стану більше ніж на 6 місяців при наявності одного з цих симптомів критерію B, який має назву «дистрес розлуки»:

1) нав'язливі думки про померлого;
2) інтенсивний емоційний біль через дистрес розлуки;
3) болісне і надзвичайно сильне бажання повернути те, що вже втрачено.

Ці симптоми мають проявлятися щоденно або занадто болісно чи інтенсивно. Окрім цих симптомів у пацієнта мають бути п'ять з описаних дев'яти симптомів критерію C «когнітивні, емоційні чи поведінкові симптоми». Вони або виникають щодня, або носять занадто інтенсивний і руйнівний характер:

1) збентеження щодо власної ролі в житті або пригнічене відчуття самого себе;
2) проблеми з прийняттям втрати;
3) уникання нагадувань про реальність втрати;
4) неспроможність довіряти іншим після втрати;
5) гіркота та злість, пов'язані з втратою;
6) труднощі в продовженні життя;
7) заціпеніння (відсутність емоцій) після втрати;
8) відчуття того, що життя безплідне, пусте та не має змісту після втрати;
9) відчуття приголомшення, потьмарення та шоку від утрати.

Тривалість має бути не менше 6 місяців з початку дистресу розлуки і спричиняти клінічно помітний дистрес або проблеми в соціальній чи професійній сферах (або іншій важливій сфері життя пацієнта). Нарешті, він не може виникати через вживання психоактивних речовин, загальний медичний стан та інші розлади. Підтримка родини, якщо вона можлива, може стати основою полегшення болю, тривоги та смутку. Потрібно оцінити та поліпшити здатність родини розуміти пацієнта, справлятися зі стресом, психологічно витримувати та підтримувати його. Надання допомоги, включаючи психологічне консультування та психотропні препарати за необхідністю, полегшують надання допомоги пацієнту.

ОСОБЛИВІ ПРОБЛЕМИ

Пацієнти зі штучною вентиляцією легенів

Знеболювання і седативний ефект у пацієнтів зі штучною вентиляцією легенів потребує заходів із безпеки дихальних шляхів і безпеки пацієнта. Стривожений пацієнт не тільки страждає емоційно, але й може померти, якщо ендотрахеальна трубка або пристрої для судинного доступу зістяться [99]. Стан, при якому пацієнт «дрімає, але легко приходить до тями», або стан за шкалою седативної терапії Річмонда (RASS — Richmond Agitation-Sedation Scale), який можна оцінити в 2, є загальною метою при догляді за інтубованими пацієнтами у відділенні інтенсивної терапії.

Óпіки та множинні травми

Пацієнти з опіками та множинною травмою відчуватимуть шкідливий вплив значної кількості ран та їх лікування. Рівень необхідної аналгезії може

несприятливо впливати на функцію дихання та гемодинамічний статус. Для організації належного комфорту пацієнта і його безпеки ці несприятливі ефекти усувають за допомогою штучної вентиляції легень або вазопресорної підтримки чи за допомогою обох методів). Важливо виключити інші потенційні причини проблем (зазвичай найбільш поширеною проблемою є сепсис).

Біль опісля ампутації

Ампутовані кінцівки є частою причиною гострого і хронічного больового синдрому. Важливо розрізняти гострий хірургічний біль (наприклад, біль у кістках і м'яких тканинах) і невропатичний біль (наприклад, фантомні болі), бо фармакологічні та немедикаментозні стратегії лікування у них теж різні [10].

Відвикання від наркотиків

Більшість препаратів, які лікують біль і тривогу, постійно впливають на рецептори, що призводить до звикання. Тому необхідно уникати їх різкої відміни для запобігання негативних наслідків [101]. Різка відміна опіоїдів буде викликати тремтіння, вегетативну гіперактивність, діарею і блювоту. Припинення прийому бензодіазепінів може призвести до судом. Поступове відвикання від наркотичних анальгетиків зазвичай добре переноситься з незначними симптомами відміни або наркотичної залежності навіть тоді, коли вживались високі дози.

Біль у дітей

Біль у дітей лікують відповідно до тих самих принципів, які описані в цьому розділі, беручи до уваги особливості дітей, зокрема специфічну вагу тіла, наявність педіатричних захворювань, стан розвитку та залежність від батьків і родини [10]. Дози розраховують за принципом — міліграм на кілограм, і лікування модифікують залежно від супутніх педіатричних хвороб. Період розвитку дитини — немовля, малюк, дитина шкільного віку, підліток — вимагає адаптації терапії до фізичних, розумових, емоційних особливостей цих етапів.

Психіатричні чинники ризику

Серед основних чинників ризику погіршення болю можна виділити такі: неадекватне знеболення, делірій, нерозпізнані інфекція або травма, порушення сну, вже наявні психопатології, заподіяння травм самому собі, наркоманія, ПТСР чи інші тривожні розлади, як-от поява депресії, соматоформних розладів та імітованих розладів. Діагностика та специфічне лікування цих станів або розладів має важливе значення для ефективного лікування супутнього болю. Але це — не всі чинники, що можуть впливати на біль, тому є виправданим подальше обстеження і діагностика.

Лікування болю та проблема наркоманії

Залежність від алкоголю або інших речовин дуже часто пов'язана із небойовими травмами, як і відвикання від наркотичних речовин, особливо від алкоголю, під час гострого лікування травми. Тому лікування травм повинно включати ретельний збір анамнезу зловживання психоактивними речовинами, скринінг на токсикологію, поточну оцінку можливого відвикання, лікування симптомів відвикання та втручання з метою зниження ризику адиктивної поведінки після проходження лікування [103].

ЕТИКА КОНТРОЛЮВАННЯ БОЛЮ

Процес знеболення може ускладнитись. Як зазначено вище, недостатнє усунення болю збільшує ризик несприятливих психіатричних наслідків і незадовільних результатів. Отже, існує етичне зобов'язання полегшувати біль для зменшення ймовірності заподіяння шкоди. Лікування гострого

болю іноді ускладнюється надлишковою седацією, пригніченням дихання або гіпотонією. У довгостроковій перспективі лікування хронічного болю може призвести до наркотичної залежності, зокрема у пацієнтів, які були наркоманами в минулому. Якщо при лікуванні хронічного болю наявне надмірне використання наркотичних анальгетиків, це може призвести до серйозних медичних ускладнень, у тому числі і судово-медичних наслідків. Отож, визначення таких ризиків є етичним імперативом під час розробки обґрунтованого плану лікування постраждалого пацієнта.

ВИСНОВКИ

Цей розділ був створений для допомоги в поліпшенні лікування гострого і хронічного болю від бойових і небойових травм. Він висвітлює психіатричну основу полегшення чи усунення болю, пов'язаного із травмами, характеризує рани, що завдають найбільшого болю, і окреслює відмінності в лікуванні болю у військовослужбовців і цивільних. Чотири приклади (пацієнти різного віку — 4, 18, 26 і 55 років) ілюструють увесь спектр проблем оцінювання і лікування болю. Біологічні чинники, що впливають на біль, включають анатомічні, генетичні і фармакологічні характеристики.

У цьому розділі описана низка вже затверджених та новітніх методів лікування болю і наведені детальні методи оцінювання потреб в аналгезії, яка може бути достатньою, недостатньою або надлишковою. Потрібно брати до уваги можливість розвитку залежності як під час лікування, так і при наданні подальшої допомоги, але ця залежність не має заважати адекватному полегшенню болю. У розділі зазначені різні підходи до лікування болю від травм, хірургічного втручання, перев'язування, ампутацій і емоційних проблем. Біль, що виникає в результаті травм та поранень у військових, є серйозною проблемою і може спричинити ПТСР, депресію або стати причиною особливої поведінки через інвалідність, особливо у вразливих пацієнтів. Розробка оптимального плану лікування за участю фахівців різних сфер (психіатрів, хірургів, анестезіологів та іншого персоналу) співпадає з підходами лікування медичного персоналу та поглядами авторів цього розділу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Wain HJ, Grammer GG, Stasinos J, DeBoer CM. Psychiatric intervention for medical and surgical patients following traumatic injuries. In: Ritchie EC, Friedman MJ, Watson PJ, eds. *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice.* New York, NY: Guilford Press; 2006: 278–299.
2. Perry SW. Undermedication for pain on a burn unit. *Gen Hosp Psychiatry.* 1984;6:308–316.
3. Ely EW, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983–2991.
4. Stoddard FJ, Norman DK, Murphy JM. A diagnostic outcome study of children and adolescents with severe burns. J *Trauma*. 1989;29:471–477.
5. Schreiber S, Galai-Gat T. Uncontrolled pain following physical injury as the core-trauma in post-traumatic stress disorder. Pain. 1993;54:107–110.
6. Koren D, Hemel D, Klein E. Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators. CNS Spectr. 2006;11(8):616–624.
7. Koren D, Norman D, Cohen A, Berman J, Klein EM. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry.* 2005;162:276–282.

8. Cassem NH, Murray GB, Lafayette JM, Stern TA. Delirious patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF, eds. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 5th ed. Philadelphia, Penn: Mosby; 2004: 119–134.

9. Stoddard FJ, Martyn J, Sheridan R. Psychiatric issues in pain of burn injury. *Curr Rev Pain*. 1997;1(2):130–136.

10. Stoddard FJ, Sheridan RL, Saxe GN, et al. Treatment of pain in acutely burned children. *J Burn Care Rehabil*. 2002;23(2):135–156.

11. Stoddard FJ. Care of infants, children and adolescents with burn injuries. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Philadelphia, Penn: Lippincott Williams & Wilkins; 2002: 1188–1208.

12. Stoddard FJ, Levine JB, Lund K. Burn injuries. In: Blumenfield M, Strain JJ, eds. *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia, Penn: Lippincott Williams & Wilkins; 2006: 309–336.

13. Winter H, Irle E. Hippocampal volume in adult burn patients with and without posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*.2004;161:2194–2200.

14. Schechter N, Berde CB, Yaster M, eds. *Pain in Infants, Children and Adolescents*. 2nd ed. Philadelphia, Penn: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

15. Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain*. 3rd ed. New York, NY: Churchill Livingstone; 1994.

16. Rasnake L, Linscheid TR. Anxiety reduction in children receiving medical care: developmental considerations. *J Dev Behav Pediatr*. 1989;10:169–175.

17. Kuttner L, Solomon R. Hypnotherapy and imagery for managing children's pain. In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M, eds. *Pain in Infants, Children and Adolescents*. 2nd ed. Philadelphia, Penn: Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 317–328.

18. Spiegel H, Spiegel D. *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis*.2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 2004.

19. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology*. 2006;104(1):21–26.

20. Abdi S, McPeek B. Pain in burn patients. In: Ballantyne JC, ed. *The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management*. 3rd ed. Philadelphia, Penn: Lippincott Williams & Wilkins; 2006: 317–322.

21. Balboni TA, Gobezie R, Mamon HJ. Heterotopic ossification: pathophysiology, clinical features, and the role of radiotherapy for prophylaxis. *Int J Radiat Oncol Biol Physics*. 2006;65(5):1289–1299.

22. Esselman PC, Thombs BD, Magyar-Russell G, Fauerbach JR. Burn rehabilitation: state of the science. *Am J Phys Med Rehabil*. 2006;85(4):383–413.

23. Sherrington CS. *The Integrative Action of the Nervous System*. New York, NY: Scribner; 1906.

24. International Association for the Study of Pain. IASP pain terminology page. Available at: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContenID=1728. Accessed September 26, 2008.

25. Hyman SE, Cassem NH: Pain. In: Rubenstein E, Federman DD, eds.*Scientific American Medicine*, *Current Topics in Medicine*. New York, NY: Scientific American; 1989: 1–17.

26. Stoddard FJ, Ronfeldt H, Kagan J, et al. Young burned children: the course of acute stress and physiological and behavioral responses. Am J Psychiatry. 2006;163:1084–1090.

27. Wain HJ, Cozza SJ, Grammer GG, et al. Treating the traumatized amputee. In: *Caring for the Clinicians Who Care for Traumatically Injured Patients: Iraq War Clinician Guide*. 2nd ed. Washington, DC: National Center for Posttraumatic Stress Disorder; 2004: Chap 8. Available at: http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/iraq-war-clinician-guide.asp. Accessed January 5, 2010.

28. Jessell TM, Kelly DD. Pain and analgesia. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, eds. *Principles of Neural Science*. Norwalk, Conn: Appleton and Lange; 1991: 385–399.

29. Baron R, Baron Y, Disbrow E, Roberts TP. Brain processing of capsaicin-induced secondary hyperalgesia: a functional MRI study. *Neurology*. 1999;53:548–557.

30. Lundell JC, Silverman DG, Brull SJ, et al. Reduction of postburn hyperalgesia after local injection of ketorolac in healthy volunteers. *Anesthesiology*. 1996;84:502–509.

31. Hardy JD, Wolff HG, Goodell H. Experimental evidence on the nature of cutaneous hyperalgesia. *J Clin Invest*.1950;29:115–140.

32. Warncke T, Stubhaug A, Jorum E. Preinjury treatment with morphine or ketamine inhibits the development of experimentally induced secondary hyperalgesia in man. *Pain*. 2000;86:293–303.

33. Treede RD, Magerl W. Multiple mechanisms of secondary hyperalgesia. *Prog Brain Res.* 2000;129:331–341.

34. Holthusen H, Irsfeld S, Lipfert P. Effect of pre- or post-traumatically applied i.v. lidocaine on primary and secondary hyperalgesia after experimental heat trauma in humans. *Pain.* 2000;88:295–302.

35. Pedersen JL, Kehlet H. Hyperalgesia in a human model of acute inflammatory pain: a methodological study. Pain. 1998;74(2–3):139–151.

36. Bartfai T. Immunology. Telling the brain about pain. *Nature.* 2001;410:425,427.

37. Samad TA, Moore KA, Sapirstein A, et al. Interleukin-1beta-mediated induction of Cox-2 in the CNS contributes to inflammatory pain hypersensitivity. *Nature.* 2001;410:471–475.

38. Wang S, Lim G, Yang L, et al. A rat model of unilateral hindpaw burn injury: slowly developing rightwards shift of the morphine dose-response curve. *Pain.* 2005;116:87–95.

39. Borsook D, Falkowski O, Rosen H, Comb M, Hyman SE. Opioids modulate stress-induced proenkephalin in the hypothalamus of transgenic mice: a model of endogenous opioid gene regulation by exogenous opioids. *J Neurosci*.1994;14:7261–7271.

40. Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action. *Am J Psychiatry*. 1996;153:151–162.

41. Angst MS, Clark JD. Opioid-induced hyperalgesia: a qualitative systematic review. *Anesthesiology.* 2006;104:570–587.

42. Eisenach JC. Preemptive hyperalgesia, not analgesia? *Anesthesiology*. 2000;92:308–309.

43. Liang DY, Liao G, Lighthall GK, Peltz G, Clark DJ. Genetic variants of the P-glycoprotein gene Abcb1b modulate opioid-induced hyperalgesia, tolerance and dependence. *Pharmacogenet Genomics*. 2006;16(11):825–835.

44. Vinik HR, Kissin I. Rapid development of tolerance to analgesia during remifentanil infusion in humans. *Anesth Analg.* 1998;86:1307–1311.

45. Shimoyama N, Shimoyama M, Inturrisi CE, Elliott KJ. Ketamine attenuates and reverses morphine tolerance in rodents. *Anesthesiology*. 1996;85:1357–1366.

46. Pandharipande PP, Pun BT, Herr DL, et al. Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial. JAMA. 2007;298(22):2644–2653.

47. Dasta JF, Jacobi J, Sesti AM, McLaughlin TP. Addition of dexmedetomidine to standard sedation regimens after cardiac surgery: an outcomes analysis. *Pharmacotherapy*. 2006:26(6):798–805.

48. Chrysostomou C, Di Filippo S, Manrique AM, et al. Use of dexmedetomidine in children in cardiac and thoracic surgery. *Pediatr Crit Care Med*. 2006;7(2):126–131.

49. Petroz GC, Sikich N, James M, et al. A phase I, two-center study of the pharmacokinetics and pharmacodynamics of dexmedetomidine in children. *Anesthesiology.* 2006;105(6):1098–1110.

50. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. *N Engl J Med.* 2005;352:1324–1334.

51. Raja SN, Haythornthwaite JA. Combination therapy for neuropathic pain—which drugs, which combination, which patients? *N Engl J Med*. 2005;352:1373–1375.

52. Stoddard FJ, Saxe G. Ten-year research review of physical injuries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(10):1128–1145.

53. Zatzick DF, Rivara FP, Nathens AB, et al. A nationwide US study of post-traumatic stress after hospitalization for physical injury. *Psychol Med*. 2007;37(10):1469–1480.

54. Kavanagh CK, Lasoff E, Eide Y, et al. Learned helplessness and the pediatric burn patient: dressing change behavior and serum cortisol and beta-endorphin. *Adv Pediatr.* 1991;38:335–363.

55. Charney DS, Deutch AY, Krystal JH, Southwick SM, Davis M. Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:295–305.

56. van der Kolk BA. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry.* 1994;1:253–265.

57. Thombs BD, Fauerbach JA, McCann UD. Stress disorders following traumatic injury: assessment and treatment considerations. *Primary Psychiatry*. 2005;12(3):51–55. Available at:http://www.primarypsychiatry.com/aspx/articledetail.aspx?articleid=319. Accessed September 29, 2008.

58. Saigh PA, Yasik AE, Sack WH, et al. Child-adolescent posttraumatic stress disorder: prevalence, risk factors, and comorbidity. In: Saigh PA, Brenner JD, eds. *Posttraumatic Stress Disorder*: *A Comprehensive Text*. Needham Heights, Mass: Allyn and Bacon; 1999: 18–43.

59. Davidson JR, Stein DJ, Shalev AY, Yehuda R. Posttraumatic stress disorder: acquisition, recognition, course, and treatment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16:135–147.

60. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Text Revision.4th ed. Washington, DC: APA Press; 2000.

61. Pynoos RS. Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In: Oldham JM, Riba MB, Tasman A, eds. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry.* Vol 12. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1993: 205–238.

62. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1777–1783.

63. Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. *Psychosom Med*. 1996;58:165–182.

64. Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG. Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2004;184:63–69.

65. Saxe G, Stoddard F, Courtney D, et al. Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:915–921.

66. Stoddard FJ Jr, Sorrentino EA, Ceranoglu TA, et al. Preliminary evidence for the effects of morphine on posttraumatic stress disorder symptoms in one- to four-year olds with burns. *J Burn Care Res*. 2009;30(5)836–843.

67. Pitman RK, Delahanty DL. Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma. *CNS Spectr*. 2005;10(2):99–106.

68. Holbrook TL, Galarneau MS, Dye JL, Quinn K, Dougherty AL. Morphine use after combat injury in Iraq and posttraumatic stress disorder. *N Engl J Med.* 2010;362:110–117.

69. Stamer U, Bayerer B, Stüber F. Genetics, pain and analgesia [Review. German]. *Anaesthesist*.2006;55:746–752.

70. Tegeder I, Costigan M, Griffin RS, et al. GTP cyclohydrolase and tetrahydrobiopterin regulate pain sensitivity and persistence. *Nat Med.* 2006;12:1269–1277.

71. Minde JK. Norrbottnian congenital insensitivity to pain. *Acta Orthop Suppl.* 2006;77:2–32.

72. Pasternak GW, Inturrisi CE. Feeling pain? Who's your daddy.*Nat Med*. 2006;12(11):1243–1244.

73. Reyes-Gibby CC, Shete S, Rakvåg T, et al. Exploring joint effects of genes and the clinical efficacy of morphine for cancer pain: OPRM1 and COMT gene. *Pain*. 2007;130(1–2):25–30.

74. Nackley AG, Tan KS, Fecho K, Flood P, Diatchenko L, Maixner W. Catechol-O-methyltransferase inhibition increases pain sensitivity through activation of both beta2- and beta3-adrenergic receptors. *Pain.* 2007;128(3):199–208.

75. McGrath PA, Brigham MC. The assessment of pain in children and adolescents. In: Turk DC, Melzack R, eds. *Handbook of Pain Assessment*.New York, NY: Guilford Press; 1992: 295–314.

76. Wood AJ. Racial differences in the response to drugs—pointers to genetic differences. *N Engl J Med*. 2001;344:1394–1396.

77. Court MH, Hao Q, Krishnaswamy S, et al. UDP-glucuronosyltansferase (UGT) 2B15 pharmacogenetics: UGT2B15 D85Y genotype and gender are major determinants of oxazepam glucuronidation by human liver. *J Pharmacol Exp Ther*. 2004;310:656–665.

78. Martyn J. Clinical pharmacology and drug therapy in the burned patient. *Anesthesiology*. 1986;65:67–75.

79. Gaffney A, McGrath PJ, Dick B. Measuring pain in children: developmental and instrument issues. In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M, eds. *Pain in Infants, Children, and Adolescents*. 2nd ed. Philadelphia, Penn: Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 128–141.

80. Purcell-Jones G, Dormon F, Sumner E. Paediatric anaesthetists' perceptions of neonatal and infant pain. *Pain*.1988;33:181–187.

81. Ekman P, Rosenberg EL, eds. *What the Face Reveals: Basic and Applied Studies of Spontaneous Expression Using the Facial Action Coding System*(FACS). New York, NY: Oxford University Press; 1997.

82. Fitzgerald M, Millard C, McIntosh N. Cutaneous hypersensitivity following peripheral tissue damage in newborn infants and its reversal with topical anesthesia. Pain. 1989;39:31–36.

83. Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. Assessing distress in pediatric intensive-care environments: the COMFORT Scale. *J Pediatr Psychol.* 1992;17(1):95–109.

84. Van Dijk M, de Boer JB, Koot HM, Tibboel D, Passchier J, Duivenvoorden HJ. The reliability and validity of the COMFORT scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3-year-old infants. *Pain*. 2000;84:367–377.

85. Hester NO, Foster RL, Kristensen K. Measurement of pain in children: generalizability and validity of the pain ladder and the poker chip tool. In: Tyler DC, Krane EJ, eds. *Advances in Pain Research and Therapy. Pediatric Pain*. New York, NY: Raven Press; 1990: 79–84.

86. Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain.* 1990;41:139–150.

87. Wallenstein SL. Scaling clinical pain and pain relief. In: Bromm B, ed. *Pain Measurement in Man: Neurophysiological Correlates of Pain*. New York, NY: Elsevier Science Publishers; 1984: 389–394.

88. Klemen P, Grmec S. Effect of pre-hospital advanced life support with rapid sequence intubation on outcome of severe traumatic brain injury. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2006;50(10):1250–1254.

89. Sessler CN. Sedation scales in the ICU. Chest. 2004;126(6):1727–1730.

90. Sheridan RL, Hinson M, Nackel A, et al. Development of a pediatric burn pain and anxiety management program. *J Burn Care Rehabil*. 1997;18(5):455–459.

91. Grass JA. Patient-controlled analgesia. *Anesth Analg.* 2005;101(5 Suppl):S44–S61.

92. Grossi P, Urmey WF. Peripheral nerve blocks for anaesthesia and postoperative analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2003;16(5):493–501.

93. Schug SA, Saunders D, Kurowski I, Paech MJ. Neuraxial drug administration: a review of treatment options for anaesthesia and analgesia. *CNS Drugs.* 2006;20(11):917–933.

94. Roganovic Z, Mandic-Gajic G. Pain syndromes after missile-caused peripheral nerve lesions: part 2—treatment. *Neurosurgery.* 2006;59(6):1238–1249.

95. Kwekkeboom KL, Herr K. Assessment of pain in the critically ill. *Crit Care Nurs Clin North Am.*2001;13(2):181–194.

96. Hogarth DK, Hall J. Management of sedation in mechanically ventilated patients. *Curr Opin Crit Care*. 2004;10(1):40–46.

97. Adam C, Rosser D, Manji M. Impact of introducing a sedation management guideline in intensive care. *Anaesthesia.* 2006;61(3):260–263.

98. Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG. Update on bereavement research: evidence-based guidelines of the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliat Med*. 2006;9(5):1188–1203.

99. Krinsley JS, Barone JE. The drive to survive: unplanned extubation in the ICU. *Chest.*2005;128(2):560–566.

100. Bosmans JC, Suurmeijer TP, Hulsink M, van der Schans CP, Geertzen JH, Dijkstra PU. Amputation, phantom pain and subjective well-being: a qualitative study. *Int J Rehabil Res*.2007;30(1):1–8.

101. Cammarano WB, Pittet JF, Weitz S, Schlobohm RM, Marks JD. Acute withdrawal syndrome related to the administration of analgesic and sedative medications in adult intensive care unit patients. *Crit Care Med.* 1998;26(4):676–684.

102. Zapantis A, Leung S. Tolerance and withdrawal issues with sedation. *Crit Care Nurs Clin North Am.*2005;17(3):211–223.

103. Findley JK, Park L. Psychiatric issues in trauma. In: Sheridan RL, ed. *The Trauma Handbook of the Massachusetts General Hospital.* Philadelphia, Penn: Lippincott Williams & Wilkins; 2004: 662–681.

104. Ballantyne JC. Opioids for chronic nonterminal pain. *South Med J.* 2006;99(11):1245–1255.

105. Magnusson RS. The devil's choice: re-thinking law, ethics, and symptom relief in palliative care. *J Law Med Ethics*. 2006;34(3):559–569, 481.

106. Green C, Todd KH, Lebovits A, Francis M. American Academy of Pain Medicine Council on Ethics. Disparities in pain: ethical issues. *Pain Med.* 2006;7(6):530–533

Розділ 22

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ В АМЕРИКАНСЬКІЙ АРМІЇ: ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ ПРОДУКТИВНОСТІ

Мері В. Еріксон[I] · Тереза Л. Брінінге[II] · Шерон М. Ньютон[III] · Емі М. Матілла[IV] · Джеймс П. Бернз[V]

ВСТУП

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ ПІД ЧАС ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ В АРМІЇ В XXI СТОЛІТТІ

Трудотерапія в армії. Навчання і сертифікація

Значення помічників військових трудотерапевтів

Огляд послуг трудової терапії в подоланні бойового та оперативного стресу

РЕГІОНАЛЬНА ІНТЕГРОВАНА ПРОГРАМА З ПОДОЛАННЯ БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ ДЛЯ РЕЗЕРВУ АРМІЇ

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ В МЕЖАХ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВ'Я ЗААРЕШТОВАНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» (OIF)

ТРЕНІНГ ІЗ ПІКОВОЇ ПРОДУКТИВНОСТІ В ТРУДОВІЙ ТЕРАПІЇ

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ВОЇНІВ У ПІДРОЗДІЛІ ПЕРЕХІДНОГО ПЕРІОДУ

Комплексний план перехідного періоду

Програми з реінтеграції в роботу

Фокус трудової терапії в реінтеграції в роботу

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ В ДОМАШНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ

ВИСНОВКИ

[I] Магістр із організації управління, ліцензований трудотерапевт, полковник у відставці, Армія США; у минулому — начальник індивідуальної мобілізації резервістів до Резерву Армії США; керівник відділу трудової терапії управління з реабілітації та реінтеграції, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia.

[II] Доктор філософії, ліцензований трудотерапевт, сертифікований гіпнотерапевт, підполковник, служба медичних фахівців Армії США; заступник Голови з реабілітації та реінтеграції Центру досліджень телемедицини та новітніх технологій, Управління медичних досліджень і матеріального забезпечення, 504 Scott Street, Building 722, Room 30, Fort Detrick, Maryland 21702.

[III] Магістр валеології, ліцензований трудотерапевт, підполковник, служба медичних фахівців Армії США; Управління інспекції, 30-те медичне командування, CMR 442, APO AE 09042; у минулому — консультант у зоні бойових дій із контролю бойового та оперативного стресу, Iraq.

[IV] Магістр спортивного адміністрування, магістр бізнес-адміністрування, капітан, служба медичних фахівців Армії США; керівник відділу трудової терапії, Комунальний армійський госпіталь Рейнолдз, 4301 Wilson Street, Fort Sill, Oklahoma 73503; у минулому — керівник відділу трудової терапії, 254-й Медичний загін (Контроль бойового та оперативного стресу), Germany.

[V] Ліцензований трудотерапевт, магістр трудотерапії, майор, служба медичних фахівців, Армія США; терапевт Управління ортопедії та реабілітації, Building 2, Room 3J04, Walter Reed Army Medical Center, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001; у минулому — керівник із трудотерапії хірургічного відділення, Fort Jackson, South Carolina.

ВСТУП

Трудова терапія (ОТ — Occupational therapy) залучає пацієнтів до змістовної діяльності (цілеспрямовані повсякденні завдання та види діяльності, що «заповнюють час») для полегшення функціонування й досягнення здорового та збалансованого способу життя [1, 2]. Історичні документи свідчать про використання змістовної діяльності, музики та ігор для відновлення психічного здоров'я. У 172 році н. е. Гален (Клавдій Гален (Claudius Galenus), римський лікар і філософ) писав: «Робота — це найкращий природний лікар, тому вона має важливе значення для людського щастя» [3]. Сама спеціалізація виникла із системи гуманного ставлення та лікування психічно хворих на початку XIX століття, яка робила акцент на співчутті та використанні ручної праці, на кшталт землеробства, шиття та моделювання одягу, в лікуванні психічно хворих [4]. Засновники трудотерапії в Сполучених Штатах мали різні спеціалізації, зокрема психіатрію, соціальну роботу і навіть архітектуру. Психіатр Адольф Меєр (Adolf Meyer), спостерігаючи за людськими звичками та поведінкою в навколишньому середовищі, писав:

> Уся людська організація складається з певного ритму... робота і гра, і відпочинок, і сон, а наш організм має дотримуватись його, навіть коли виникають труднощі. Єдиний спосіб досягти балансу в цьому — це діяти, займатися практичною діяльністю, програмувати повноцінне життя як основу цілісного почуття, мислення та смаку до інтересів [5].

Протягом XX століття трудотерапія, як відповідь на події двох воєн, увійшла до Курсу лікування поранених моряків і військовослужбовців [6, с. 158; 7]. Відтоді і до цього моменту основа професії полягає в переконанні, що зайнятість чи змістовна діяльність є невід'ємною потребою в поверненні та підтримці комплексного здоров'я людини. Ця цільова діяльність має оцінюватись відповідно до індивідуальних здібностей людини. До того ж, філософські погляди трудотерапевтів та персоналу, який займається лікуванням бойових та оперативних стресових реакцій, часто співпадають [6].

Трудотерапія була вперше використана в Армії США ще за часів Першої світової війни. Тоді Комісія у справах цивільної служби (Civil Service Commission) (пізніше Управління у справах персоналу) набрала фахівців із трудотерапії та представників інших професій, зокрема вчителів і художників, аби ті допомагали військовим у госпіталях проходити процес реабілітації. На початку 1918 року Управління начальника військово-медичної служби почало наймати на роботу помічників із реабілітації, які б працювали і лікували військовослужбовців, котрі отримали поранення чи страждали на бойовий невроз після участі в бойових діях. У лютому того ж року перше випробування трудотерапії в армії, у Медичному центрі Волтера Ріда, показало її цінність у лікуванні психіки та тіла поранених військовослужбовців. Використання праці як методу лікування організму покращує функціонування кінцівок. Також праця допомагає запобігти депресії, заспокоїти поранених і розвиває увагу [3, с.159–160]. У 1918 р. перші фахівці з трудотерапії прибули до 117-го Евакуаційного госпіталю у Франції службовцями в експедиційних військах [3].

Під час Першої світової війни, у січні 1918 року, відділ фізичної реабілітації Управління начальника військово-медичної служби США для допомоги військовим у стані одужання впровадив трудотерапію в госпіталях. Головним завданням

відділу було «відновити повне або максимально можливе фізичне і психічне функціонування будь-якого військового, ураженого на полі бою» [7, с. 70]. Основною метою програми реабілітації стало повернення військовослужбовців до служби в найкращій фізичній і психологічній формі в найкоротший період. Якщо ж солдат був непридатний до військової служби, то завданням програми було повернути його до цивільного життя в найкращому фізичному стані, «здатним добре орієнтуватись у своїх громадських обов'язках і успішно дотримуватися своїх прагнень у професії і в суспільному житті» [8, с. 329]. Ця місія була виконана за координаційною програмою навчального відновлення, фізичного відновлення та трудотерапії.

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ ПІД ЧАС ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ

За часів Другої світової війни трудотерапія була розширена і вдосконалена в практичному плані як у загальній медицині, так і в нейропсихіатрії. Програми, розроблені для лікування фізичних та психологічних травм, передбачали освітню діяльність у вигляді семінарів, промислової та рекреаційної терапії. Трудотерапія, що застосовувалася разом із загальномедичними видами лікування, була спрямована на «відновлення фізичного функціонування ушкоджених суглобів і м'язів» та мала на меті: а) покращення фізичного стану загалом, б) розвиток толерантності до праці за допомогою діяльності, що ускладнюється, в) стимулювання психічної активності за допомогою цікавого заняття» [8, с. 344].

Спостереження трудотерапевтів за поведінкою, ставленням та реакціями пацієнта, які озвучувались протягом спільних конференцій, були дуже корисними для усієї медичної команди. Такі регулярні зустрічі допомагали персоналу спланувати та ефективно прилаштуватися до лікувальної програми.

У нейропсихіатричному відділі трудотерапія була повністю під керівництвом психіатра. Цілі трудотерапії в рамках нейропсихіатрії були визначені таким чином: 1) направити психічні зусилля в потрібному руслі, 2) заохочувати бажання одужати, 3) відновити самовпевненість і відчуття безпеки, 4) замінити протидію на заохочення, 5) встановити та підтримувати належні трудові звички, 6) дати можливість соціалізації [8, с. 348]. Загальні принципи лікування пацієнтів з нейропсихіатричними проблемами містили: а) тиху, врівноважену роботу для заспокоєння пацієнтів; б) галасливу, активну роботу для зняття напруги; в) відповідальну роботу для підняття самовпевненості; г) прості завдання, легкі у виконанні, для заохочення; ґ) цікаву, яскраву роботу для стимуляції; д) захопливі, деталізовані завдання, які з часом ускладнюються, для покращення концентрації; е) групову роботу для соціалізації.

Роль трудотерапії в навчальній реабілітації полягала у визначенні цілей та інтересів військовослужбовців і наданні корисної інформації про можливості індивідуальних лікувальних програм. Лабораторні майстерні, що давали пацієнтам змогу опанувати практичні навички після проходження академічного навчання, підтримані програмою навчальної реабілітації у сферах фотографії, радіомовлення, електрики чи автомобільної механіки, були ключовими компонентами програми навчальної реабілітації. У «галасливих» майстернях працювали пацієнти, яким потрібно було позбавитися від напруги за допомогою роботи. Діяльність у таких майстернях включала теслярство, роботу з металом, пластиком та друк. У «тихих» майстернях працювали пацієнти, які легко відволікались чи тривожились через шум, вони займалися плетінням, роботою зі шкірою, керамікою, мистецтвом. Пацієнти, що не покидали відділення, брали участь у трудотерапії, виконуючи дрібну ручну роботу під ретельним наглядом.

Програма промислової терапії також була розроблена за часів Другої світової війни, коли трудотерапевти організовували «індустріальні» завдання, використовуючи лікарняне обладнання. Програма передбачала визначення доступних завдань методом збору інформації про кожний окремий вид роботи, зобов'язання, фізичні та психологічні вимоги певної роботи і стандарти праці. Програма допомагала персоналу викону-

вати повсякденні завдання, надавала пацієнтам збалансований план дій і змогу займатись терапевтичною діяльністю за участю невеличкої кількості наглядачів. Вона була розроблена як програма адаптації для пацієнтів, у яких спостерігався прогрес без будь-якої терапії, але вони ще не могли повернутися до повноцінної служби. Трудова діяльність поліпшувала загальні фізичні можливості, включаючи тонус м'язів, силу, рухомість суглобів для подолання ефекту довготривалої госпіталізації, підвищення толерантності до роботи та напрацювання нових звичок, які могли б долати психічні та фізичні лінощі й стимулювали розумову активність [8, с. 352].

Аналіз робочих завдань був життєво необхідним компонентом програми реабілітації Другої світової війни. Трудотерапевти аналізували професії з точки зору психологічної та фізичної перспектив і визначали таким чином низку варіантів зайнятості. Локаціями, які підходили для реабілітації, ставали електростанції, автопарки, склади, поштові відділення, пральні, їдальні, адміністративно-господарчі відділи, адміністративні офіси, медичні лабораторії, фотолабораторії, ортопедичні відділення, кур'єрські служби, сади, ландшафтні парки. Перш ніж отримати трудове завдання, пацієнт проходив медичні консультації у лікаря для забезпечення високих стандартів трудової терапії: робочі проекти не повинні деградувати до надання «дешевої робочої сили», і фахівець має переконатися, що завдання найбільш доречні для психічних і фізичних можливостей пацієнта.

Зусилля трудової терапії також були направлені на рекреаційну (або «відволікаючу») програму, «щоб відволікти пацієнта від постійних думок про себе, забезпечити конструктивне використання вільного часу, надати можливість для самовираження, стимулювати інтерес і підтримувати моральний дух, зберегти ініціативу й підтримувати ефективні робочі звички, для сприяння соціалізації в групах діяльності та поліпшення загального фізичного здоров'я шляхом збудження апетиту і кровообігу [8, с. 353–354].

Військовий підрозділ мистецтв і навичок (Arts and Skills Corps), організований Червоним Хрестом і організацією «Жінки в сірому» (Gray Ladies), група волонтерів, призначених для роботи у відділі трудової терапії, і представниці Жіночого допоміжного армійського корпусу (Women's Army Corps assistants) розширили сферу трудової терапії. Вони додали такі ремесла, як моделювання, мистецтва, різьблення по дереву і виготовлення мила, пластмаси, виробів зі шкіри, кераміки, плетіння сіток і ткацтво. Програми були доповнені заняттями з фотозйомки, радіо- та електромонтажних робіт, із автомобільної механіки і використання електроустаткування [8, с. 355]. У 1947 році Армія створила Жіночий корпус медичних фахівців (Women's Medical Specialist Corps) відповідно до закону № 36, надавши трудовій терапії постійного військового статусу. У 1955 році, у процесі аналізу можливості залучення чоловіків до підрозділу, назва була змінена на Корпус військово-медичних фахівців (Army Medical Specialists Corps) за законом № 294 [7, с. 5, 502]. Сьогоднішня політика армії щодо трудової терапії заснована на засадах, закріплених за часів Другої світової війни.

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ В АРМІЇ В XXI СТОЛІТТІ

Проходячи військову службу в мирний і воєнний час, військові трудотерапевти (військово-облікова спеціальність MOS 65 A) та помічники військових трудотерапевтів (MOS 68 WN3) налічують близько 200 фахівців. Місія трудової терапії на сучасному етапі полягає в пропагуванні підготовки здорового способу життя солдатів і налагодженні оптимальної продуктивності серед усіх, хто отримує соціальну допомогу через відділи Міністерства оборони (МО), використовуючи принципи та практики трудової терапії (додаток 22.1). Військові трудотерапевти застосовують найкращі клінічні практики та прагнуть надати вчасну і ефективну в плані витрат допомогу [9].

Сьогодні військові трудотерапевти працюють як експерти з продуктивності, чиї інноваційні програми і послуги допомагають оптимізувати продуктивність солдатів і їхню готовність як до умов гарнізону, так і до польових умов. Трудова терапія займається психологічними і фізичними

травмами військовиків. На додачу до зусиль у роботі з контролю поведінки в стані бойового та оперативного стресу (COSC — Combat and operational stress control), трудова терапія займається нервово-м'язово-скелетною оцінкою та реабілітацією з акцентом на верхніх кінцівках; стаціонарною та амбулаторною реабілітацією, зокрема й за фахом, у таких галузях, як когнітивна реабілітація, реінтеграція в спільноту, реабілітація водіння і допомога при опіках; неврологією та ортопедією; ергономікою, у тому числі і розробкою стратегій для запобігання травмам і зменшення людських і економічних витрат від травматизму в МО; підготовкою пікової продуктивності, використанням допоміжних технологій; трудовою реабілітацією в підрозділах програми перехідного періоду (WTUs — Warrior Transition Units). Розуміючи, яке психологічне і функціональне значення військові надають носінню форми одразу після травми, у межах ОТ у 2008 році було розроблено програму щодо забезпечення уражених воїнів формою, яка дозволяє адаптацію/модифікацію, рекомендовану трудотерапевтами або іншими фахівцями з реабілітації. Крім того, фахівці з трудової терапії ведуть дослідницьку діяльність, а також виконують своє наукове призначення.

Практична діяльність трудової терапії еволюціонує для того, щоб залучати пілотні програми для підрозділів бойових бригад. За допомогою цих програм можна було б лікувати осіб із незначними черепно-мозковими травмами, застосовувати пет-терапію (зоотерапію) і заняття з тваринами в підрозділах COSC, а також використовувати програму підготовки службових собак. Партнерські стосунки з некомерційними організаціями сприяли появі успішної програми підготовки службових собак. Наприклад, початкове тренування службового пса може проводитися цивільною особою, у якої є спеціальні навички, і цей етап є частиною терапії в підрозділі для перехідного періоду військовика і підготовлює собак до особливих потреб травмованих солдатів. Трудова терапія також застосовує дедалі більшу кількість програм з верхової їзди. Програма реабілітації залучає трудотерапевтів, ветеринарів і фахівців із охорони психічного здоров'я, які відповідно до принципів і стандартів удосконалюють стратегію взаємодії тварини з людиною.

Трудотерапія в армії. Навчання і сертифікація

Практикуючі військові трудотерапевти, які обіймають посади в командуванні та керівні посади у військово-медичному управлінні, повинні бути різносторонніми, компетентними керівниками, щоб успішно надавати медичну допомогу як в умовах гарнізону, так і при розгортанні військ. Військові трудотерапевти — сертифіковані клінічні медичні працівники. Вони, як і будь-які офіцери командного складу, мають зареєструватись у Національній системі сертифікації для трудотерапевтів (NBCOT — National Board for Certification in Occupational Therapy) і отримати дійсну, придатну і справжню ліцензію з трудової терапії в одній із юрисдикцій американського штату. Сьогодні трудотерапевти-початківці зі ступенем магістра мають можливість отримати ступінь доктора наук у професійній терапії (DSCOT). Програму DSCOT і програму 68WN3 OTA вивчають у Школі армійського медичного центру (AMEDDC&S — US Army Medical Department Center and School) у Форт Сем Г'юстон у Сан-Антоніо, штат Техас. З 2010 року військові трудотерапевти повинні отримувати сертифікат NBCOT і ліцензію від держави. Цивільні трудотерапевти, які працюють у військових структурах, повинні бути ліцензовані NBCOT відповідно до нормативних вимог штату, в якому вони практикують [9]. Цивільному трудотерапевту необхідно скласти іспит і бути акредитованим NBCOT як сертифікований професійний асистент із терапії за нормативними вимогами штату, в якому він практикує.

Значення помічників військових трудотерапевтів

Помічники військових трудотерапевтів долучаються до терапевтичного процесу. Вони допомагають оцінювати якість виконання роботи військовослужбовцем, проводити початкові співбесіди і оцінювати психічний стан, збирати інформацію, зокрема й методом спостереження та оцінювання навичок під час виконання завдань, а також застосовувати трудотерапевтичні втручання під наглядом сертифікованого трудотерапевта.

ДОДАТОК 22.1

ПРАКТИЧНА СФЕРА ВІЙСЬКОВОЇ ТРУДОВОЇ ТЕРАПІЇ

Унікальна роль трудової терапії (ОТ) полягає в підвищенні продуктивності кожної людини в її різних життєвих ролях (наприклад, ролях солдата, працівника, батька, учня або пенсіонера). Трудова терапія також покликана відповідати на організаційні потреби і очікування пацієнта, солдата, сім'янина та військового. Військова трудова терапія допомагає запобігти дисфункції, пропагує і навчає здорового способу життя, полегшує адаптацію і відновлення. Військова трудова терапія допомагає пораненим, травмованим чи хворим адаптуватися до повсякденних занять і завдань у сфері догляду за собою, домашнього господарства, участі у громадському управлінні, освіті, роботі або дозвіллі. Серед нових ініціатив військової трудової терапії можна виділити стандартизацію специфічної військової системи оцінювання функціональних можливостей (Functional Capacity Evaluation), реабілітацію водіння на основі використання симуляції водіння, пет-терапію, підготовку воїнів на основі постановки цілей та використання інструментарію для оцінки і лікування струсу/легкої черепно-мозкової травми.

Послуги у сфері трудової терапії передбачають:

- **Бойову готовність.** Усі послуги, що надаються солдатам, мають на меті оптимізацію ефективної роботи, профілактику та якнайшвидше повернення до строю після досягнення належних медичних чи психологічних умов.
- **Пріоритетність допомоги** надається солдатам для підтримки їхнього високого рівня і продуктивності та забезпечення їхньої придатності до боротьби.
- **Профілактику і гарне самопочуття.** Включає в себе перевірку та інтервенції з пропагування здорового способу життя для підтримки та сприяння ефективної працездатності солдатів і отримувачів пільг від Міністерства оборони.
- **Запобігання бойовому стресу і втручання** у військове середовище, слідкування за стабільністю і підтримкою операцій.
- **Консультування підрозділів** для сприяння психологічного благополуччя, у тому числі оцінки ергономічності, підготовки та аналізу робочого середовища; виявлення і ергономічне втручання в середовище, де умови і етіологія залежать від фізичних умов або пов'язані зі стресом.
- **Підтримку гуманітарних місій** як первинної допомоги, нервово-м'язового огляду верхніх кінцівок або запобігання стресу і психологічного втручання.
- **Безпосередній догляд за пацієнтом** може включати, але не обмежуватися базовим або підвищеним доглядом за собою (активністю у повсякденній діяльності), оцінюванням та навчанням. Навчання акцентоване на повторному освоєнні і підтримці функціональної діяльності за умови одночасного розвитку та поліпшення різноманітних, у тому числі складних, навичок вирішувати проблеми і можливостей приймати рішення.
- **Психосоціальну терапію** з акцентом на функціональну продуктивність у різних сферах життя за допомогою розвитку прозорливості, набуття навичок, навчання та програми лікування.
- **Роботу з реінтеграції**, зокрема й ергономічний аналіз, оцінювання готовності до служби, профілактику та запобігання травматизму, професійну підготовку, які утримували б працівників на роботі, знижували витрати і підвищували продуктивність. Програми, які сприяють напрацюванню поведінки для поліпшення фізичної і психологічної продуктивності та включають підготовку в боротьбі зі стресом, полегшення стресу і навчання життєво корисних навичок.
- **Оцінку і лікування стану верхніх кінцівок**, зокрема й нервово-м'язово-скелетне оцінювання верхніх кінцівок для допомоги лікарю-ортопеду.
- **Виготовлення ортопедичного обладнання (шини)**. Адаптивна оцінка технологій і рекомендації щодо виготовлення обладнання.
- **Педіатричну оцінку розвитку і лікування** (у спеціалізованих лікувальних закладах).

Помічники військових трудотерапевтів координують і прораховують труднощі у роботі, ведуть групи трудотерапії і наглядають, оптимізують і керують терапевтичною діяльністю. Вони регулюють прояви бойового та оперативного стресу у підопічних і проводять навчання з обраних тематик щодо регуляції стресу. Також допомагають у всіх галузях COSC, включаючи оцінку потреб підрозділу і оцінку травмувальних подій в умовах служби.

Огляд послуг трудової терапії в подоланні бойового та оперативного стресу

Завдання трудотерапевта в подоланні бойового та оперативного стресу — оцінювати професійну діяльність і проводити втручання для покращення цієї діяльності [6]. Унікальні основні навички трудотерапевтів, спрямовані на збереження солдатів, здатних виконувати свою місію, полягають у:

- аналізі роботи і робочих завдань на наявність усього необхідного (проміжні завдання, стандарти виконання, необхідне обладнання, соціальне та фізичне робоче середовище, професійні ризики);
- оцінці трудової зайнятості (функціональні здібності), пов'язаної з конкретною роботою або завданнями;
- розробці терапевтичного, структурованого середовища, в якому розвиток здібностей був би можливим;
- аналізі, підборі та застосуванні діяльності як терапевтичних засобів;
- здатності підбирати людині посильні завдання, які вона б успішно виконала [2 (с. 22), 6, 7].

Помічники військових трудотерапевтів оцінюють успішність функціонування військовослужбовця у різних сферах, включаючи щоденне життя, роботу, навчання, відпочинок і соціальну активність. Трудотерапевт або член команди COSC під його наглядом обирає терапевтичне заняття (змістовну діяльність), виходячи з сучасних функціональних можливостей військовика, яке допомагало б у підтримці солдатської ідентичності, відчутті компетенції і відновлювало самооцінку.

Трудотерапевти проводять аналіз завдань, функціональну оцінку і структурування терапевтичного середовища, забезпечують заняття, що сприяли б терапії, і підбирають завдання чи заняття солдатам відповідно до їхніх можливостей і з якими вони можуть упоратися. Вони також визначають і оцінюють розумові та фізичні стресори, стресові реакції і когнітивні функції пацієнтів. Згодом розробляють план лікування, який часто включає профілактичне навчання, адаптивну боротьбу зі стресом і психосоціальні навички. Крім того, вони використовують терапевтичні засоби та терапевтичне поняття особистості («self») в індивідуальній та груповій практиці для налагодження адаптації у середовищі та досягнення максимального ефекту лікування [10, с. 3–8].

Трудотерапевти інтегрують індивідуальні стилі підготовки в ортопедії верхніх кінцівок, реабілітацію, ергономіку і методи регуляції бойового та оперативного стресу для визначення галузі діяльності як для окремих солдатів, так і для військових підрозділів. Функціональне оцінювання містить аналіз навичок, необхідних солдату в його військовій спеціалізації (MOS), визначення завдань, які солдат може виконувати, і синтез терапевтичних занять. Втручання на кшталт «зміцнення для воїнів» передбачають лікування через занятість, яка відповідає функціональним здібностям солдата разом із терапевтичною активністю, яку він або вона може виконувати.

Групи трудової терапії залучають до різних видів діяльності:

- трудової;
- пізнавальної та сенсомоторної;
- діяльності, у якій паралельно виконуються кілька завдань;
- спільної діяльності;
- експресивного мистецтва та фізичних вправ.

Психопедагогічне навчання може складатись із загальних та спеціально підібраних колективних завдань для військовиків із тренування життєвих навичок, таких як управління стресом, релаксація, гігієна сну, управління гнівом, навички спілкування, вирішення проблем, тренування наполегливості і тайм-менеджмент. Терапевтичні щоденні заходи можуть передбачати особисту гігієну та підтримку чистоти форми. Діяльність професійного/продуктивного напрямку може містити завдання у військовій сфері, такі як обслуговування автомобіля чи місця роботи; а соціальними та розважальними заходами можуть стати командні ігрові змагання, ігри, обряди або святкування.

У трудовій терапії мають формулюватися завдання, які підходять «саме для кожної людини» і приводять до успішного результату, що додає виконавцю компетентності й упевненості. Таким чином, функціональна здатність солдата поступово поліпшується, і згодом він може повернутися на службу [10, с. 10–12].

Трудотерапевти також надають послуги як члени фітнес-команд і профілактичних команд із охорони психічного здоров'я у військовому середовищі. Їхня роль у профілактичній команді така ж, як і в інших учасників: надання послуг через встановлення взаєморозуміння та регулярних контактів із підрозділами, яким потрібна

допомога, і з їхніми керівниками та оцінювання наявних потреб. Трудотерапевти розглядають ці завдання з унікальної точки зору оцінювання та звернення до функціональної діяльності. Вони оцінюють поточний рівень функціональної продуктивності солдата у військовому середовищі. Також визначають, наскільки психологічні та когнітивні функції впливають на продуктивність виконання.

Фахівець орієнтується на низку стандартизованих оцінок, які можуть допомогти визначити наявність бойової та оперативної реакції на стрес, поведінкові проблеми зі здоров'ям або наявність черепно-мозкової травми. Співпрацюючи з рештою команди, трудотерапевт застосовує цю інформацію у підборі втручання відповідного фахівця або для інших необхідних дій. Наприклад, він може виявити, що реструктуризація роботи або середовища солдата є найбільш ефективним методом втручання, і саме це може забезпечити успішне завершення завдання. Втручання часто вимагають роботи як із солдатами, так і з їхніми командирами.

Спостереження є одним з інструментів, що використовуються трудотерапевтами для оцінювання функції. Воно може набувати особливої ваги під час інформаційно-пропагандистської роботи. Здійснюючи «обходи» в робочій зоні, фахівець із трудової терапії співпрацює з солдатами, застосовуючи свої знання, допомагає їм зберегти функціональну здатність виконувати місію. Працюючи разом із солдатами, він може спостерігати кожного окремого військовослужбовця в дії і оцінити психічні або фізичні потреби, необхідні для завершення конкретного завдання. Використовуючи цю інформацію, може ідентифікувати потенційні проблеми у солдатів під час виконання завдання і втрутитись до їхнього розвитку. Наприклад, під час операції в Іраку (2003) профілактична команда допомагала готувати і подавати їжу в мобільній кухні-трейлері. Трудотерапевти розмовляли час від часу з солдатами під час приготування їжі, дізнаючись, як останні справляються зі стресом під час військових операцій. Одразу ж вдалось з'ясувати інші чинники стресу: робота на гарячій, переповненій людьми кухні і велика кількість мух. Сам спосіб подачі їжі в черзі створював фізичний стрес. Трудотерапевти запропонували ефективніший і безпечніший порядок розташування підносів з їжею і відрегулювали рівень робочої поверхні для однієї із солдатів таким чином, щоб їй було легше до нього діставати. Додатковим бонусом була змога спостерігати за розумовою діяльністю і настроєм сотень солдатів у черзі за їжею.

Навички спостереження трудотерапевта корисні під час оцінювання потреб усього військового підрозділу шляхом оцінки потреб для підвищення професійної продуктивності кожного окремого солдата в підрозділі.

Фахівець визначає чинники, необхідні для успішної роботи. Він також оцінює необхідність у психологічній допомозі командуванню підрозділу солдатів і групі військових священиків. Це може привести до потреби додаткових втручань для підвищення професійної продуктивності і розробки планів для подолання COSC, виходячи з потреб солдатів і підрозділів на основі профілактики та раннього втручання.

Для поліпшення якості надання послуг COSC військові трудотерапевти використовують досвід і підготовку в ортопедії верхніх кінцівок, реабілітації та ергономіці як в умовах гарнізону, так і на полі бою. Від початку 1980-х саме вони запропонували і взяли участь у програмах, покликаних сприяти продуктивності служби солдата в гарнізоні [6, с. 56]. Їх залучили до місій у Боснії і Герцеговині, Перу та Росії, і це лише декілька із загальної кількості.

Глобальна війна з тероризмом (GWOT) забезпечує трудотерапевтів можливостями використовувати свої унікальні навички для поліпшення здоров'я і добробуту військовослужбовців. Вони брали участь в операціях в Афганістані та Гуантанамо Бей, що входили до складу загальної операції OEF. В операціях в Іраку й Афганістані надавали послуги солдатам США і солдатам коаліції, військовикам національних сил безпеки, цивільним особам і навіть особам під вартою.

Фахівці з трудової терапії в WTUs слідкують за задоволенням потреб поранених, хворих, травмованих, фокусуючись на навчанні життєвих навичок і роботі з реінтеграції. Вони були також залучені до розвитку програм з подолання бойового та оперативного стресу для армійського резерву в тилу.

РЕГІОНАЛЬНА ІНТЕГРОВАНА ПРОГРАМА З ПОДОЛАННЯ БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ ДЛЯ РЕЗЕРВУ АРМІЇ

Визначивши необхідність підтримки військовиків як на службі, так і вдома, у 2003 році, коли багато резервістів пішли на службу, командувач з 88-го підрозділу регіонального командування бойової готовності (RRC — Regional Readiness Command) ініціював програму COSC для військовиків-резервістів та їхніх родин на території шести штатів на Середньому Заході (штат Міннесота, Вісконсин, Огайо, Мічиган, Індіана, Іллінойс). Два офіцери, які займались подоланням бойового та оперативного стресу (COSC) у відділі бойового управління стресом 785-го медичного загону (785th Medical Detachment — Combat Operational Stress Control Unit), були мобілізовані (трудотерапевт і соціальний працівник), щоб розпочати програму підтримки на місці служби. З моменту створення програми команда використовувала міждисциплінарний психопедагогічний підхід, щоб навчити психологічної стійкості і навичок подолання стресу солдатів і їхні сім'ї (рис. 22.1; таблиця 22.1). Коли випадала можливість, фахівці з психічного здоров'я солдатів резерву брали участь у наданні допомоги на місцевості разом з усією командою. У 2005 році до 88-го підрозділу регіонального командування бойової готовності була направлена психіатрична медсестра для розширення можливостей команди COSC.

COSC команда налагодила тісні робочі стосунки з іншими представниками з підрозділу регіонального командування бойової готовності, які брали безпосередню участь у підготовці та підтримці солдатів, що проходять службу, та членів їхніх сімей.

Співробітники програми залучили капелана, представників групи готовності родини, відділу зв'язків із громадськістю, служби повідомлень про нещасні випадки і керівництво підрозділу регіонального командування бойової готовності для розробки комплексного підходу для задоволення всебічних потреб солдатів і їхніх родин. Багаторівневе оцінювання потреб було проведене, щоб визначити можливості, потреби і ресурси для солдатів, керівників та родин військовиків у всьому регіоні. Реалізація інтегрованої програми оперативної боротьби зі стресом є суттєвим елементом у підготовці упевнених в собі психологічно стійких солдатів і їхніх сімей, готових витримувати суворі будні розлуки під час служби, бойових дій і тим паче щоденні стресори військового життя. Команда COSC пояснила командирам підрозділу, що їхня місія полягає в підтримці солдатів за допомогою програм з психологічної стійкості на місці служби, у родині і в суспільстві.

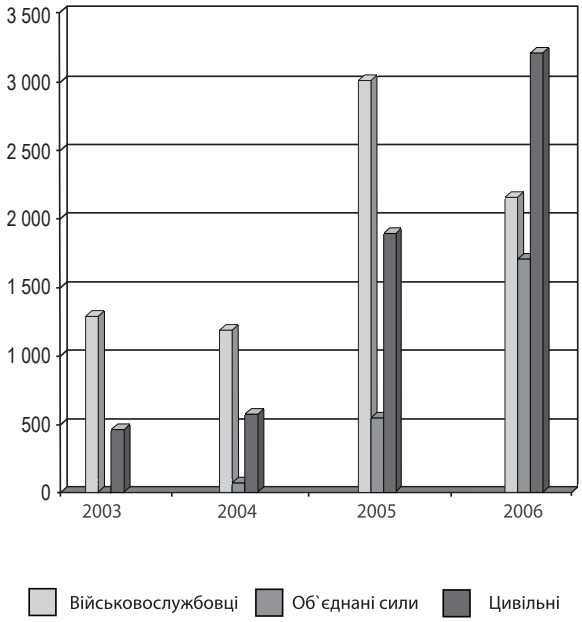


Рис. 22.1. Брифінги з питань навчального стресу у 88-му підрозділі регіонального командування бойової готовності, кількість учасників, 2003–2007 роки

Завдяки проведенню ряду зустрічей і відвідування об'єктів був розроблений план дій. План передбачав надання інформації для керівників, солдатів і родин військовиків, а також для інших регіональних військових і цивільних організацій. Метою команди було швидке реагування: потрібно було забезпечити солдатів і їхні родини освітніми, духовними, психологічними ресурсами для зміцнення базових зв'язків, необхідних для підтримки морального духу та порядку. У результаті солдати мали підготуватися до військо-

ТАБЛИЦЯ 22.1

ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ 88-ГО РЕГІОНАЛЬНОГО ПІДРОЗДІЛУ КОМАНДУВАННЯ БОЙОВОЇ ГОТОВНОСТІ: ЗВІТ АКТИВНОСТІ З КВІТНЯ 2003 РОКУ ПО ГРУДЕНЬ 2006 РОКУ

Брифінги COSC[1] (подолання бойового та оперативного стресу)		**Індивідуальні консультації**	
Мобілізація (солдати/родини)	13 398	Проблеми ПТСР і стресу для солдатів/родин	2 363
Проміжний цикл (родини)	4 826	Підтримка після важкої втрати (напр., похорон/подальша підтримка тощо)	496
Повернення додому (родини/друзі)	13 839	Фізичне здоров'я (акупунктура і терапевтичний масаж)	1 901
Підтримка у відновленні (перший етап підготовки після служби)	8 541	Підтримка пар за програмою PREP[2] (програма з профілактики та покращення стосунків)	934
Тренінг із програми підготовки солдата (SRP)	28 247	Шлюб/стосунки[3]	228
Брифінги з навчання подолання стресу:			
Групи спільноти	6 045		
Військові групи	7 548		
Інші військовослужбовці (Національна гвардія, Морська піхота, інше)	2 258		

[1] Число учасників.
[2] Підготовка з питань шлюбу. Відсутність учасників у 2006.
[3] Солдати, які не перебувають у стосунках, не беруть участі.

PREP: Prevention and Relationship Enhancement Program
ПТСР: посттравматичний стресовий розлад
SRP: Soldier Readiness Program (Програма підготовки солдата)

вої служби і родини зрозуміти, що можуть розраховувати на себе з високим рівнем психологічної стійкості, впевненості, відчуттям безпеки, підтримки і здоров'я (фізичного, емоційного, психологічного і духовного). Таким чином, солдати, які вирушають у довготривалу місію, упевненіші у підготовці і підтримці своїх родин, і в них буде більше шансів протистояти виснажливим умовам довгострокової служби, тісно пов'язаної зі стресом. Родини, розуміючи, що їхні рідні військовики пройшли серйозну підготовку та навчання, почуватимуться в більшій безпеці, відправляючи їх на службу, і, скоріш за все, підтримуватимуть рішення військовослужбовця робити кар'єру в армії.

Фінальні критерії базувалися на оцінках фізичних, соціальних та екологічних чинників за використанням прямих і непрямих відгуків від солдатів, членів родини і командування. У вихідні показники включені ряд проведених тренінгів, кількість учасників, індивідуальні консультації та консультації після тренінгів, запити про надання додаткової інформації та тренінги, а також відгуки про ефективність навчального матеріалу, включаючи друковані роздаткові матеріали, презентації і ресурси, що надаються.

Навчання (зокрема за допомогою інформаційних брифінгів), консультації та підтримка військових підрозділів і направлення до потрібних фахівців були ключовими моментами програми.

Кризове втручання, програми з профілактики та захисту від сексуального насилля, підготовка та проведення брифінгів із попередження самогубств і консультації щодо переживання смутку/горя були також включені до програми. Підтримка родини передбачала суспільну інформаційно-пропагандистську програму і програми співпраці з військовими підрозділами в інших сферах.

Наприклад, до групи готовності родин армійського резерву (FRGs — family readiness groups) було «прийнято» членів родин із інших підрозділів, які проживали в їхньому районі.

Під час тренінгу керівників і солдатів навчали профілактиці, розпізнаванню та подоланню бойових і високоінтенсивних стресових чинників бою і травм, пов'язаних з виснаженістю (додаток 22.2). Навчання складалося з техніки зниження стресу, методу «загартування» перед відправленням на службу, техніки управління гнівом, профілактики самогубств, тренінгу з профілактики сексуального насилля, навчання екстреного реагування, подолання бойового стресу і допомоги товаришів по службі (тренінг для підрозділу). Команда проводила інформаційні брифінги для солдатів і родин, розглядаючи чинники стресу в період підготовки до військової служби і методи їх регуляції; стресори середнього етапу, пов'язані з відпочинком і відновленням солдатів на півдорозі до закінчення військової служби; стресори повернення на службу (возз'єднання) і методи їх подолання та питання відновлення, в тому числі відновлення сімейних ролей і стосунків, управління гнівом, оперативні реакції на стрес, черепно-мозкові травми і посттравматичний стресовий розлад.

Допомога родинам, які зіткнулися зі стресом, передбачає прямі і непрямі послуги (консультаційну підтримку) для допомоги розвитку навичок зняття стресу, підтримки розвитку пари, налагодження системи виховання дітей, підготовки до возз'єднання. Команда працювала в тісному контакті з FRGs для надання допомоги після втрати або важкої травми одного з членів підрозділу. Ключова робота команди COSC полягає в поєднанні напрацювань FRGs із ресурсами контролю стресу для солдатів запасу, інших військових ветеранів та громадських об'єднань.

Програма зі здоров'я, запроваджена головним офісом у підрозділі RRC, була покликана навчити командирів, солдатів та військовослужбовців, які проходять службу за контрактом, використовувати навички подолання стресу та виховувати в собі психологічну стійкість.

Додатково фахівці цивільної медицини також залучилися до допомоги, надаючи такі послуги, як масаж, акупунктура, керована уява, зцілювальний дотик, рефлексотерапія, метод Reiki, ароматерапія і навчання навичок релаксації. Інформація про методи управління стресом була представлена у вигляді брошур, надрукованих роздаткових матеріалів, комп'ютерних дисків, плакатів. Були висвітлені такі теми, як інформація щодо управління стресом і гнівом, гігієна сну, комунікативні навички, виховання дітей, адаптація, профілактика самогубств, травм головного мозку і посттравматичного стресу, на підставі матеріалів One Source, Асоціації черепно-мозкової травми, Департаменту у справах ветеранів, інформації від капеланів, від управління охорони здоров'я (у минулому — Центр армії США для популяризації здоров'я та профілактичної медицини). Ті, хто брав участь у програмі, повідомили про зменшення відчуття болю і стресу та поліпшення рівня обізнаності про методи подолання стресу.

Вісімдесят восьмий підрозділ регіонального командування бойової готовності армійського резерву мав найбільшу кількість солдатів, убитих під час бойових дій на ранньому етапі війни. Команда COSC тісно співпрацювала з капеланами, персоналом зв'язків із громадськістю і персоналом служби повідомлень про нещастя, щоб налагодити найпродуктивніший зв'язок із родинами, підрозділами та общинами в скорботі за померлими. Команда також висвітлювала питання смутку та втрати на рівні командування, FRG і солдатів. Член команди COSC, часто разом із капеланом, службовцем відділу зі зв'язків з громадськістю, учасником служби останньої почесті загиблому, надавав психологічну підтримку сім'ям, командуванню підрозділів, членам підрозділу та їхнім родинам, а також учасникам служби останньої почесті. У конкретних випадках члени команди COSC зустрічались із учасниками FRGs, щоб забезпечити підтримку під час переживання важкої втрати та навчити, як краще впоратись із нею. Наприклад, у той час, як п'ятеро сестер із тривогою чекали початку поховання брата, трудотерапевт навчав їх деяких простих навичок релаксації для самостійного заспокоєння. Згодом члени родини відзначили, наскільки ці прості методи допомогли їм пройти через важкий час. Під час похорону в одного з учасників служби останньої почесті виникли проблеми через те, що він ледве вистояв під час 20-хвилинної церемонії. Але потім він упорався з завданням

ДОДАТОК 22.2

ТРЕНІНГ ЕКСТРЕНОГО РЕАГУВАННЯ КОМАНДИ З ПОДОЛАННЯ БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ (COSC) 88-ГО ПІДРОЗДІЛУ РЕГІОНАЛЬНОГО КОМАНДУВАННЯ БОЙОВОЇ ГОТОВНОСТІ

1. **МІСІЯ.** Команда з контролю бойового та оперативного стресу (COSC) 88-го підрозділу регіонального командування бойової готовності головного медичного управління армії буде проводити **Тренінг екстреного реагування з контролю бойового стресу** для представників командування від підлеглих підрозділів на підтримку директиви Міністерства оборони 6490.5 (Combat Stress Control [CSC] Programs) JP-1-02, Force Protection).
2. **ВИКОНАННЯ**.
   а. **Намір:** Ознайомити солдатів Резерву Армії США з базовими принципами подолання бойового та оперативного стресу для поліпшення захисту військ і покращення готовності солдатів до операцій в надзвичайних ситуаціях. Залучити солдатів та членів груп готовності родини, ознайомлених із принципами подолання бойового та оперативного стресу, до роботи в кожному окремому підрозділі, для покращення рівня розпізнавання стресу, швидкості втручання/направлення до фахівця щодо проблем стресу, які нерідко погано відбиваються на ефективності роботи підрозділу і на функціонуванні солдатів та їхніх родин. Вважається, що група екстреного реагування, яка пройшла підготовку, буде підтримувати регулярний і необхідний зв'язок з командою COSC і їхнім власним командуванням.
   б. **Концепція Тренінгу.** Провести тренінг тривалістю два з половиною дні, що складається з презентації слайдів Power Point, відео, роздаткових матеріалів і з рольовими іграми, для ознайомлення солдатів без медичної освіти з концепцією бойового стресу і втоми від участі у бойових діях. Проводитиме тренінг команда, що складається з персоналу з питань подолання бойового стресу і капеланів. Будуть проведені тести до початку тренінгу і після для оцінки ефективності тренінгу (доповнення Тренінгу W).
3. **КОНЦЕПЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ.** Підготувати учасників з таких питань:
   а. Базові принципи бойового стресу
   б. Емоційні цикли розгортання
   в. Виявлення та реагування на осіб, схильних до самогубства
   г. Визначення проблем та реагування на них:
      - агресія
      - домашнє насилля
      - депресія
      - посттравматичний стресовий розлад
      - реакції на бойовий стрес і втома від участі у бойових діях
      - методи деескалації потенційно небезпечних ситуацій
      - запобігання сексуальному нападу і виявлення сексуальних домагань
   ґ. Доступ і використання необхідних військових, цивільних та інших ресурсів

COSC: Контроль бойового та оперативного стресу

Джерело даних: 88-й підрозділ регіонального командування бойової готовності, Surgeon's Office, Fort Snelling, Minnesota

завдяки тому, що трудотерапевт допоміг йому змістити фокус і на практиці продемонстрував деякі прості методи дихання. В іншому випадку члени команди COSC допомогли пережити важку втрату під час зустрічі FRG після смерті під час бойових дій одного з солдатів. Вони обговорили чинники, які впливають на переживання горя та втрати, у тому числі страх того, що рідна людина і далі перебуває в небезпеці, продемонстрували методи самодопомоги для дорослих і дітей і пояснили, як знайти ресурси для додаткової підтримки. Після зустрічі родини розділили їжу, яку принесли з собою, місцеві масажисти «на громадських засадах» зробили масаж на місцях, і, зрештою, родини взяли участь у підготовленому відпочинку, під час якого вони могли спілкуватись у безпечному середовищі. Команда COSC надавала індивідуальну консультаційну підтримку протягом цього часу. Після цього команда надавала часткову підтримку групі готовності

родини впродовж подальшої служби військовослужбовців.

Інформаційно-пропагандистська робота з цивільними організаціями в межах 88-го RRC має життєво важливе значення для того, щоб допомогти спільноті зрозуміти унікальну і мінливу культуру солдата, який є громадянином (сусідові, колезі або людині, що відвідує ту саму церкву, що і солдат резерву). Саме тому Національна гвардія, Департамент у справах ветеранів і сервісні організації ветеранів об'єднали зусилля для забезпечення реінтеграції солдата в робоче та суспільне середовище після його повернення додому. Інформаційні брифінги були розроблені для індивідуальних потреб роботодавців, спільнот і конфесійних груп. Наприклад, трудотерапевти підготували спеціальний тренінг для того, щоб попередити керівництво підрозділів, членів підрозділів і медичних фахівців про вплив черепно-мозкової травми, реакції на бойовий стрес і посттравматичний стресовий розлад.

Презентації, розроблені для інформаційно-пропагандистської роботи на регіональному, державному і на національному рівнях, також мали інформувати та практично навчити цивільних медичних працівників. Тренінг із правозастосування проводився за допомогою міжвідомчого партнерства. Партнерство з питань охорони здоров'я для військовиків опісля проходження військової служби підтримувалось командами COSC на рівні штатів у Вісконсині, Огайо (Ohio Cares) і в Міннесоті (співпраця з МО, Департаментом у справах ветеранів і фахівцями в галузі охорони здоров'я у фазі після проходження військової служби). Команда провела навчання для ветеранів та військовослужбовців Міннесоти і Північної Дакоти, щоб допомогти офіцерам зрозуміти мінливу культуру і потреби солдатів опісля проходження військової служби та надати їм необхідні послуги.

Презентації для коледжів і університетів акцентували увагу на потреби військовиків, які повертаються до навчання, потреби сімей та друзів ветеранів бойових дій і ресурси, доступні для ветеранів. Штат Міннесота виділив кошти для асоціації державних коледжів і університетів для того, щоб встановити «центри для адаптації» на території студентських містечок. Опісля того, як вони повернулися до студентського життя, ветеранів заохочували користуватися послугами цих центрів для знайомства з «бойовими товаришами», сприяння формування поведінки і світогляду, спрямованого на успіх. Бібліотека округу пожертвувала тисячі книг для військовослужбовців, для центрів готовності солдатів і для їхніх родин, аби забезпечити конструктивний вихід із військового стресового циклу. У додатку 22.3 описані типи солдатських і родинних брифінгів, які проводяться під час усього циклу служби.

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ В МЕЖАХ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВ'Я ЗААРЕШТОВАНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» (OIF)

Госпіталі бойового забезпечення Армії США несуть відповідальність за забезпечення гідної якості медичної допомоги, що надається іракським цивільним особам, а також затриманим бойовикам. Особи з гострими травмами можуть бути прийняті в підрозділі інтенсивної терапії в будь-який час дня і ночі. Пацієнти, які є заарештованими, зобов'язані жити в таборах для інтернованих осіб, тимчасом як вони отримують медичну допомогу. Динамічна і різнобічна програма реабілітації необхідна не лише для поліпшення успішності виконання завдань у всіх сферах, але й для поліпшення кінцевих результатів. Метою для пацієнта є досягнення функціонального рівня, достатнього для того, щоб виписатися з відділення з великим обігом пацієнтів. Пацієнти, направлені до госпіталів бойового забезпечення, часто мають політравми з багатьма ортопедичними і невралгічними проблемами.

Трудотерапевти критично наглядають і аналізують пацієнтів, визначаючи базові характеристики нервової діяльності, пізнавальні та комунікативні навички. Вони та їхні помічники працюють із пацієнтами для того, щоб погоджувати зміни пацієнтів з їхніми тілесними відчуттями, заохочуючи їх до використання нових звичок, навичок і ролей для досягнення максимальної продуктивності у щоденних справах. Модель людської ді-

ДОДАТОК 22.3

БРИФІНГИ З ПИТАНЬ ПІДТРИМКИ ПІД ЧАС ЦИКЛУ РОЗГОРТАННЯ КОМАНДИ З ПОДОЛАННЯ БОЙОВОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО СТРЕСУ (COSC) 88-ГО ПІДРОЗДІЛУ РЕГІОНАЛЬНОГО КОМАНДУВАННЯ БОЙОВОЇ ГОТОВНОСТІ

Брифінги з питань підтримки під час циклу розгортання є найважливішим механізмом для встановлення взаєморозуміння з солдатами та членами їхніх сімей. За допомогою цих брифінгів солдати та члени їхніх сімей дізнаються про наслідки хронічного стресу для організму і для продуктивності праці. Важливим елементом усіх презентацій є покращення навичок спілкування: доповідачі наочно демонструють негативні результати поганої комунікації і пропонують варіанти розвитку позитивних навичок спілкування. Розглядається також і вплив циклу розгортання на дітей і близьких військовослужбовців.

Брифінги з питань організації готовності солдатів складаються з 30-хвилинних слайд-презентацій, у яких висвітлюється необхідність підготувати себе і свої родини до розгортання. На брифінгах обговорюється підготовка з точки зору Профілактичної перевірки технічного стану та послуг (PMCS — Preventive Maintenance Checks and Services) — індивідуальна програма особистого самообслуговування для забезпечення здатності виконання місії, і необхідність розвитку комунікативних навичок до відправлення солдата на службу.

Брифінги до початку мобілізації складаються з 45-хвилинної слайд-презентації, яка описує поступовий процес розгортання і ефект, який цей процес справляє на солдатів, їхніх дружин чи чоловіків, партнерів і дітей. Друковані роздаткові матеріали використовуються для посилення ефекту від брифінгу.

Брифінги в середині циклу розгортання проводять із членами родин та у групах готовності родини. Ці брифінги з вільною структурою використовуються для відповіді на питання і усуненнях страхів та занепокоєння, що стали тягарем для членів родин і дітей, і можуть включати в себе індивідуальне спілкування з особами, які можуть відповісти на конкретні питання. Більшість питань стосуються спілкування. Друковані роздаткові матеріали використовуються для підвищення ефективності брифінгів.

Брифінги після повернення зі служби в ідеальному варіанті мають проводитись із членами родин та іншими зацікавленими особами за 2–4 тижні до повернення солдатів додому; однак зазвичай вони проходять у день повернення солдатів. Слайд-презентації намагаються висвітлити широке коло питань: від проблем адаптації до питань інтимних стосунків. Друковані роздаткові матеріали використовуються для посилення ефекту від матеріалу.

Брифінги з питань відновлення — це навчальні сеанси для невеликої групи людей або індивідуальні дискусії з питань, які виникають після повернення солдатів зі служби. Ці питання містять бойові стресові реакції, посттравматичні стресові реакції, шлюбні та батьківські проблеми. Слайд-презентація може бути корисною, але часто ці брифінги проводяться у формі спокійних і вільних бесід. Друковані роздаткові матеріали використовуються для закріплення матеріалу.

Джерело: 88-й підрозділ регіонального командування бойової готовності, Surgeon's Office, Fort Snelling, Minnesota

яльності (Model of Human Occupation) забезпечує теоретичне підґрунтя для трудотерапевтів, які працюють з ув'язненими, дає пацієнтам змогу перетворити безладдя, яке вони відчувають, на порядок [11]. Активна участь у поліпшенні здоров'я і навчання комфортному та щасливому існуванню — два ключові елементи моделі, яка безпосередньо застосовується для охорони здоров'я затриманих. Затримані не можуть розраховувати на просте застосування активного підходу у процесі свого відновлення, тому поступове навчання пацієнта інших аспектів охорони здоров'я є важливою стороною відновлення. Пацієнти мають впоратися зі зміною статусу від «затриманого пацієнта» до звичайного «затриманого» при виписці. Затримані, як очікується, мають справлятись зі щоденною активністю для задоволення своїх потреб, незважаючи на проживання в таборі для інтернованих.

Культурні відмінності спричиняють особливі проблеми у догляді за затриманими. Багато хто з них не говорять англійською і можуть спілкуватися лише через перекладачів. Окрім того, роль жінки в мусульманській культурі значно відрізняється від звичної американцям. Так, чоловікам, які виросли в патріархальному суспільстві, може бути складно приймати вказівки безпосередньо від медсестер-жінок. Трудотерапевт може втрутитись, якщо у затриманого виникли труднощі у виконанні медичних інструкцій від медичних співробітників. Терапевт буде працювати з затриманими для пояснення переваг стаціонарної допомоги, використовуючи метод слухання, навчання і виконання, а трудотерапевт пояснить,

що дослухатися до вимог персоналу, який керується максимальною користю для здоров'я, — це завдання самого пацієнта. Тому безпосереднє зобов'язання пацієнта — взяти відповідальність за своє здоров'я і навчання щодо своєї хвороби чи травми. Згода пацієнта необхідна, оскільки персонал повинен своєчасно задовольняти потреби інших пацієнтів.

ТРЕНІНГ ІЗ ПІКОВОЇ ПРОДУКТИВНОСТІ В ТРУДОВІЙ ТЕРАПІЇ

Концепція пікової продуктивності, яка була спочатку розроблена в Центрі підвищення продуктивності військової академії США (US Military Academy's Center for Enhanced Performance) і наразі використовується трудотерапевтами, походить від «тренінгу психічної стійкості для створення військового п'ятиборця» [12]. Вона базується на принципі того, що армійський командир має бути свідомим, винахідливим і легко адаптуватися до змін. Пікова продуктивність описувалась як «психологія спорту, привнесена на поле бою» в плані того, що виконання та поведінка є ключовими компонентами, але спосіб мислення є також життєво необхідною умовою для виконання військових завдань. Дослідження довели, що використання психічних образів (наприклад, коли вдається уявити, як стискаєш нерухому руку, не рухаючи рукою насправді) знагодиться під час іммобілізації, бо сприятиме збереженню витримки [13]. Фахівці з трудової терапії успішно застосували тренінг із пікової продуктивності під час операцій в Іраку й Афганістані (OIF/OEF) в стресових умовах військового середовища з особами з посттравматичним стресовим розладом. Тренінг із пікової продуктивності скорочує час одужання і готує постраждалих, психологічно і фізично, до повернення до своєї діяльності. Трудотерапевт використовує концепцію піку виконання для посилення фізичного, психологічного та емоційного потенціалу активності в періоди тимчасових або постійних змін у житті, що супроводжують хворобу або травму. Завдяки своїм знанням у сфері професійної активності й професійної адаптації, вони допомагають солдатам використати власні можливості для подолання фізичних, розумових або емоційних бар'єрів, створених травмою або пораненням.

Основними елементами пікової продуктивності є: 1) пізнавальна основа, 2) управління увагою, 3) постановка цілей, 4) регуляція енергії та стресу і 5) візуалізація та образне мислення. Поліпшення навичок, пов'язаних з кожним із п'яти компонентів, у результаті сприяє оптимізації психічної активності та продуктивності. Прикладом ефективного терапевтичного втручання, розробленого на основі тренінгу пікової продуктивності, є використання керованих образів і релаксації. Метод керованих образів передбачає направлення розумового фокусу людини до більш розслабленого стану завдяки використанню певних думок або сугестії. Найтінґейл (Nightingale) [14] запропонував різні способи використання образів для консультацій, наприклад, для підвищення мотивації, уявляючи позитивне майбутнє, або за допомогою інсайту за рахунок дослідження власних можливостей та вирішення проблем. Під час тренінгу для військовика (warrior training) та реабілітації програми, послуги трудотерапевта надаються профтерапевтом або асистентом профтерапевта. Помічники військового трудотерапевта проводять групові зустрічі та запроваджують ортопедичні процедури, натомість як трудотерапевт проводить індивідуальні сесії оцінювання і лікування.

Концепція пікової продуктивності була реалізована у вигляді сесії групового втручання 1 раз на тиждень протягом 6 тижнів. Трудотерапевти оптимізують проведення тренінгу, розглядаючи такі теми: 1) постановка цілей, 2) управління стресом і енергією, 3) візуалізація та образи, 4) упевненість у собі, 5) контроль уваги і 6) управління гнівом. Для зміцнення корпоративного духу солдати формулюють спільне кредо, якого домовляються дотримуватись, беручи участь у тренінгу. Група втручання зосереджується на покращенні розумової діяльності для максимальної продуктивності. Так, одна група може зосередитися на визначенні фізіологічних змін, таких як температура шкіри, частота сердечних скорочень і напруга м'язів, випробовуючи фізичні та психічні стресори, щоб дати учасникам усвідомити фізич-

ні прояви стресу. Учасники матимуть змогу використовувати методи підвищення продуктивності в цій стресовій обстановці. Позитивні і негативні передбачення щодо самореалізації в підсумку можуть вплинути на продуктивність у будь-якій ситуації не тільки під час навчання, але протягом цілого життя солдатів. Ці ключові знання є необхідними для підвищення продуктивності солдатів і можуть застосовуватись як у бойовому середовищі, так і в гарнізоні.

Індивідуальний тренінг із пікової продуктивності збільшує спектр тем, обговорюваних у групі, і стимулює розвиток навичок, необхідних для високої продуктивності. Солдати можуть вибрати теми постановки цілей і/або управління стресом для їхнього плану допомоги. Під час постановки солдат розвиває особисті цілі, починаючи від сформульованих у Програмі підготовки і реабілітації воїнів (WTRP — Warrior Training and Rehabilitation Program) і закінчуючи виходом на військову пенсію. Упродовж сесії солдати усвідомлюють причини участі в будь-якому подібному заході, визначаються з тим, чого вони хочуть досягнути, і, найголовніше, як вони будуть досягати своїх цілей. Результатом є енергія, наполегливість і вибір стратегій для досягнення кожної з цілей [12]. У підсумку кожен розробляє «список цілей» і зберігає його в себе. Опція управління стресом припускає використання комп'ютеризованої програми біологічного зворотного зв'язку або плану релаксації. Індивідуальне втручання з пікової продуктивності може бути або за власним зверненням, або за направленням командування, якщо солдат не може адаптуватись до WTRP.

Управління стресом і енергією в моделі пікової продуктивності розроблене на підставі концепції під назвою «зчеплення і гравітація» [12]. Вона базується на визначенні осіб і речей, які людина не здатна контролювати (гравітація), і перенаправлення фокусу на речі і людей, які можливо контролювати (зчеплення). В умовах, коли багатьом пораненим здається, що вони втратили контроль, варто звернути їхню увагу на те, що насправді їхні плани на майбутнє, нинішня ситуація, ставлення до неї і сприйняття завжди будуть у сфері їхнього «зчеплення». Після того, як солдат вловить концепцію взяття контролю над власним життя, можна ввести методи біологічного зворотного зв'язку і релаксації до плану лікування. Техніка біологічного зворотного зв'язку використовується, щоб навчити солдатів, як визначати власні фізіологічні зміни (наприклад, швидкість серцевих скорочень і особливості дихання), які супроводжують стрес, і адаптуватись таким чином, аби зменшити інтенсивність реакції на стрес. За допомогою біологічного зворотного зв'язку в солдатів підвищується обізнаність і чутливість до внутрішніх реакцій на стрес. Кінцевою метою цієї терапії для солдатів є здатність розпізнавати внутрішні сигнали стресу без допомоги цієї техніки, а також робити відповідні кроки, щоб повернути контроль. Це знову привертає увагу до взаємодії між мисленням і виконанням, яке обговорювалося під час групи втручання. Обладнання, необхідне для цієї програми, складається з комп'ютеризованого інструменту (програми) для проведення біологічного зворотного зв'язку і кімнати для релаксації, що дозволяє оптимальне розміщення для релаксації і контроль над стимулами середовища під час втручання. Було доведено, що використання комп'ютеризованого інструменту (програми) для проведення біологічного зворотного зв'язку поліпшує загальну фізичну швидкість і точність, підвищує навички проблемно орієнтованого управління, підтримує концентрацію і допомагає в управлінні стресом і гнівом.

Використання моделі пікової продуктивності і похідної від неї методики психічної активності може покращити рівень задоволення солдатів самими собою, своїми кар'єрними досягненнями та своїм родинним життям. Повернення пацієнтів до підрозділу без відлучення від бойових дій або від служби в гарнізоні може бути спрощеним за допомогою відданій роботі і втручанню. Використання методу пікової продуктивності в межах програми підготовки і реабілітації воїнів в умовах гарнізону сприяє поверненню солдатів до служби раніше порівняно з іншими програми, які не передбачають методу пікової активності. Солдати також вказували на підвищення рівня задоволення власними результатами і зниження рівня негативних думок. Загалом, програма пікової продуктивності об'єднує психологічні, когнітивні та фізіологічні концепції для підвищення рівня продуктивності й налагодження позитивного ставлення солдатів як на полі бою, так і в гарнізоні.

Приклад 22.1. Морський піхотинець сержант JS консультувався з трудовим терапевтом стосовно травми верхніх кінцівок опісля участі в операції в Іраку (OIF). Терапевт помітив, що в JS були проблеми зі ставленням до військової служби, він страждав на депресію і був розгніваний. Його направили до соціального працівника центру психічного здоров'я, він був включений до групи посттравматичного стресового розладу, що зустрічалась раз на тиждень протягом 6 тижнів. Він одразу прийняв рішення негайно розпочати роботу над управлінням гнівом, особливо через стосунки з дружиною. Під час навчання в групі він опанував багато навичок з програми пікової продуктивності, включаючи управління енергією та постановку цілей. Також JS відвідував індивідуальні сесії втручання з трудотерапевтом протягом 8 тижнів, що включали метод біологічного зворотного зв'язку з фіксацією частоти серцевих скорочень, керовані образи і прогресивну систему м'язової релаксації для досягнення контролю і самовладання у стресових ситуаціях. Було очевидно, що сержант став упевненішим у собі, задоволеним своїм шлюбом відтоді, як повернувся, та урівноваженішим і цілісним опісля відвідання групи й індивідуальних сесій.

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ВОЇНІВ У ПІДРОЗДІЛІ ПЕРЕХІДНОГО ПЕРІОДУ

Із часів Першої світової війни філософія трудової терапії передбачала підбір методики втручання відповідно до можливостей солдата і була невід'ємною частиною зусиль, направлених на допомогу пораненим у бойових діях військовим повернутися до роботи. Вважалося, що травмовані солдати повинні «відновлюватись, виконуючи заняття, що відповідають їхнім здібностям, інтересам і попередньому досвіду» [3, с. 152]. Але безпосередня допомога була не єдиним внеском у здоров'я солдатів. Спочатку трудотерапевти також відігравали важливу роль у становленні національної політики, сприяючи прийняттю закону про реабілітацію солдатів у червні 1918 р. [3, с. 158]. Сьогодні вони також відіграють активну роль у політиці, наприклад, активно долучились до формування Ініціативного управління Армії з реабілітації та реінтеграції (Army's Proponency Office for Rehabilitation and Reintegration) у травні 2007 року під час розробки плану всеохопного переходу і розвитку трудової терапії в умовах WTUs.

Мета WTU — сприяння здатності солдатів повернутися до продуктивного цивільного життя. Трудова терапія допомагає людям згадати, розвинути або удосконалити повсякденні навички, щоб жити незалежним, продуктивним і повноцінним життям [15]. Основна роль трудотерапевта в WTU полягає у визначенні потреб в опануванні життєвих навичок та координації роботи з їх відновлення, що допомагає солдатам повернутися до продуктивної діяльності. Робота передбачає активність із залучення до оплачуваної діяльності або волонтерської роботи [16, с. 341]. Зайнятість належить до повсякденної життєдіяльності, у якої є назва, структура і культурне та суспільне значення. Зайнятість — це все, чим люди займають себе, зокрема, обходячи себе або роблячи внесок у соціальне й економічне життя громади [17, с. 34]. Реінтеграція в роботу визначається як програма, що забезпечує структуроване середовище для залучення до професійної діяльності. Учасник таких програм має бути стабільним у медичному плані і націленим на працю в середовищі, де існує конкуренція [18].

Комплексний план перехідного періоду

Бути успішним солдатом або успішним ветераном, фізично і психічно стійким, залученим до професійної діяльності, з чітким планом життя, здатним підтримувати стосунки і пишатися військовою службою є бажаним результатом для кожного військовослужбовця [19]. Кожен комплексний план перехідного періоду солдата є індивідуалізованим, багатофазовим процесом із заходами, які частково співпадають. Фаза прийому, як правило, триває тиждень. Опісля прибуття до WTUs солдатів вітали всім підрозділом і налаштовували на усвідомлення того, що вони будуть брати активну участь у процесі зцілення. Їх інформу-

вали про загальну місію, яка буде впроваджена в їхнє повсякденне життя в WTUs:

> Я воїн, який адаптується. Моя робота полягає в зціленні для повернення до військової служби або продовження служби нації в ролі ветерана в моїй громаді. Це не статус, а Місія. Мені вдасться ця місія, тому що я ВОЇН І СИЛА АРМІЇ.

Солдатові видається набір «Воїн», у складі якого є заява про місію солдата, матеріали з орієнтації й інформація про життєві навички, спрямовані на підвищення власної цінності та самоствердження в процесі зцілення.

Далі йдуть оцінювання і фаза постановки цілі, яка, як правило, триває місяць. Протягом цього початкового періоду оцінюють ризики поведінки для здоров'я; наявність болю, сон і безпеку (у тому числі когнітивне усвідомлення, рухливість, тестування зору і слуху); вимоги щодо допомоги в облаштуванні, медичні витратні матеріали, сімейні потреби і харчування. Співробітники також оцінюють рівень функціонування солдата, професійні цілі, навички, уміння, рівень здоров'я та спосіб життя, початок/самозабезпечення реабілітації. У той же час, фаза постановки цілей солдата починається з акцентом на розвиток позитивних життєвих навичок і звичок. Солдат працює з медичним адміністратором, первинним надавачем медичних послуг (лікарем або помічником лікаря), лідером команди, трудовими терапевтами, соціальними робітниками і групою команди міністерства з метою розроблення цілей для удосконалення тіла, розуму і духу. Трудотерапевт грає ключову роль у навчанні постановки цілей. Встановлюються цілі з функціональної незалежності та мобільності, зокрема й щодо забезпечення транспортними ресурсами. Професійні, освітні, соціальні і цілі стосовно дозвілля та відпочинку також формулюються на цьому етапі. Особистісні цілі визначаються для підвищення самооцінки, прийняття відповідальності за самовизначення, покращення міжособистісних стосунків і суспільної відповідальності.

Далі, в період фази активної реабілітації, солдат працює на досягнення конкретних цілей. Ця фаза, виходячи зі здібностей солдата, ділиться на чотири рівні, а календар навчання складається таким чином, щоб допомогти у відновленні. Розподілення на рівні передбачає рівень A (медичне відновлення/відпочинок) для солдатів, які розміщені в казармах. Солдати на рівні A, як правило, не в змозі брати участь у будь-яких програмах фізичного, розумового, духовного удосконалення або в програмі з налагодження стосунків. Рівень B (основне відновлення) складається з солдатів, які проводять свій навчальний день у відділенні реабілітації. Ці солдати активно виконують медичні призначення; беруть участь у груповій або індивідуальній терапії для підвищення стійкості, діапазону рухливості або витривалості; програмах і заняттях з питань харчування чи контролю ваги; у заняттях, присвячених життєвим навичкам, або заняттях та семінарах щодо проблеми стосунків. Рівень B передбачає програми, необхідні кожному воїну в період адаптації для навчання основних навичок та стійкості, а також програми з вирішення індивідуальних проблем.

Рівень C (розширене відновлення) завершує програму опанування основних навичок. Ці солдати проводять частину часу за професійною діяльністю або за навчанням, але як і раніше концентруються на заняттях, призначених для відновлення їхнього тіла, розуму і духу. Рівень C зазвичай містить заходи, спрямовані на вирішення конкретного завдання. Рівень D (відновлення життя) зосереджений на досягненні професійних, освітніх, сімейних та суспільних цілей. Для переходу на цей рівень солдати мають опанувати основи рівня B. Вони проводять більшу частину свого денного часу за професійною діяльністю або навчанням, але, як і раніше, потребують постійного лікування чи реабілітації. Протягом активної фази реабілітації обов'язкове оцінювання прогресу, і переоцінювання відбувається регулярно, а солдат бере активну участь у багатопрофільних зустрічах команди, діяльність якої координується медичним адміністратором.

Остання фаза підготовки переходу, яка може тривати до 90 днів, проходить опісля прийняття рішення про розміщення військовика. Протягом цієї фази солдат проходить підготовку до очікуваного повернення на службу. Дані щодо повернення додому, до родини і життя в суспільстві разом із наявними професійними, навчальними цілями та досягненнями після виходу військовослужбовця з WTU опрацьовуються та координуються для забезпечення поступового переходу.

Програми з реінтеграції в роботу

Мета програми реінтеграції в роботу — повернення солдата до ролі працівника у військовому чи цивільному середовищі. Це робиться за допомогою заохочення, поліпшення, збереження і відновлення навичок, умінь, здібностей солдатів через професійну і непрофесійну реінтеграцію. Програма, орієнтована на реінтеграцію солдата у роботі, переслідує ці цілі в період переходу. Вона зосереджена на поведінкових, психосоціальних, професійних, непрофесійних і освітніх потребах солдата і застосовує техніки для підвищення незалежності до самовпевненості. Програма з реінтеграції в роботу передбачає співпрацю з військовими і цивільними спільнотами для знаходження комфортних умов, які сприяють якісному виконанню роботи та підвищують якість повсякденного життя солдата. Солдат бере активну участь у програмі реінтеграції в роботу, усвідомлюючи те, як послуги, які він отримує, можуть позитивно позначитись на його здатності функціонувати в робочому середовищі.

Програма також передбачає співпрацю з відповідними фахівцями і членами спільноти, аби виключити погіршення, збільшити незалежне функціонування і підвищити якість життя військовослужбовця в стані перехідного періоду. Завдяки використанню показників продуктивності, програма з реінтеграції в роботу вимірює ефективність наданих послуг впродовж усього курсу лікування. Трудотерапевти допомагають військовим сформулювати і досягти реалістичних короткострокових і довгострокових цілей, які відображають їхні інтереси у професійній і непрофесійній сфері. У військовослужбовців завдяки цій програмі збільшується ймовірність досягнення їхніх особистих цілей, у той час як спільноти отримують відповідальних та компетентних працівників

Фокус трудової терапії в реінтеграції в роботу

Керівник програми з реінтеграції в роботу — зареєстрований і ліцензований трудотерапевт, компетентний як у трудовій терапії, так і в реінтеграції в роботу. Їхні сертифіковані помічники забезпечують підтримку в сферах скринінгу, налаштування, навчання навичкам життя, організації і координації процесу роботи на місці, використання внутрішніх і зовнішніх ресурсів для забезпечення збалансованої програми, спрямованої на повернення солдатів до продуктивного життя. Трудові терапевти тісно співпрацюють з іншими співробітниками WTU для розробки та реалізації програми реінтеграції в роботу, за виконанням якої вони спостерігають. Вони перебувають поряд із WTU, щоб полегшити спілкування з персоналом і поліпшити взаємодію з простором для успішної розробки та проведення програми з реінтеграції в роботу. Обов'язки трудотерапевта, призначеного у WTU, передбачають, але не обмежуються такими завданнями:

- тісно співпрацювати з іншими фахівцями з трудотерапії для забезпечення безперервності допомоги;
- розробляти та втілювати стандартні процедури, які забезпечують виконання загальних цілей і завдань програми з реінтеграції в роботу;
- оцінювати обмеження, які перешкоджають або затримують повернення військовослужбовців до роботи, та надавати рекомендації для змін і забезпечувати обладнанням;
- співпрацювати з медичними адміністраторами для координації, організації професійного навчання, навчання навичок роботи та працевлаштування;
- відвідувати місця роботи, щоб перевіряти доцільність роботи і виконання учасником узгоджених завдань;
- налагоджувати співпрацю зі спільнотами для визначення ресурсів і запобігання дублюванню послуг;
- тісно співпрацювати з іншими працівниками WTU, щоб забезпечити безперервність допомоги та підзвітності;
- встановлювати конкретні кількісні стандарти для вимірювання успішності програми з реінтеграції в роботу;
- наглядати за сертифікованими помічниками трудотерапевтів, призначеними у WTU.

Усі солдати, направлені у WTU, мають пройти комплексне оцінювання трудотерапевтом терапії

для визначення можливості участі та розміщення в програмі з реінтеграції в роботу. Методики, що використовуються в трудовій терапії, можуть включати опитування з професійних інтересів, оцінювання професійної спроможності, кар'єри, навичок життя та когнітивних навичок, професійної ефективності, функціональної здатності, навичок водіння на симуляторі і володіння вогнепальною зброєю на симуляторі. Також усі солдати мають бути оцінені в WTU через 1–2 тижні після реєстрації для оцінювання їх придатності до участі у програмі з реінтеграції в роботу. Солдати, які підходять для участі в програмі, будуть направлені на роботу згідно з їхнім фізичним профілем і вміннями. Трудове стажування розробляється (некомерційними) організаціями у співпраці з Департаментом у справах ветеранів для надання досвіду роботи в потенційних професійних сферах. Кожна програма з реінтеграції в роботу повинна супроводжуватися веденням документації щодо кожного місця роботи, включаючи опис роботи з годинами роботи, дрес-кодом (якщо цивільний), контактами, угодою про меморандум і фізичними, когнітивними і психосоціальними вимогами для роботи.

Трудотерапевт співпрацює з персоналом підрозділу з підготовки, щоб допомогти розробити структурований щоденний розклад для кожного учасника, який би містив розвиток життєвих навичок, підготовку до роботи, освіту, навчання і завдання, призначені підготувати солдатів до повноцінного життя. Діяльність має відповідати потребам і здібностям особи і може включати: а) управління стресом, б) управління гнівом, в) впевненість/навчання навичок спілкування, г) функціональну діяльність, ґ) основні навички навчання солдата, д) тренінг із військово-облікової спеціальності (MOS), е) навчання навичок вирішення проблем і постановки цілей, є) навчання навичок фінансового управління, ж) навчання навичок тайм-менеджменту, з) навчання навичок роботи — робочі звички, цінності, інтереси, навички та професійний розвиток.

Керівник кожного відділення з реінтеграції подає щотижневі звіти трудотерапевтам, які фіксують прогрес учасників. Разом із цим, фахівець із трудотерапії, принаймні раз на два місяці, відслідковує прогрес кожного учасника щодо тривалості працевлаштування. Він також вирішує, який саме спосіб оцінювання прогресу є доцільним опісля того, коли учасники покидають підрозділ. До дня виписки/переходу рекомендації в письмовому вигляді передаються тим, хто надалі надаватиме медичні послуги військовому в діапазоні допомоги або іншими зацікавленими сторонами у відповідних випадках. Залежно від потреб солдата, письмові рекомендації охоплюють:

- медичні питання, що стосуються працевлаштування;
- функціональні питання, пов'язані з виконанням роботи;
- психологічні питання, пов'язані з працевлаштуванням;
- визначні здібності, відповідні оцінки здібностей;
- напрямки розвитку;
- визначення додаткового тренінгу в разі необхідності;
- доступні послуги співтовариств, залучених до співпраці, у тому числі послуги місцевих, регіональних, провінційних, національних або споживчих організацій.

Програма з реінтеграції в роботу включає систему збору показників продуктивності — фіксованих на початку і переоцінених із часом для вимірювання ефективності послуг, що надаються під час усього процесу лікування, зокрема й кількість солдатів WTU, які були відсторонені від військової служби, які повернулися до строю, які отримали постійне місце роботи і які продовжили навчання. Співробітники програми також аналізували задоволення від роботи зі слів учасників і членів їхніх родин.

ТРУДОВА ТЕРАПІЯ В ДОМАШНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Цикл військової служби впливає на емоційний стан не лише солдат, а й членів їхніх родин, роботодавців, колег, людей, із якими вони навчаються, і співгромадян [20]. Роль трудотерапевта в роботі

в домашньому середовищі полягає у формуванні навичок боротьби зі стресом, пов'язаним із відлученням від військової служби, а також допомозі солдатам та їхнім родинам в процесі відновлення. Впровадження ритуалів і традицій, які здатні привносити додатковий зміст під час військової служби, може допомогти зберігати впевненість у період хаосу. Використання психоосвітнього підходу разом з моделлю психологічної стійкості для підвищення життєвих навичок у солдатів і їхніх родин опісля військової служби може стати захисним методом і допомогти їм подолати труднощі розлуки.

Військовики, повертаючись із театру бойових дій, та їхні родини часто повідомляють про підвищений рівень тривожності і ризиковану поведінку, коли солдат уже вдома відновлює навички керування автомобілем [21]. Це може бути пов'язано з автоматичним збереженням навичок поведінки в бою, які були завчені для того, щоб допомогти солдатам вижити у ворожому оточенні. Хоча така поведінка доречна у військовому середовищі, військову автоматичну звичку керування важко узгодити з місцевими законами руху в країні. Трудотерапевти оцінюють фізичні, когнітивні і поведінкові компоненти водіння, аби допомогти солдатам безпечно адаптувати цю навичку до повсякденного життя. Тренінг із усвідомлення і конкретні види втручання можуть бути використані в корекції неадекватної післявоєнної поведінки водіння. Використовуючи консультативний підхід трудової терапії разом з військовою програмою OneSource, були створені друковані матеріали для військовослужбовців та членів їхніх родин з інформацією та порадами щодо управління поведінкою після військової служби. Стаття, опублікована в національному бюлетені для суддів зі справ дорожнього руху, також допомогла підвищити обізнаність суддів про проблеми солдатів в очікуванні правової дії у системі [21, 22].

Співробітництво між академічною установою і військовими трудотерапевтами сприяло виникненню інструментів реінтеграції водіння для військовослужбовців опісля проходження служби. У дослідженні, проведеному факультетом трудової терапії спільно зі студентами в Університеті Міннесоти, описано бойові реакції солдатів під час водіння і визначені конкретні методи втручання, які ефективно підвищують безпеку пересування. Спільно з ініціативним управлінням армії з реабілітації та реінтеграції (Army's Proponency Office for Rehabilitation and Reintegration) команда студентів/викладачів використала результати опитування, фокус-груп та індивідуальних інтерв'ю для розробки інформаційних брошур для солдатів і членів їхніх сімей. Брошури розглядають питання водіння військовиків на американських дорогах і містять пропозиції щодо допомоги солдатам у безпечному керуванні авто вдома. Крім того, дослідження трудової терапії розробили клінічний тренінг для роботи у військових умовах, щоб допомогти стандартизувати використання симуляції водіння.

ВИСНОВКИ

Військові трудотерапевти — експерти з працездатності людини, віддані лідери, чиї інноваційні програми та послуги допомагають оптимізувати продуктивність і готовність солдатів до бойових дій та перебування в гарнізоні. Забезпечуючи функціональний підхід у зціленні через діяльність, вони поєднують інтереси, навички та вміння солдата з таким видом діяльності, який має сенс і мету, таким чином ставлячи досяжний виклик. Акцент на професійній продуктивності допомагає відновити впевненість і компетентність солдатів. Життєві навички, яких навчають у трудовій терапії, сприяють функціональній незалежності, що в майбутньому покращує якість життя і продуктивність. Участь у роботі та виробничій діяльності сприяє виникненню відчуття майстерності, позитивного самосприйняття і відповідальності за взяття під контроль свого майбутнього. Створюючи зв'язок між медичною допомогою та продуктивністю військової підготовки, фахівці з трудової терапії допомагають керівникам підрозділів підтримувати своїх солдатів шляхом оцінки фізичних, соціальних та екологічних чинників. Вони надають рекомендації щодо проведення заходів для покращення атмосфери в підрозділі й поліпшення умов служби. Практика трудової

терапії була важливим елементом реабілітації військовослужбовців ще з часів Першої світової війни. Військові трудотерапевти використовують різні стратегії для підвищення професійної продуктивності, що є ключовим чинником у підтримці солдата з фізичними чи психологічними травмами. Вони також оцінюють продуктивність солдата, допомагають військовослужбовцям опанувати навички та досягти високого рівня психологічної стійкості для збереження активності після повернення на службу або до цивільного оточення. Трудотерапевти забезпечують важливий зв'язок між практичною діяльністю й більш повноцінним життям за допомогою професійної взаємодії та підвищення фізичного, психологічного, когнітивного та соціального аспектів діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice model: domain and process. *Am J Occup Ther*. 2002;56:609–639.
2. Gerardi S, Newton S. The role of the occupational therapist in CSC [combat stress control] operations. *US Army Med Dep J*. 2004;Jul–Sep:20–27. Available at: http://www.dtic.mil/cgibin/GetTRDoc?Location=U@&doc=GetTRDoc.pdf&AD=ADA493056. Accessed October 7, 2010.
3. Quiroga VAM. *Occupational Therapy: The First 30 Years, 1900 to 1930*. Bethesda, Md: American Occupational Therapy Association; 1995.
4. Crepeau EB, Cohn DS, Shell BB, eds. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 11th ed. Philadelphia, Penn: Lippincott- Raven Publishers; 2008.
5. Creek J, ed. *Occupational Therapy and Mental Health*. 3rd ed. New York, NY: Churchill Livingstone; 2002: 8.
6. Newton SM. The growth of the profession of occupational therapy. *US Army Med Dep J*. 2007;Jan–Mar:51–58.
7. Department of the Army. *Army Medical Specialist Corps*. Washington, DC: Office of The Surgeon General; 1968.
8. Neistadt ME, Crepeau EB, eds. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 9th ed. Philadelphia, Penn: Lippincott- Raven Publishers; 1998.
9. US Department of the Army. *Clinical Quality Management*. Washington, DC: DA; 2004. Army Regulation 40-68.
10. US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control*. Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.51.
11. Kielhofner G. *Model of Human Occupation: Theory and Application*. 4th ed. Baltimore, Md: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
12. Corbari G. Performance enhancement program at the Center for Enhanced Performance. Paper presented at: Peak Performance Training Conference; November 2005; West Point, New York.
13. Newsom J, Knight P, Balnave R. Use of mental imagery to limit strength after immobilization. *Sport Rehabil*. 2003;12:249– 258.
14. Nightingale L. What is interactive guided imagery? [1998]. Available at: http://www.nightingalecenter.com/guided.html. Accessed October 25, 2010.
15. American Occupational Therapy Association. For prospective students. Available at: http://www.aota.org/Students/ Prospective. Accessed October 25, 2010.
16. Mosey AC. *Applied Scientific Inquiry in the Health Professions: An Epistemological Orientation*. 2nd ed. Bethesda, Md: American Occupational Therapy Association; 1996.

17. Law M, Polatajko H, Baptiste W, Townsend E. Core concepts of occupational therapy. In: Townsend E, ed. *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa, Ont: Canadian Association of Occupational Therapists; 1997.

18. US Department of Veterans Affairs. Compensated work therapy. Available at: http://www.cwt.va.gov/. Accessed October 25, 2010.

19. Department of the Army. *MEDCOM Warrior in Transition Comprehensive Care Plan Policy.* Washington, DC: DA; January 2008.

20. Pincus SH, House J, Christenson J, Adler LE. The emotional cycle of deployment: a military family perspective. Available at: http://hooah4health.com/deployment/familymatters/emotionalcycle.htm. Accessed October 25, 2010.

21. Stern E. Driving behaviors of returning combat troops [unpublished survey results]. Minneapolis, Minn: University of Minnesota; 2008.

22. Stern EB, Erickson M. Readjustment to civilian life doesn't stop at the garage door: driving infractions of post deployment citizen soldiers. *Experience.* 2008;18(2):22–24. [Published earlier under same title in *Highway to Justice.* 2007;Spring:2–6.

Розділ 23

ВИСНАЖЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА І ТРЕНІНГ ІЗ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ

Мері Ен Печакек[I] · Грем С. Бікнел[II] · Ліза Лендрі[III]

ВСТУП

ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

МОДЕЛЬ ФІҐЛІ З ВИСНАЖЕННЯ ВІД СПІВЧУТТЯ

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК СТРЕСУ ВІД СПІВЧУТТЯ

ВЗАЄМОПОСИЛЮВАЛЬНІ ЕФЕКТИ ЧЕРЕЗ ВИСНАЖЕННЯ ВІД СПІВЧУТТЯ

СПОСОБИ ВИЗНАЧЕННЯ ВИСНАЖЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Маркери

Поведінкові зміни після травми

Використання Професійної шкали оцінки якості життя Медичним командуванням Армії США

СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ ВИСНАЖЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Модель EAT

Будуючи психологічну стійкість

Цілісний підхід до відновлення

Лідерство

ВИСНОВКИ

[I] Доктор психології, сімейний і шлюбний консультант, психолог і викладач, відділення охорони психічного здоров'я, Спеціальні предмети галузевої тематики, Армійський медичний центр і школа, 3151 Scott Road, Building 2840, Fort Sam Houston, Texas 78234; у минулому — психолог і викладач, відділення підтримки солдатів і родин, Спеціальні предмети, Fort Sam Houston, Texas.

[II] Доктор філософії, ліцензований незалежний соціальний працівник, підполковник, Медичний корпус, Армія США; заступник начальника, відділення охорони психічного здоров'я, Медичне командування США, 2050 Worth Road, Building 2792, Fort Sam Houston, San Antonio, Texas 78234-6010s.

[III] Доктор філософії, викладач, відділення охорони психічного здоров'я, Армійський медичний центр і школа, 3151 Scott Road, Building 2840, Office #32, Fort Sam Houston, Texas 78234.

ВСТУП

Результати допомоги травмованим особам у різних травматичних обставинах вже достатньо охарактеризовані та описані. Однак кожна з концепцій була розроблена в специфічному контексті з індивідуальними нюансами, і всі вони були тісно пов'язані з феноменом вторинної травми — реакції медичних працівників на травмувальні події, які переживають ті, з ким вони працюють. Сучасні працівники в сфері охорони психічного здоров'я відштовхувалися від надбань своїх попередників, які впродовж багатьох років намагались уловити і зрозуміти суть травми. Медичні працівники є психологічно стійкими за складом характеру, особливо фахівці, які працюють з військовослужбовцями, як видно з їхньої здатності концентруватися, вибудовувати та підтримувати рівень психологічної стійкості.

Усі члени Міністерства оборони — солдати, моряки, пілоти, морські піхотинці та цивільні — зіткнулися з Глобальною війною з тероризмом (GWOT). Військовий департамент США розробив ряд програм та послуг для допомоги військовому персоналу та їхнім родинам із психологічним, духовним і фізичним відновленням, і лише кілька програм були розроблені для самих медичних працівників. Одна з них — Тренінг із психологічної стійкості медичного працівника (PRT — Provider Resiliency Training), розроблений і запроваджений відділом підтримки солдата та родини у військовому підрозділі США на базі центру і школи Форт Сем Г'юстон (Техас).

Тренінг із психологічної стійкості медичного працівника розподілений на три фази. Упродовж першої фази всі медичні працівники Медичного командування Армії (MEDCOM) переглядають відео на тему тренінгу з психологічної стійкості медичного працівника і проходять опитування Професійної шкали з оцінювання якості життя Pro-QOL (детально обговорюється у цьому розділі). Потрібно лише 30 хвилин на завершення цієї фази. Наступна фаза PRT передбачає розробку індивідуального плану самодопомоги усіма працівниками MEDCOM, які працюють у відділеннях, і триває вона 2 години. Третя фаза — щорічна перевірка виконання плану — виконується у місяць народження медичного працівника і має на меті сприяння оцінюванню Pro-QOL впродовж першої фази. Фінальна третя фаза триває годину. Це дає змогу перевірити досягнення кожного учасника індивідуально. PRT — це зрозумілий в плані концепцій, понять та моделей курс для боротьби з виснаженістю. Тренінг розроблений для медичних працівників усіх рівнів. Перша половина вступу до PRT роз'яснює і визначає випробування, пов'язані зі співчуттям, виснаженням співчуття/виснаженням медичного працівника, та «ціну допомоги», окрім того, наводить практичні принципи цілісного відновлення. У другій частині увага сконцентрована на витримці та психологічній стійкості: як люди можуть залишатись сильними? Звідки береться психологічна стійкість? Як можна підтримувати психологічну стійкість у самого себе, у колег, солдатів, систем?

Ніби психологічний спортивний майданчик, розроблений для підтримання форми і цілісності медичного працівника та для відновлення його психологічної стійкості, PRT допомагає фахівцям знайти внутрішні сили, щоб подивитися страху в очі і сміливо зустрітися з труднощами. Крім того, PRT розроблена для фахівців, які працюють із військовиками, які самі пережили страждання та травми. Стрес від перебування в бойовому і військовому середовищі відрізняється від того, який переживають медичні працівники, медичні сестри та капелани в цивільному оточенні.

ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Використання різних термінів, таких як «вигорання» [1], «вторинна віктимізація» [2], «вторинний травматичний стресовий розлад» [3–7] і «вторинне переживання відчуттів того, хто вижив» [8], «компенсаторна травматизація» [9, 10], «травматичний контрперенос» [11] і «виснаження від співчуття», мало на меті окреслити феномен вторинної реакції на травму. Схожа концепція «емоційного зараження» визначається як афективний процес, під час якого «людина, яка спостерігає за іншою особою, починає відчувати емоційні реакції, співзвучні зі справжніми або очікуваними емоціями цієї особи» [12, с. 338]. Крім того, «криза в родині, пов'язана зі зґвалтуванням» [13, 14] і «ефекти близькості» жінок-партнерів ветеранів війни [15] — поєднані поняття. Були також визначені ефект травми на покоління [17] і необхідність у «детоксикації» родини, яка пережила стрес війни [18]. Нарешті, труднощі з проблемами клієнта розглядатимуться як простий контрперенос і обговорюватимуться в контексті лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [2, 11, 19, 20]. Проте ці концепції важко виміряти або відокремити від інших чинників взаємодії клієнта з терапевтом.

Так історично склалося, що виснаження від співчуття, стрес співчуття, компенсаторна травматизація, вторинний ПТСР і сучасна військова концепція виснаження медичного працівника пов'язані з емпатичним зв'язком з людьми, які переживають емоції травми, в результаті чого фахівець відчуває ті самі емоції. Виснаження консультанта пов'язане з іншими поняттями, першою чергою з виснаженням від співчуття і з однією з наднових концепцій, відомою в травматології як «вторинний травматичний стрес». Найбільш часто це явище пов'язане з «вартістю допомоги» [3] в плані емоційного болю.

Термін «виснаження медичного працівника» був уперше використаний у 1992 р. автором на ім'я Джоінсон (Joinson) [21], який описав виснаження медичних сестер від щоденних невідкладних ситуацій у лікарні. Того ж року Котлер (Kottler) [22] у книзі «Терапія співчуття» акцентував увагу на співчутті в допомозі складним пацієнтам та пацієнтам із сильним внутрішнім опором. Проте визначення самого терміну не було надано в жодній із книг. Попередні дослідження підкреслювали, чому лікарі втрачають співчуття після роботи з людьми, які страждають. З іншої сторони, на думку деяких фахівців, зокрема військових медичних працівників, лікарі не мають відчувати глибинне співчуття та сум щодо страждань клієнта. Практикуючі лікарі мають визначитись зі своїми межами в намаганні полегшити біль пацієнтів, які страждають.

У Діагностичному та статистичному довіднику психічних розладів, 4-те видання, (DSM-IV — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), розробленому Американською психіатричною асоціацією, зазначається, що розвиток ПТСР можливий за умов прямого (від завдання шкоди) і непрямого впливу, наприклад, коли один із батьків спостерігає травму дитини. В обох випадках в учасників буде травма, але за різними соціальними напрямками. Останній напрямок ще називають «вторинний травматичний стрес». Існує небагато даних про поширення та охоплення цього типу стресової реакції. Попри це, використовуючи вторинну інформацію і теоретичний аналіз, можливо припустити, що вигорання, контрперенос, незадоволення працівників й інші сумісні поняття можуть бути замасковані під цю загальну проблему [2]. Компенсаторна травматизація, наприклад, належить до трансформації власного внутрішнього досвіду медичного працівника в результаті емпатичного поєднання з травматичним матеріалом клієнта. Такий ефект є кумулятивним та постійним і відображається на особистому й професійному житті терапевта [10]. «Виснаження від співчуття» або «виснаження медичного працівника» є більш позитивними термінами для вторинного травматичного стресового розладу, який є майже ідентичним із ПТСР, з тією відмінністю, що він вражає того, хто потрапив під вплив травми іншого травмованого (зазвичай клієнта або члена родини). Можна визначити такі терміни, що використовуються в цьому розділі:

- **Первинний травматичний стрес** є результатом стресорів, що виникли під час екстремальної події, — те, що пережив чи

побачив пацієнт, особливо ті образи, які вплинули найбільше на травматичну реакцію. Наприклад, військовий медичний працівник може бути під загрозою прямого вогню, працюючи з солдатами.

- **Стрес від співчуття** — це залишок емоційної енергії після емпатичної реакції на пацієнта або нагальна потреба дій для зменшення страждань клієнта. Він є наслідком емпатичної реакції. Разом з іншими цей чинник може вплинути на розвиток виснаження медичного працівника, якщо не вжити заходів для врегулювання стресу.
- **Виснаження від співчуття або виснаження медичного працівника** — це емоційний вплив роботи з пацієнтами, які страждають від наслідків травмувальних подій. Форма вторинного травматичного стресу — виснаження від співчуття або виснаження медпрацівника — є результатом участі медичного працівника у лікуванні осіб, які зазнали різних травм. Відчуття виснаження є нормальним і природним для фахівця. Медичний працівник почувається виснаженим, коли якісно виконує свою роботу, це відчуття схоже на те, яке виникає в атлета після серйозного тренування. Варто очікувати виникнення виснаження медпрацівника, зменшувати його та опрацьовувати.
- **Вигорання** — це кумулятивний процес, який виникає через великий обсяг роботи чи інституційний стрес і характеризується емоційним виснаженням та відстороненням. Вигорання не завжди пов'язане із травмою, це може трапитися на будь-якій роботі з постійним надмірним навантаженням. Вигорання трапляється, коли людина втрачає здатність надавати допомогу іншим.
- **Психологічна стійкість** — це здатність швидко приходити в норму після хвороби, змін або нещастя. (Для об'єктів це значить швидко відновлювати форму після згинання, розтягування чи здавлювання). Психологічна стійкість можлива лише в просторі (вона не мислиться в опозиції прийменників або-або) і належить до цілісного росту і розвитку людини. Психологічна стійкість описує, якою є людина; у той час як управління стресом характеризує, що робить людина. Попри це, рівень психологічної стійкості медичного працівника можна визначити, судячи з того, як він справляється зі стресом. Психологічна стійкість зростає завдяки здоровій відповіді на стресори.

МОДЕЛЬ ФІҐЛІ З ВИСНАЖЕННЯ ВІД СПІВЧУТТТЯ

У 1995 р. Чарльз Фіґлі (Charles Figley), морський піхотинець у минулому і лідер в галузі травматології, створив модель виснаження, охарактеризувавши, як контакт зі стражданням і емпатична відповідь можуть призвести до стресу співчуття або виснаження від співчуття [24].

Такий самий досвід, можливий в умовах виникнення виснаження медичного працівника, і буде обговорюватись у цьому розділі. Елементами моделі є:

- **Емоційне зараження —** це переживання почуттів того, хто страждає, як одна із функцій контакту з тим, хто страждає.
- **Емпатичне занепокоєння** — це мотивація, якою керуються при наданні допомоги тим, хто цього потребує.
- **Емпатична здатність** — це можливість помічати біль інших.
- **Емпатична відповідь** — це обсяг зусиль, які людина спрямовує на те, щоб допомогти тому, хто страждає.
- **Відсторонення** — це стан, у якому особа-надавач допомогу може дистанціюватися від триваючого страждання травмованої людини.
- **Відчуття досягнення** — це ступінь задоволення своїми зусиллями від допомоги тому, хто страждає, або клієнту.
- **Стрес від співчуття** — це компульсивна вимога дій для полегшення страждань інших.
- **Пролонгована експозиція** — це постійне відчуття відповідальності за допомо-

гу тим, хто страждає протягом тривалого часу.

- **Травматичні спогади** — це спогади, які викликають симптоми ПТСР і є асоціативними реакціями, такими як депресія чи генералізована тривожність.
- **Зрив життя —** це несподівані зміни у розкладі, рутині і в управлінні життєвими обставинами, спричинені подіями, які вимагають уваги (здоров'я, спосіб життя, соціальний статус або персональні чи професійні зміни).
- **Виснаження співчуття — це стан напруги чи концентрація на травматичному досвіді через:** а) переживання травмувальних подій; б) уникання/відсторонення від нагадувань, в) постійне відчуття збудження. Це природні наслідки поведінки та емоцій, які з'явились у результаті знань про травматичний досвід іншого.
- **Пастка співчуття —** це нездатність відпустити думки, почуття, спогади, корисні в допомозі іншим, довго після того, як вони могли бути корисними [24].

Вважається, що люди, які зосереджені на інших та які якісно надають допомогу, є вразливими до виснаження співчуття. Ті, хто не співчувають настільки сильно, менше страждають самі. Перший автор цього розділу робить такий висновок: «Дар фахівця, який надає допомогу, також є тягарем». Уміння співчувати є корисним у процесі допомоги іншому, але співчуття може стати проблемою, якщо воно не врівноважене психологічною стійкістю.

У найбільш емпатичних фахівців найбільш високий ризик виникнення виснаження. Ні один із фахівців не сприймає травму в абстрактному вигляді; для тих, хто сильний в емпатії, вона може бути особистою. Фактичний досвід відчувається опосередковано як біль і має також непрямий психологічний вплив. Часто фахівці не розуміють пріоритетності допомоги самому собі, що створює загрозу вигорання.

Іншим чинником, який підвищує ризик виникнення вторинної травматизації, є особиста історія травми. Якщо медичні працівники зазнали значних втрат у своєму житті, переживання та образи травми можуть викликати ці спогади і стимулювати свіже відчуття горя. Багато медичних працівників є свідками вторинної травми на постійній основі. Як свідки і медичні працівники, вони уразливі до емоційного болю пацієнтів. Медичні працівники уявляють уривки з травматичного досвіду, і травма в їхній свідомості може стати результатом виникнення травми в тілі.

Багато військових медичних працівників є одночасно учасниками травми (наприклад, під час обстрілів) і помічниками тих, хто безпосередньо пережив травму. Фіґлі зробив загальний висновок, що надання допомоги травмованим може бути також досить травматичним досвідом. Військовий капелан розповів історію, під час якої він став свідком того, як на його очах підірвали транспортний засіб у конвої, де він перебував. Він сам був у безпосередній небезпеці. Після того, як він надав допомогу своїм товаришам в обробці травми та її наслідків, він залишився на самоті, розмірковуючи, хто б міг допомогти йому самому. Він звернувся до Бога і повернувся в табір. Наступного дня була неділя, і його робота вимагала виступити з натхненною проповіддю для солдатів, яким він служив [25]. Тобто фахівець може наражатися на небезпеку, допомагати тим, хто в небезпеці, бути самотнім у небезпеці, а наступного дня прокинутись, щоб далі допомагати тим, хто в небезпеці. Така ситуація регулярно виникає в житті військових медичних працівників.

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК СТРЕСУ ВІД СПІВЧУТТЯ

Емпатична відповідь медичного працівника виникає за умови, коли здатність і бажання допомогти іншим співпадає з переживанням страждання інших. Стрес від співчуття виникає з відчуття емпатії, турботи у відповідь на роботу або на тих, хто страждає. Це те, як медичні працівники сприймають (фізично та/або емоційно) травму пацієнтів, з якими вони працюють. Наприклад, у медичного працівника виникає почуття огиди і шлунково-кишковий розлад, коли він почув про серйоз-

не зловживання. Рівень стресу визначається тим, наскільки глибоко медичний працівник ставиться до або ідентифікує себе зі стражданням і травмами іншого. Характеристики, засновані на моделі Фіґлі, часто спонукають людей до того, щоб стати фахівцем у сфері охорони здоров'я, але також підвищують шанси переживання стресу від співчуття. Це: а) здатність до емпатії, б) бажання допомогти і в) рівень впливу страждання. Шанси пережити виснаження від співчуття зменшуються пропорційно до зменшення цих характеристик [2, 24]:

- **Здатність до емпатії медичного працівника** — це здатність помічати чужий біль. Модель Фіґлі припускає, що без співчуття медичні працівники переживають незначний стрес від співчуття і не мають виснаження від співчуття. Але без співчуття вони відчувають мало, якщо взагалі щось відчувають у відповідь на страждання клієнтів. Таким чином, здатність до емпатії є ключовим елементом як для допомоги іншим, так і до вразливості через допомогу іншим.
- **Емпатичне занепокоєння** — це мотивація реагувати на тих, кому потрібна допомога. Здатності до емпатії недостатньо, якщо немає мотивації допомагати іншим, тим, кому потрібна допомога зацікавленого психотерапевта. З достатнім рівнем занепокоєння емпатичний медичний працівник застосовує власний талант, підготовку і знання, щоб надавати якісні послуги тим, кому вони потрібні.
- **Вплив клієнта —** це переживання емоційної енергії страждань клієнта через прямий контакт. Професіонали в галузі психічного здоров'я, що надають різний спектр психологічних послуг, можуть вибрати роль супервайзера, адміністратора чи вчителя через високу ціну прямих контактів із пацієнтами (звісно, визначити рівень індивідуальної мотивації складно, і багато хто відмовляється від безпосередньої практики з клієнтами через вищу платню, кращі умови роботи і більш високий статус) [24].
- **Емпатична відповідь** — це ступінь, до якого медичний працівник направляє зусилля для того, щоб зменшити страждання клієнта через емпатичне розуміння. Це розуміння думок, почуттів, патернів поведінки клієнта є результатом проекції себе через перспективу особистості клієнта. Таким чином, медичний працівник може переживати травму, страх, гнів та інші емоції клієнтів. У цьому є і переваги, і ціна такої інтенсивної терапевтичної реакції. Переваги очевидні для кожного фахівця, який удосконалює свої навички в роботі з іншими. Переваги для фахівця — це відчуття зв'язку і розуміння особи, що страждає. Розуміння почуттів клієнта і нормалізація болю/травми завдяки емпатичному вираженню фахівця є демонстрацією цієї переваги. Ціна, яка рідко обговорюється, має переживатися медичним працівником для захисту або пом'якшення ефектів.
- **Стрес від співчуття** — це залишок емоційної енергії від емпатичної реакції, яка переживається як негайна потреба дій для полегшення страждань клієнта. Як і будь-який стрес, інтенсивний стрес від співчуття може мати негативні наслідки для імунітету і якості життя. Разом з іншими чинниками стрес може вплинути на виникнення виснаження від співчуття, якщо психотерапевт не контролює це. Дві основних копінг-стратегії, які допомагають контролювати стрес від співчуття:
  - Відчуття досягнення — міра задоволення медичного працівника власними зусиллями для допомоги клієнтові, саме воно може допомогти запобігти стресу або зменшити його прояви. Відчуття досягнення базується на свідомому та раціональному намаганні розпізнати, коли закінчується відповідальність фахівця і починається відповідальність клієнта.
  - Відсторонення — рівень, коли медичні працівники можуть відсторонитись від постійного горя клієнта між сесіями, який також може допомогти запобігти стресу або зменшити його прояви. Здатність відокремитись від проблем клієнта є виваженим і раціональним намаганням усвідомити, що необхідно

«відпускати» думки, почуття та відчуття, пов'язані з клієнтом, аби жити своїм життям. Відсторонення — це визнання потреби в турботі про самого себе.

Стрес від співчуття також можна послабити завдяки індивідуальним зусиллям і зусиллям підрозділу. Якщо у медичного працівника є відчуття досягнення, здатність відсторонюватись і стрес добре врегульований, його рівень буде нормальним. Якщо цього недостатньо або немає взагалі, рівень стресу зростатиме. Якщо дати змогу стресу розвиватися, незважаючи на зусилля медичного працівника із відсторонення та відчуття задоволення від роботи, може виникнути великий ризик виснаження від співчуття. Інші чинники, що грають роль у підвищенні рівня виснаження від співчуття/виснаження фахівця:

1. **Тривалий контакт** (пролонгована експозиція) — постійне відчуття відповідальності за допомогу тому, хто страждає, впродовж довгого періоду часу (наприклад, численні зустрічі з одним і тим самим клієнтом або контакти з однією групою людей, що постраждали від одного і того самого лиха, як цунамі в Азії в 2004-му). Медичному працівнику необхідно робити вихідні між зустрічами з клієнтом або брати відпустку.
2. **Травматичні спогади —** це спогади, які провокують появу симптомів ПТСР і асоціативних реакцій, на кшталт депресії та тривожності. Ці спогади можуть бути пов'язані з роботою із загрозливими або вимогливими клієнтами; клієнтами, які були особливо сумними або страждали дуже сильно; з клієнтами, чиї травми були пов'язані з травматичними спогадами самого медичного працівника.
3. **Зриви у житті —** це несподівані зміни в розкладі, звичках і регулюванні життєвих обов'язків, які вимагають уваги (наприклад, домашні турботи під час війни, хвороба, зміни в способі життя, соціальному статусі або професійних чи особистих обов'язках). За звичайних умов такі зриви будуть спричиняти помірний рівень стресу. Але в поєднанні з іншими чинниками вони можуть підвищити ризик розвитку виснаження від співчуття у медичного фахівця.

ВЗАЄМОПОСИЛЮВАЛЬНІ ЕФЕКТИ ЧЕРЕЗ ВИСНАЖЕННЯ ВІД СПІВЧУТТЯ

Для військових медичних працівників поєднання багатьох чинників може призвести до виникнення загального виснаження. Хоча основним складником виснаження медичного працівника є неопрацьований стрес співчуття, стрес від робочого навантаження також сприяє розвитку виснаження військових медичних працівників, а також священиків, допоміжного персоналу та членів родини. Неопрацьований основний травматичний стрес, вторинний травматичний стрес і вигорання при додаванні до неопрацьованого стресу від співчуття безпосередньо впливають на загальний рівень виснаження фахівця. Наприклад, фахівці можуть переживати вигорання через важке робоче навантаження (не пов'язане з травмою); вторинну травму від багаторазового впливу страждань співробітників або членів сім'ї; первинну травму у вигляді прямого чи непрямого вогню в зоні війни; від образів, запахів і звуків під час надання прямої гуманітарної допомоги. Інтерактивний ефект різних типів стресорів може призвести до загального розвитку виснаження фахівця. Військові медичні фахівці перебувають у зоні підвищеного ризику виникнення виснаження через подвійний ефект: вплив страждань інших і ризик особистої травми або смерті.

У багатьох військових медичних працівників симптоми вторинної травматизації виникають із затримкою. У багатьох із них існують попередні травматичні переживання, які можуть не викликати жодних симптомів, поки не асоціюються зі стресорами від роботи з травматичним матеріалом, представленим пацієнтами. У деяких можуть розвиватися клінічні симптоми ПТСР як симптоми у м'якій формі, пов'язані з попереднім досвідом. Отож, дуже часто необхідно спочатку опрацювати основний травматичний стрес, перш ніж вирішувати будь-які проблеми, пов'язані з вто-

ринним стресом або вигоранням. Первинний стрес, вторинний стрес, оперативний стрес (стрес від навантаження) і симптоми вигорання мають взаємопосилювальний або інтерактивний ефект зі стресом від співчуття (рис. 23.1). Переживання симптомів через один із цих чинників зменшує психологічну стійкість і знижує поріг впливу негативних ефектів від стресорів, що, своєю чергою, може призвести до швидкого розвитку важких симптомів, які можуть стати причиною виснаження медичного працівника за дуже короткий проміжок часу. Переживання військових медичних працівників відрізняються від переживань цивільних медиків через постійну небезпеку під час роботи, численні військові завдання, роботу з полоненими, культурні відмінності і брак часу для відновлення. Специфічний стрес військових медичних працівників включає:

- брак відпочинку, перерв і відлучень під час військових операцій;
- досвід первинної травми під час допомоги іншим;
- кумулятивний ефект від численних військових операцій фахівців і солдатів;
- ізоляція і проблеми у стосунках;

Рис. 23.1. Взаємопосилювальні ефекти первинного, вторинного і професійного стресів, поєднані з симптомами вигорання у фахівців

- етичні питання визначення, хто є клієнтом;
- зростання потреб надання допомоги як клієнту, так і фахівцю.

СПОСОБИ ВИЗНАЧЕННЯ ВИСНАЖЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Симптоми виснаження медичного працівника можуть включати в себе відсторонення від родини і друзів; емоційне оніміння; втрату інтересу до речей, які приносили задоволення; нав'язливі думки і образи, пов'язані з проблемами інших; фізичні симптоми, такі як головні болі, порушення роботи шлунково-кишкового тракту, напруженість м'язів; порушення сну і нервовість.

Маркери

Медичні працівники мають контролювати появу подібних маркерів у себе і колег. Імовірність виникнення виснаження у медичного працівника прямо пропорційна кількості та якості маркерів. Маркери розподілені на такі категорії: когнітивні, емоційні, поведінкові, духовні, соматичні та соціальні [2].

Когнітивні маркери

- Нав'язливі думки і тривожні спогади
- Зосередженість на травмі
- Знижена концентрація
- Дезорієнтація
- Думки про завдання шкоди собі чи іншим
- Знижене відчуття безпеки

Емоційні маркери

- Безсилля
- Тривожність або страх
- Гнів
- Провина того, хто вижив
- Оціпеніння або роздратованість при відчутті емоцій
- Сум
- Емоційні перепади

- Відчуття спустошення, виснаження або втрати енергії
- Роздратованість
- Занижена самооцінка

Поведінкові маркери

- Нетерплячість
- Невитриманість і запальність
- Поганий сон
- Кошмари
- Зміни апетиту, потреба більшої або меншої кількості їжі
- Неврівноваженість, схильність легко виходити з себе
- Схильність легко потрапляти в халепу
- Схильність губити речі
- Бути негнучким, жорстким, намагатися все робити однаково
- Використовувати неефективні або шкідливі практики

Духовні маркери

- Втрата надії
- Втрата мети
- Злість на Бога
- Перегляд релігійних вірувань
- Скептицизм щодо релігії
- Зменшення задоволення від мети у кар'єрі
- Втрата співчуття

Соматичні маркери

- Шок
- Пришвидшене серцебиття та пітливість
- Проблеми з диханням
- Дискомфорт і біль
- Сонливість
- Пригнічена імунна система, висока хворобливість
- Виснаження
- Гастроентерологічні проблеми і головний біль

Соціальні маркери

- Схильність занадто опікуватись дітьми або підлеглими, не давати іншим робити щось на власний розсуд
- Зменшення інтересу до емоційної інтимності
- Недовіра й ізоляція
- Самотність
- Підвищена кількість особистих конфліктів
- Проблеми з відокремленням роботи від особистого життя

Поведінкові зміни після травми

Численні проблеми, включаючи невихід на роботу, були зафіксовані після контакту із травмою. Це реальний феномен, який може вплинути на здоров'я медичних працівників і їхню здатність працювати. Під час методичного вивчення, проведеного Реґером, Ґольдбером і Х'юджесом (Regehr, Goldberg і Hughes) [26], з'ясувалося, що медичні працівники швидкої допомоги, які регулярно стикаються з болем, краще розуміють чинники, що призводять до дистресу з теоретичними рамками емоційної та когнітивної емпатії. Науковці виявили серйозне зростання проблем з алкоголем та збільшення відпусток, пов'язаних із психічним стресом, як і зростання використання психіатричних медикаментів після контакту із травмою. Було виявлено, що парамедики, які стикаються з великою кількістю неординарних випадків щодня, навчилися справлятися з такими подіями і легко їх переносити. Парамедики зазвичай використовують допінг-стратегію для того, щоб впоратись із подіями когнітивно і технічно, підтримуючи рівень емоційної дистанції. Все-таки часом медичні працівники встановлюють емоційний зв'язок із подіями, виходячи з обізнаності щодо інших аспектів життя клієнта. Аспектами, які можуть вплинути на розвиток зв'язку, є відстороненість жертви від інших, серйозна втрата чи насилля над невинною дитиною. Коли такий зв'язок встановлюється, парамедики відзначають більш інтенсивні синдроми травматичного стресу [26]. Виснаження медичного працівника можна розпізнати в робочому середовищі завдяки його впливу на виконання роботи, моральний стан, поведінку та стосунки [2].

Ефекти, що впливають на виконання роботи

- Знижена якість
- Знижений обсяг роботи
- Низька мотивація

- Уникання завдань
- Збільшення кількості помилок
- Установка перфекціоністських стандартів
- Одержимість деталями

Ефекти, що впливають на моральний стан

- Зниження впевненості в собі
- Втрата інтересу
- Незадоволення
- Негативне ставлення
- Апатія
- Деморалізація
- Брак позитивних відгуків
- Відсторонення
- Відчуття незавершеності

Ефекти, що впливають на поведінку

- Невихід на роботу
- Виснаження
- Неправильні судження
- Роздратованість
- Запізнення
- Відсутність відповідальності
- Часта зміна роботи
- Перепрацювання

Ефекти, що впливають на особисті стосунки

- Відчуження від колег
- Нетерпіння
- Зниження якості стосунків
- Погане спілкування
- Нехтування власними потребами
- Конфлікти на роботі

Окрім прямого спостереження, виснаження співчуття можна визначити непрямими методами через інструменти спостереження за самим собою.

Використання Професійної шкали оцінки якості життя Медичним командуванням Армії США

Професійна шкала оцінки якості життя (ProQOL — Professional Quality of Life) — це 30-одиничний інструмент, що складається з трьох підшкал: 1) виснаження співчуття, відома також як шкала вторинної травми, 2) вигорання та 3) задоволення від співчуття. Відповідно до змісту цього розділу, обговорення буде зосереджено спеціально на питаннях, пов'язаних із виснаженням від співчуття. Змінна величина виснаження від співчуття вимірюється 10 питаннями, і кожна відповідь коливається від нуля (ніколи) до п'яти (дуже часто). Стамм (Stamm) [28] повідомила про оновлену описову статистику для ProQOL, включивши виснаження від співчуття. На підставі комплексного повторного аналізу наявних опублікованих досліджень, вона виявила, що показник виснаження від співчуття дорівнює 12 зі стандартним відхиленням 6,9 і альфа-показником надійності Кронбаха (Cronbach) у вісімдесят. У результаті цієї дискусії нові результати Стамма і дослідження, на яких воно базувалося, згадуватиметься як дані ProQOL. Крім того, оскільки ProQOL намагається визначити осіб, у яких є «виснаження від співчуття», інструмент використовує показники квартилей як показники відсічення. У даних ProQOL верхній показник квартилі — на 17, а це означає, що респонденти, у яких результат 17 у шкалі виснаження від співчуття, мають виснаження від співчуття.

Виснаження від співчуття можна описати як «пов'язаний із травмою вторинний контакт із надзвичайно стресовими подіями» [27]. Список нижче містить 10 пунктів, які описують Шкалу виснаження від травми/Шкалу співчуття (Trauma/Compassion Fatigue Scale), запозичену з ProQOL:

- Я стурбований проблемами більш ніж однієї людини, якій я допомагаю
- Я підскакую або здригаюся від несподіваних звуків
- Мені важко відокремити своє особисте життя від професійного життя
- Я думаю, що я, можливо, був «заражений» травматичним стресом тих, кому я допомагав
- Через мою допомогу я відчуваю себе нервовим
- Я відчуваю депресію через мою роботу медичного працівника
- Мені здається, я відчуваю травму того, кому допомагаю
- Я уникаю певних видів діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують мені про

лякаючі переживання людей, яким я допомагаю
- Через мою роботу в мене виникають нав'язливі та бентежні думки
- Я не можу згадати важливі деталі моєї роботи з жертвами травм [27]

У 2008 році начальник Медичного управління армії США генерал-лейтенант Шумейкер (Schoomaker) зобов'язав увесь персонал MEDCOM пройти підготовку з програми ProQOL. Ця вимога підштовхнула до оцінювання персоналу MEDCOM на виснаження від співчуття, вигорання і задоволення від співчуття. Персонал MEDCOM скористався шкалою оцінювання ProQOL через безпечний веб-сайт армії. Респонденти були впевненими, що інформація на ProQOL є захищеною. Показники оцінювання призначені для використання в наданні допомоги особам для розробки плану самодопомоги. Співробітники не зобов'язані ділитися інформацією зі своїми керівниками [29].

Деідентифікована база була проаналізована персоналом із відділення підтримки родин солдатів Центру і школи AMEDD за допомогою Пакету програм обробки статистичних даних суспільних наук SPSS (версія 16, SPSS Inc., Чикаго, Іллінойс). Для того, щоб втілити план начальника Медичного управління армії США, оцінити рівень виснаження від співчуття персоналу MEDCOM, аналіз розпочали з описової статистики для MEDCOM демографічних даних учасників і показників. Як зрозуміло з назви, MEDCOM є медичною організацією, в складі якої налічується близько 27 000 солдатів і 28 000 цивільних працівників [30], розподілених серед 35 медичних установ. Заради парності демографічний опис обмежує відповідачів за медичними спеціальностями. На рис. 23.2 показаний відсоток персоналу MEDCOM за типом медичної спеціальності. За допомогою використання інферентної статистики дані були проаналізовані для того, щоб побачити, чи відрізнялися показники MEDCOM від показників ProQOL у статистично значимий спосіб. P значення <.001 вважалося статистично значущим. Аналіз був спрямований на створення описової статистики, специфічної для показників моделі виснаження від співчуття MEDCOM. З дійсним N = 50,478, середній показник виснаження від співчуття для MEDCOM був 9,8823 (мінімум = 0,00, максимум = 50,00 ST = 6,71681, дисперсія = 45,116).

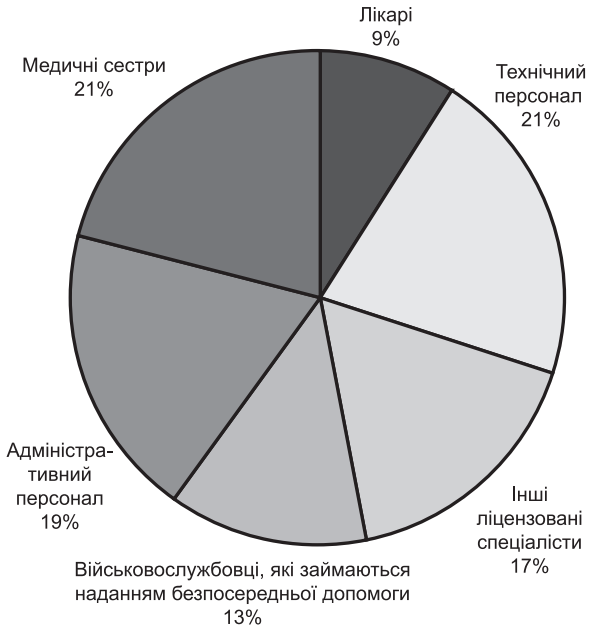


Рис. 23.2. Відсоток персоналу Медичного командування армії США за спеціальностями з тих, хто пройшов опитування ProQOL у 2008 році. N=50 478

ТАБЛИЦЯ 23.1

ВІДСОТОК ПЕРСОНАЛУ МЕДИЧНОГО КОМАНДУВАННЯ, ЯКІ НАБИРАЮТЬ ПРОХІДНИЙ ПОКАЗНИК ІЗ ВИСНАЖЕННЯ ВІД СПІВЧУТТЯ

	Поширеність	Відсоток	Валідний відсоток	Кумулятивний відсоток
Немає виснаження від співчуття	43 595	86,4	86, 4	86, 4
Виснаження від співчуття	6 883	13,6	13,6	100,0
Загалом	50 478	100,0	100,0	

ТАБЛИЦЯ 23.2

ЧАСТОТА ПРОХІДНОГО ПОКАЗНИКА ВИСНАЖЕННЯ ВІД СПІВЧУТТЯ У ДОСЛІДЖУВАНОГО МЕДИЧНОГО КОМАНДУВАННЯ ПОРІВНЯНО З ОЧІКУВАНИМИ ДАНИМИ, ЩО ҐРУНТУЮТЬСЯ НА СТАТИСТИЦІ PROQOL*

	Досліджувана кількість	Очікувана кількість	Залишок
Немає виснаження від співчуття	43 595	37 858,0	5 737, 0
Виснаження від співчуття	6 883	12 620,0	−5 737,0
Загальна кількість	50 478		

* Жодна з клітин (0 %) не має очікуваної частоти меншої за 5. Мінімальна очікувана частота 12 620,0

ProQOL: Шкала професійної якості життя

Одновибірковий тест — це відповідний статистичний тест для порівняння зразкового показника з відомим показником опитуваної аудиторії [31]. Таким чином, MEDCOM вважається зразком більшої аудиторії опитуваних, представленим статистичними показниками ProQOL. Одновибірковий тест був проведений для того, щоб порівняти середній показник даних з виснаження співчуття MEDCOM у 9,88 з показником даних виснаження від співчуття [12] для ProQOL. Результат виснаження від співчуття MEDCOM був нижчим за результат ProQOL і статистично відрізнявся від 2-стороннього тесту ($t12 = -70{,}835$, $P < ,001$, $df = 50{,}477$). Середня різниця була 2,11768 (95 % CI, −2,1763 до −2,0591).

Інше цікаве питання — це як відсоток персоналу MEDCOM із виснаженням від співчуття відрізняється від відсотка персоналу з виснаженням від співчуття серед даних ProQOL. Stamm встановила прохідний показник у 17, який означає, що це 25 % ProQOL з усіх даних респондентів, і це дає змогу порівняти. Кількість респондентів з персоналу MEDCOM, у яких оцінка була більшою за

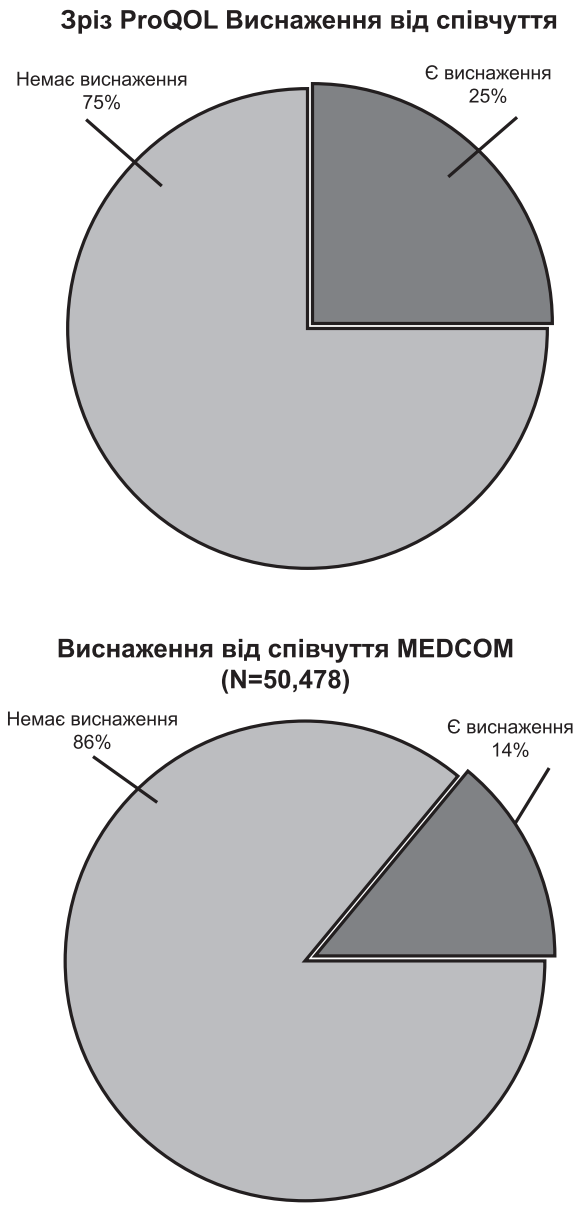


Рис. 23.3. Відсоток респондентів ProQOL, у яких є виснаження від співчуття, порівняно з виснаженням від співчуття з Медичним командуванням Армії США

MEDCOM: Медичне командування Армії США
ProQOL: Шкала професійної якості життя

17 — 13,6 % (таблиця 23.1). Це показано на рис. 23.3. Щоб визначити, чи ця різниця є статистично значимою, був проведений тест з критерію адекватності. Тест з критерію адекватності є доречним, коли показники даних є непараметричними [31],

що стає правильним у такій ситуації за умов використання прохідних показників, основаних на квартилі. Тест з критерію адекватності містить досяжний об'єм персоналу (MEDCOM), який набирає або перевищує прохідний показник порівняно з очікуваним відсотком (дані ProQOL) персоналу, котрий набирає або перевищує прохідний показник (таблиця 23.2). Різниця виявилась статистично значимою з хі-квадратом 3 477,4 (*df* = 1, *P* value < ,001).

Це дослідження акцентувало увагу на оцінюванні рівня виснаження від співчуття серед персоналу MEDCOM і порівнянні виснаження від співчуття даних ProQOL, які представляють більшу частину населення. Результати досліджень дають змогу зробити висновок, що персонал MEDCOM відмічає менший відсоток співробітників, які набирають або перевищують показник виснаження від співчуття порівняно з кумулятивними даними, опублікованими в дослідженні. Незважаючи на їхню важливість, міркування про причини цих відмінностей виходять за межі цієї дискусії, але подальше дослідження цього питання необхідне.

СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ ВИСНАЖЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Модель EAT

Модель EAT (Educate, Assess, Take Action) була створена Pechacek як навчальний інструмент для Центру та школи AMEDD. Модель пропонує простий та легкий для запам'ятовування спосіб для командирів, фахівців, поранених осіб і всіх, чия професія передбачає допомогу у формулюванні способу боротьби з виснаженням фахівця чи вигоранням. Один із способів боротьби з виснаженням медичного працівника — використовування плану дій «EAT» (рис. 23.4): навчи себе, оціни свій рівень виснаження медичного працівника, дій для того, щоб вибудувати психологічну стійкість, створи план самодопомоги і звернись по допомогу до фахівця за потреби. Рис. 23.5 як візуальне нагадування того, що фокус на потребах медичного працівника є необхідним для боротьби з виснаженням медичного працівника.

Рис. 23.4. Модель «EAT»

Навчіть себе:
Хто потрапив під вплив?
Що таке виснаження медичного працівника?
Що таке психологічна стійкість?

Оцініть свій рівень виснаження медичного працівника:
Яка серйозність рівня виснаження медичного працівника?
Який рівень психологічної стійкості?
Як підвищити рівень психологічної стійкості?

Дійте:
Вибудуйте власну психологічну стійкість
Створіть план самодопомоги
Зверніться по психологічну допомогу, якщо треба

Медичні працівники залучені до різних видів стосунків, включаючи взаємини з пацієнтом, солдатом і клієнтом, як і з колегою, який ділиться своїми історіями щодо травми. Робоче середовище може містити безліч випадків травми, і ресурси можуть бути залучені для того, щоб надати допомогу колегам та іншим людям. Медичних працівників також зачіпає війна, негаразди й інші травматичні події. Рівень виснаження медичного працівника можна оцінити за допомогою маркерів та ефектів, перерахованих вище, завдяки самоспо-

стереженню і спостереженню за товаришами по службі та обговоренню проблем, а також за допомогою тестів, таких як Шкала вторинної травми Фіґлі [2] і Професійна шкала з оцінювання якості життя: задоволення від співчуття та підшкала з виснаження — III (Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales — III) [32].

Рис. 23.5. Фокус на потребах медичного працівника є життєво важливою умовою подолання виснаження медичного працівника. Медичні працівники беруть участь у багатьох стосунках із пацієнтами та клієнтами, як і з колегами в робочому середовищі, де існує можливість контакту з різними типами травм

Будуючи психологічну стійкість

Тренінг із психологічної стійкості акцентує увагу на силі, скоріше ніж на патології. Для медичних працівників життєво важливо мати модель психологічної стійкості і знати, звідки береться сила психологічної стійкості. Фахівці мають визначитись із психологічно стійкою рольовою моделлю: хто має якості, якими ти сам хотів би володіти? Чи хтось із тих, з ким ти працюєш, надихнув тебе? Психологічна стійкість, як і програма Battlemind (див. розділ 4, Контроль бойового стресу), — це внутрішня здатність людини дивитись в обличчя страху і негараздам зі сміливістю та бажанням уберегтися й подолати їх. Щоб побудувати психологічну стійкість, медичні працівники мають виконувати дві складні дії одночасно під час стресової ситуації: «самозаспокоєння» та «самоконфронтація» [33]. Самозаспокоєння — це здатність умисно розслабитись, зіткнувшись зі стресовою ситуацією. Прикладом самозаспокійливих дій є заняття спортом, біг, ванна з піною, похід, пірнання, танці або просто глибоке дихання. Мета самозаспокоєння — це підготовка до того, щоб зробити наступний крок, самоконфронтацію. Самоконфронтація — це оцінювання власної тривожності і перевірка того, який висновок можна зробити з ситуації, що склалася. Фахівці мають поставити собі такі питання:

- Що мене тривожить?
- Що я намагаюся довести?
- Кого я намагаюся вразити?
- Що я намагаюся виправити?
- Чи я залежу від когось, хто підтвердив би мою цінність?
- Яким чином ця ситуація потенційно сприяє зростанню?

Самозаспокоєння без самоконфронтації призводить до уникання, такого як віддалення, вимогливості, емоційної нестриманості, переїдання чи вживання психоактивних речовин. Самоконфронтація без самозаспокоєння призводить до ризику негативу без бажання озирнутись і визначитися з можливостями для зростання.

Цілісний підхід до відновлення

Медичний працівник для боротьби із виснаженням і побудови психологічної стійкості може використовувати п'ять способів: 1) фізичний, 2) моральний, 3) емоційний, 4) духовний і 5) соціальний.

Фізичне відновлення

Харчування є першою складовою для розгляду під час фізичного відновлення. У стані стресу деякі медичні працівники використовують їжу для заспокоєння, а інші утримуються від їжі. Дотримання корисного способу харчування і уникання

швидкого харчування забезпечує кращі результати. Крім того, споживання необхідної кількості води дуже важливе під час бойового стресу. По-друге, відпочинок і розслаблення абсолютно необхідні для фізичного відновлення, у тому числі сон у нічний час, перерви у роботі і відпочинок від травми.

Інші засоби фізичного відновлення включають фізичні вправи і сміх. Напруження за допомогою вправ вивільняє стримуване розчарування і оновлює енергію. Дослідження показали, що регулярні заняття спортом пов'язані з поліпшенням показників депресії у пацієнтів з депресією, раком, серцево-судинними захворюваннями, і навіть у здорових осіб [33]. Інші дослідження виявили [34], що сміх здатен знизити або запобігти гіпертонії. Сміх може спочатку сприяти підвищенню артеріального тиску, але потім тиск знижується, і дихання стає глибшим, спрямовуючи збагачену киснем кров і поживні речовини по всьому тілу. Це збільшення кровотоку і оксигенації крові може насправді допомогти у зціленні. Форми уникання, такі як зловживання психоактивними речовинами, азартними іграми, або інші залежності не сприяють фізичному оновленню.

Психічне відновлення

Страх — це нормальне почуття для медичних працівників, які можуть турбуватися про те, наскільки добре вони піклуються про пацієнтів або виконують інші обов'язки. Але страх також може викликати почуття сорому і провини. Як фізичне, так і психічне відновлення є результатом релаксації, завдяки такій діяльності, як читання книжок, прослуховування музики або навчання методам релаксації з відео або семінарів. Коли симпатична нервова система заспокоюється і вгамовується завдяки релаксації, зменшується напруження м'язів, сповільнюється частота серцевих скорочень і приходить відчуття комфортного та щасливого існування.

Емоційне відновлення

Емоційне відновлення означає прийняття та нормалізацію досвіду. Інтерналізовані гнів, страх, депресія, занепокоєння або інші негативні емоції можуть призводити до біохімічних змін, які, як було доведено, несприятливо впливають на розум і тіло. Досвід надання військової медичної допомоги може стати причиною тривожних снів чи нав'язливих думок. Це нормально. Перш ніж медичний працівник вирішить діяти для того, щоб змінити свої емоції, він має прийняти свій емоційний стан. Емоційна стійкість зростає через осмислення щоденних подій, сортування емоцій, спілкування з близькими друзями, ведення журналу і навіть сміху. Сміх може активувати і зміцнити імунну систему шляхом скорочення кількості чотирьох нейроендокринних гормонів, пов'язаних зі стресовими реакціями: адреналін, кортизол, допамін і гормон росту.

Духовне відновлення

Духовне відновлення є важливим для багатьох медичних працівників. Багато хто стверджує, що почуття приналежності Богові чи вищій силі допомагає їм справлятися з тривожністю та травмами. Для багатьох людей досвід релігійного прославляння та шанування у групі інших людей є радісним і відновлювальним. Прослуховування надихаючої музики чи читання релігійних книжок може мати терапевтичний ефект і допомагає знаходити час для того, щоб змістити акцент уваги на того найвеличнішого, «хто вирішує усі проблеми», знижує напругу від роботи в травмувальних обставинах. Медитація може бути джерелом психологічної стійкості фахівця: здатність спокійно сісти, спостерігати власну свідомість і направити увагу на теперішній момент дозволяє багатьом правильно оцінити завдання з оновленими силами та більш гнучким сприйняттям реальності. Духовна стійкість і відновлення пов'язані з умінням пробачати для більшості людей. Уміти пробачати — це значить уникати гіркоти і видужувати після вигорання. Нездатність пробачити себе й інших часто перетворюється на гнів, який спрямований усередину і призводить до гіркоти, депресії та вигорання.

Для багатьох медичних працівників духовність — це глибоке відчуття заспокоєння, підтримки і щоденного натхнення. Дослідження показали, що релігія і духовність асоціюються з більш низьким ризиком медичної захворюваності та смерт-

ності, а також із меншою кількістю розлучень, кримінальної поведінки, суїцидів та вживання психоактивних речовин [33]. Для деяких осіб духовність без релігійної приналежності є джерелом психологічної стійкості, попри це, згідно з опитуванням Інституту Ґелапа (Gallup) [34], релігія відіграє ключову роль в житті інших:

- для 70 % американців релігія — «дуже важлива» частина життя;
- більше 60 % американців вірять в янголів;
- 82 % зацікавлені в духовному зростанні.

Соціальне відновлення

Люди — соціальні істоти. Військові медичні працівники мають спілкуватись та будувати взаємини з іншими для власного зростання і розвитку. Виділення часу для інших збільшує позитивне психічне здоров'я і підвищує психологічну стійкість. Залучення до соціальної мережі збільшує копінг-стратегії, які є ключовим складником для побудови психологічної стійкості як на роботі, так і в усіх інших сферах життя. Медичні працівники часто цікавляться: «Як мені вберегтися від депресії, вислуховуючи проблеми людей день за днем?». Відповідь можна знайти у царині основної філософії пошуку та підкреслення сили, а не в пошуку патології в інших людях. Згадуваний вище Мадді [35] вивчав концепцію витривалості і багато писав про те, як люди здобувають витривалість та процвітання в несприятливих умовах. Він зробив висновок, що люди, які процвітають в умовах стресу, здатні підтримувати у собі три ключові переконання, які допомагають перетворити проблеми на переваги: 1) зобов'язання: прагнення до участі в поточних подіях, а не до ізоляції; 2) управління: намагання впливати на результати, а не ставати пасивним; 3) завдання: розглядання стресових ситуацій як можливостей для здобуття нових знань [35].

Лідерство

Як і будь-яка складна система, військовий порядок взаємозв'язків дуже піддається впливу командування. Командири на усіх рівнях зобов'язані ознайомитися з концепціями, описаними в цьому розділі, і мають спонукати солдатів їх використовувати. Полковник Йозеф Пеко, колишній керівник відділу підрозділу підтримки солдата та родини у AMEDD, висловився про роль командування і його місця в підтримці психологічної стійкості: «У лідерства багато значень, але лідерські практики щодо виснаження фахівця є дуже важливими». Слідування пропозиціям тренінгу з психологічної стійкості медичного працівника забезпечує сильні лідерські якості і приносить кращі результати для всіх. Полковник Пеко стимулює командирів пропагувати психологічну стійкість медичних працівників за допомогою таких методів:

- Ставтесь до допомоги військовим медичним працівникам як до пріоритетного завдання.
- Помічайте та винагороджуйте за добре зроблену роботу.
- Стимулюйте атмосферу гідності та поваги.
- Будьте доступними для спілкування з підлеглими; проводьте з ними час. Використовуйте політику відкритих дверей, так само як і «задніх дверей». Дозволяйте медичним працівникам висловлювати свій досвід і почуття. Дайте їм знати, що ви обізнані щодо ситуації і пропонуйте допомогу. Часто медичні працівники не можуть діяти через безпосередню близькість до ситуації, тож пропозиції і допомога від керівництва дуже цінні.
- Постійно інформуйте підлеглих. Чітко висловлюйте свої погляди та політику стосовно усіх справ. Дозволяйте підлеглим дізнаватися більше про вашу політику без необхідності захищатись чи розглядання їх як нелояльних. Не сприймайте дії підлеглих на власний рахунок.
- Давайте медичним працівникам достатньо часу, щоб відновити фізичні і духовні сили. Забезпечуйте їх особистим часом для виконання іншої роботи і підтягування всіх своїх завдань. За нагоди допомагайте у щоденних справах фахівця.
- Створіть такий клімат, який би сприяв тому, що медичні працівники могли б визначити свій власний стрес і попросити про допомогу. Навчайте лідерів тому, що

прохання про допомогу вимагає сміливості. Спонукайте керівників шукати та визначати людей у групі ризику та найбільш вразливих.

- Потурбуйтесь про себе як про лідера і станьте гарним прикладом самодопомоги. Підтримуйте позитивне бачення ситуації під час негараздів та важких завдань. Психологічна стійкість та міцність мають бути помічені іншими. Лідери, які показують приклад допомоги самим собі, говорять мовою психологічної стійкості та здатні стати причиною кардинальних позитивних змін у робочому середовищі.

ВИСНОВКИ

У XXI столітті медичні працівники мають розуміти концепцію виснаження медичного працівника і те, як вона може вплинути на допомогу тим, хто страждає від наслідків травми і кому вони допомагають. У цьому розділі були окреслені види виснаження, пов'язаного з роботою військового медичного працівника та команди міністерства; описана модель виснаження від співчуття Фіґлі; визначені і перераховані маркери та симптоми виснаження медичного працівника, методи попередження виснаження медичного працівника, способи стимулювання відновлення та психологічної стійкості для медичного працівника, включаючи роль лідерів. Пропагування психологічної стійкості для медичного працівника, як і значиміша місія забезпечення охорони здоров'я для всіх службовців, залежить від успішності командної роботи. На кожному рівні керівники та медичні працівники мають починати з допомоги самим собі, перш ніж навчати психологічної стійкості колег і підлеглих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Mental Health Advisory Team (MHAT-II). *Operation Iraqi Freedom* (OIF-II). Report.The US Army Surgeon General. January 30, 2005. Available at: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat/mhat_ii/mhat.cfm. Accessed November 30, 2010.
2. Figley C. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1995.
3. Figley C. Traumatization and comfort: close relationships may be hazardous to your health.Keynote presentation at: Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction; Texas Tech University, February 1982; Lubbock, Texas.
4. Figley C. Catastrophes: an overview of family reactions. In: Figley CR, McCubbin HI, eds. *Coping With Catastrophe.* Vol 2. In:Stress and the Family. New York, NY: Brunner/Mazel; 1983: 3–22.
5. Figley C. The family as victim: mental health implications. *Psychiatry.* 1985;6:283–291.
6. Figley C. *Helping Traumatized Families*.San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 1989.
7. Stamm BH. *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators.Lutherville*, Md: Sidan Press; 1995.
8. Remer R, Elliott J. Characteristics of secondary victims of sexual assault. *Int J Fam Psychiatry*. 1988;9(4):373–387.
9. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*.1990;3(2):131–149.
10. Pearlman LA, Saakvitne KW. Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In: Figley CR, ed. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*.New York, NY: Brunner/Mazel; 1995: 150–177.

11. Herman JL. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*.New York, NY: Basic Books; 1992.

12. Miller KI, Stiff JB, Ellis BH. Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Commun Monographs*.1988;55(9):336–341.

13. Erickson CA. Rape in the family.In: Figley C. *Treating Stress in Families*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1989: 257–290.

14. White PN, Rollins JC. Rape: a family crisis. *Fam Relations*. 1981;30(1):103–109.

15. Verbosky SJ, Ryan DA. Female partners of Vietnam Veterans: stress by proximity. *Issues Ment Health Nurs*.1988;9(1):95–104.

16. Danieli Y. Treating survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust. In: Ochberg F, ed. *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1988: 278–294.

17. McCubbin HI, Dahl BB, Lester G, Ross B. The returned prisoner of war and his children: evidence for the origin of second generational effects of captivity. *Intl J Sociol Fam*. 1977;7:25– 18.

18. Rosenheck R, Thomson J. Detoxification of Vietnam war trauma: a combined family-individual approach. Fam Process.1986;25(4):559–570.

19. Danieli Y. The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: a lesson from Holocaust survivors and their children. In: Figley C, ed. *Trauma and its Wake.* New York, NY: Brunner/Mazel; 1988: 295–313.

20. Wilson JP, Lindy JD. *Countertransference in the Treatment of PTSD.*New York, NY: Gilford; 1994.

21. Joinson C. Coping with compassion fatigue. Nursing. 1992;22(4):116,118–119,121.

22. Kottler JA. *Compassionate Therapy: Working With Difficult Clients*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 1992.

23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.4th ed. Washington, DC: APA; 1994.

24. Figley CR, ed. *Treating Compassion Fatigue.*New York, NY: Brunner-Rutledge; 2002.

25. Chaplain Wayne Garcia, AMEDD Center and School, PRT Class for Chaplain Training; 2008.

26. Regehr C, Goldberg G, Hughes J. Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *Am J Orthopsychiatry.* 2002;72(4):505–513.

27. Stamm BH. *The ProQOL Manual. The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout and Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales*. Baltimore, Md: Sidran; 2005. Available at: http://www.proqol.org/ProQOl_Test_Manuals.html. Accessed December 10, 2010.

28. Stamm BH. Personal communication. June 9, 2009.

29. US Department of the Army. Provider Resiliency Training. Available at: http://www.behavioralhealth.army.mil/prt/index.html. Accessed December 10, 2010.

30. US Department of the Army. Introduction to the US Army Medical Department. Available at: http://www.armymedicine.army.mil/about/introduction.html. Accessed December 10, 2010.

31. Rubin A. *Statistics for Evidence-Based Practice and Evaluation.* Belmont, Calif: Thomas Higher Education; 2007.

32. Stamm BH. *The Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales–III*. Baltimore, Md: Sidran; 1995–2002.

33. Funk JR. *Balancing the Burdens of Caregiving: Avoiding Compassion Fatigue*. Healthcare Chaplains Ministry Association; 2002.

34. Seibert A. *The Survivor Personality: Why Some People Are Stronger, Smarter, and More Skillful at Handling Life's Difficulties and How You Can Be*, Too. New York, NY: Practical Psychology Press; 1993.

35. Smallwood B. Do you have compassion fatigue? Available at: http://hodu.com/compassion.shtml. Accessed December 10, 2010.

ЧАСТИНА П’ЯТА

СПОСТЕРЕЖЕННЯ І ВТРУЧАННЯ

Розділ 24

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА САМОГУБСТВАМИ В АРМІЇ: НЕОБХІДНІ ЗАХОДИ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ СУЇЦИДАМ

Грегорі А. Гам[I] · Марк А. Реджер[II]

ВСТУП

ВИЗНАЧЕННЯ ЙМОВІРНОСТІ СУЇЦИДУ

МОЖЛИВІСТЬ ПРОГНОЗУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

ВАЖЛИВІСТЬ ПЕРЕДБАЧЕННЯ СУЇЦИДУ

СИСТЕМА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО КОНТРОЛЮ

Методи дослідження суїциду

Система спостереження суїцидів в Армії

СИСТЕМА ОЦІНКИ РИЗИКУ ТА ВІДДІЛ КОНТРОЛЮ СУЇЦИДІВ

Історія відділу

Процес збору армійських звітів про суїцидальні дії

ВИСНОВКИ

[I] Доктор філософії, полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу психології, Військово-медичний центр Медіган, 9933C West Hays Street, Fort Lewis, Washington 98431-1100.

[II] Доктор філософії, психолог-дослідник, відділ психології, Військово-медичний центр Медіган, 9933C West Hays Street, Fort Lewis, Washington 98431-1100; помічник професора, відділ психіатрії і поведінкових наук, медичний факультет Університету Вашингтона, 1925 NE Pacific Street, Seattle, Washington 98195-6340.

ВСТУП

«Фахівці в галузі психіатрії можуть передбачити випадки суїциду і запобігти багатьом із них». На перший погляд, таке твердження (та подібні йому) здається раціональним очікуванням від працівників охорони психічного здоров'я. Суїцидальне мислення є поширеною проблемою в амбулаторних установах [1, 2]. Коли трапляється суїцид, це стає важким ударом для родини, друзів, співробітників і суспільства загалом. Оцінка ризику суїциду та його запобігання є найвищим пріоритетом. Загальна обізнаність і значна кількість досліджень, які були проведені задля збільшення обсягу інформації щодо клінічних рішень про пацієнтів із суїцидальними схильностями, дають змогу медичним працівникам передбачити самогубства і запобігти багатьом із них. Сотні досліджень було додано до загального комплексу знань про суїциди, видається багато авторитетних реферованих журналів, присвячених лише дослідженням самогубств. Більш того, загально визнається, що працівники охорони психічного здоров'я можуть визначити оперативні заходи з метою запобігання суїциду. Психологи-суїцидологи часто є експертами з питань запобігання і недопущення самогубства і регулярно консультують психологів щодо ризику потенційної схильності певних осіб, як серед військових, так і серед цивільного населення, до суїциду.

Однак більш глибокий аналіз літератури свідчить про необхідність обережного ставлення до процитованого твердження. Що означає «передбачити суїцид»? Які можливості щодо здатності клініцистів передбачити самогубство демонструють результати сучасних досліджень? Яким чином передбачення пов'язане з недопущенням і що означає «запобігти самогубству»?

У цьому розділі розглянуті деякі дані сучасної наукової літератури, які стосуються прогнозування самогубств. Вони свідчать про те, що спостереження є основним інструментом для отримання знань про суїцидальну поведінку військовослужбовців. Також у розділі викладені результати постійного епідеміологічного проекту спостереження в Армії США та запропоновані майбутні напрями, які поліпшать ефективність програми.

ВИЗНАЧЕННЯ ЙМОВІРНОСТІ СУЇЦИДУ

Що означає «передбачити суїцид»? Передбачити — означає «зрозуміти, базуючись на спостереженні, досвіді чи наукових знаннях» [3]. Таким чином, передбачення суїциду означає можливість очікування майбутньої поведінки. Очевидно, що точно знати майбутнє неможливо, проте прецедентна практика у судових справах показує, що відповідач мав втрутитися, коли поведінка особи була «обґрунтовано передбачуваною» [4]. Звісно, до завдань працівників охорони психічного здоров'я входить «обґрунтоване передбачення». Пацієнти часто звертаються до працівників охорони психічного здоров'я з питаннями щодо своєї безпеки. До того ж командири Армії США часто консультуються з психологами на предмет визначення можливості «обґрунтованого передбачення» щодо своїх солдатів. Психологів просять передбачити не лише, чи збирається пацієнт вчинити суїцид, а й коли саме. Пацієнт з високим ризиком неминучої суїцидальної по-

ведінки потребує інших заходів, ніж пацієнт із хронічними чинниками ризику без імовірності покалічення.

Однак ключове питання більш пов'язане з «обґрунтованим передбаченням». Яке дослідження може допомогти передбачити суїцидальну поведінку? Наскільки чітко зараз може працівник охорони психічного здоров'я передбачити суїцидальну поведінку? Наступний розділ присвячений розгляду деяких сучасних досліджень із передбачення самогубства та майбутніх дослідницьких пріоритетів.

МОЖЛИВІСТЬ ПРОГНОЗУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Чи можна передбачити суїцидальну поведінку? Щоб знайти відповідь на це питання, були проведені численні дослідження, спрямовані на визначення чинників для передбачення самогубства. Було вивчено багато показників, включаючи демографічні чинники, періоди підвищеного ризику психопатології, супутні психіатричні патології, захворювання, вживання наркотиків, розлад особистості та особистісні риси. Отримані дані є корисною інформацією. Наприклад, особи, що більш імовірно ладні накласти на себе руки, — білошкірі підлітки чи літні люди [5–7]. Хронічні або неодноразові депресії [8], особливо із супутнім алкоголізмом [9], також підвищують ризик суїциду. До того ж безнадійність, проблеми у стосунках, самотнє життя, хронічні проблеми зі здоров'ям і сімейний анамнез із суїцидальною поведінкою може бути пов'язаний із вчиненням самогубства [10, 11]. Більшість осіб, що скоїли самогубство, приблизно за місяць до смерті [12] перебували у відділенні невідкладної допомоги, проте із меншою вірогідністю можна стверджувати, що вони відвідували психолога [13]. Особи, що вчиняють самогубство, обирають методи, які мають більше шансів на фатальний кінець, і зазвичай помирають при першій же спробі [14]. Натомість існують факти, які свідчать про те, що попередня суїцидальна поведінка підвищує імовірність майбутньої спроби [15] чи вчинення самогубства.

Різноманітність інших ризиків і захисних чинників мають різні рівні підтримки [10, 11]. На жаль, більшість із них базуються на одному дослідженні або суперечливих доказах [17]. Хоча існує значний комплекс робіт на тему самогубств, добре опрацьованих досліджень, які б змогли відповісти на деякі з основних питань у цій сфері, досить мало. Надзвичайно важко проводити дослідження суїцидів через малу базу здійснених самогубств; етичні проблеми, що не дають змоги вивчати випадки осіб з високим ризиком самогубства; необ'єктивність старих даних; вартість проведення якісних досліджень; різницю співвідношення самогубств залежно від статі, віку та етнічної приналежності.

Література, що висвітлює чинники ризику, описані вище, вказує, що навіть якщо всі відомі чинники ризику скласти разом, вони відповідатимуть лише за малий відсоток суїцидальної поведінки. Це означає, що відомі чинники ризику не дають вичерпної інформації для передбачення суїциду. Це твердження обґрунтоване дослідженнями, що були спрямовані на передбачення самогубств, використовуючи всі відомі чинники ризику, перелічені вище. В одному з досліджень у психіатричній лікарні 1906 пацієнтів з афективними розладами були об'єднані щодо роду їх смерті у наступному періоді від 2 до 14 років. Використовуючи суїцидальні чинники ризику (які, як вважається, дають найточніші дані), дослідники спробували передбачити, хто з пацієнтів пізніше вчинить самогубство. У наступному періоді 46 пацієнтів скоїли суїцид. Жодна зі смертей пацієнтів не була передбачена дослідниками.

У подібному дослідженні медики спостерігали за 4800 стаціонарними психіатричними хворими від 4 до 6 років. Використовуючи ряд чинників ризику, дослідники виявили кілька методів передбачення майбутніх суїцидів. Як і в дослідженні, наведеному вище, дослідники описали свої результати як «абсолютно незадовільні», навіть коли статистичні підходи використовувались у подальших дослідженнях [19]. Інші роботи мали подібні результати [20–21].

На жаль, неможливість чітко виявити кількість вчинення суїцидів — лише одна з проблем, пов'язаних із передбаченням самогубств.

Друга проблема полягає у високому рівні хибно позитивних результатів нинішніх моделей передбачення суїцидів. Це означає, що імовірність передбачення того, що людина вчинить самогубство, при відомих чинниках ризику дуже низька [17]. Ця проблема значно поглиблюється тим фактом, що самогубство — досить рідкісна поведінка, і питання не лише в статистично малій кількості, а й у використанні часу психолога та вартості лікування.

На підтвердження цього Ґейнес (Gaynes) та ін. наводять такий приклад [22]. Припустимо, що психолог може передбачити суїцидальні схильності при чутливості 80 % та специфічності 70 % (дані, подібні до оцінки депресії). Психолог, який бачив 10 000 пацієнтів за кілька років, 10 з яких дійсно здійснять суїцид, правильно передбачить 8 спроб самогубства і разом із тим виявить 2997 хибно позитивних помилок. Таким чином, навіть якщо фахівці могли б передбачити самогубства з такими чинниками, вони все одно пропускали б 20 % самогубств, і статистично мала кількість суїцидальних схильностей означала б витрату значних коштів на хибно позитивні висновки.

Підсумовуючи, можна зазначити, що працівники охорони психічного здоров'я сьогодні не мають чіткої інформації, необхідної для передбачення суїцидальної поведінки. Багато фахівців цієї галузі погоджуються з цим висновком. Наприкінці одного з досліджень передбачення суїцидів Покорні (Pokorny) заявив: «Визначення конкретних осіб, що вчинять суїцид, на теперішній момент неможливе» [18, с. 249]. Після вивчення літератури щодо передбачення суїциду Періс (Paris) сказав: «Неможливо з точністю передбачити самогубство» [23, с. 235]. Браян і Руд (Brayan і Rudd) говорять про «неможливість надійно передбачити суїцидальну поведінку» [24, с. 186]. Хоча багато з досліджень, розглянутих вище, створені на моделях передбачення самогубства та таблицях смертності, висновки щодо точності клінічних суджень не відрізняються від статистичних моделей передбачення. Ґейнес та ін. заявили: «Попри загальний стан здоров'я населення та заклик начальника Медичної служби до дії, підстав для спостереження у закладах невідкладної допомоги дуже мало, та вони є малоефективними» [22, с. 831]. Ґолдстейн (Goldstein) із колегами зазначає, що, окрім визначення осіб із кількома чинниками ризику, «для загалу чи законодавства неможливо очікувати, що працівники охорони здоров'я зможуть передбачити суїцидальні схильності у пацієнтів, базуючись на знаннях, які ми маємо на сьогодні» [25, с. 422]. Багато лікарів і дослідників надають перевагу визначенню своєї роботи як «процесу оцінки ризику» [24], маючи на увазі, що на теперішній момент неможливо передбачити самогубство.

ВАЖЛИВІСТЬ ПЕРЕДБАЧЕННЯ СУЇЦИДУ

Чи є важливим передбачення суїциду? Наразі досліджень для передбачення самогубства недостатньо, а якісний аналіз дуже дорогий, і до того ж його важко провести, тому варто замислитись, чи важливо це взагалі. На жаль, проаналізувавши попередні дані, можна дійти висновку, що наші можливості передбачити самогубство й запобігти йому дуже неефективні та вартісні.

Передбачення у певному сенсі є передумовою запобігання. Задля недопущення психічного розладу програми запобігання самогубству мали б із певною точністю передбачити, хто матиме перевагу від цих зусиль. Без цієї інформації заходи із запобігання можна проводити, проте неможливо спрямувати їх на осіб із високим ризиком, ефективність роботи важко оцінити, а вартість є значною. Варіанти для програм запобігання суїцидам серед населення передбачають проведення активних дій, спрямованих на випадкових осіб (чи осіб з найбільшими фінансовими ресурсами) або груп осіб, які *імовірно* підпадають під категорію ризику. Зазвичай ці варіанти неприйнятні. Очевидно, що є причини ефективних превентивних заходів, проте їх проведення далеке від ідеалу. Застосування цих заходів лише серед людей з достатніми фінансовими ресурсами знецінює людське життя. Однак застосування превентивних методів до всього населення потребує значних фінансових витрат і наражає на ризик кожного з учасників. Інформація з передбачення суїцидів є необхід-

ною для допомоги пацієнтам і збалансування переваги певних методів і вартості лікування.

На прикладі слабоумства можна пояснити цю точку зору. Результати досліджень вказують, що лікування великими дозами антиоксиданту вітаміну Е може уповільнити прогрес хвороби і знизити сферу поширення слабоумства [26–29]. Проте нещодавно з'явилося занепокоєння щодо високого дозування вітаміну Е [30–31]. Хоча з профілактичною метою він може бути призначений для всіх людей похилого віку, деякі пацієнти можуть потрапити до групи ризику прояву хвороби Альцгеймера (тобто генетичної схильності до хвороби). Після консультації з лікарем пацієнти оцінюють переваги та ризики і зазвичай підтримують лікування вітаміном Е. Передбачення хвороби слабоумства дає змогу використовувати превентивні заходи, які можуть мати певний ризик.

Отже, методи передбачення суїциду так само мають ризик. Хоча біологічні ризики передбачення суїциду можуть взагалі не з'явитись, певні методи здатні поставити під загрозу конфіденційність певних осіб, нашкодити терапевтичним взаєминам, підвищити упередження пацієнта щодо лікування, знизити імовірність відвертих розмов про суїцидальні думки, підвищити можливість відмови в участі у дослідженні до закінчення лікувального курсу. Також зусилля, спрямовані на запобігання суїцидів серед населення, можуть бути спрямовані на тих, хто не має цієї проблеми. Таким чином, значно знизиться ефективність програми, оскільки пацієнти отримуватимуть неспецифіковані засоби профілактики.

Через статистично малу кількість самогубств і відсутність точного методу передбачення самогубства втручання з найкращих міркувань може бути спрямоване на тих, хто його не потребує. Можна посперечатись: оскільки негативний вплив на осіб без суїцидальних схильностей низький, втручання є м'яким, а зусилля — виправданим. Однак саме у такий спосіб робиться велика кількість хибно позитивних помилок. Багато осіб, які не мають схильностей до самогубства, можуть підпасти під оперативне медичне втручання і надалі страждати від побічних ефектів.

Це не означає, що заходи, спрямовані на профілактику, варто припинити. Скоріше, це підкреслює важливість зусиль задля підвищення можливості передбачати суїцидальні схильності. Насправді зусилля, спрямовані на прогнозування, можуть зробити істотний внесок у можливість профілактики, оскільки прогрес у прогнозуванні часто висвітлює можливості для програм. Наступний приклад — з літератури про хворобу Альцгеймера.

Генетичні дослідження показали, що мутації трьох генів можуть стати причиною раннього розвитку хвороби (до 65 років). Випадки хвороби Альцгеймера та генетичні мутації призводять до накопичення токсичного білка амілоїду, що може спричинити відмирання нервових клітин. Ця інформація була корисна не тільки для генетичного консультування та прогнозування, у кого з членів родини розвинеться хвороба, але і для визначення нових підходів до лікування.

Генетичні дані дають змогу створювати нові підходи до лікування та профілактики, що намагаються «нормалізувати» рівень бета-амілоїду. Значні відкриття в прогнозуванні суїцидів здатні надати інформацію про етіологію самогубства, яка потенційно може бути використана в програмах профілактики. Хоча шлях від прогнозу до профілактики самогубства може бути більш складним, саме прогноз спроможний вказати конкретну частину населення, на якій варто зосередити зусилля з профілактики.

СИСТЕМА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО КОНТРОЛЮ

Хоча дослідження демонструють, що зараз медики не можуть точно визначити осіб, які скоять самогубство, зниження кількості самогубств є надзвичайно важливим завданням охорони здоров'я, а їх передбачення є необхідною умовою для превентивних заходів. Цей розділ розглядає використання епідеміологічних систем контролю як важливого інструменту для покращення можливості передбачення суїцидів.

Самогубство — не єдина проблема, яку важко передбачити через низьку частоту випадків. Ключовою проблемою в багатьох галузях медичних

і психіатричних досліджень є рідкісність і актуальність захворювання. Задля поліпшення здатності медичного співтовариства прогнозувати ці рідкісні хвороби необхідні методи дослідження, ефективні для вивчення поведінки при низьких кількостях захворювань або схильностей. Системи епідеміологічного контролю пропонують саме такий метод.

Епідеміологічні методології створювались, спираючись не на одне дослідження чи статистичний аналіз. Вони, скоріше, містять комплекс методів, що вивчають виникнення умов, пов'язаних зі здоров'ям, або подій в певних групах населення [32]. Сюди входять рандомізовані клінічні випробування (RCTs — randomized controlled trials), групові дослідження та методи типу «випадок-контроль». У RCTs особи безсистемно підпадають під одне з кількох середовищ впливу, що дає змогу побачити вплив середовища та його наслідки. Групові дослідження мають більш наглядовий характер в тому сенсі, що дослідник не контролює, які особи підпадають під вплив певного середовища. Замість визначення та класифікації природного впливу змінних, які цікавлять дослідників, група учасників дослідження зазнає впливу конкретних середовищ. Цей підхід дає змогу вивчити деякі теми, які не можливо вивчити через RCTs. Проте групові дослідження неефективні для рідкісних випадків; необхідна величезна група, щоб мати можливість відсіяти хибно позитивні результати, на підставі яких можна робити висновки. На відміну від цього, дослідження «випадок-контроль» виявляє осіб, які є позитивними для конкретного результату, і порівнює їх із негативним результатом.

Методи дослідження суїциду

Розгляд цих основних методів показує, що RCTs не може чітко визначати ефект впливу численних змінних (наприклад, жорстоке поводження з дітьми, вплив бойового оточення) на самогубство. Дослідження у великих групах має очевидні переваги, але вони дуже вартісні та неефективні для рідкісних випадків із довгостроковим результатом. Модель «випадок-контроль» пропонує ефективний, етичний підхід для покращення передбачення імовірності суїциду. Система спостереження «випадок-контроль» може ефективно виявити осіб зі суїцидальними схильностями та порівняти їх із пацієнтами контрольної групи.

Система спостереження суїцидів в армії

Хоча було проведено ряд досліджень у Сполучених Штатах та Європі (Національний центр запобігання нещасним випадкам, Всесвітня організація охорони здоров'я, регіональний відділ Європи [ВООЗ-Європа], Мультицентр вивчення парасуїциду), їх результати не можна узагальнювати стосовно всіх осіб Армії США. Солдати є окремою демографічно групою населення, яка стикається з унікальним стресом через роботу. Армія — це молодша, етнічно різноманітніша і непропорційно чоловіча група порівняно з більш широкими масами населення США [33]. Багато солдатів переживають унікальний досвід і стрес; окрім того, завдання в армії змінюються час від часу, а отже, змінюються і чинники стресу. Таким чином, цивільні зусилля з нагляду самогубств можуть бути обмеженими у застосуванні.

Програма системи спостереження пропонує ряд конкретних переваг.

По-перше, ці зусилля дадуть змогу спостерігати за тенденціями під час зміни військових місій.

По-друге, унікальні чинники ризику в армії, як-от передислокації, вплив бойового оточення, тренувальні завдання, повторювальні зміни локації тощо, можна дослідити.

По-третє, це дасть змогу отримати рекомендації з доопрацювання методів профілактики самогубств в армії.

І, нарешті, програма спостереження самогубств може надати можливість для оцінки ефективності програм і напрямів в галузі попередження суїцидів.

Додаткові дослідження щодо самогубства необхідні у військових і цивільних секторах. Епідеміологічні системи спостереження — один із найбільш ефективних підходів до поліпшення прогнозування самогубств. Нещодавно в Армії була створена довгострокова програма спостереження самогубств на додачу до інших методів відстеження ризику.

СИСТЕМА ОЦІНКИ РИЗИКУ ТА ВІДДІЛ КОНТРОЛЮ СУЇЦИДІВ

Історія відділу

Щоб ефективно проводити програму спостереження суїцидів, в Армії США було створено Управління спостереження та запобігання ризику суїцидів (SRMSO — Suicide Risk Management and Surveillance Office) — команду медиків, що базується у Форт Льюїсі (Вашингтон). У 2002 і 2003 роках збір епідеміологічних даних назвали Звітом про випадки самогубств в армії (ASER — Army Suicide Event Report), ці дані уточнили, обробили і опрацювали. ASER перетворився зі сканованого, паперового методу збору та оброблення даних на електронну форму Microsoft Word та веб-форму, представлену на захищеному сайті. Четвертого лютого 2004 року Методичний посібник щодо доповіді про суїциди в армії було підписано генерал-майором Кенетом Фармером мол. (Kenneth Farmer Jr.), начальником медичної служби Армії, та заступником начальника медичної служби генерал-майором Йозефом Вебом (Joseph Webb), який заявив, що «працівники охорони психічного здоров'я у кожному медичному лікувальному закладі будуть заповнювати ASER відповідно до посібника». Вимоги ASER також вказані в Регламенті Армії США 600-63 «Заходи зміцнення здоров'я в армії» [34].

Процес збору армійських звітів про суїцидальні дії

Форма збору даних ASER створена задля стандартизації зібраної інформації про суїцидальну поведінку серед солдатів армії. Чітке слідування Звіту необхідне для будь-якої суїцидальної пове-

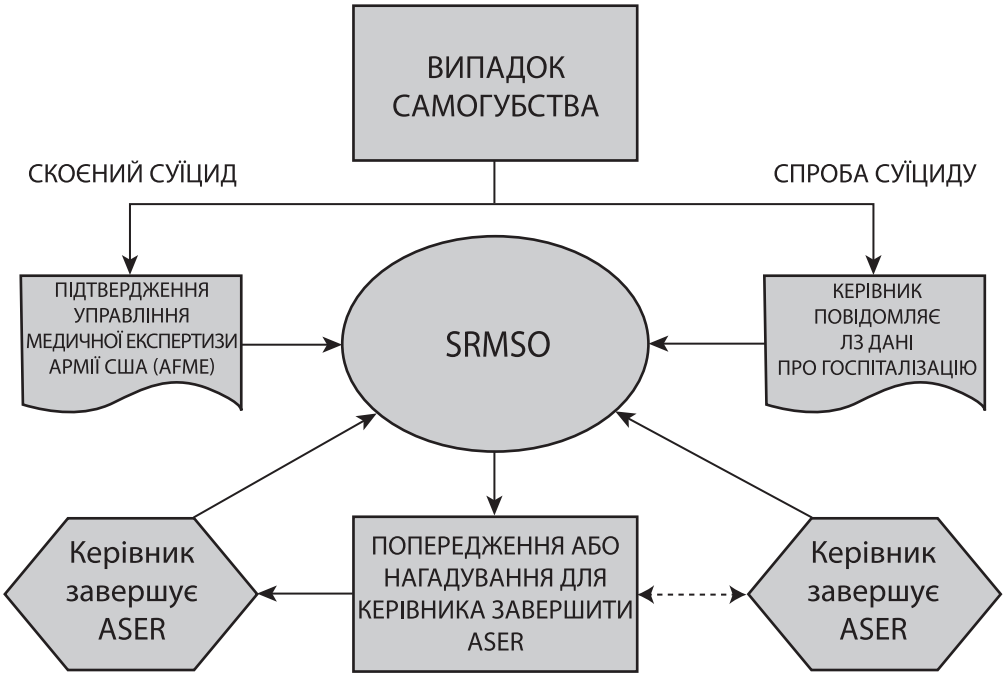


Рис. 24.1. Процес збору армійських звітів щодо суїцидальних дій.

AFME: Управління медичної експертизи Армії США
ASER: Звіт про випадки самогубств в Армії
ЛЗ: лікувальний заклад
SRMSO: Управління спостереження та попередження ризику суїцидів

дінки, яка призвела до смерті, госпіталізації чи евакуації з місця події. Для підтримки цієї вимоги SRMSO працювало з лікувальними закладами, щоб визначити керівника й координатора ASER. Керівником зазвичай є начальник лікувального закладу, він відповідає за регіональне відділення з контролю за виконанням умов Звіту. Керівник також призначає медичного працівника, який виконує обов'язки координатора ASER та є відповідальним за виконання його вимог у лікувальному закладі або призначає для цього компетентного працівника.

Процес збору даних щодо суїцидів зазвичай починається, коли SRMSO отримує повідомлення від відділу патологічної анатомії судмедекспертизи Збройних сил США, що підтверджує смерть солдата внаслідок самогубства (схема 24.1). Після цього повідомлення керівник і координатор повинні завершити складання Звіту впродовж 60 днів. Альтернативою є заповнення ASER після звершення суїциду на місці; потім SRMSO підтверджує факт самогубства разом із патологоанатомічним відділом. Для суїцидальної поведінки, яка призводить до госпіталізації чи переміщення з місця події, збір даних для ASER вимагає подавати щомісячні звіти про кожний лікувальний заклад. Цей звіт, як правило, містить роботу персоналу стаціонарного психіатричного відділу та амбулаторних клінік. Через те, що жодна із систем формально не слідкує за самогубствами без фатального результату, подібні звіти використовуються для визначення кількості ASER в кожному лікувальному закладі. Кожен координатор ASER отримує повідомлення, якщо документ подано пізніше строку (30 днів).

Інформація для Армійського звіту щодо суїциду

Із виникненням ASER наявна інформація перетворилась зі структурованих оглядів попередніх версій і даних на систематизовану літературу. Результати огляду були оцінені на підставі фактичних даних передбачення суїцидального ризику, а також були виявлені додаткові питання та об'єднані в оновлений Звіт.

До теоретично важливих чинників ризику самогубства і суїцидальної поведінки на підставі прототипу успішно реалізованої літератури з оцінки ризику насилля зарахували змінні ризику за чотирма категоріями [35]: 1) диспозиціональні, чи особисті, чинники (зокрема, персональні дані); 2) історичні, чи розвиткові, чинники (історія родини, попередні суїцидальні схильності, життєві події); 3) контекстуальні, чи ситуативні, чинники (доступ до вогнепальної зброї, місце проживання) та 4) клінічні, чи симптоматичні, чинники (посттравматичний стресовий розлад або симптоми). Це об'єднання ризиків за категоріями має допомогти визначити складні та багатогранні чинники, які можуть спричинити суїцидальну поведінку. Ці чинники було об'єднано з набором питань, що стосуються певних подій (наприклад, метод, місце, травми), задля формування сучасного ASER.

Необхідна вихідна інформація

Заповнення ASER потребує перегляду всієї важливої та наявної інформації. До того ж у деяких випадках можуть бути необхідні сеанси психоаналізу,

ТАБЛИЦЯ 24.1

НЕОБХІДНА ВИХІДНА ІНФОРМАЦІЯ І ЗАХОДИ ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ЗВІТУ ПРО ВИПАДКИ САМОГУБСТВ В АРМІЇ

Подія	Необхідні заходи та вихідна інформація
Вчинений суїцид	Записи про фізичне та психічне здоров'я Особиста справа та звіт психолога Звіт слідчого органу (наприклад, Управління з розслідування кримінальних справ) Звіт про причини та спосіб смерті (донесення про втрати в особовому складі, токсикологія, аутопсія, передсмертна записка) Провести бесіду із співробітниками й керівниками, якщо це доцільно чи необхідно Провести бесіду з офіцером слідчого органу, якщо це доцільно чи необхідно Провести бесіду з іншими задіяними працівниками та членами родини, якщо це доцільно чи необхідно
Спроба суїциду	Провести сеанс психоаналізу Записи щодо медичного та психічного здоров'я Провести бесіду із співробітниками та керівниками, якщо необхідно

особливо коли суїцидальні прояви призвели до госпіталізації чи переміщення з місця події. Ці джерела інформації описані в таблиці 24.1.

Система оцінки ризику суїциду та звіти у відділ контролю

SRMSO регулярно розробляє звіти про результати самогубств, відповідає на запити старших керівників для конкретних аналізів, створює щоквартальні та щорічні звіти, які надаються експертам у галузі психіатрії, начальнику медичної служби для Програми запобігання суїцидам в армії (G-1) та всім керівникам і координаторам ASER.

Перспективи

Сьогодні зусилля SRMSO спрямовані на поліпшення якості даних і доступності їх для вищого керівництва. По-перше, SRMSO шукає підходи для поповнення бази даних ASER і наявних баз Армії та Міністерства оборони. Як описано вище, координатори Звіту мають зібрати всі важливі документи, дані та інформацію, яка підпадає під конкретні питання ASER, і ввести відомості вручну без помилок. Наповнення бази ASER даними з уже наявних якісних баз створює імовірність появи помилок. На підставі даних ASER формулюються вагомі висновки та даються рекомендації, тому важливість цієї бази даних зростає. Наприклад, Управління начальника Військово-медичної служби фінансує новий Відділ запобігання суїцидам, який частково відповідає за нові зусилля щодо недопущення суїцидів в Армії США. Ці зусилля спираються на єдине джерело інформації більшості аспектів самогубств в Армії — ASER. З покращенням його надійності командування Армії та Відділ запобігання суїцидам мають більше можливостей для надання обґрунтованих висновків і рекомендацій.

Окрім цього, SRMSO шукає можливості задля полегшення користування даними Звіту для старшого керівництва. Зараз ASER доступні у базі даних Oracle, у Вашингтоні, Форт Льюїсі, відділі SRMSO. Ініціатор має надати запит до управління. Далі науковий співробітник SRMSO має відшукати необхідний запит у базі даних і проаналізувати результати. SRMSO зобов'язане двічі перевірити результати, щоб впевнитись у їхній точності та відповідності запиту. І нарешті команда управління має визначити найбільш точне та зрозуміле графічне пояснення: створити графіки та надати результати ініціатору. Хоча SRMSO працює чітко та своєчасно, цей процес далекий від ідеального, особливо беручи до уваги суїциди та напружене очікування, з яким Міністерство оборони часто має справу.

SRMSO шукає можливості для створення зручного інструменту представлення даних, з яким можна було б швидко знаходити необхідну інформацію серед величезного обсягу даних і надавати звіти, використовуючи статистичні аналізи й інтуїтивно зрозумілі візуальні виведення даних. Веб-інтерфейс запитів про статистику травм і система звітності Центру контролю і профілактики захворювань демонструють гарний приклад таких інструментів [6]. Користувач може обрати типи даних серед відповідних категорій груп і змінних. Графічний інтерфейс не лише інформативний, а й інтерактивний, що дає змогу користувачу докладно вивчити більш конкретну інформацію у цій сфері. Дані ASER, які надаються через вихідну генеруючу програму, будуть представлені в інтуїтивно зрозумілому, інтерактивному, графічному та швидко згенерованому виході даних, щоб підтримати місію керівництва та працівників охорони здоров'я.

Деякі додаткові майбутні напрями діяльності перебувають у стадії розроблення. Одна з цілей — надати працівникам охорони психічного здоров'я доступ до якісних місцевих ASER, щоб поліпшити лікувальну роботу та плани забезпечення безпеки. Додатково SRMSO шукає програмне забезпечення, щоб координатори ASER мали змогу ознайомитись з регіональними даними за певний час. Також зусилля спрямовуються на збільшення обсягу та поліпшення якості контрольних зразків для порівняння з даними Армії. Великий контрольний зразок, взятий з Армії, матиме суттєве значення. І, врешті-решт, SRMSO концентрує увагу на розробленні даних тривалого спостереження. Навіть за великої чисельності Армії деякі теми неможливо вивчати через малу базу скоєння суїцидів (наприклад, багато питань, пов'язаних із самогубствами в Іраку). Дані тривалого спостереження за кілька років дадуть змогу зробити глибший аналіз.

ВИСНОВКИ

У цьому розділі розглянуто проблеми й очікування, що стосуються передбачення суїцидів. Загалом, зважаючи на сьогоднішній рівень знань, був зроблений дещо песимістичний висновок щодо здатності передбачати самогубства. Після розгляду методів, які можуть поліпшити прогноз суїцидального ризику, автори рекомендували метод спостереження. Наприкінці було детально розглянуто процес спостереження в Армії, окреслено процеси, проблеми та цілі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA*. 2005;293(20):2487–2495.
2. Boudreaux ED, Cagande C, Kilgannon H, Kumar A, Camargo CA. A prospective study of depression among adult patients in an urban emergency department. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006;8(2):66–70.
3. Merriam-Webster Online. Available at: www.m-w.com. Accessed February 28, 2007.
4. Simon RI. Imminent suicide: the illusion of short-term prediction. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(3):296–301.
5. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med*. 2001;31(5):837–845.
6. National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistic Query and Reporting System (WISQARS). Available at: http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate.html. Accessed February 28, 2007.
7. National Institute of Mental Health. Suicide in the US: statistics and prevention. Available at: www.nimh.nih.gov/publicat/harmsway.cfm. Accessed February 28, 2007.
8. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186:314–318.
9. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, et al. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32(1):10–32.
10. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med*. 1997;337(13):910–915.
11. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*. 2002;136(4):302–311.
12. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(2):126–134.
13. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, et al. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *Am J Psychiatry*. 1994;151(7):1063–1068.
14. Maris RW, Lazerwitz B. *Pathways to Suicide: A Survey of Self-Destructive Behaviors*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1981.
15. Leon AC, Keller MB, Warshaw MG, et al. Prospective study of fluoxetine treatment and suicidal behavior in affectively ill subjects. *Am J Psychiatry*. 1999;156(2):195–201.
16. Schneider B, Philipp M, Muller MJ. Psychopathological predictors of suicide in patients with major depression during a 5-year follow-up. *Eur Psychiatry*. 2001;16(5):283–288.
17. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114(3):151–158.

18. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(3):249–257.

19. Pokorny AD. Suicide prediction revisited. *Suicide Life Threat Behav*. 1993;23(1):1–10.

20. Thomas CB, Greenstreet RL. Psychobiological characteristics in youth as predictors of five disease states: suicide, mental illness, hypertension, coronary heart disease and tumor. *Johns Hopkins Med J*. 1973;132(1):16–43.

21. Motto JA, Heilbron DC, Juster RP. Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *Am J Psychiatry*. 1985;142(6):680–686.

22. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140(10):822–835.

23. Paris J. Predicting and preventing suicide: do we know enough to do either? *Harv Rev Psychiatry*. 2006;14(5):233–240.

24. Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol*. 2006;62(2):185–200.

25. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders.*Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(5):418–422.

26. Sano M, Ernesto C, Thomas RG, et al. A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *N Engl J Med*. 1997;336(17):1216–1222.

27. Masaki KH, Losonczy KG, Izmirlian G, et al. Association of vitamin E and C supplement use with cognitive function and dementia in elderly men. *Neurology*. 2000;54(6):1265–1272.

28. Morris MC, Beckett LA, Scherr PA, et al. Vitamin E and vitamin C supplement use and risk of incident Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1998;12(3):121–126.

29. Engelhart MJ, Geerlings MI, Ruitenberg A, et al. Dietary intake of antioxidants and risk of Alzheimer disease. *JAMA*. 2002;287(24):3223–3229.

30. Miller ER 3rd, Pastor-Barriuso R, Dalal D, Riemersma RA, Appel LJ, Guallar E. Meta-analysis: high-dosage vitamin E supplementation may increase all-cause mortality. *Ann Intern Med*. 2005;142(1):37–46.

31. Lonn E, Bosch J, Yusuf S, et al. Effects of long-term vitamin E supplementation on cardiovascular events and cancer: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(11):1338–1347.

32. Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2001.

33. Office of Army Demographics. *Army Profile FY-05*. Washington, DC: Department of the Army; 2005.

34. US Department of the Army. *Army Health Promotion*. Washington, DC: DA; 2007. Army Regulation 600-63.

35. Steadman HJ, Silver E, Monahan J, et al. A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law Hum Behav*. 2000;24(1):83–100.

Розділ 25

ЗАПОБІГАННЯ СУЇЦИДАМ В АРМІЇ США: НАБУТИЙ ДОСВІД І НАПРЯМИ НА МАЙБУТНЄ

Елспет Кемерон Річі[I] · Вальтер Моралес[II] · Майкл Рассел[III] · Брюс Кроу[IV] · Вейн Байд[V] · Келлі Форийс[VI] · Стівен Брюйстер[VII]

ВСТУП

ІСТОРІЯ ЗАПОБІГАННЯ СУЇЦИДАМ В АРМІЇ США

ПРОГРАМА ЗАПОБІГАННЯ СУЇЦИДАМ В АРМІЇ США

Ініціативи та зусилля, спрямовані на мінімізацію суїцидальної поведінки

Нещодавні ініціативи

ОПЕРАЦІЯ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» ТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СУЇЦИДАМИ В РАЙОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

Коментар

Захисні чинники

Висновки щодо суїцидів у бойовому оточенні

ПСИХІАТРИЧНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ КОНСУЛЬТАЦІЇ В АРМІЇ США

Опис та історія

Початок епідеміологічних консультацій та оперативної підтримки

Епідеміологічні консультації на основі баз даних

Методи епідеміологічних консультацій

Результати та набутий досвід

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника військово-медичної служби армії США з психіатрії і директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

[II] Магістр соціального управління, сержант-майор у відставці, Армія США; керівник програми профілактики суїцидів в управлінні начальника штабу Армії США, Department of the Army, 300 Army Pentagon, ATTN: Army G-1 (DAPE-HR), Washington, DC 20310-0300.

[III] Доктор філософії, підполковник, Медичний корпус, Армія США; консультант відділу нейропсихології військово-медичного управління, Армія США, Програма відновлення військовослужбовців, Lincoln Center, Suite 300, 7800 Interstate 10 West, San Antonio, Texas 78230.

[IV] Доктор психології, полковник, Медичний корпус, Армія США; клінічний консультант із психології в управлінні начальника військово-медичної служби, Армія США, директор програми відновлення військовослужбовців, Південне регіональне медичне командування, Brooke Army Medical Center, San Antonio, Texas 78234.

[V] Магістр теології, полковник, Служба капеланів, Армія США; штаб-офіцер із підвищення психологічної стійкості військовослужбовців, Головне управління Армії США, штаб-квартира, Department of the Army, Zachary Taylor Building (NC3), 2530 Crystal Drive, Room 512B, Arlington, Virginia 22202; у минулому — керівник програми управління оздоровлення та зміцнення здоров'я, Центр зміцнення здоров'я та профілактичної медицини, Армія США, Aberdeen Proving Ground, Maryland.

[VI] Доктор філософії, психолог, амбулаторне відділення психічного здоров'я, Регіональний медичний центр Ландштуль, Landstuhl Regional Medical Center, CMR 402, Box 1045, APO AE 09180; CMR 402; у минулому — психолог Центру зміцнення здоров'я та профілактичної медицини Армії США, Aberdeen Proving Ground, Maryland.

[VII] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник військово-медичного управління Армії США в Баварії; Vilseck, Germany, Unit 28038, APO AE 09112; у минулому — Дирекція епідеміології й епідеміологічного нагляду, Центр зміцнення здоров'я та профілактичної медицини Армії США, Aberdeen Proving Ground, Maryland.

ВСТУП

Мета всіх послуг військового характеру — забезпечити чоловіків і жінок, які перебувають на службі, необхідною підтримкою і допомогою в подоланні стресу, спричиненого військовою справою. Подібна допомога передбачає навчання і тренування, психологічні консультації, лікувальні та подальші заходи, спрямовані на пошук альтернативних чи діючих методів боротьби зі стресом і способів мінімізації ризику суїциду.

Спектр суїцидальної поведінки (який може коливатися від натяків до серйозних спроб скоєння суїциду) і стресу від високого темпу роботи має суттєвий вплив на готовність і завершеність місії. Місією Програми запобігання суїцидам в Армії є підтримка підготовленості солдатів, їхніх сімей і цивільного персоналу Армії. Окрім того, Програма сприяє продовженню розроблення політик і процедур, які дають змогу звести до мінімуму суїцидальну поведінку. На жаль, рівень самогубств в армії зростає з кожним роком, починаючи від 2004 року. Загальний рівень самогубств у 2009 році становив 21,7 на 100 000 осіб. Ці дані свідчать про значне зростання порівняно з 2001 роком, коли рівень самогубств становив 9,8 на 100 000 осіб [1].

У цьому розділі розглянуто історію запобігання суїцидам в Армії США, окреслено сучасні ініціативи та надано деякі нещодавні результати Консультаційних епідеміологічних команд (Epidemiological Consultation Team) і нову інформацію стосовно цієї галузі. Подана інформація здебільшого концентрується на Армії, адже автори пов'язані з військовою службою. Разом із тим усі військові структури мають активні програми із запобігання суїцидам, керівники цих служб регулярно зустрічаються. Наприклад, проводяться регулярні засідання Комітетів запобігання та зниження ризику суїцидів (Suicide Prevention and Risk Reduction Committee) під керівництвом Міністерства охорони здоров'я, а знедавна — Центру передового досвіду охорони психічного здоров'я (Defense Center of Excellence). Більше того, існує щорічна Конференція запобігання суїцидам (Suicide Prevention Conference), до якої кілька років тому долучився Департамент у справах ветеранів США.

ІСТОРІЯ ЗАПОБІГАННЯ СУЇЦИДАМ В АРМІЇ США

Особистісні психологічні характеристики і власні думки можуть підштовхнути солдата до героїчного нехтування своєю безпекою на полі бою, а також до саморуйнівної поведінки у мирний час. У 1897 р. Еміль Дюркгайм розвинув перші теорії самогубств у військових. Він визначив самогубства як «смертельні випадки, які настали безпосередньо чи опосередковано від чогось, що потерпілий зробив, знаючи, що результатом цієї дії буде смерть» [2]. Слід виділити тих осіб, які були відчужені чи не були достатньо пов'язані з соціальними групами; такі люди чинили *егоїстичний суїцид*. З протилежного боку психологічного спектру Дюркгайм запропонував ідею *альтруїстичного суїциду*, що є результатом надмірного злиття із соціумом, унаслідок чого людина настільки стає частиною соціальної групи, що втрачає індивідуальність і готова принести себе в жертву інтересам групи, навіть ціною власного життя. Не дивно, що найбільша кількість альтру-

їстичних суїцидів чиниться саме серед військових [3].

У XX столітті з'явилася думка, що принаймні деяким самогубствам можна було б запобігти. У 1930-ті роки психіатр Карл Меннінгер написав авторитетну книгу «Людина проти себе» [4], яка продовжила концепцію Фрейда щодо інстинкту смерті. У 1950-х два психологи, Норман Фарбероу та Едвін Шнайдман (Norman L. Farberow and Edwin S. Schneidman), представили кілька ключових концепцій у дослідженні та недопущенні суїцидів. Ці концепції зумовили відкриття Лос-Анджелеського центру запобігання суїцидам (Los Angeles Suicide Prevention Center), який впровадив модель негайної консультації та методики допомоги людині із суїцидальними схильностями [5].

Ця подія стимулювала коронера округу Лос-Анджелес залучати професіоналів у сфері психічного здоров'я до з'ясування причини смерті за допомогою «психологічної автопсії» [6], яка стала методикою визначення не тільки того, як людина померла, а й чому. Це кропіткий процес, який вимагає збирання інформації з усіх наявних записів, а також змістовних бесід із тими, хто знав покійного [7]. Армія США покладалась на психологічні автопсії протягом 1990-х років, але зараз цей процес замінив Звіт випадків самогубства [8], який далі розглянуто докладніше. Сьогодні психологічні автопсії використовуються, головним чином щоб допомогти визначити характер смерті в неоднозначних випадках, тобто коли є сумніви, був це нещасний випадок, самогубство або вбивство.

Американська асоціація суїцидології (AAS — American Association of Suicidology), заснована 1968 року, стала першою національною організацією, що була спрямована на розуміння запобігання суїциду [9]. Одночасно із цим почали з'являтися публікації, присвячені проблемам в армії, хоча офіційних програм запобігання самогубствам ще не було впроваджено.

Психологи та психіатри-дослідники Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда (WRAIR) зацікавились випадками суїцидів серед персоналу Армії і розпочали кілька суттєвих досліджень щодо випадків самогубств [11]. У 1988 році полковник Ніколас Рок (Nicholas Rock) опублікував 10-річний аналіз про суїциди та спроби суїцидів в Армії США [12]. Після цього були видані статті доктора Йозеф Ротберґ (Joseph Rothberg) та інших дослідників [13–20].

Період 1980-х років характеризується підвищеною цікавістю до цієї проблеми і значним прогресом у запобіганні суїцидам серед військових. Першого листопада 1985 року Головне управління Сухопутних військ США (DA — Department of the Army) опублікувало «Посібник з профілактики самогубств і деструктивної поведінки» (PAM 600–70) [21], який розвінчував багато міфів про суїциди та пропонував стратегії запобігання саморуйнівній поведінці. Потім з'явився посібник DA PAM 600–24 від 30 вересня 1988 року «Запобігання суїцидам та психологічна автопсія» [22]. У ньому детально розглядаються принципи запобігання суїцидам, вперше запропоновані Farberow та Schneidman, а пізніше і AAS. Ця праця сформувала політичний курс і необхідні процедури для становлення Програми запобігання суїцидам в армії (ASPP — Army Suicide Prevention Program) та проведення психологічних автопсій. Це, у свою чергу, стало основою для створення методологічних принципів всіх заходів щодо запобігання суїцидам в Армії, а також логічним обґрунтуванням обставин використання та інструкції зі звітності психологічної автопсії.

У 1999 році Головне управління Сухопутних військ США уклало договір з AAS та розробило посібник «Профілактика самогубств: керівництво і матеріали для Армії США» [9]. На основі принципів охорони психічного здоров'я було створено програму запобігання, «направлену на рятування життів і зменшення впливу саморуйнівної поведінки із використанням триступеневого підходу для досягнення найефективніших методів запобігання суїциду» [9, с. 3]. Загалом перший рівень — первинна профілактика — складався з програми, створеної задля передбачення критичних моментів у кар'єрі особи та зменшення стресу. Наступний рівень — вторинна профілактика — містив загальні необхідні програми спеціальної підтримки та критичного консультування, якщо особа стикається з кризовим періодом життя і їй потрібна допомога професіонала. Останній рівень — третинна допомога — був розроблений, щоб забезпечити негайну допомогу у разі потенційно небезпечних для життя криз і потреби допомоги фахівця з охо-

рони психічного здоров'я. Ці стратегії запобігання суїциду використовуються в США і сьогодні.

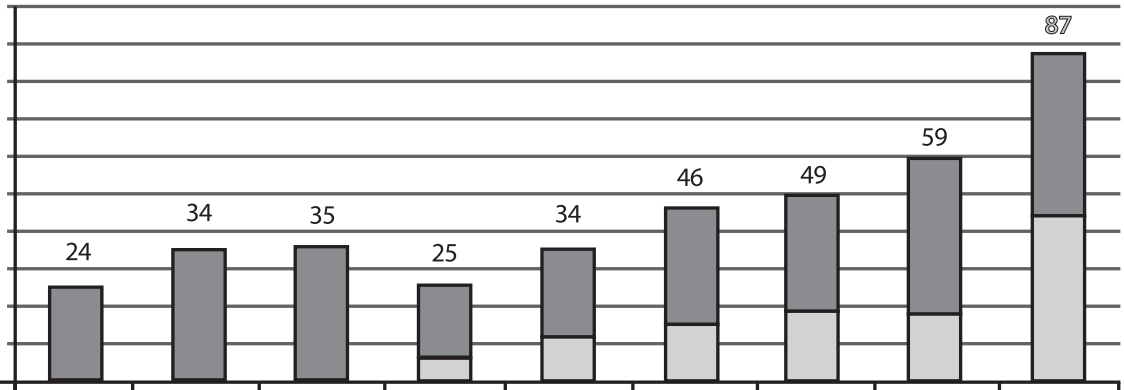
У грудні 1999 року начальник штабу Сухопутних військ США дав критичну оцінку ASPP. У 2000 році Відділ кадрів і Адміністративний відділ (the Army G-1, раніше відомий як відділ заступника начальника штабу Сухопутних військ з кадрів) у співпраці з Управлінням начальника військово-медичної служби (OTSG — Office of The Surgeon General) та Управлінням начальника служби капеланів проаналізували програму та вирішили, що загалом вона є робочою, проте потребує неопосередкованої участі керівництва і поглибленої підготовки. У 2001 році в Армії США впроваджено План запобігання самогубствам, який підкреслює превентивні заходи і методи втручання, скеровує командування взяти на себе відповідальність за проведення програми і синхронізує та поєднує ресурси на рівень впровадження. Нещодавні дії Спеціальної групи запобігання суїцидам в Армії (Army Suicide Prevention Task Force) були проведені на основі цього плану. Попри ці зусилля, рівень самогубств в Армії США продовжував зростати (рис. 25.1).

ПРОГРАМА ЗАПОБІГАННЯ СУЇЦИДАМ В АРМІЇ США

Ініціативи та зусилля, спрямовані на мінімізацію суїцидальної поведінки

Управління заступника начальника штабу Сухопутних військ США з кадрових питань

Управління заступника начальника штабу Сухопутних військ США з кадрових питань (Human Resources Policy Directorate Army G-1) є прибічником ASPP і займається збиранням демографічних даних щодо скоєних суїцидів. Ці дані допомагають штабу Армії США, керівництву, працівникам програми на рівні впровадження та «наглядачам» виявляти тенденції і розвиток нових ініціатив з урахуванням цільової підготовки та заходів для мінімізації суїцидальної поведінки в армії. Програма запобігання суїцидам в Армії США, яку детально розписано у DA PAM 600-24,22, також передбачає створення Оперативної групи запобігання суїцидам на кожному з рівнів упроваджень.



	КР01	КР01	КР01	КР01	КР01	КР01	КР01	КР01	КР01
Скоєні	24	34	35	19	22	31	30	41	44
Передбачені	0	0	0	6	12	15	19	18	43

Рис. 25.1. Суїциди під час дійсної служби в Армії США з 1 січня 2001 по 15 червня 2009 років. Дані містять дійсну службу, Резерв і Національну гвардію. «Передбачені» дані про 2001–2003 роки відсутні

КР: календарний рік
Джерело даних: Управління заступника начальника штабу Сухопутних військ США з кадрових питань

У 2006 році Army G-1 сформувало Комплексну робочу групу, що об'єднала і синхронізувала зусилля на рівні центрального апарату штабу Сухопутних військ США. Ця група регулярно збиралася для виділення поточних ініціатив, прогалин у ресурсах і тенденціях. Пріоритетним завданням стало практичне застосування конкретної підготовки для солдатів і командирів.

Програми Армії сконцентрували увагу на тренуванні «наглядачів» — командирів, священиків, сержантів охорони психічного здоров'я та інших. У виданні «Журналу Американської медичної асоціації» від 26 жовтня 2006 року Манн і його колеги зазначили:

> ...роль наглядачів чітко формалізована, а спосіб лікування визначений і доступний в умовах Армії, обізнаність наглядачів допомагає знизити рівень суїцидальної поведінки. Необхідно проводити демонстраційні заходи для інших наглядачів із проміжними переглядами результатів, якот кількість направлень на лікування і кількість психіатричних лікувальних курсів [23].

Задля навчання наглядачів Army G-1 розпочало співпрацю з такими зовнішніми організаціями, як Living Works Education та інститут QPR зі Спокану (Вашингтон), щоб забезпечити обізнаність щодо суїцидів.

Протягом кількох років основним напрямом у запобіганні суїцидам було Практичне тренування із запобігання суїцидам (ASIST — Applied Suicide Intervention Skills Training) [24]. Ця програма — комерційний продукт організації Living Works (Калгарі, Альберта, Канада). У 2002 році Армія профінансувала в межах ASIST групові заняття [25] із супутнім комп'ютерним інтерактивно-навчальним програмним забезпеченням. У 2005 році Army G-1 профінансувало тренінги QPR [26] для військовослужбовців, щоб надати додаткові ресурси та провести інформаційну профілактику самогубств: підготовку, запобігання, втручання і навички виявлення ризиків самогубств в армії. Організації мають можливість обирати навчальні ресурси, що найкращим чином відповідають їхнім потребам; багато хто продовжує використовувати як основний курс навчання Living Works Education, яка сертифікувала більше 700 «наглядачів» із профілактики та запобігання самогубствам [25]. Окрім цього, інститут QPR має сотні сертифікованих фахівців із профілактики самогубств [26].

Army G-1 також проводить багато інших тренувальних заходів, а саме:

- забезпечення проведення тренінгів із профілактики самогубств для всіх солдатів у межах процесу підтримки циклу розгортання;
- активізацію і становлення Оперативної групи запобігання суїцидам і прийняття ключової стратегії із запобігання самогубствам, а також активне координування зусиль основних підпорядкованих підрозділів;
- розроблення і розповсюдження інформаційних карт, спрямованих на піклування про товаришів, попереджувальні знаки/чинники ризику і ресурси (карта — графічний допоміжний навчальний посібник [GTA #12-001-01], який можна замовити через комітет і Національний навчальний центр аудіовізуальної інформаційної підтримки (Training Audiovisual Support Center)).

Медичне командування і начальник Медичної служби Армії США

Управління начальника медичної служби Армії США (OTSG) і Медичне командування Армії США (MEDCOM — U.S. Army Medical Command) підтримують ASPP, надаючи медичну допомогу, проводячи дослідження й аналіз даних і оцінюючи системи медичної підтримки. У 2007 році OTSG створило Управління з попередження самогубств як частину MEDCOM для забезпечення більшої наочності програм, отримання даних, виявлення тенденцій і забезпечення керівників своєчасною інформацією. Це управління створене, щоб стандартизувати методи і процедури для майбутніх команд епідеміологічних консультацій (EPICON — Epidemiological Consultation DoD), поліпшити поведінкові методи спостереження за станом здоров'я для посмертного огляду; складати Звіти про суїцидальні випадки для Міністерства оборони (DoDSER — Department of Defense Suicide Event Reports) щодо спроб/скоєння самогубств, які надаються керівнику програми ASPP на рівні установи. Однак наразі його функції адаптовані під новий підрозділ

спостереження за самогубствами, керований колишнім Центром поліпшення здоров'я і профілактичного лікування Армії США (CHPPM — US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine), нещодавно перейменованим у Тимчасове управління суспільної охорони здоров'я (PHC(P) — Public Health Command (Provisional)). Надалі досвід CHPPM буде використаний для аналізу і застосування PHC(P).

CHPPM також підтримував ASPP, зосередившись на безперервному дослідженні і розвитку обізнаності та навчальних ресурсів. Наприклад, протягом 2006 календарного року зусиллями Центру було надано 2000 навчальних і тренувальних посібників для капеланів. Теми цієї навчальної програми передбачають ознайомлення з тривожними ознаками суїцидальних думок і поведінки й розвиток навичок втручання.

Ці заходи профілактики самогубств є частиною поточних зусиль, які містять брифінги, спеціально розроблені для певних груп населення, картки з підказками, попереджувальні знаки і картки зі вказаними чинниками ризику для розповсюдження під час навчання. CHPPM розробив акронім «ТУЗ»: «Турбуйся», «Укрий від небезпеки» і «Запитай» — задля полегшення сприйняття основної ідеї допомоги товаришам, які можуть мати суїцидальні схильності (рис. 25.2). «Турбуйся» фокусується на використанні вміння слухати і розумінні ситуації, щоб забезпечити правильне поєднання ресурсів або допомоги. «Укрий від небезпеки» означає, що солдата не можна лишати на самоті, а також необхідно супроводжувати його або знайти особу, яка надасть солдату професійну допомогу. «Запитай» базується на тому, що необхідно запитати товариша про його стан думок (наприклад, «Ти думаєш про самогубство?»).

Обізнаність — ключовий інструмент ASPP. CHPPM взяв на себе ініціативу поширити за допомогою плакатів обізнаність щодо цього питання в Регулярній армії, Національній гвардії Армії (ARNG) та Резерві Армії (USAR). У 2007 році Центр завершив підготовку й інструктаж і приступив до поширення інформації про самогубства за допомогою військових священиків, щоби поліпшити навички солдатів у виявленні осіб, які опинилися в зоні ризику. У такий спосіб відбувається процес наставництва керівництва або супроводження солдатів до професійної допомоги. Священики та інші посередники можуть отримати всі допоміжні матеріали (наприклад, картки з підказками, брошури, плакати, інструкції) через веб-сторінку програми профілактики суїциду CHPPM Army Knowledge Online (AKO) (https://www.us.army.mil/suite/page/334798) та веб-сторінку Медико-санітарної інформації та допомоги (http://chppmwww.apgea.army.mil/hio_public/orders.aspx).

Рис. 25.2. Карта «ТУЗ» розроблена Центром поліпшення здоров'я і профілактичного лікування армії США

MEDCOM і SRMSO розробили основний метод спостереження за самогубствами в армії — DoDSER про спостереження та скоєні самогубства і несмертельні випадки, які призвели до транспортування та/або госпіталізації. Розроблена та схвалена форма Звіту про випадки самогубств (ASER) використовується Відділом медичних досліджень Армії США у Європі як засіб відстеження

на місці, в режимі реального часу, самогубств і суїцидальної поведінки серед персоналу Армії США на території Європи [27].

Відповідно до рекомендацій Консультаційної команди з питань психічного здоров'я (MHAT — Mental Health Advisory Team) I [28], MEDCOM дало розпорядження проводити Звіти у районі бойових дій в Іраку. SRMSO, розташоване у Форт Льюїсі (штат Вашингтон), здійснювало оперативний нагляд за ASER і проводило регулярний аналіз даних, на підставі яких опубліковувало доповіді щодо цих досліджень. У 2008 році всі служби почали використовувати форму, якою став DoDSER. SRMSO також несе відповідальність за внесення змін до DoDSER. Управління наказує проводити DoDSER у всіх смертельних випадках, госпіталізації і евакуації; коли травмування, каліцтва або шкоди особа завдала собі самостійно. Це не означає заміну психологічної автопсії, яка обмежена фактом смерті і сумнівним випадком (наприклад, незрозуміло, є це нещасним випадком, самогубством або вбивством). DoDSER доступний за адресою: https://dodser.t2.health.mil/dodser/. (У Розділі 24 цього видання розглянуто програми спостереження.) CHPPM (зараз PHC[P]) передбачає оперативний контроль програми спостереження за самогубствами в Армії США з 2009 року.

Головний капелан

Священики (капелани) Армії США продовжують програму «Міцні зв'язки»: збагачують і розвивають довгострокові стосунки для одруженого і неодруженого персоналу, використовуючи семінари з побудови довіри та практикуми. У теперішній час в Армії США над програмою працюють 1500 священиків на строковій військовій службі та 1200 — у резервних військах. Тренінг з усвідомлення і профілактики самогубств є основним інструментом на підтримку ASPP. Капелани надають глибоку психологічну консультацію солдатам і членам їхніх сімей, яким, можливо, буде необхідна допомога працівника охорони психічного здоров'я. Служба управління військових священиків тісно співпрацювала з CHPPM, щоб розробити стандартизовані інструкції для всіх священиків і командирів щодо обізнаності й запобігання самогубствам. Ця програма підтримки навчання була завершена в 2007 році і сьогодні доступна для всіх капеланів армії. Більше того, корекційна програма з профілактики суїцидів ACE для молодших командирів зараз викладається на щорічному підготовчому курсі для військових священиків. Приблизно 200 військових капеланів пройшли цей курс у 2008 році.

Командування з управління військовими об'єктами

Командування гарнізону надає підтримку підпорядкованим підрозділам на рівні управління військовими об'єктами. Так вони мають координувати діяльність щодо запобігання самогубствам на рівні встановлення програми. Заступник начальника гарнізону з кадрових питань призначає Командування з управління військовими об'єктами (IMCOM — Installation management command) виконавцем ASPP з метою усунення плутанини ролей та обов'язків на користь підтримки Програми. Вище командування IMCOM підтримує програму, залучаючи командування в регіонах і командирів військових об'єктів. Додатковою підтримкою є створення Рад співтовариств зі зміцнення та охорони здоров'я (CHPCs) через Регламент Армії США 600-63 «Заходи зміцнення здоров'я в армії» [29], який скеровує створення CHPC на кожному військовому об'єкті армії. Подібна Рада забезпечує активну, скоординовану і синхронізовану місцеву програму, є відповідальною за втілення плану діяльності з попередження самогубств відповідно до ASPP.

Національна гвардія Армії США

Національна гвардія координує широку програму для особового складу, що перебуває на дійсній військовій службі, щодо політики розвитку, навчання, тренування, семінарів, конференцій і маркетингу. Програма запобігання суїцидам у Національній гвардії відображає програму Регулярної армії з невеликою різницею через особливості Національної гвардії. Основні відмінності і проблеми пов'язані зі збиранням даних і їх доступністю. Як і в Регулярній армії, програма Націо-

нальної гвардії використовує цілісний підхід, що враховує запобігання самогубствам, втручання і нагляд. Командування і керівники програм впроваджують заходи щодо попередження самогубств у межах своїх структур шляхом удосконалення життєвих навичок у таких напрямах, як профілактика зловживання алкоголем і наркотиками, уникнення стресу й управління гнівом, навчання спілкуванню та вирішенню конфліктів. Окрім того, особовий склад пройшов підготовку з антикризових заходів проти самогубств, вивчив напрями процедури кризового втручання. І, нарешті, враховуючи руйнівний вплив самогубства на тих, хто знав покійного, програма Національної гвардії з попередження самогубств передбачає нагляд, який також відомий як «профілактика для наступного покоління».

У квітні 2007 року командування Нацгвардії вирішило, що всі штати мають передбачати посаду керівника Програми запобігання самогубствам (SPPM — Suicide prevention program manager) у кожному головному штабі об'єднаних сил. Наявність керівника програми на державному рівні дозволить більшою мірою моніторити випадки самогубств у кожному зі штатів, що посилить ефективність національного контролю. SPPM керує по всій країні Програмою запобігання самогубствам у Національній гвардії як для військових, так і для цивільних громадян, командирів, керівників, наглядачів, солдатів і членів їхніх родин. Адміністрування програми такого масштабу вимагає співпраці з командирами, працівниками медичної служби, священиками, кадровими офіцерами, працівниками служб психічного здоров'я, співробітниками зміцнення здоров'я і персоналом зі зв'язків із громадськістю по всій території держави, а також місцевими органами управління, які допомагають службам, місцевим правоохоронним органам, цивільним слідчим та лікарням. SPPM навчаються та проходять тренування з профілактики самогубства, втручання і нагляду; отримують загальні знання під час навчання у своєму штаті.

Мета Національної гвардії — провести тренування та навчити хоча б одного солдата з роти навичок втручання. Усі солдати проходитимуть щорічні тренування щодо загальної обізнаності в питаннях суїцидів. Щоб максимізувати цінні ресурси, SPPM Національної гвардії створив Каталог національних гвардійців, які пройшли підготовку за програмою ASIST, «Практичне тренування з запобігання суїцидам» для всього персоналу Регулярної армії та Резерву армії. Вони часто співпрацюють, щоб забезпечити підготовку різних підрозділів. SPPM у кожному штаті відслідковує та повідомляє про всі спроби та скоєні суїциди до Головного штабу об'єднаних сил та до SPPM Бюро Національної гвардії США. SPPM спостерігає за тенденціями і забезпечує підтримку в прийнятті рішень, коли певні чинники призводять до збільшення самогубств.

Труднощі виникають у зборі точних даних щодо підозр про спроби суїцидів у солдатів, які перебувають на строковій службі («День М» — день початку мобілізації або вихідні раз на місяць), і полягають у тому, що деталі самогубства залежать від доповідей членів родини, місцевих медичних закладів і розслідувань місцевих правоохоронних органів. Більшість солдатів Національної гвардії, що померли від суїциду, не проходили службу в спеціальних підрозділах за статтею 10.

Хоча Регламент Армії США 600-63 «Заходи зі зміцнення здоров'я в армії» у випадках смерті солдатів Резерву чи Регулярної армії, чия смерть підпадає під конкретні критерії суїциду або підозри щодо суїциду [29, розділ 25, параграф 5–8], вимагає перегляду співробітником психічного здоров'я, проте конкретні критерії для солдатів Національної гвардії відсутні.

Окрім спостереження та звітування, Національна гвардія відрізняється від дійсної військової служби доступністю ресурсів. Тоді як солдати регулярних військ повертаються на основне місце дислокації, де всі ресурси для підтримки зазвичай легко та безкоштовно доступні в конкретній географічній області, солдати Нацгвардії дислокуються та відряджаються по всій країні. Доступність ресурсів для кожного солдата Національної гвардії залежить від місцевості та може відрізнятися для різних членів команди. Враховуючи, що посада ARNG прив'язана до певної місцевості, вони обізнані щодо ресурсів свого регіону. ARNG має впевнитись, що солдати та члени їхніх сімей ознайомлені із цими ресурсами. У разі кризи вони мають бути здатними виявити проблеми і направити особу до необхідного пункту допомо-

ги. Ця інформація входить у щорічні брифінги з профілактики самогубств і опублікована в Програмі запобігання самогубствам в Армії, керівних довідниках із профілактики самогубств.

Солдатам Національної гвардії стають доступними все більше варіантів допомоги. Програма тимчасової підтримки TRICARE TAMP (Transitional Assistance Management Program) доступна упродовж 6 місяців для солдатів Нацгвардії, що повернулися з місця базування. Вони мають змогу пройти TAMP протягом того часу, що визначається тривалістю їхнього перебування в постійному місці дислокації. Окрім цього, всі солдати, незалежно від того, брали вони участь у бойових діях чи ні, мають право скористатися військовим онлайн-ресурсом OneSourse (доступний за адресою: www.MilitaryOneSource.com), що направить їх до місцевого працівника охорони психічного здоров'я, який безкоштовно проведе шість індивідуальних бесід.

SPPM Національної гвардії для солдатів та їхніх родин створили веб-сторінки із запобігання суїциду. Одна з них — загального користування, її можна переглянути за адресою: http://www.virtualarmory.com/WellBeing/suicide. Інша веб-сторінка, Знання безпеки онлайн (GKO), має обмежений доступ для членів Національної гвардії, у яких є власна сторінка і пароль, за адресою: https://gkoportal.ngb.army.mil/C15/C5/SuicidePreventionProgram.

Резерв армії США

Резерв армії США зіштовхується з усіма тими складностями, що й Національна гвардія армії. Більше того, їхня територія величезна, і солдатів часто переміщують з однієї частини країни в іншу. Таким чином, збір точних даних стає важким завданням. Нещодавні ініціативи Резерву армії США містили: 1) проведення сімейних програм профілактики суїцидів; 2) призначення менеджерів ASPP в основних підпорядкованих частинах; 3) формування громадських рад зі зміцнення здоров'я; 4) створення керівних принципів для направлення солдатів до працівників охорони психічного здоров'я; 5) скерування військових священиків і введення форми звітів для попередження випадків суїцидів.

Нещодавні ініціативи

План кампанії Армії США, спрямованої на зміцнення здоров'я, зниження ризику і профілактику самогубств

Заступник начальника штабу Армії США у березні 2009 року у відповідь на збільшення кількості випадків суїциду створив Спеціальну групу запобігання суїцидам (ASPTF — Army Suicide Prevention Task Force). ASPTF Армії США виконує на поточний момент приблизно 250 завдань.

Результати роботи ASPTF, яку безпосередньо контролює заступник начальника штабу Армії США, були опубліковані під назвою «Кампанія Армії США зі зміцнення здоров'я, зниження ризиків і профілактики суїцидів». Визначені групі завдання суттєво змінять методи допомоги Армії США родинам солдатів. Ця кампанія підтверджує турботу Армії США про найважливіші стратегічні активи — солдатів, їхні родини і цивільних осіб.

Програма психічного і соціального здоров'я

В Армії США створена Програма епідеміологічного спостереження, що застосовує системний підхід до розроблення методів охорони психічного здоров'я та можливих соціальних наслідків. Місія Програми психічного і соціального здоров'я PHC(P) полягає в підтримці здоров'я і бойової готовності солдатів шляхом усунення психологічних і соціальних загроз за допомогою нагляду та поглибленого аналізу психічного й фізичного здоров'я; спостереження за змінами в розгорнутих і нерозгорнутих військах; планування епідеміологічних досліджень. Окрім того, завдяки співпраці з Army G-1 було профінансовано проведення аналізу специфіки самогубств і спостереження для підтримки ASPP.

У 2008 році Армія США почала співпрацю з Національним інститутом психічного здоров'я з метою допомогти СВ із детальною науково-дослідницькою роботою, щоби поліпшити стратегію профілактики і зменшити кількість самогубств. Цей меморандум про згоду охоплює понад 5 років роботи і є інвестиціями Армії США у розмірі 50 млн доларів. Програма психічного і соціального здоров'я та Національний інститут психічного здоров'я співпрацюють, щоб зібрати та проаналізувати ці дані.

ОПЕРАЦІЯ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» ТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СУЇЦИДАМИ В РАЙОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

Попередні Консультаційні команди з питань психічного здоров'я розглядали статус операції «Іракська свобода» та програми спостереження і профілактики суїцидів, включаючи аналіз скоєних самогубств (див. додаток 25.1 щодо пояснень про MHAT-I). MHAT-V проводила подібну програму з передбачення та профілактики самогубств для Міжнародних коаліційних сил в Іраку, а також детальний аналіз вчинених суїцидів.

Ця команда була створена на запит Багатонаціонального корпусу в Іраку (MNC-I — Multi-National Corps-Iraq) задля оцінювання театру бойових дій восени 2007 року. Команда працювала разом із MHAT-V і з інформацією, що надавало Управління з розслідування кримінальних справ (CID — Criminal Investigations Division) та Управління спостереження ризиків самогубств (SRMSO — Suicide Risk Management & Surveillance Office). Детальний звіт за 2007 рік «Висновки щодо суїцидів у бойовому оточенні» був представлений судово-медичним слідчим CID командувачу 2 жовтня 2007 року [30]. Аналогічний звіт про персонал Армії США був представлений SRMSO у Форт Льюїсі (Вашингтон) два тижні потому. У звітах увага акцентувалася на солдатах, що скоїли суїцид в Ірані й Іраку. Результати всіх спостережень схожі й будуть вивчені докладніше.

Уже упродовж 20 років [12] стало видно, що військові суїциди найчастіше скоюються при втраті близьких — подружжя або іншого близького партнера. Дослідження SRMSO показує, що у 68 % випадків суїциду в Іраку жертви зазнали втрат в особистих стосунках, порівняно з 56 % випадків суїцидів у військових, що не перебували на завданні в Іраку. Це підтвердило важливість листів або імейлів зразка «дорогий Джоне» як чинника, який підштовхує військовослужбовця до скоєння самогубства.

Друга основна причина скоєння самогубств — це втрата кар'єри, зазвичай через Єдиний кодекс військової юстиції (UCMJ — Uniform Code of Military Justice) чи інші кримінальні порушення. Приблизно в 35 % випадків самогубств в Армії США у районі бойових операцій в Іраку мали місце порушення UCMJ — цей показник вищий, ніж рівень суїцидів у континентальній частині США. Розглянувши всі звіти військових служб, CID вказали, що 24 % з них мали звинувачення у порушенні Єдиного кодексу. Лише ці два чинники — втрата близьких стосунків та втрата кар'єри — з найбільшою часткою вірогідності становлять причину більшості самогубств в зоні бойових дій.

ДОДАТОК 25.1

ОПЕРАЦІЯ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» ТА ПРОФІЛАКТИКА САМОГУБСТВ

У 2003 році Управління начальника військово-медичної служби надіслало Консультаційну команду з питань психічного здоров'я (MHAT) до Кувейту й Іраку, щоб оцінити проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям військовослужбовців. Відтоді щороку команда MHAT відвідує театр бойових дій і надає вичерпний звіт. MHAT II і V додали Афганістан. Повні звіти доступні на веб-сторінці www.armymedicine.mil. Рекомендації, які найбільш важливі при запобіганні суїцидам, містять:

1. Встановлення пункту психологічної консультації в театрі бойових дій, який синхронізуватиме та керуватиме необхідними ресурсами на території проведення операцій.
2. Встановлення помірної профілактичної програми, що базуватиметься на рівнях військових об'єктів і набутому досвіді епідеміологічних консультацій, і візити на місце подій. Ці стратегії передбачають:
   а) призначення ініціаторів на керівні позиції програми профілактики суїцидів (ініціаторів програми було призначено у район бойових дій операції «Іракська свобода» у червні 2006 року);
   б) встановлення атмосфери у команді, яка заохочує звернення за допомогою;
   в) підтримання пильності керівників і солдат-товаришів (догляд за товаришем);
   г) проведення безперервного навчання протягом циклу розгортання;
   д) проведення аналізу скоєних суїцидів/спроб самогубства з використанням Армійського звіту про випадки самогубства.

Однак суїциди серед військових все ще становлять значну проблему в Іраку. Рівень суїцидів у районі бойових дій зростає з 2004 року і залишається високим порівняно як із загальним рівнем в Армії, так і серед цивільного населення.

Розгляд звітів CID Іраку вказує, що 60 % скоєних суїцидів 2007 року мали попередні ознаки депресії та поведінкові зміни. SRSMO, розглянувши дані DoDSER, зазначає, що значний відсоток військовослужбовців шукали допомоги: 50 % всіх самогубців проходили лікування у стаціонарних закладах в період 30 днів до скоєння суїциду.

Ці дані підтверджує дослідницька література, яка звертає увагу на те, що особи, які замислювались над скоєнням самогубства, вагалися або не могли знайти допомогу; вони розуміли, що щось не так і, можливо, шукали помочі [31–35]. Це підкреслює важливість профілактики самогубств та обізнаності щодо первинної медичної допомоги і пастирських настанов.

Коментар

Служба громадської охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я США оцінює ризик суїциду та заходи із запобігання в умовах відносних *чинників ризику* та *захисних чинників* [36, 37]. Ці чинники були прийняті Центром із профілактики і контролю захворюваності (CDC — Center for Disease Control and Prevention) й використовуються як основа для обговорення суїцидів в Іраку.

Чинники ризику

Чинники ризику, що найбільш характеризують суїциди в Армії в Іраку:

1. *Втрата (родинна, соціальна, робоча чи фінансова).* Це незмінний ключовий чинник, що пов'язаний із самогубством. Вважається, що постійні втрати як такі не підвищують рівень самогубств, а служать вторинним чинником у розпаді родин і втраті стосунків.
2. *Ізоляція, почуття відчуженості від інших людей.* Пряме опитування військовослужбовців про «почуття відчуженості від людей» засвідчило, що 51,8 % опитаних солдатів почувалися ізольованими. Зусилля з підйому бойового духу, облаштування побуту і відпочинку, як-от доставка пошти, поліпшення інтернет-зв'язку і широке використання мобільного зв'язку, імовірно, допомогли, проте цю змінну варто моніторити довгий час і заохочувати бажання солдатів дізнатися, що відбувається «вдома».
3. *Перешкоди на шляху лікування психічного здоров'я.* Попри збільшення кількості військ в Іраку, кількість працівників охорони психічного здоров'я в 2006 і 2007 роках збільшувалася незначно.
4. *Вільний доступ до летальних методів.* Вважається, що вільний доступ до зброї — це чинник підвищення ризику суїциду у районі бойових дій. Хоча вогнепальна зброя дійсно збільшує імовірність летальності суїцидальних спроб, епідеміологічні дослідження вказують, що володіння зброєю (взагалі) або ж проживання у районі, що забороняє володіння зброєю, не впливає на рівень самогубств. Окрім того, війська, які були дислоковані в Іраку з 2003 року, мали легкий доступ до зброї. Будь-яке збільшення кількості суїцидів в цьому разі не може бути віднесено лише до доступності зброї.
5. *Небажання звертатись по допомогу через упередженість щодо психічного лікування.* Упередження є серйозною проблемою на шляху військовослужбовців у пошуку допомоги. Опитування солдатів і командування показують, що безпосередні начальники є головними перепонами на шляху отримання допомоги. Це підкріплюється упередженням, що звернення до працівника психічної охорони здоров'я сприймається як «симуляція» або спроба уникнення виконання своїх обов'язків. Необхідність подальших зусиль з інформування цих керівників першої лінії вказується у додатку 25.2.

Захисні чинники

Захисні чинники утримують осіб від суїцидальних думок і поведінки. Станом на сьогодні захисні чинники не вивчені так глибоко та точно, як чинники ризику. Однак виявлення і розуміння захисних чинників не менш важливі, ніж розуміння чинників ризику.

ДОДАТОК 25.2

УПЕРЕДЖЕННЯ ЩОДО ЗВЕРНЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ДО ПРАЦІВНИКА ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Загалом розрізняють чотири типи відторгнень через упередження: а) кар'єрний, б) командний, в) однoранговий, г) особистий. Звіти про упередження різняться залежно від рівня рангу: нижчі були більш занепокоєні відторгненням рівними їм за званням та самосприйняттям; старші за рангом вказали власні переживання щодо кар'єри та своїх лідерських можливостей.

Кар'єрний:
- постійний нагляд у лікаря впливає на майбутнє підвищення і кар'єру загалом
- закінчення кар'єри, втрата пенсії
- втрата благонадійності
- більше шансів опинитись на мілині, ніж реабілітуватись

Командний:
- деякі старші уорент-офіцери «старої школи» на початку просування по службі створюють і підтримують упередження
- більше упереджень серед старших за віком військовослужбовців, оскільки інші вважають, що вони не здатні керувати; страх відправлення у відставку
- багато підрозділів/взводів не підтримують командира
- інше ставлення; сумніви щодо «бійцівських» здібностей; насміхання над військовими, що отримують психологічну допомогу

Однoранговий:
- колегіальне клеймо вважається найгіршим
- ще більше клеймо, якщо не брав участі у бойових діях
- інше ставлення, насмішки
- розповсюдження чуток/сприйняття як симулювання

Особистий:
- слабкий, ізольований, збентежений
- виникнення відчуття, що ти нічого не вартий
- гордість/зречення
- острах сприйматись як «поганий солдат»

Захисні чинники, що знижують імовірність суїциду в Іраку:

1. *Відсутність алкогольних і наркотичних речовин.* Алкоголь — відомий чинник ризику як цивільних, так і військових суїцидів. Відносна відсутність алкоголю та наркотиків у районі бойових дій має серед іншого знизити рівень самогубств. Давно відомо, що токсичні речовини збільшують можливість скоєння самогубства через ефект розгальмовування. (Національна система звіту про насильницьку смерть дослідила токсикологію самогубців у 13 штатах: 33,3 % дали позитивний результат на алкоголь, 16,4 % — на опіати, 9,4 % — на кокаїн, 7,7 % — на марихуану і 3,9 % — на амфетаміни [38].)
2. *Ефективне клінічне лікування психічного і фізичного розладу здоров'я та профілактика вживання психоактивних речовин.* Бойові підрозділи, які були розгорнуті з повним планом підтримки та найкращими методиками підтримки солдатів, показали значне зниження кількості відхилень поведінки, включаючи самогубства, після реалізації програми [39]. Ці результати підтверджують доцільність більш широкого впровадження моделі підтримки солдатів для бойових підрозділів.
3. *Легкий доступ до різноманітних клінічних втручань; підтримка тих, хто її шукає.* Останній перерозподіл військ у бойовому просторі вимагає такого самого гнучкого зрушення у сфері охорони психічного здоров'я, що є сильним аргументом на користь запровадження консультанта з психічного здоров'я на рівні Багатонаціонального корпусу в Іраку. Це також поліпшить зусилля щодо упереджень проти служб психічної охорони здоров'я.
4. *Сімейна і суспільна підтримка.* Необхідно заохочувати зусилля щодо зміцнення родин і соціальних зв'язків, а також потребує

залучати інших значущих осіб, незалежно від сімейного стану.

5. *Уміння вирішувати проблеми й конфлікти.* Навчання солдатів будувати та збагачувати взаємини на рівні родини або групи, спрямовані на поліпшення спілкування, допомагатимуть зміцнювати родинні та товариські стосунки. Усі наявні дані підтверджують стабілізацію стосунків як одну з найбільш ефективних профілактик самогубств.
6. *Культурні та релігійні вірування, що протидіють думкам про суїцид і підтримують інстинкти самозбереження.* Уже давно спостерігаються відмінності самогубств залежно від статі, раси і культури [40]. Це ілюструє потужну основу культурних вірувань, прийнятної та соціально належної поведінки. Наприклад, певні культурні вірування підтримують ідею самогубства у відповідь на приниження. Подібні ідеї проникають і у військову культуру (наприклад, смерть задля уникнення ганьби; повага перед самураями, зображеними у популярних кінострічках, де смерть розглядається як логічна реакція на невдачу). Це відкриває можливість «коригувати ідею самогубства» за допомогою спеціально розроблених повідомлень («Не дай ворогу перемогти», «Не підведи своїх товаришів», «Повертайся живим»).

Висновки щодо суїцидів у бойовому оточенні

Міжнародні коаліційні сили в Іраку мають активний комітет із профілактики самогубств, яким керує начальник відділу клінічних операцій Управління начальника військово-медичної служби. Нещодавно була створена Рада із запобігання самогубствам, головою якої є начальник штабу корпусу Міжнародних коаліційних сил в Іраку.

Нинішня програма профілактики самогубств повністю перетворюється на більш надійну програму, яка з моменту запровадження вимагає подальшого розгляду для оцінки її ефективності.

DoDSER широко використовуються працівниками охорони психічного здоров'я в районі бойових операцій, але лише за умови спроб чи скоєння самогубства військовослужбовцями Армії США. Хоча існують численні системи нагляду за психічним здоров'ям, не існує жодної спільної системи, здатної відстежити самогубства та психічні розлади; а також нема систем контролю психічного стресу або стресу від напруженості бою в умовах бойового оточення.

ПСИХІАТРИЧНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ КОНСУЛЬТАЦІЇ В АРМІЇ США

Опис та історія

В Армії США було впроваджено нову стратегію: при очевидному самогубстві на місце події відправляється Команда епідеміологічних консультацій (Epidemiological Consultation DoD — EPICON) (таблиця 25.1). Епідеміологічна консультація аналогічна будь-якій іншій медичній консультації в тому, що наявність проблеми перевіряється в історії та експертизах/дослідженнях; може бути встановлено диференційний список потенційних причин, аналіз даних використано для створення рекомендацій щодо засобів лікування та запобігання. EPICON досліджують кластери, спалахи або симптоми епідемій чи хвороб. Вони створені подібно до «Епідемдопомоги» (EPIAID) Центру з профілактики та контролю захворюваності (CDC), сервісу, який CDC надає штату та місцевим управлінням з охорони здоров'я. Методологію EPICON взято з літератури про охорону здоров'я та адаптовано до психічного здоров'я. Завдання EPICON були визначені в 1969 році Інститутом військово-медичних досліджень Волтера Ріда та передані в 1994 році до CHPPM. В Армії США завдання психологічних консультаційних команд спочатку обмежувались лише інфекційними захворюваннями та впливом навколишнього середовища. Однак сферу її впливу було розширено за рахунок груп психічних проблем зі здоров'ям після спалаху суїци-

дальної поведінки у 2000 році у Форт Леонард Вуді (штат Міссурі).

Кожен випадок самогубства в Армії США детально розслідується одразу кількома організаційними структурами. Така процедура допомагає зібрати дані та визначити, чи існують чинники або умови, які можуть бути пом'якшені, для запобігання майбутнім самогубствам (рис. 25.3 і рис. 25.4). Іноді необхідно повторити цей процес із використанням загальних підходів EPICON, щоб подивитися на громади і організації в подібних умовах. Ініціатори та інші учасники п'яти EPICONs, що проводились з 2000 року: 1) Форт Леонард Вуд (Міссурі), 2000 рік — два випадки смерті призовників від самогубства; 2) Форт Брегг (Північна Кароліна), 2003 рік — два випадки вбивства

ТАБЛИЦЯ 25.1

ЗАГАЛЬНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ КОНСУЛЬТАЦІЙНІ ТЕМИ ЩОДО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Теми	Форт Леонард Вуд, 2001 рік (суїцид)	Форт Брегг, 2002 рік (гоміцид)	Форт Райлі, 2005 рік (суїцид)	Форт Худ, 2006 рік (суїцид)	Форт Кемпбелл, 2008 рік (суїцид)	Форт Карсон, 2009 рік, (гоміцид)
Індивідуальні чинники ризику						
Розгортання: тривалість, кількість разів Непередбаченість		✓	✓	✓	✓	
Напруженість бойового оточення						✓
Розлука з родиною, стрес через стосунки, нестача підтримки		✓	✓	✓	✓	✓
Підвищена жорстокість до осіб, включаючи подружжя/родини		✓	✓	✓	✓	✓
Підвищене вживання алкоголю та наркотиків, пов'язані із цим правопорушення			✓	✓	✓	✓
Попередні ознаки, спроби, стан психічного здоров'я	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Маніпулювання, симуляція	✓		✓		✓	✓
Проблеми із законом чи фінансами		✓	✓	✓	✓	✓
Історія неналежного виконання обов'язків						✓
Проблеми в межах системи						
Упередження: особисті, керівні, кар'єрні		✓	✓	✓	✓	✓
Слабка програма постачань для залежних		✓	✓	✓		
Перехід і реінтеграція (одна схема для всіх)		✓	✓	✓	✓	✓
Проблеми зі службами ВН, FAP, ASAP	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Нестача стандартизованого нагляду, стеження, втручання і збору даних	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Клімат серед командування/керівництва	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ASAP: Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії
ВН: психічне здоров'я
FAP: програма захисту родини
Джерело даних: Центр поліпшення здоров'я і профілактичного лікування Армії США

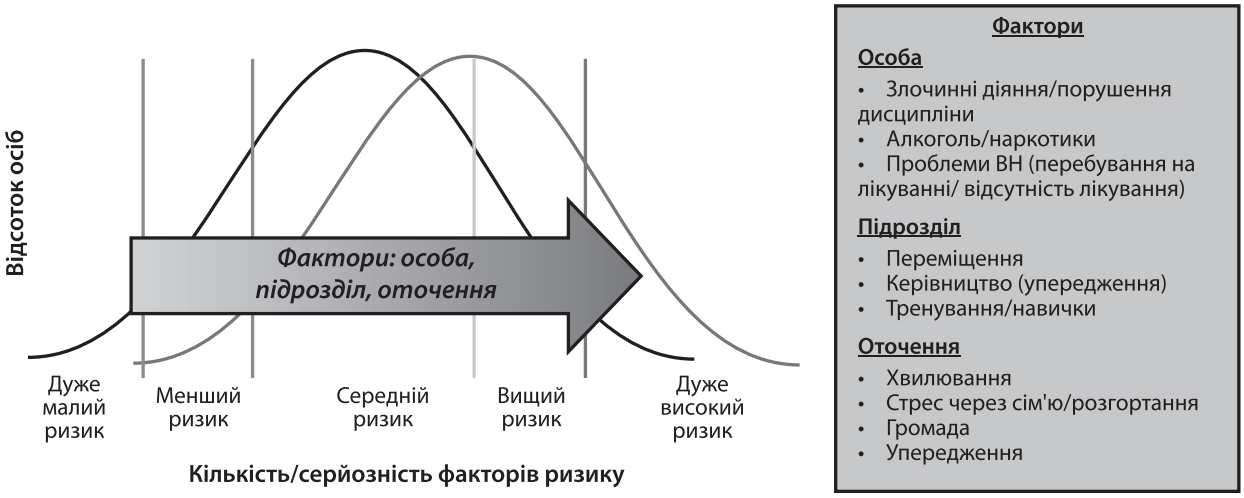


Рис. 25.3. Причинно-наслідкові чинники. Кілька чинників у поєднанні (особистісних, підрозділу й оточення) зміщують ризик особи вправо. Таким чином, солдати потрапляють до категорії «дуже високого ризику», що робить кластер-ефект більш імовірним

ВН: психічне здоров'я

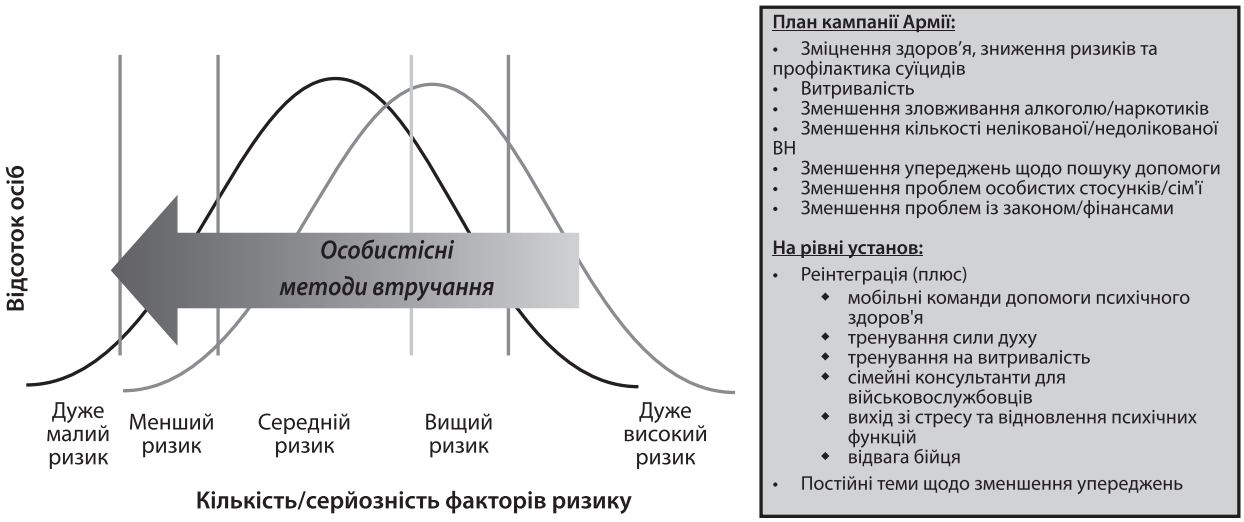


Рис. 25.4. Чинники суїцидів, на які варто зважати. Хоча важливо виявити чинники та допомогти кожному солдату індивідуально, найбільший вплив чинитиметься від програм, що посунуть загальний ризик вліво. Ефективне медичне лікування може захистити осіб від збільшення чи зменшення ризику, але не може значно посунути ризик для всього населення

ВН: психічне здоров'я

призовників і два самогубства з летальними наслідками; 3) Форт Райлі (Канзас), 2005 рік — 6 самогубств протягом 14 місяців; 4) Форт Худ (штат Техас) — 22 суїциди протягом 2003–2005 рр.; 5) Форт Кемпбелл (Кентуккі) — 14 самогубств серед військових протягом періоду 2006–2007 рр. У 2008 році у Форт Карсоні (Колорадо) саме EPICON зосередились на профілактиці самогубств, але також були додані насильницькі злочини й убивства. На момент написання цієї роботи існує ще

одна команда, що досліджує самогубства та смерті в результаті нещасного випадку в мобільних військових підрозділах.

EPICON можуть стати необхідними, коли вимоги до епідеміологічної експертизи або до звичайних співробітників перевищують ресурси місця події чи регіональних медичних команд. Вони мають переваги в залученні нових ресурсів; здатні зосередитися винятково на поточних проблемах, не мають відволікаючих чинників чи вимог, притаманних групам підтримки або організаціям. Крім того, вищий орган постановки завдань, пов'язаний з EPICON, може надати джерела інформації та співпраці, яких важко досягти, проводячи дослідження лише місцевими засобами. Важливо зазначити, що EPICON — це не працівники допомоги або інспекції, і вони не є частиною науково-дослідної діяльності. Вони забезпечують механізм для досліджень групи захворювання в терміновому/невідкладному випадку, які можуть бути проведені з ініціативи громадської охорони здоров'я без протоколу розслідування. Розуміння того, що існує проблема (наприклад, збільшення числа самогубств, вбивств тощо) може стати основою для звернення до EPICON.

Початок епідеміологічних консультацій та оперативної підтримки

Запит на EPICON зазвичай надходить від місцевого керівництва (наприклад, лікарні, бригади тощо). Реалізація EPICON потребує широкого управління та затвердження, зокрема від місцевих органів управління, а також OTSG, MEDCOM та інших зацікавлених сторін.

Як Регламент Армії США 40-5 «Профілактична медицина» [41], так і Постанова Головного управління Армії США 40-11 «Профілактична медицина» [42] зобов'язують командира, PHC(P), забезпечити підтримку EPICON по всьому світу. PHC(P) отримує завдання від MEDCOM та OTSG через підрозділ Управління психічного здоров'я та підрозділ Управління профілактичної медицини. PHC(P) легко може зібрати команду фахівців (часто збираючи ресурси зі всієї армії), щоб розпочати роботу в короткі терміни. Усі завдання мають пройти через OTSG/MEDCOM з метою ратифікації, затвердження команди та забезпечення її ресурсами. Процес затвердження має відбутися на місці події регіональною медичною командою і OTSG/MEDCOM.

Може виникнути необхідність звернутись до ресурсів Центру спостереження охорони здоров'я Збройних сил США (AFHSC — Armed Forces Health Surveillance Center) і PHC(P), щоб проаналізувати дані в цьому процесі. Командна зацікавленість, політичний тиск і увага засобів масової інформації можуть впливати на перевірку EPICON. Відділ оперативної підтримки PHC(P) здатний полегшити процес усунення перешкод в країні перебування, скеровує подорож, організовує зустріч, бронює місця у готелях, фінансує перебування та навіть забезпечує такі вимоги для роботи, як комп'ютерний зв'язок, надання конференц-залів, а також оренда автомобілів. Важливо заздалегідь підготувати конференц-зал, що зможе вмістити всю команду PHC(P) у вечірній час та вихідні. Цей робочий простір має бути обладнаний комп'ютерним зв'язком і проектором задля зручного перегляду документів.

Керівником групи зазвичай обирають старшого офіцера. EPICONs бувають різними за кількісним складом — від 4 до 14 осіб, з OTSG, PHC(P), регіональних медичних центрів, установ і фахівців конкретної галузі зі всієї Армії США. Складність завдання полягає у необхідності збалансування: важливо залучити всі зацікавлені сторони, але без зайвих фахівців. Можуть бути залучені представники відповідних органів — працівники охорони психічного здоров'я, капелани, працівники з управлінських установ і Управління начальника штабу Армії США. Місцевих працівників із галузі психічної охорони здоров'я має бути якомога більше, адже важливий їхній внесок в аналіз і втілення рекомендацій.

Так представників варто розглядати як членів будь-якої команди EPICON:

- керівник групи: старший офіцер профілактичної медицини або фахівець із питань охорони психічного здоров'я;
- місцевий старший лікар з охорони психічного здоров'я (соціальна робота, психологія, психіатрія);
- епідеміолог із відповідною базою даних розвитку й підтримки;

- капелан;
- представник програми позбавлення від зловживання психоактивними речовинами в Армії США;
- офіцер-представник відділу безпеки армії зі знанням даних щодо зниження ризиків;
- фахівець із ризиків для здоров'я;
- представник Управління G-1 начальника штабу Армії США;
- особливий представник, залежно від цільової групи (наприклад, старший сержант, працівник охорони психічного здоров'я, лікар дивізії, представник місцевих цивільних ресурсів, офіцер зі зв'язків із громадськістю).

Щойно команда зібрана, важливо скласти розклад, за яким усі члени команди працюватимуть. Цей графік визначатиме необхідні зустрічі, дати розміщення і терміни роботи, які потрібно виконати в межах підготовки до EPICON, а також вимоги щодо документації. Усі члени команди мають розуміти важливість часових меж, встановлених її керівником. Для групи завжди важко дотримуватись часового графіка: більшість аналізів, що тривають 1–2 тижні, можуть потребувати повторного проведення. Дослідження і короткий інструктаж необхідно провести на місцевих військових об'єктах, часто в медичних закладах. Інші важливі учасники співпраці — заклади психічного здоров'я, військові священики, CID та служби забезпечення військовослужбовців Армії США й їхніх сімей, включаючи Програму захисту сімей, Програму зниження ризику та Програму позбавлення від наркотичної та алкогольної залежності. Клінічні записи про фізичне та психічне здоров'я, захист родин, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами мають розглядатись у вказаних справах. Велика частина цієї роботи може бути виконана напередодні фактичного візиту EPICON до місцевого лікарняного закладу в інтересах ефективності й максимального використання часу, коли приїжджає команда. Було б корисно для всіх членів EPICON, що приїхали, переглянути попередні копії команди на рівні військового об'єкта. Такі документи доступні через управління епідеміології та епідеміологічного нагляду PHC(P).

Стислий зміст аналізу має бути представлений на рівні військового об'єкта чи лікарняного закладу до прибуття EPICON. Аналіз повинен чітко відображати розуміння команди щодо намірів EPICON. Це часто передбачає початкову гіпотезу, якої дотримуються працівники військового об'єкта чи лікарняного закладу. Варто зазначити, що початкові гіпотези часто виявляються помилковими, але важливо зрозуміти питання і проблеми, задані керівництвом як відправна точка.Коротке введення має містити опис складу команди, графік (щоб вказати часовий ліміт), план дій та реальні вимоги для підтримки роботи EPICON. Важливо призначити відповідальну особу з військового об'єкта чи лікарняного закладу для контакту під час розгортання роботи команди. Попередні обговорення візиту з контактною особою і відповідним персоналом сприятимуть зменшенню непорозумінь чи недоліків комунікації.

Епідеміологічні консультації на основі баз даних

Кожна попередня команда, виконуючи місію, засвоює багато уроків як наукового характеру, так і практичного застосування цього консультаційного сервісу. У випадках, коли це можливо, команда EPICON має прибувати у місце призначення того ж дня. Важливо провести збори команди одразу після прибуття, щоб визначити загальний план, графік та основні правила. Не потрібно проводити явні заходи чи опитування, доки команда не отримає попереднє повідомлення та не отримає дозвіл продовжувати роботу. Залучення командного складу до роботи EPICON якомога раніше часто може бути корисним для діяльності команди.

Спалахи скоєних самогубств важко досліджувати, тому що вони дуже рідкісні і створюють труднощі для епідеміологічного аналізу. Станом на 2008 рік рівень самогубств в Армії США становив 20/100 000 на рік. Це можна порівняти з відповідними демографічними показниками населення 20/100 000 на рік. Ще більш рідкісні в армії вбивства в парі із самогубством. Попри це, подібна психологічна динаміка може призвести як до самогубств, так і до вбивств-самогубств.

Така динаміка, як правило, присутня в контексті втрати близьких стосунків із супутніми страхами приниження, відмови і втрати. Загалом мотиви самогубства і методів самогубства в армії є відображенням історичних висновків. Найбільш очевидні мотиви для самогубства серед військовослужбовців — втрата близьких стосунків, юридичні та професійні труднощі і фінансові проблеми. Тяжкі психічні хвороби рідко призводять до самогубства серед військовослужбовців, проте вони все-таки присутні. Імпульсивність, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами серед військовослужбовців також є чинниками, які призводять до самогубств. Хронічний біль, інвалідність та індивідуальне сприйняття загального здоров'я потребують подальшого аналізу як чинників ризику для самогубства в армії. Смерть внаслідок використання вогнепальної зброї, повішення і зістрибування з висоти є найбільш поширеним методом. Всі зазначені результати досліджень віддзеркалюють історичні тенденції та важливість дослідження всього спектру медичних і соціальних даних на рівні військового об'єкта під час роботи EPICON.

Джерела даних, що виявилися корисними для оцінки окремих самогубств в Армії:

- медичні записи про стан фізичного і психічного здоров'я;
- наукові публікації ASERs;
- CID-файли (дані Управління з розслідування кримінальних справ — Criminal Investigations Division — CID);
- AP 15-6 (звіти командира про розслідування);
- звіти про аналіз основних причин (RCA — Root Cause Analysis);
- записи оцінки і переоцінки стану здоров'я після розгортання;
- дані про розгортання (дата прибуття та відбування, місце знаходження, кількість днів на театрі бойових дій);
- дані про відмову від медичного обслуговування;
- записи з Програми про зловживання психоактивними речовинами (Army Substance Abuse Program records);
- дані з Програми захисту родини (Family Advocacy Program);
- звіти щодо виконання службових обов'язків;
- дані Інституту патології Збройних сил США.

Найкориснішими джерелами даних про поодинокі самогубства виявилися DoDSERS, звіти RCA і звіти CID. Важливо, щоб військовий об'єкт мав підтримку командира в отриманні доступу до всіх цих джерел інформації. Хоча наведені дані є корисними для пошуку причини захворювання на рівні військового об'єкта (див. наступний пункт про епідеміологічні методи), також корисно оцінювати демографічні дані від спільноти. Дані про населення у місці дислокації або в районі бойових дій можуть виявити важливу інформацію про тенденції, пов'язані з керівництвом, мораллю, темпами операцій, підтримкою психічного стану здоров'я, проблемами з алкоголем, насильством у родині тощо. Усе це — важливі показники психічного здоров'я, які можуть допомогти зрозуміти тенденції або виявити гіпотези та асоціації в ході епідеміологічного аналізу, що дадуть змогу надати рекомендації.

Нижче наведені корисні джерела даних про населення у місці дислокації військового об'єкта:

- чисельність персоналу військового об'єкта і демографічні показники населення (знаменник даних);
- цикл розгортання військового об'єкта і його вплив на розрахунки населення;
- працівники охорони психічного здоров'я та їхнє робоче навантаження;
- чисельність персоналу з охорони психічного здоров'я;
- дані щодо зниження ризиків суїциду в Армії;
- військові звіти OneSource;
- дані Програми про зловживання алкоголем і психоактивними речовинами;
- дані Програми допомоги родинам на рівні військових об'єктів.

Окрім того, може бути корисним проведення інтерв'ю та робота з фокус-групами, щоб дізнатись про занепокоєння військових (молодших військових і молодших уорент-офіцерів), військового управління, працівників лікарняних закладів, агентств і допоміжного персоналу на міському рівні, членів родини військовослужбовців або май-

бутніх сімей. Коли такі сеанси проводяться досвідченими фахівцями з ризику здоров'я, можна виявити важливу інформацію щодо основних думок, асоціативних упереджень, статусу знань і моралі в межах певних груп на рівні військових об'єктів. Якщо ця інформація зібрана заздалегідь, вона може допомогти спрямувати хід роботи EPICON. Також вона може бути корисною для створення планів оперативного втручання на рівні громад.

Так само опитування можуть надати допомогу, коли участь бере відповідна кількість осіб. У більшості EPICON, які були завершені, співробітники з WRAIR або PHC(P) використовували анонімні опитування солдатів. У них йдеться про широке коло проблем, включаючи доступ до медичного догляду та атмосферу в команді. В нещодавньому опитуванні, що проводив PHC(P), розглядались асоціації та власне ставлення до суїцидів. Опитування сприяли включенню кількісних даних в доповіді. Найскладніше завдання в роботі з командою — знайти час для опитування солдатів, особливо в режимі високого темпу операцій. PHC(P) має здатність генерувати опитування в електронному вигляді, які можуть значно знизити навантаження при введенні даних і допущених помилок в аналізі.

Під час візиту EPICON важливо встановити тісні робочі взаємини як з лікарняним закладом, так і з керівництвом на рівні військового об'єкта. Уся інформація має проходити через них перед оприлюдненням. Так само після того, як підсумковий документ EPICON складено, він повинен пройти через місцеве командування, медичне командування або OTSG/MEDCOM.

Під час роботи EPICON необхідно генерувати щоденні звіти, які мають прямувати до PHC(P) та до OTSG. EPICON виконують важливу місію з почуттям командної роботи. Команда повинна документувати діяльність кожного дня (інтерв'ю, зустрічі, дослідження, презентації) задля посилань у написанні підсумкового документа.

Методи епідеміологічних консультацій

Спалахи самогубств є унікальними і відрізняються від інших типів спалахів хвороб, тому що сприйняття самого спалаху може призвести до подальших негативних випадків, особливо серед підлітків. Ця характеристика повинна враховуватися в діяльності EPICON. Працівники охорони психічного здоров'я можуть використовувати поняття з інфекційної епідеміології, такі як «виявлення», щоб ідентифікувати випадок, «зараження» та «ізолювання». Для використання епідеміологічної методології EPICON має спиратись на рекомендації досвідченого епідеміолога з команди. Хоча загальні тези, представлені нижче, не є центром уваги цього розділу, важливо коротко обговорити епідеміологічні методи команд епідеміологічних консультацій.

Під час роботи EPICON необхідно дотримуватись базових епідеміологічних стратегій, що передбачають:

- визначення причин або наявних гіпотез (одна з них може визначити, чи наявний фактичний спалах);
- проведення інтерв'ю, яке генеруватиме гіпотези, щоб розширити знання щодо певного випадку, який має бути оцінено більш ретельно;
- встановлення визначення цього випадку для дослідження громадської охорони здоров'я;
- проведення розслідування за допомогою епідеміологічних методів;
- завершення первинного аналізу;
- надання керівництву початкових висновків і рекомендацій;
- проведення підсумкового аналізу й детального опису.

Загалом епідеміологічні методи дослідження містять: а) серії випадків (клінічний, криміналістичний тощо); б) дослідження типу «випадок-контроль» (наприклад, випадки самогубств проти контролю); в) перехресні дослідження (наприклад, порівняння з рештою випадків у підрозділі); г) опитування солдатів (зазвичай проводиться WRAIR або PHC(P)); д) опитування фокус-груп.

Базовими запитаннями такі:

- Чи присутній реальний спалах суїцидальної поведінки?
- Чи є рівень спалахів значно вищим, ніж очікувалося (зокрема, порівняно з подібними установами чи всією Армією)?

- Які чинники сприяли спалаху і як їх можна порівняти один з одним?
- Які рекомендації можна дати, щоб вирішити проблему?

За визначених критеріїв команда має ідентифікувати терміни спалаху, включених осіб і їх розташування. Визначення показників захворювання також має описувати тих, хто не підпадає під цей випадок.

Нижче наведено опис показників захворювання з прикладу Форт Кемпбелла (штат Кентуккі):

> Були визначені показники захворювання та прогнозовані самогубства в період з 1 січня 2006 по 31 жовтня 2007 року на підставі даних Управління G-1 і Інституту патології Збройних сил США (AFIP). Загалом за цей час було скоєно 14 випадків. Дослідження випадків було обмежено солдатами строкової служби, які на момент смерті проходили службу в Форт Кемпбелла (штат Кентуккі). Суїциди членів родини, цивільних і пенсіонерів не було включено в цей аналіз через обмеження в наявних медичних і юридичних даних щодо смертей поза військовими частинами.

Одним із корисних інструментів, притаманних будь-якій команді EPICON, є «епідеміологічна крива». Традиційно команда показує часовий хід епідемії, малюючи графік ряду випадків за датою його скоєння. Цей графік, званий кривою епідемії, або «епі-крива», дає просте візуальне зображення сили і часу спалаху.

Самогубства і рівень самогубств на військовому об'єкті — завжди болісні питання. Дуже важливо тримати команду в курсі стану оцінки. Команда має бути поінформована про результати, перш ніж будь-яка інформація вийде за її межі. Важливо уточнити рівень деталізації (тобто надати повний звіт або зробити короткий показ слайдів), яка необхідна команді.

Написання звіту є трудомістким і тривалим процесом, особливо якщо учасники команди були відсутні протягом декількох тижнів. Опісля повернення інші обов'язки часто заважають письмовій формі звіту.

Різні розділи доповіді можуть бути підготовлені різними особами. Важливо дотримуватися лінії часу, яку задає старший офіцер. Ще одна практична пропозиція полягає в тому, що подорож літаком додому варто присвятити написанню звіту; члени команди мають переконатися, що комп'ютерні батареї заряджені. PHC(P) використовує стандартизований формат звіту EPICON, який можна легко перетворити в публікацію документа. ЗМІ можуть бути присутніми або відсутніми.

Роботі EPICON у Форт Бреггу приділялась інтенсивна увага засобів масової інформації. Відредагований звіт в остаточному вигляді виклали на веб-сторінці Армії США (www.armymedicine.army.mil). В інших випадках цікавість засобів масової інформації менш помітна. Проте всі члени команди мусять пам'ятати, що обговорювати свою роботу із засобами масової інформації без відповідних дозволів забороняється.

Результати та набутий досвід

Кожна EPICON надає рекомендації, що базуються на внутрішній атестації конкретного військового об'єкта, який був оцінений. Хоча ситуація на кожному військовому об'єкті є унікальною, загальні рекомендації узагальнюються, адже звіти мають деякі паралельні теми. Однак варто зазначити, що ці спостереження були зафіксовані на військових об'єктах, де відбулося кілька очевидних самогубств, і, таким чином, вони не можуть слугувати рекомендаціями для Армії в цілому.

Загальні спостереження:

- відчувається нестача працівників охорони психічного здоров'я, незважаючи на зусилля місцевих командирів залучати більше людських ресурсів;
- є упередження щодо пошуку допомоги;
- більш ефективними виявилися засоби для передового базування;
- сімейна терапія має бути доступнішою;
- більша інтеграція ресурсів є бажаною;
- командування дуже зацікавлене у вирішенні подібних проблем;
- зазначені зусилля необхідні для підтримки бойової готовності на локальному рівні і загалом.

Як місцеве, так і головне командування надзвичайно зацікавлені в результатах роботи EPICON. У всіх випадках командири і медичні відділи поставились до даних рекомендацій серйозно.

Деякі приклади:

- Форт Брегг (Північна Кароліна). EPICON стимулювала розробку програми циклу підтримки для дислокованих бійців.
- Форт Райлі (Канзас). EPICON стимулювала збільшення ресурсів терапії щодо подружніх стосунків.
- Форт Худ (штат Техас). EPICON активізувала настанови комітетів зі зниження ризику самогубств на рівні військових об'єктів.
- Форт Кемпбелл (Кентуккі). EPICON рекомендувала поліпшити якість даних із метою зниження ризику самогубств.
- Форт Леонард Вуд (штат Міссурі). Доповідь спричинила розширення програми «Медичний момент істини» у батальйоні щодо прийому новобранців і перегляд протоколу спостереження в підрозділах.

ВИСНОВКИ

Профілактика самогубств — постійне і важке завдання. Незважаючи на розвиток і використання освітніх і навчальних матеріалів, рівень суїцидів зростає. Процес епідеміологічних консультацій зі психічного здоров'я є корисним методом оцінки кластерів самогубств і суїцидальної поведінки. Результати допомагають спрямовувати зусилля по всій Армії та на рівні військових об'єктів, щоб зосередитись на прогалинах у поширенні інформації, освіті та лікуванні.

Проте існують застереження. Украй складно виміряти ефективність будь-якої програми запобігання суїцидам, тому що увага часто зосереджена на скоєних самогубствах. Сьогодні невідомо, скільки суїцидів було недопущено за допомогою профілактичних заходів з боку командування та штабу. Крім того, рівень самогубств необов'язково є достовірним показником психічного здоров'я особового складу, є й інші механізми для оцінювання ефективності програм профілактики самогубств і якості проведених кампаній. Це, наприклад, DoDSER, опитування підрозділів і навчання наглядачів.

Самогубство впливає на психологічний стан і фізичне здоров'я інших солдатів, підрозділів, членів родин і друзів. Підходи до профілактики і нагляду мають бути цілісними, багатокомпонентними, за участю всіх рівнів управління і сімейних ресурсів. Надана тут інформація ілюструє поточні ініціативи; багато з них розробляли, базуючись на минулому досвіді. Програми та стратегії, засновані на цьому досвіді, мають підвищити можливості порятунку життів у майбутньому.

Рівень самогубств в Армії США зріс удвічі за останні шість років. Кожний суїцид — це величезна трагедія для військовослужбовця, родини, Армії. Чинниками виникнення ризику самогубства є втрата близьких стосунків і проблеми на роботі. Проблеми зі здоров'ям, особливо хронічний біль чи інвалідність, можуть стати передумовою скоєння суїциду. За останні роки спостерігається зростання самогубств серед старших уорент-офіцерів, старших командирів, жінок-військовослужбовців і солдатів із перехідних військових підрозділів. Також у зоні ризику військові медики.

Існують численні навчальні ресурси для військовослужбовців та їхніх родин, які докладно роз'яснюють заходи з профілактики самогубств і методи втручання для тих, хто в біді. Задля турботи про товаришів («Турбуйся, Укрий від небезпеки, Запитай») варто розпитувати їх про проблеми і турботи, піклуватися, не залишати на самоті. Направляйте їх до капелана, медичного працівника чи до психолога, які допоможуть подолати стрес. «Пліч-о-пліч: жоден солдат не лишається один».

ЛІТЕРАТУРА

1. Deputy Chief of Staff for Personnel, US Army. The Pentagon, Washington, DC.
2. Durkheim É. *Suicide: A Study in Sociology*, translated by Spaulding JA, Simpson G. 1897. Reprint, Glencoe, Ill: Free Press; 1951.

3. Thompson K. *Emile Durkheim*. London, UK: Tavistock Publications; 1982.

4. Menninger K. *Man Against Himself.* New York, NY: Harcourt, Brace; 1938.

5. Shneidman ES, Farberow NI. *Clues to Suicide*. New York, NY: McGraw-Hill; 1957.

6. Shneidman ES, Leenaars AA. *Lives and Deaths: Selections From the Works of Edwin S. Shneidman.* Philadelphia, Penn: Brunner/Mazel; 1999.

7. Russell S. What is a psychological autopsy? *Author's Den*. 2004. Available at: http://www.authorsden.com/visit/viewarticle.asp?AuthorID=8848&id=14997. Accessed January 28, 2010.

8. Ritchie EC, Gelles M. Psychological autopsies: the current Department of Defense effort to standardize training and quality assurance. *J Forensic Sciences*. 2002;47(6):1370–1372.

9. The American Association of Suicidology and the US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine. Suicide prevention: a resource manual for the United States Army. 1999. Available at: http://www.medtrng.com/suicideprevention/suicide_prevention.htm. Accessed January 28, 2010.

10. Newby JH Jr, Van Der Heide CJ. A review of 139 suicidal gestures: discussion of some psychological implications and treatment techniques. *Mil Med*. 1968;133:629–637.

11. Gaines T Jr, Richmond LH. Assessing suicidal behavior in basic military trainees. *Mil Med*. 1980;145:263–266.

12. Rock NL. Suicide and suicide attempts in the Army: a 10-year review. *Mil Med*. 1988;153:67–69.

13. Rothberg JM, Rock NL, Jones FD. Suicide in United States Army personnel, 1981–1982. *Mil Med.* 1984;149:537–541.

14. Ritchie EC, Keppler W, Rothberg J. Suicidal admissions in the United States military. *Mil Med*. 2003;168(3):177–181.

15. Rothberg JM, Jones FD. Suicide in the US Army: epidemiological and periodic aspects. *Suicide Life Threat Behav.* 1987;17:119–132.

16. Rothberg JM, Ursano RJ, Holloway HC. Suicide in the United States military. *Psychiatric Annals*. 1987;17:545–548.

17. Rothberg JM, Rock NL, Shaw J, Jones FD. Suicide in United States Army personnel, 1983–1984. *Mil Med.* 1988;153:61–64.

18. Rothberg JM, McDowell CP. Suicide in United States Air Force personnel, 1981–1985. *Mil Med.* 1988;153:645–648.

19. Rothberg JM, Bartone PT, Holloway HC, Marlowe DH. Life and death in the US Army: in corpore sano. *JAMA*. 1990;264:2241–2244.

20. Rothberg JM, Fagan J, Shaw J. Suicide in United States Army personnel, 1985–1986. *Mil Med.* 1990;155:452–456

21. US Department of the Army. *Guide to the Prevention of Suicide and Self–Destructive Behavior.* Washington, DC: DA; 1985. DA PAM 600–70.

22. US Department of the Army. *Suicide Prevention and Psychological Autopsy*. Washington, DC: DA; 1988. DA PAM 600-24.

23. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294:2064–2074. Available at: http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/294/16/2064. Accessed November 27, 2009.

24. *Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) Manual*, 10th ed. Calgary, Alberta, Canada: Living Works; 2008. Available at: http://www.livingworks.net/LW_Str.php. Accessed November 27, 2009.

25. ASIST workshop: Calgary, Alberta, Canada: Living Works; 2002. Available at: http://www.livingworks.net/AS-T4T.php. Accessed November 27, 2009.

26. Information on the QPR Workshop can be obtained from the QPR Institute, PO Box 2867, Spokane, Washington 99220. Available at: http://www.qprinstitute.com/. Accessed November 27, 2009.

27. Dolan CA, Schroeder ED, Wright KM, Thomas JT, Ness JW. USAREUR suicide surveillance project: data summary and program evaluation. Heidelberg, Germany: US Army Medical Research Unit–Europe; 2003. USAMRU-E Technical Report.

28. Mental Health Advisory Team (MHAT). Operation Iraqi Freedom (OIF). Report. The US Army Surgeon General and HQDA G-1. December 16, 2003. Available at: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat.html. Accessed September 4, 2008.

29. US Department of the Army. *Army Health Promotion*. Washington, DC: DA; 2007. Army Regulation 600–63.

30. MNC-I Criminal Investigations Division (CID). October 2, 2007. Personal communication.

31. Nutting PA, Dickinson LM, Rubenstein LV, Keeley RD, Smith JL, Elliott CE. Improving detection of suicidal ideation

32. Meats P, Solomka B. A perspective on suicides in the '90s. *Psychiatr Bull.* 1995;19:666–669.

33. Vassilas C, Morgan HG. Suicide prevention: service contacts and coordination between primary and secondary care [letter]. *Br J Psychiatry.* 2001;179:271.

34. Vassilas CA, Morgan HG. General practitioners' contact with victims of suicide. *Br Med J.* 1993;307:300–301. 421 *Suicide Prevention in the US Army: Lessons Learned and Future Directions*

35. Appleby L, Shaw J, Amos T. National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. *Br J Psychiatr.* 1997;170:101–102.

36. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide: risk and protective factors. Atlanta, Ga: CDC; 1999. Available at: http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/riskprotectivefactors.html. Accessed January 28, 2010.

37. US Department of Health and Human Services. Office of The Surgeon General. The Surgeon General's call to action to prevent suicide. Washington, DC: OTSG; 1999. Available at: http://www.surgeongeneral.gov/library/calltoaction/default.htm. Accessed January 28, 2010.

38. Karch D, Crosby A, Simon T. Toxicology testing and results for suicide victims–13 states, 2004. *MMWR.* 2006;55:1245–1248.

39. Christopher H Warner, Major, Medical Corps, US Army; Division Psychiatrist, Multi-National Division—Center, Iraq. Personal communication [face-to-face conversation as part of a site visit]; 2007.

40. Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, Ga: CDC. Available at: http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html. Accessed January 28, 2010.

41. US Department of the Army. *Preventive Medicine.* Washington, DC: Headquarters, DA; May 25, 2007 [rapid action revision]. Army Regulation 40-5.

42. US Department of the Army. *Preventive Medicine.* Washington, DC: Headquarters, DA; October 19, 2009 [rapid action revision]. Department of the Army Pamphlet 40-11.

Розділ 26

УПРАВЛІННЯ РИЗИКОМ СУЇЦИДУ І ГОМІЦИДУ: ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРИНЦИПИ ГРУПОВОГО НАГЛЯДУ В ГАРНІЗОНАХ І МІСЦЯХ ПОСТІЙНОЇ ДИСЛОКАЦІЇ

Семюел Е. Пейн[I] · Джефрі В. Гілл[II] ·
Девід І. Джонсон[III]

ВСТУП

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРИНЦИПИ ГРУПОВОГО НАГЛЯДУ

ОЦІНКА РИЗИКУ СУЇЦИДІВ

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОЦЕДУР ГРУПОВОГО НАГЛЯДУ

У гарнізонах

В умовах розгортання

МЕДИКО-ЮРИДИЧНІ ПИТАННЯ

ВИСНОВКИ

Попередня версія цього розділу була опублікована під назвою: Payne SE, Hill JV, Johnson DE «Використання групового нагляду або загальнокомандної зацікавленості для керування ризиками суїциду і гоміциду: обґрунтування і керівні принципи для військових працівників психічного здоров'я». Mil Med 2008;173:25–35

[I] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник амбулаторії психічного здоров'я, Медичний центр Армії імені Дуайта Д. Ейзенгавера; Building 300, Room 13A-15, 300 South Hospital Road Fort Gordon, Georgia 30905.

[II] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу дитячо-юнацької психіатрії регіонального медичного центру, Landstuhl, Germany, CMR 402 Box 1356, APO AE, 09180; у минулому — начальник психіатричної амбулаторії, Регіональний медичний центр Ландштуль, Німеччина.

[III] Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу психічного здоров'я, Військово-медичне управління Армії США в Баварії; IMEU-SFT-DHR, ATTN: OMDC Schweinfurt, Unit 25850, APO AE 09033.

ВСТУП

Процедури групового нагляду використовуються в місцях постійної дислокації та в умовах бойового оточення як інструмент організації безпеки особового складу, коли в ньому присутній солдат із думками про суїцид чи вбивство.

На теперішній момент жодна публікація Армії США чи наявна література не пропонує оптимального рішення чи методики застосування цих процедур. У цьому розділі розглянуто принципи і пропозиції щодо застосування групового нагляду, базуючись на фундаментальних засадах військової психіатрії, огляді відповідної літератури та набутому досвіді.

Також у розділі розглядаються медико-правові питання, пов'язані з принципами використання групового нагляду.

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРИНЦИПИ ГРУПОВОГО НАГЛЯДУ

Контроль над суїцидальними та гоміцидальними пацієнтами у військовому оточенні дещо відрізняється від контролю над пацієнтами в цивільному секторі з деяких причин. Одна з них полягає в тому, що військове оточення має додаткові ресурси, такі як командування і товариші по службі, які допомагають військовому лікарю-клініцисту керувати ризиком вбивства та самогубства. Ще одна важлива причина — це необхідність контролю ризику суїциду та вбивства в пункті дислокації чи територіально обмеженому закладі. Нарешті, контроль ризику самогубств і вбивств у військовослужбовців вимагає вирішення проблеми підвищеного доступу до вогнепальної зброї. Груповий нагляд виник в межах певних обставин й отримав деяку підтримку в психіатричній спільноті [1–3] як практичний і ефективний метод організації заходів безпеки для солдатів та їхнього оточення. Груповий нагляд використовується в різному середовищі — від поля бою до місця постійної дислокації, в основному у випадках, що містили певний рівень ризику, який викликає занепокоєння та не обов'язково потребує госпіталізації.

Хоча психіатрична госпіталізація часто необхідна для пацієнтів з високим ризиком скоєння суїциду чи гоміциду, вона не завжди є найкращим варіантом контролю ризику у військовому оточенні з певних причин [1]. У деяких випадках госпіталізація вимагає переміщення солдата з військової частини (особливо тих, які мають низький або помірний ризик самогубства). Це може затримати одужання, особливо коли симптоми викликані бойовим виснаженням [4–6]. На підставі власного спостереження автори визначили, що інколи госпіталізація посилила симптоми через надання солдату статусу психіатричного пацієнта. Психіатрична госпіталізація має значне відторгнення серед військових, як і в суспільстві загалом, і може назавжди перешкодити реінтеграції солдата до його військової частини. Товариші по службі часто відпускають неприємні коментарі щодо госпіталізованих солдатів, зокрема такі, як «псих», чи про необхідність зачинити його «у кімнаті з м'якими стінами». Деякі солдати втрачають почуття гідності та відчуття співпричетності, коли їх відділяють від підрозділу та коли вони не можуть підтримувати власні професійні навички на необхідному рівні.

Груповий нагляд (також відомий як «загальнокомандна зацікавленість») — термін, що опи-

сує використання військової системи задля обмеження суїцидального та гоміцидального доступу солдата до людей, місць чи предметів, що можуть збільшити його шанси нашкодити собі чи іншим. Залежно від рекомендацій лікаря команда має право проводити ряд втручань: огляд власних речей солдата та його житла на наявність небезпечних предметів (ці предмети мають вилучатися); заборону доступу до алкоголю та наркотиків; мінімізацію контактів з особами, які можуть негативно впливати на психічне здоров'я солдата. Також необхідно переконатись, що солдат поступово повертається до нормального психічного стану.

Груповий нагляд — це чудовий приклад роботи військових клініцистів, що працюють із командою для задоволення потреб психічного здоров'я солдата в найменш обмежених умовах через застосування принципів військової психіатрії, випробуваних часом: PIES (наближеність, негайність, очікування, простота) (proximity, immediacy, expectancy, simplicity) або BICEPS (терміни, вказані вище, а також нетривалість і контакт чи централізованість) (brevity, immediacy, centrality, expectancy, proximity, simplicity) [7, 8]. Багато солдатів із суїцидальними та гоміцидальними думками пережили важкі життєві обставини. Інколи ці обставини є прямим наслідком військового оточення і можуть бути причиною бойового виснаження. Суїцидальні та гоміцидальні думки можуть траплятись при відсутньому діагностуванні психічної хвороби. Такі думки можуть зникнути завдяки простим методам втручання, зокрема таким, як відпочинок, імовірність одужання, увага і підтримка солдата командуванням. Результати застосування доктрин PIES показали поліпшення стану солдатів із суїцидальними та гоміцидальними думками після короткого невідкладного догляду й надання їм підтримки з боку підрозділу. Груповий нагляд — це механізм гарантування безпеки методами догляду та підтримки.

Груповий нагляд може знизити шанси помилкового судження щодо стану психічного здоров'я солдата, тому що члени підрозділу бачать та взаємодіють із ним на повсякденній основі. Солдати часто звітують, що навіть розмова з членами команди є корисною. Командири та сержанти старшого сержантського складу часто надають безцінну підтримку солдатам групового нагляду тим, що дослуховуються до їхніх переживань, інколи модифікуючи методи взаємодії із солдатами. Будучи у ролі «наглядача», вони особливо чутливо ставляться до проблем солдата і надають поради й соціальну підтримку.

Хоча груповий нагляд часто є ефективним, це не завжди найкращий підхід. Лікуючий медичний працівник використовує медичний підхід, щоб визначити найкращий метод дії. Один із чинників для роздуму полягає в тому, що груповий нагляд може мати певний ризик відчуження товаришів по службі. Вони можуть бути розчаровані збільшенням кількості роботи та потенційним ризиком, адже їм доведеться виконувати обов'язки цього солдата на полі бою або надати особу, котра наглядатиме за ним. Це розчарування може загостритися, коли солдати, які мають суїцидальні чи гоміцидальні думки та які часто обмежені можливостями давати і отримувати соціальну підтримку, вже відособили себе. Багато солдатів, що проходили груповий нагляд, розповідали психологам про випадки глузування або словесних образ як від товаришів по службі, так і від командирів свого підрозділу. Незалежно від оточення упередження, асоційовані з психічним лікуванням, можуть бути значущими [9]. Відповідне навчання командирів підрозділів, які надалі навчатимуть особовий склад підрозділу груповому нагляду, схоже на «допомогу родині в біді» та може знизити прояви упередження і відчуженості.

Командування, злагодженість бойового підрозділу та ототожнення з групою відіграють вирішальну роль у можливості солдата впоратися з обов'язками мирного і воєнного часу. Груповий нагляд може сконцентрувати увагу команди на проблемах та подразниках, що впливають на їхніх солдатів. Щодо причин стресу, то команда може надавати посилену підтримку солдату та вирішити кілька проблем, які є причинами підвищеного ризику суїциду чи гоміциду. В ідеальному випадку команда спілкуватиметься, розуміючи, що груповий нагляд — це командне зусилля, створене, щоб допомогти одному з них, для посилення як злагодженості команди, так і вміння солдата сприяти цьому. Така підтримка може зменшити занепокоєння та безнадійність, які часто присутні у солдатів із суїцидальними чи гоміцидальними

думками [4, 10]. Працюючи з командою, необхідно впевнитися, що в атмосфері групового нагляду присутня соціальна підтримка, яка може бути дуже корисною для солдата. Посилення такої підтримки здатне відіграти ключову роль у видужанні солдата [11, 12].

Хоча певний ризик лишається, автори стверджують, що груповий нагляд значно знижує ризик доступу солдата до таких летальних методів самогубства, як вогнепальна зброя, мотузки, медикаменти чи ножі. Серед зазначеної зброї саме вогнепальна заслуговує на окрему згадку. У 2004 і 2005 роках вогнепальна зброя була найпоширенішим методом скоєння суїциду серед військових Армії США (62 % та 69 % відповідно) [13, 14]. Обмежуючи доступ до вогнепальної зброї, груповий нагляд може знизити ризик скоєння суїциду на ранньому етапі лікування, таким чином даючи час на лікування та втручання команди за допомогою наданої підтримки.

Серед спроб скоєння і власне скоєних суїцидів солдатами Армії США у 2005 році 57 % спроб і 17 % скоєних суїцидів супроводжувались вживанням алкоголю чи наркотиків [14]. Такі зловживання мають бути засуджені та заборонені, адже це знизить суїцидальну та гоміцидальну поведінку. Груповий нагляд, який проводиться належним чином, дає змогу впевнитись, що солдати «у зоні ризику», окрім іншого, не мають доступу до алкоголю та наркотиків. Також, обмежуючи контакт з особами, що можуть подразнювати стан солдата чи стати жертвою його гоміцидальних намірів, груповий нагляд здатен знизити ризик і запобігти несприятливому результату.

Нарешті, використання групового нагляду може бути дуже ефективним для солдата, який має «суто військові» суїцидальні чи гоміцидальні думки: у тому сенсі, що він не отримає «вторинний виграш», тобто переваг від хвороби [15]. Терміни «суто військові суїцидальні ідеї» і «суто військові гоміцидальні ідеї» означають словесне вираження суїцидальних чи гоміцидальних думок з неявною (що визначає лікар) або явною метою уникнення військового обов'язку, такого як польові навчання, розгортання, переведення в інший підрозділ чи на іншу військово-облікову спеціальність, отримання звільнення від виконання службових обов'язків. У таких випадках солдати зазвичай натякають чи прямо заявляють, що здатні вбити себе чи командира підрозділу, якщо їм буде відмовлено у висловленому проханні. Такі заяви часто супроводжуються звинуваченнями в гнобленні від одного зі старших командирів, котрі можуть або не можуть бути добре обґрунтованими. У багатьох випадках конкретних військових суїцидальних чи гоміцидальних думок погрози солдата напряму пов'язані з бажанням залишити військову службу. Такі солдати можуть вірити, що заява про суїцидальні чи гоміцидальні думки — легкий шлях до «комісування» (звільнення з Армії без суду) без жодних негативних наслідків. У разі відсутності чинників ризику, необхідності госпіталізації та прояву суто військових суїцидальних чи гоміцидальних думок необхідний груповий нагляд. Таким чином, стаціонарне лікування буде доступне для інших військовослужбовців, яким це лікування може принести користь. Солдати в підрозділі швидко розуміють, що система охорони психічного здоров'я створена не задля уникнення своїх обов'язків та відповідальності, а для забезпечення підтримкою та лікуванням, щоб допомогти їм більш ефективно функціонувати у військовому оточенні.

Тоді як керування суто військовими суїцидальними і гоміцидальними думками ефективне у місці постійної дислокації, груповий нагляд більш ефективний у районі бойових дій. Суто військові суїцидальні та гоміцидальні думки є двома найбільш поширеними психологічними симптомами, що проявляються на полі бою та при неправильному нагляді можуть легко перерости у «синдром евакуації» [11]. Компетентний груповий нагляд має більше шансів успішно провести втручання під час військових операцій чи війни. Таким чином зберігаються бойові чи миротворчі сили Армії. Однак, щоб використовувати цю систему в місцях постійної дислокації та гарнізонах, необхідні певні модифікації (обговорюється далі в цьому розділі).

Два застереження потребують обговорення, коли йдеться про використання групового нагляду як засобу досягнення безпеки солдатів, щодо котрих існує ризик скоєння суїциду чи гоміциду. По-перше, хоча груповий нагляд може бути корисний для солдатів, це лише одна зі складових частин багатогранного плану лікування. У разі

необхідності військові психіатри повинні надавати психологічне і фармакологічне лікування та переконатись у безпеці солдатів, які потребують догляду. Наприклад, при лікуванні симптомів тривоги та безсоння необхідно знизити ризик суїциду [1]. Лікування цих симптомів має бути пріоритетним у солдатів, які мають суїцидальні думки, та проводитись незалежно від вирішення проведення групового нагляду.

Другий нюанс полягає в тому, що, по суті, не існує досліджень, які безпосередньо вказують на безпеку та ефективність групового нагляду як методу втручання. Звіт випадків самогубств в Армії (ASER) дійсно надає деякі дані, що опосередковано говорять про безпеку «під командним наглядом» (визначається у формі ASER як, наприклад, «CIP» — посилання на загальнокомандну зацікавленість). За 2004 календарний рік у даних ASER присутні 54 зі 70 скоєних суїцидів та інші 259 подій, пов'язаних із суїцидом (включаючи як спроби, так й інші події, що не містили спроби суїциду; зокрема, госпіталізація та переміщення з місця, що викликає суїцидальні думки). Того року один солдат, що скоїв суїцид, та один, що вчинив спробу, перебували під груповим наглядом [13]. У 2005 календарному році дві із 723 суїцидальних подій, про які доповідалось, припало на військовиків, які були на дійсній службі в Армії, під груповим наглядом (з 15 ASER, позначених як «під груповим наглядом», два випадки були лише думками, без спроби самогубства, а один належав до іншого виду військ). Як було повідомлено до Управління спостереження та попередження ризику суїцидів,упродовж цього ж року із 71 скоєного суїциду не відбулося жодного (0 %), що знаходились під груповим наглядом [14]. (ASER не були надані дані про 12 із 83 скоєних суїцидів за рік, тому доступним є 71 випадок.) Враховуючи широке використання процедур групового нагляду в Армії США, ці дані дещо підтверджують гіпотезу, що груповий нагляд є безпечним і може бути ефективним в зниженні суїцидальної поведінки на короткий строк, поки починається лікування. Хоча контрольований аналіз оцінки безпеки та ефективності процедур групового нагляду важко розробити, безумовно, дослідження цієї загальної практики є виправданим. Водночас рішення використовувати груповий нагляд повинно ґрунтуватися на клінічній оцінці і досвіді з урахуванням потенційних ризиків та переваг.

ОЦІНКА РИЗИКУ СУЇЦИДІВ

Задля правильного використання групового нагляду необхідно мати можливість задокументувати ризик самогубства у кожного солдата у такому форматі, щоб чітко можна було прослідкувати за процесом прийняття рішень лікаря-клініциста. Про чинники, що найбільше асоціюються зі скоєнням суїциду серед цивільного населення та Армії США, було багато написано [14–17]. Ці чинники можуть бути додані до оцінки ризику, яка допоможе лікарю обрати груповий нагляд чи госпіталізацію. Хоча обговорення комплексної оцінки ризику самогубства виходить за межі цього розділу, кілька чинників ризику особливо актуальні у військовій обстановці.

Один із чинників ризику, який найімовірніше пов'язаний зі скоєнням суїциду, — це діагноз. Майже 50 % усіх пацієнтів, які вчинили спробу або скоїли суїцид, мали такий діагноз, як афективний розлад, психічний розлад, наркотична чи алкогольна залежність, деменція чи гарячкове марення. В одному з досліджень в осіб віком до 30 років, які скоїли суїцид, найпоширенішим діагнозом були антисоціальна психопатія, алкогольна і наркотична залежність [18]. Аналізуючи набутий досвід, можна зазначити, що значна кількість солдатів із конкретно військовими суїцидальними ідеями не мали цих діагнозів. Однак відсутність психіатричного діагнозу в солдатів на строковій службі Армії США необхідно сприймати з ремаркою, адже ASER 2005 року вказують, що лише 26 % осіб, що скоїли самогубство, мали психіатричний діагноз.

«Стійкий намір померти», що переважав «основне бажання змін», як і «внутрішня комунікація» (самокатування) проти «зовнішнього спілкування» були названі важливими чинниками, пов'язаними з високим ризиком самогубства [19]. Більшість солдатів із конкретно військовими дум-

ками в першу чергу зацікавлені у змінах (покинути військову службу, бойове оточення чи підрозділи) та сердяться на зовнішній об'єкт (військових взагалі або їх підпорядкування), а не звинувачують себе у власній незадоволеності. Крім цього, асоціація скоєння самогубства через конфлікт у романтичних стосунках або недавнє розлучення була особливо добре описана серед військових [16].

Коли багато з описаних вище чинників ризику скоєння суїциду відсутні, це часто вказує на те, що в цьому разі груповий нагляд більш необхідний, ніж госпіталізація. Важливо, щоб лікар-клініцист докладно задокументував ці та інші чинники з метою оцінювання ризику суїциду для вирішення питання доречності призначення групового нагляду. У військовому оточенні супутній звіт від командира або від інших солдатів підрозділу є важливим джерелом інформації в оцінюванні ризику самогубства. Нинішня практика щодо оцінювання ризиків самогубства також наголошує на постійному оцінюванні ризиків. Працівник психічного здоров'я, щоб визначити, чи зріс ризик самогубства до такого рівня, коли надалі необхідна стаціонарна госпіталізація, повинен проводити повторні оцінювання осіб, які перебувають під груповим наглядом. Оцінювання й управління ризиками гоміцидальних думок є аналогічними описаним методам для оцінювання та управління ризиками самогубства з розглядом чинників ризику і регулярних повторних оцінювань, що відіграють вирішальну роль в процесі прийняття рішень.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОЦЕДУР ГРУПОВОГО НАГЛЯДУ

У гарнізонах

Існує багато різних підходів до використання групового нагляду у військовій системі. Модель для осмислення ролі групового нагляду в установах та гарнізоні представлені в таблиці 26.1. Хоч би який підхід був обраний лікарем-клініцистом, груповий нагляд варто розглядати як «тимчасовий метод»; рекомендації для командира щодо тимчасового обмеження обов'язків солдата, ймовірно, будуть корисними у забезпеченні здоров'я солдата і його добробуту. Більшість командирів в Армії ознайомлені з концепцією групового нагляду та підтримають такі рекомендації, особливо коли вони будуть впроваджуватись через розпорядження, підписане працівником охорони психічного здоров'я. Формат розпорядження дає змогу переконатись, що складені інструкції прості для розуміння.

Розпорядження надається супроводжуючому солдата (зазвичай, це сержант), який підписує розписку та отримує інструкції доставити розпорядження командиру або першому сержанту. Це дозволяє лікарю відпустити військовослужбовця з рекомендаціями групового нагляду, коли сам лікар не має можливості одразу ж зв'язатися з командиром. Як і будь-яку медичну рекомендацію, командир може проігнорувати розпорядження лікаря-клініциста, але потім він нестиме повну відповідальність за наслідки свого вчинку.

Система на місці дислокації, запропонована у цьому підрозділі, містить два типи групового нагляду. Перший називається «нагляд товариша»; він рекомендує тримати солдата в полі зору тільки з ранку до відбою, аніж 24 години на добу, до 5 днів із моменту початку нагляду до моменту повторного оцінювання. Цей нагляд призначений для осіб із низьким ризиком, має певну гнучкість у використанні (наприклад, лише протягом вихідних) та загалом краще сприймається серед командування та солдатів. Цей тип цінний в різних ситуаціях, зокрема й за конкретно військових суїцидальних ідей і за малої кількості чинників ризику для скоєння самогубства.

Інший сценарій, в якому груповий нагляд може бути корисним, — управління солдатами, які словесно виражали свої суїцидальні думки або завдавали собі травм у стані алкогольного сп'яніння. Після цього військовослужбовець може стверджувати, що не має суїцидальних думок, не пам'ятає самотравмувальних дій та може демонструвати мінімум чинників ризику щодо самогубства. Однак очевидно, що ризик в такому разі присутній, особливо під впливом алкоголю. Нагляд товариша значно мінімізує можливість продовження зловживання алкоголем і, таким чином, знизить

ТАБЛИЦЯ 26.1

УПРАВЛІННЯ РИЗИКОМ СУЇЦИДУ ТА ГОМІЦИДУ В ГАРНІЗОНІ

	Повне виконання своїх обов'язків	**Груповий нагляд**	**Цілодобовий нагляд**	**Направлення до ізолятора в психіатричній лікарні**
	Найменш обмежувальні заходи ←			→ Найбільш обмежувальні заходи
Дії	Повернення до виконання обов'язків	1. Безпечність зброї та відсутність медичних засобів у зоні доступу 2. Солдат під постійним наглядом від підйому до відбою	1. Безпечність зброї та відсутність медичних засобів у зоні доступу 2. Солдат під постійним наглядом 24 години на добу	Направлення до ізолятора
Приклади	ГД/СД без плану чи чітких намірів; низькі чинники ризику, безпечне оточення	1. Конкретно військові СД/ГД, без чітких намірів, мало чинників ризику 2. СД/ГД через психічний розлад, проте не потребує цілодобового нагляду чи госпіталізації 3. Поступове припинення групового нагляду	1. Конкретно військові СД/ГД з планом чи наміром, але малою кількістю чинників ризику 2. СД/ГД через психічний розлад, проте рівень ризику не потребує госпіталізації	1. Великий ризик суїциду/гоміциду, що потребує госпіталізації 2. Ризик суїциду/гоміцидуне зменшився більше ніж через 5 днів цілодобового чи групового нагляду
Переваги	1. Повернення до виконання обов'язків 2. Немає упереджень чи відторгнення	1. Менше упереджень, ніж до цілодобового нагляду 2. Присутні заходи безпеки 3. Нижчі вимоги до військового підрозділу, ніж під час цілодобового нагляду 4. Висока імовірність повернення до виконання службових обов'язків	1. Високий рівень заходів безпеки 2. Висока імовірність повернення до виконання службових обов'язків	Найвищий рівень заходів безпеки
Недоліки	Відсутні заходи безпеки	Менше заходів безпеки, ніж за цілодобового нагляду	Упередження та відторгнення; високі вимоги до військового підрозділу	Низька імовірність повернення до виконання службових обов'язків; відторгнення, втрата соціальних і професійних ролей, які інколи пришвидшують одужання

ГД — гоміцидальні думки; СД — суїцидальні думки

ризик суїциду під час амбулаторного лікування, у тому числі ініціюється звернення до Програми запобігання вживанню алкоголю та наркотиків в Армії. Інші випадки, в яких може бути цінним нагляд товариша, — це «вихід» із госпіталізації або після 24-годинного нагляду. Додаток 26.1 надає приклади конкретних процедур для нагляду товариша.

Другий тип групового нагляду називається «цілодобове спостереження». Уникаємо інший поширений термін «НС (нагляд старшого по казармі) (CQ)» з двох причин. Деякі підрозділи не мають НС, та командир може вирішити, що для підрозділу ставиться завдання, до якого підрозділ не готовий. Також командир може вирішити з терміну «НС» (CQ watch), що лікар рекомендує направити солдата до центру (тобто до військового центру), де в іншому підрозділі можливий нагляд НС. Інколи переміщення солдата до центральної частини дійсно необхідне, проте слід уникати переміщень, коли це можливо, адже солдати часто відчувають у таких випадках відчуження та приниження. Основною характеристикою цілодобового нагляду є те, що солдат перебуває під наглядом 24 години на добу, після чого має пройти оцінювання стану свого психічного здоров'я у лікаря. Чіткі процедури цього нагляду зазначені у додатку 26.2.

ДОДАТОК 26.1

РОЗПОРЯДЖЕННЯ ЩОДО НАГЛЯДУ ТОВАРИША

ДАТА:
РОЗПОРЯДЖЕННЯ ДЛЯ (КОМАНДИРА, ПІДРОЗДІЛУ)
ПРЕДМЕТ: Нагляд товариша для _____ (повне ім'я солдата)

1. Стан психічного здоров'я солдата було оцінено у _____ Клініці психічного здоров'я _____(дата). Результати оцінки засвідчили, що Солдат може становити певний ризик для себе чи інших. Рівень ризику на цей момент не вказує на необхідність госпіталізації, проте рекомендується груповий нагляд, підтримка і безпека.
2. Процедури нагляду товариша передбачають:
   а. Командир має призначити когось, хто постійно наглядатиме за солдатом від підйому до відбою. Солдату можна дозволити відвідувати вбиральню самому, якщо біля входу на нього чекає товариш чи сержант, що приставлений для нагляду. Вночі постійний нагляд не потрібен, але Солдат не має спати на самоті. Дії, які спеціально виділятимуть Солдата під наглядом товариша для великої кількості осіб (наприклад, примус солдата носити бронежилет впродовж дня), заборонені.
   б. Огляд місця проживання задля здоров'я і добробуту Солдата: необхідно вилучити небезпечні матеріали (таблетки, ножі тощо).
   в. Повне обмеження доступу до алкоголю чи небезпечних предметів, таких як:
      1) власна зброя, ножі, запальнички, ювелірні прикраси з гострими краями, фени (столові прибори, окрім гострих ножів, — дозволені);
      2) таблетки (кожна доза медикаментів має видаватись лікарем, помічником лікаря чи відповідальним сержантом тощо);
   г. Солдат може мати при собі вогнепальну зброю, що видана військовим підрозділом, якщо було видалено бойок.
   ґ. Солдату рекомендовано виконувати свої військові (небойові) обов'язки та фізичні вправи. Фізичні вправи часто покращують психічний стан.
3. Цей план вступає в силу відсьогодні, його закінчення визначається лікарем Клініки психічного здоров'я та погоджується з командиром. Продовження нагляду товариша після зазначеного періоду, визначеного лікарем, вважатиметься знущанням.
4. Якщо стан Солдата погіршиться, наглядач Солдата має зателефонувати до Клініки психічного здоров'я за телефоном ххх-хххх в робочий час або супроводити Солдата до пункту медичної допомоги після робочих годин. Якщо неможливо скористатись телефоном чи дістатись лікаря, Солдата необхідно негайно доправити до Клініки психічного здоров'я для огляду та оцінки його стану лікарем в робочий час.

Наступний огляд у лікаря призначено на _____ о _____ годині у Клініці психічного здоров'я.

_____ _____
Представник командування Лікар

Адаптовано з форми, розробленої у 2-й піхотній дивізії; початкова форма була розроблена капітаном Sally Chessani (нині полковник Sally Harvey), ліцензованим клінічним психологом.

Зазначені процедури для обох типів нагляду створені з метою надання командиру точних вказівок щодо заходів і методів нагляду для безпеки солдата. Це письмове керівництво допомагає уникнути плутанини, яка може виникнути при розпливчатих словесних рекомендаціях з групового нагляду, та використовується як засіб зв'язку й субординації. Цілодобовий нагляд буває корисним у керуванні солдатами, що мають суїцидальні чи гоміцидальні думки саме щодо військового оточення та мають мало чинників ризику, окрім словесних загроз. Наприклад: «Я вб'ю себе (чи мого командира), якщо мені доведеться повертатись до мого підрозділу». Такі загрози часто (хоча і необов'язково) використовуються задля зміни середовища, наприклад, щоб домовитись із командиром про те, що військовослужбовця буде переведено до іншого взводу, якщо погрози щодо суїциду чи гоміциду передбачають загрозу для сержанта підрозділу, групи чи загону.

На додачу до розпорядження, що містить конкретні рекомендації, автори рекомендують надавати командиру інформаційний документ (додаток 26.3), особливо якщо командир виражає

ДОДАТОК 26.2

РОЗПОРЯДЖЕННЯ ЩОДО ЦІЛОДОБОВОГО НАГЛЯДУ

ДАТА:
РОЗПОРЯДЖЕННЯ ДЛЯ (КОМАНДИРА, ПІДРОЗДІЛУ)
ПРЕДМЕТ: Цілодобовий нагляд для _____ (повне ім'я солдата)

1. Стан психічного здоров'я солдата було оцінено у _____Клініці психічного здоров'я _____(дата). Результати оцінки вказали, що Солдат може становити певний ризик для себе чи інших. Рівень ризику на цей момент не вказує на необхідність госпіталізації, проте рекомендується цілодобовий нагляд, підтримка і безпека.
2. Процедури цілодобового нагляду передбачають:
   а. Необхідний постійний нагляд, включаючи супроводження солдата до вбиральні та під час прийому їжі.
   б. Солдат має спати в кімнаті з членом підрозділу, який не спить, чи у військовому центрі (без небезпечних предметів) біля штабної служби/НС, щоб за солдатом постійно спостерігали впродовж всієї ночі. Інші дії, щоб спеціально позначити Солдата під цілодобовим наглядом всьому підрозділу (наприклад, примус Солдата носити дорожній бронежилет протягом всього дня), заборонені та вважатимуться знущанням.
   в. Огляд місця проживання задля його здоров'я і добробуту; необхідно вилучити небезпечні матеріали (таблетки, ножі, зброю тощо). Вогнепальну зброю солдата можна не забирати, а лише дезактивувати (наприклад, видалити бойок або ударник з М-16).
   г. Усі відвідувачі, які не є членами підрозділу (окрім членів родини), мають бути видалені командирами.
   ґ. Упевнитись, що солдат не має доступу до алкоголю чи небезпечних предметів, таких як:
      1) власна зброя, ножі, запальнички, ювелірні прикраси з гострими краями, фени (столові прибори, окрім гострих ножів, дозволені);
      2) таблетки (кожна доза медикаментів повинна видаватись лікарем, помічником лікаря чи відповідальним сержантом тощо);
   д. солдат може мати при собі вогнепальну зброю, що видана військовим підрозділом, якщо було видалено бойок.
3. Солдат має виконувати свої військові (небойові) обов'язки та фізичні вправи. Фізичні вправи часто покращують психічний стан.
4. Цей план вступає в силу відсьогодні, його закінчення визначається лікарем Клініки психічного здоров'я та погоджується з командиром. Продовження цілодобового нагляду після зазначеного періоду, визначеного лікарем, вважатиметься знущанням.
5. Якщо стан Солдата погіршиться, наглядач Солдата має зателефонувати до Клініки психічного здоров'я за телефоном ххх-хххх в робочий час або супроводити Солдата до пункту медичної допомоги після робочих годин. Якщо неможливо скористатись телефоном чи дістатись лікаря, Солдата необхідно доправити до Клініки психічного здоров'я для огляду та оцінки його стану лікарем в робочий час.
6. Наступний огляд у лікаря призначено на _____ о _____годині у Клініці психічного здоров'я.

_____ _____
Представник командування Лікар

НС: нагляд старшого по команді

скептицизм чи почувається невпевнено стосовно наданих рекомендацій. Цей документ містить навчальну інформацію для групи та може зменшити занепокоєння щодо безпеки та цінності групового нагляду. Вирішальне значення має командна підтримка групового нагляду. Якщо командири підрозділів не повною мірою поінформовані та не мають необхідних знань, вони можуть відчувати себе зобов'язаними втрутитися далі і спробувати тиснути на систему психічного здоров'я, щоб госпіталізувати військовослужбовця.

Додаток 26.4 — це приклад стандартної процедури для команди психічного здоров'я, що здійснює загальне керівництво застосуванням групового нагляду в умовах гарнізону. Переконання медиків про необхідність психіатричної госпіталізації в різних ситуаціях значно відрізняються, тому жодні абсолютні принципи та клінічні чинники, які вимагають госпіталізації під час групового нагляду, не розглядаються у цьому розділі. Ці змінні в рішеннях, що стосуються госпіталізації, підсилюють важливість документування оцінки

ДОДАТОК 26.3

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ДОКУМЕНТ ДЛЯ КОМАНДИРІВ

МСХС-ВН
ІНФОРМАЦІЙНИЙ ДОКУМЕНТ
ПРЕДМЕТ: Керування солдатами з суїцидальними та гоміцидальними думками

1. Посилання: FM 4-02.55 ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙНИ, FM 22-51 «Методологія командира щодо подолання стресу в умовах війни».

2. Цілі. Надати інформацію командирам стосовно використання групового нагляду та керування солдатами, які мають суїцидальні чи гоміцидальні думки.

3. Огляд:

Коли до уваги командира доведено, що Солдат має суїцидальні думки, командир має негайно зв'язатися з працівником психічної охорони здоров'я, щоб впевнитись у проведенні оцінки ризику. Ці процедури не мають обмежуватись цим інформаційним документом. Щойно працівник охорони психічного здоров'я оцінить стан Солдата, він почне оцінювати чинники ризику (зокрема, психіатричний діагноз, наявність попередніх спроб самогубства та наявність спроб самогубства у родині Солдата, наявність плану самогубства) та надасть рекомендації командиру. Ці рекомендації включатимуть одну з таких: повне повернення до виконання обов'язків із наглядом та підтримкою для солдатів із низькими чинниками ризику; Нагляд товариша (або Базові застереження в умовах війни) для солдатів із низькими чи помірними чинниками ризику; Цілодобовий нагляд для солдатів з помірними чинниками ризику та госпіталізація для солдатів з високим ризиком. Важливість та цінність Базових застережень, Нагляду товариша та Цілодобового нагляду (на відміну від госпіталізації) для солдата і командира полягають у такому.

Солдат здатен виконувати свої професійні завдання на певному рівні та підтримувати соціальні зв'язки у своєму підрозділі. Це допомагає запобігти почуттям ізоляції та нікчемності, які іноді бувають наслідками госпіталізації.

Солдат уникає упереджень, які, на жаль, часто асоціюються з госпіталізацією. Хоча, можливо, деякі упередження можуть бути пов'язані з груповим наглядом, принаймні солдати підрозділу щодня бачать Солдата і, таким чином, менш схиляються до створення хибних уявлень про проблему: наприклад, що Солдат «псих» та «замкнений у гумовій кімнаті». Ці помилкові ідеї поширені в нашій культурі та іноді можуть створювати проблеми при поверненні Солдата до підрозділу після госпіталізації.

Солдат має можливість розповісти про своє занепокоєння комусь зі свого оточення. Солдати, що мають суїцидальні думки, часто відчувають полегшення після розмови з ВС, які здатні вислухати та підтримати. Таким чином, на практиці використовується концепція підрозділу Армії як «родини» Солдата й надається додаткова підтримка і нагляд члену підрозділу в біді.

Солдати з «конкретно військовими» суїцидальними думками («Я вб'ю себе, якщо ви не відпустите мене з Армії») швидко розуміють, що система охорони психічного здоров'я не створює шляхів втечі від їхніх обов'язків, хоча допомагає Солдату пристосуватись до ситуації. Це повідомлення має дістатись до свідомості кожного солдата та, можливо, зменшить число Солдатів, які мають «конкретно військові» суїцидальні думки. Це може підвищити бойову готовність завдяки скороченню кількості солдатів, що шукатимуть шляхи втечі з Армії за допомогою системи охорони психічного здоров'я.

Підрозділ і командири усіх рівнів отримують значний досвід в управлінні Солдатами, які виражають суїцидальні думки. Цей досвід і використання групового нагляду можуть підвищити бойову готовність, адже існує висока імовірність того, що підрозділу доведеться стикатися з подібними процедурами в умовах війни. Вміле використання групового нагляду в бойовому оточенні може запобігти «синдрому евакуації», за якого значна кількість Солдатів, які мають суїцидальні думки, евакуюють з місця операції, коли підрозділи не в змозі подолати цю проблему.

4. Типи групового нагляду:

а. Нагляд товариша. Член підрозділу має постійно наглядати за Солдатом від підйому до відбою. Солдат не повинен спати один в кімнаті, проте постійний нагляд вночі не потрібен. Солдат буде дотримуватись вказівок психолога протягом 5 днів із початку нагляду, а потім має пройти переоцінку (зазвичай швидше, ніж за 5 днів). Якщо значний ризик суїциду лишається, Солдата, як правило, госпіталізують, щоб бойова готовність підрозділу та увага не надмірно приділялась нагляду за Солдатом.

б. Цілодобовий нагляд. Член підрозділу має постійно наглядати за Солдатом впродовж 24 годин на добу. Командири підрозділу часто використовують штатного ВС або СК для цього завдання. Цей тип нагляду загалом використовується лише для «конкретно військових» суїцидальних думок, коли Солдат висловлює конкретні погрози, пов'язані з його бажанням звільнитись з Армії чи покинути місце дислокації, та не має інших чинників ризику (наприклад, депресивного розладу, попередніх спроб суїциду), які створили б необхідність госпіталізації. Солдат буде знаходитись під наглядом цілодобово відповідно до інтенсивної природи цього методу нагляду. Надалі лікар знову має оцінити ризик та надати відповідні рекомендації.

в. Базові застереження: з огляду на те, що рекомендації з базових застережень технічно не є груповим наглядом, це набір застере-

жень щодо безпеки, який має використовуватись в бойовому оточенні. Найголовніше застереження полягає в тому, що Солдат не повинен брати участі в бойових діях (чи виконувати обов'язки поза ПОБ), та необхідності впевнитись, що бойок витягнуто зі зброї Солдата.

5. Солдат із гоміцидальними думками.

Солдати, які висловлюють гоміцидальні думки, мають бути направлені до працівника охорони психічного здоров'я для оцінки та визначення психічного розладу, який може спричинювати гоміцидальні думки, оцінки ризику та початку лікування при наявності психічного розладу. За відсутності серйозного психічного розладу, який може спричинювати гоміцидальні думки, сама їх наявність не є вказівкою необхідності госпіталізації. Працівник охорони психічного здоров'я має зробити певні кроки, щоб впевнитись у тому, що командир попередив потенційну жертву та може призначити Нагляд товариша чи Цілодобовий нагляд як метод захисту особи, що знаходиться під загрозою. Якщо рівень ризику дуже високий, командир має можливість проконсультуватись з НВЮС стосовно можливості утримання Солдата під вартою, якщо госпіталізація не є зазначеною.

6 Висновки.

Використання групового нагляду — цінний інструмент для командира у підтримці Солдатів та підвищенні бойової готовності. Працівники охорони психічного здоров'я працюватимуть, щоб визначити необхідний метод керування, та госпіталізуватимуть Солдата, якщо рівень ризику потребує такого втручання. Працівники охорони психічного здоров'я не можуть передбачити суїцид чи гоміцид, але вони вміють чітко дотримуватись зазначених шляхів для визначення ризику та необхідності госпіталізації. Ваша підтримка методів лікаря надасть можливість впевнитись, що ваш Солдат отримає найбільш ефективний метод втручання.

_____ _____

Представник командування Лікар

ВС — відповідальний сержант; СК — старший по казармі; ПОБ — передова оперативна база; НВЮС — начальник військово-юридичної служби

та прийняття рішень під час клінічного процесу в кожному випадку. І, нарешті, коли лікар вирішує призначити закінчення групового нагляду, буде корисним направити команді стандартний документ із цією рекомендацією. Командири можуть очікувати таке письмове сповіщення перед тим, як закінчиться груповий нагляд. Додаток 26.5 — це приклад такого розпорядження.

В умовах розгортання

Система нагляду у гарнізоні має бути окремо модифікована для місць постійної дислокації з двох причин. Першою з них є визнання того, що доступ до смертоносної зброї тут незмірно посилюється. Таким чином, нагляд товариша необхідно прибрати з можливих варіантів. Замість нього використовується цілодобовий нагляд для солдатів із підвищеним ризиком суїциду чи гоміциду, які не потребують госпіталізації.

Ще один варіант зниження ризику в солдатів на місці постійної дислокації — так звані «основні запобіжні заходи». Основними заходами запобігання є видалення ударника (або бойка) зі зброї солдата та відсторонення від бойових обов'язків до особливого розпорядження. Додаток 26.6 — розпорядження про основні запобіжні заходи, що успішно використовувались для оповіщення щодо застережень для командирів від одного з авторів (фахівця в галузі (SP)) під час розгортання в 2006–2007 роках. Тоді основні запобіжні заходи застосовувались у різних ситуаціях, у тому числі при виникненні нечітких суїцидальних і гоміцидальних думок. Але були присутні й кілька інших чинників ризику в солдатів, які потребували лікування перед тим, як повністю повернутись до виконання своїх обов'язків.

Друга причина полягає в тому, що залежно від підрозділу лікар може мати доступ до медичного закладу, що керується медичною командою в батальйоні тилового забезпечення бригади. Хоча традиційні керівні принципи контролю стресу в умовах війни підкреслюють необхідність відокремлення солдатів із психологічними проблемами від пацієнтів із медичними та хірургічними захворюваннями, використання цієї площі на короткий час для управління ризиком суїциду було ефективним в умовах розгортання. Базуючись на цих двох модифікаціях, модель та концепція ролі групового нагляду в умовах розгортання зобразили в таблиці 26.2. Ця модель використовувалась одним з авторів (фахівцем у галузі (SP)) для тренування навичок лікарів та психологів розпізнавати

ДОДАТОК 26.4

СТАНДАРТНІ ПРОЦЕДУРИ ДЛЯ НАГЛЯДУ ТОВАРИША ТА ЦІЛОДОБОВОГО НАГЛЯДУ

СТАНДАРТНІ ПРОЦЕДУРИ

Нагляд товариша та Цілодобовий нагляд

1. ЦІЛІ: встановити процедури для використання Нагляду товариша, Цілодобового нагляду та керування Солдатами, що проходять оцінку та лікування суїцидальної поведінки.

2. СФЕРА: увесь персонал, що працює у Відділенні охорони психічного здоров'я

3. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ:

а. Усіх пацієнтів, які описують свої нинішні або нещодавні суїцидальні думки (тобто в межах 2 тижнів), оглядають у клініці. Суїцидальні думки, спроби самогубства або гоміцидальні думки мають бути розглянуті лікарем перш ніж відпустити солдата. (Оцінка ризиків після прийомних годин має виконуватися співробітниками відділення швидкої допомоги після консультації з викликаним працівником охорони психічного здоров'я.)

б. Оцінка потенційної шкоди містить перегляд психіатричної історії хвороби Солдата й оцінки чинників ризику. Чинниками ризику скоєння суїциду є як мінімум такі: попередні спроби самогубства, частота та продовження суїцидальних думок/планів/намірів, доступ до летальних методів самогубства, наявність або відсутність зловживання алкоголем і наркотиками, ознаки чи симптоми афективних і тривожних розладів, наявність значного стресу, соціальна підтримка, «тестування реальності» та випадки скоєння самогубства в родині Солдата. Чинниками ризику гоміциду як мінімум є такі: історія минулого насилля чи жорстокого поводження, частота та продовження гоміцидальних думок/планів/намірів і визначення доступу до летальних засобів.

в. Лікування має бути відповідним до проведеної оцінки стану та має передбачати безпеку всіх, хто має безпосередній стосунок до Солдата.

г. Документація має бути завершена в день проведення оцінки ризику.

4. ПРОЦЕДУРИ:

а. Нагляд товариша може бути рекомендований, якщо існує ризик, що Солдат може завдати шкоди собі чи іншим. Але лікар чітко зазначає в документі, що ризик не є настільки високим, що Солдату необхідна госпіталізація. Нагляд товариша дозволяє спостерігати за Солдатом під час лікування та має переваги над госпіталізацією, що описані в Додатку В.

б. Цілодобовий нагляд може бути рекомендований для Солдата, що потребує більш постійного нагляду, ніж може запропонувати Нагляд товариша, та зазвичай призначається для Солдатів, які становлять певну загрозу завдання шкоди собі чи іншим, з метою уникнути виконання своїх обов'язків та отримати звільнення з військової служби («Я вб'ю себе, якщо ви не відпустите мене з Армії»). Оцінка ризику та висновки лікаря, що ризик Солдата не такий високий, щоб призначити госпіталізацію, мають бути чітко задокументовані.

в. Процедури Нагляду товариша та Цілодобового нагляду детально пояснюються в Додатках А і Б. Важливою різницею цих двох процедур є те, що Солдат під наглядом товариша потребує спостереження лише від підйому до відбою, тоді як Солдат під Цілодобовим наглядом потребує постійного нагляду.

Коли Солдат знаходиться під Наглядом, призначений лікар має зробити спробу зв'язатись з командиром і обговорити причини нагляду та інші відповідні проблеми. Відповідне розпорядження має бути передано командиру через особу, яка супроводжує Солдата. Якщо командир потребує додаткової інформації про груповий нагляд чи не певний щодо доцільності групового нагляду, інформаційний документ Керування солдатами з суїцидальними та гоміцидальними думками буде направлено до командира через особу, яка супроводжує Солдата. Солдат під час Нагляду товариша має відвідувати лікаря як мінімум 1 раз на 5 днів до припинення нагляду. Солдат під час Цілодобового нагляду має відвідувати лікаря для переоцінки 1 раз упродовж 24 годин. Працівник охорони психічного здоров'я буде оцінювати стан Солдата кожного разу до закінчення нагляду. Рішення про закінчення групового нагляду має право приймати лише лікар-психіатр. Розпорядження про закінчення нагляду буде підписано лікарем та направлено командиру.

Груповий нагляд — це рекомендація для командира. Працівники охорони психічного здоров'я зобов'язані обговорити свої рекомендації з командиром, розуміючи конкретні обставини в підрозділі. В усіх випадках безпека Солдата та інших солдатів має стояти на першому місці.

Нагляд товариша та Цілодобовий нагляд буде використовуватись лише для солдатів, чий рівень ризику було оцінено лікарем у медичному закладі. Груповий нагляд може бути призначений лікарем з відділення невідкладної допомоги, якщо він попередньо проконсультувався з лікарем-психіатром і вони дійшли згоди.

ДОДАТОК 26.5

РОЗПОРЯДЖЕННЯ ПРО ПРИПИНЕННЯ ГРУПОВОГО НАГЛЯДУ

Дата:
РОЗПОРЯДЖЕННЯ ДЛЯ (Командира, підрозділу)

ПРЕДМЕТ: Припинення Цілодобового нагляду/Нагляду товариша для

НСС:

1. Вищезазначеному солдату було рекомендовано Цілодобовий нагляд/Нагляд товариша _____(дата).
2. Вищезазначений солдат пройшов оцінку в _____ Клініці психічного здоров'я знову _____ (дата). Зараз я вважаю, що військовослужбовець не становить ризику для себе чи інших, та рекомендую припинення Цілодобового нагляду/Нагляду товариша.
3. Хоча цей солдат не становить значного ризику або небезпеки для себе чи інших, будь ласка, візьміть до уваги, що рівень ризику Солдата може змінитись.
4. Якщо солдат має повторні суїцидальні чи гоміцидальні думки або демонструє іншу поведінку, яка може становити ризик завдання шкоди собі чи іншим, Солдата необхідно супроводити до клініки (в робочий час) чи до відділення невідкладної допомоги (в неробочий час) для оцінки ризику.
5. Наступний прийом у лікаря призначено у Військовій амбулаторії психічного здоров'я _____(дата) о _____(час).
6. Координатор цього розпорядження підписується нижче ххх-хххх.

_____
Лікар

НСС — номер соціального страхування

ризики суїциду та гоміциду під час розгортання 2006–2007 років. Наступний приклад групового нагляду використовувався в умовах розгортання.

Приклад із практики 26.1. 31-річний одружений афроамериканець, який перебував у зоні бойових дій, звернувся до психіатричної лікарні, дізнавшись, що дружина вирішила від нього піти. Він заявив, що якби мав шанс повернутись додому, то мав би змогу врятувати своє подружнє життя, та додав, що вб'є себе, якщо йому не дозволять залишити військову службу. Під час першої психологічної оцінки він не описував конкретних планів для скоєння самогубства і казав, що раніше не мав суїцидальних думок. Він заперечував будь-які попередні психічні хвороби, не був хворим тілесно і не вживав алкоголь, рекреаційні наркотики або будь-які лікарські препарати. Командиру було рекомендовано встановити цілодобовий нагляд і лікування психічного розладу, щоб допомогти йому подолати кризу. На зустрічі з метою обговорення плану для забезпечення безпеки солдатів, командир підрозділу доповів, що нещодавно також служив у групі МТЗ (матеріально-технічного забезпечення). Під час першої зустрічі сержант солдата згадав, що командир батальйону був дуже задоволений майстерністю солдата на нещодавньому завданні. Він також висловив те, що команда цінує солдата не лише як військового, а й як людину та члена команди. Було погоджено встановити цілодобове спостереження за солдатом у м'якій формі: зняти бойок у його вогнепальній зброї, прибрати від нього боєприпаси і ножі, а також дозволити йому залишитися на базі, де йому, ймовірно, не знадобиться зброя. Солдату дозволили обрати солдатів, які наглядатимуть за ним залежно від того, з ким він мав найтісніший зв'язок. Далі його повернули на військову службу та надавали необхідну психологічну допомогу наступні 2 дні. Солдат доповів, що під час цілодобового нагляду він мав час поговорити про свої проблеми із своїми наглядачами. За цей час він продовжував працювати за звичайним розкладом і кожен день приходив до лікаря, щоб пройти коротке оцінювання свого стану та отримати психологічну терапію. Через 2 тижні він почав очікувати розлучення і зрозумів, що його присутність вдома навряд чи вплинула б на рішення дружини. Він також зазначив, що звільнення зі служби чи самогубство не вирішило б його проблеми зі шлюбом. На цьому етапі цілодобовий нагляд було припинено. Його бойок, боєприпаси та ножі були повернені, і, хоча дружина таки залишила його, він зміг

ДОДАТОК 26.6

БАЗОВІ ЗАСТЕРЕЖЕННЯ

ВМЦ
ПОБ Ірак,
Дата
РОЗПОРЯДЖЕННЯ ДЛЯ КОМАНДИРА,
ПРЕДМЕТ: Базові застереження для _____ НСС: _____

1. Цей військовослужбовець був оцінений в ПОБ _____ ВМЦ. Базуючись на оцінці стану військового і його поточного психічного стану, подані застереження рекомендовані командиру задля підтримки та безпеки членів його підрозділу. Оцінка психічного стану військового вказала, що на цей час солдат не становить небезпеки чи ризику; він не потребує госпіталізації чи групового нагляду.
2. Застереження:
   а) вилучити бойок зі штатної зброї солдата;
   б) жодних бойових чи «виконання поза ПОБ» завдань до наступного розпорядження;
   в) солдат має виконувати свої обов'язки (окрім бойових) і має проходити фізіотерапію. Фізіотерапія може допомогти покращити стан психічного здоров'я.
3. Якщо стан здоров'я солдата погіршується, наглядач має звернутись до ПОБ _____ ВМЦ _____ психічного здоров'я в ххх-хххх або супроводити солдата до ВМЦ для оцінки.

Наступний прийом у лікаря цьому солдату призначений в ПОБ _____ ВМЦ _____
(дата) о _____ (година) з _____ .

_____ _____
Представник командування Лікар

ВМЦ — військово-медичний центр; ПОБ — передова оперативна база; НСС — номер соціального страхування

продовжити виконання завдання у своєму підрозділі. Його емоційний стан повернувся до нормального приблизно через місяць після його звернення по допомогу. Після кількох місяців постійного спостереження він більше не потребував лікування до кінця своєї служби.

У цьому випадку розглянуто солдата із суїцидальними думками та гострою емоційною кризою, яка трапилась внаслідок повідомлення дружини щодо її наміру розлучитися. Його доступ до зброї, глибокий стрес та особиста втрата створили значний ризик спроби суїциду. Однак він не мав чіткого плану самогубства або значних медичних чи психологічних проблем. Таким чином, закріплений лікар вирішив, що для лікування необхідно впевнитись у безпеці пацієнта за допомогою цілодобового нагляду на достатній період, щоб переконатись у подоланні первинної кризи. Було створено відповідне безпечне оточення для солдата, а його підрозділ надав моральну підтримку та безпеку. Як і очікувалось, упродовж двох тижнів його емоційна криза була подолана, а впродовж місяця поліпшилися симптоми завдяки його розумінню та прийняттю зміни життєвої ситуації.

У гарнізонах чи місцях розгортання лікар-клініцист має чітко задокументувати ризики суїциду чи гоміциду та надати обґрунтування конкретного методу лікування (наприклад, нагляд товариша, цілодобове спостереження, загальні попереджувальні заходи, утримання пацієнта, а не госпіталізація чи переведення). Військовий підрозділ — це унікальне згуртоване середовище, яке дає змогу ефективно втрутитись і знизити ризик суїциду та гоміциду. Однак, оскільки ці заходи є відносно невідомими в цивільному секторі, ретельне документування чинників ризику самогубства та обґрунтування необхідності і безпечності групового нагляду необхідні у кожному випадку. Також рекомендовано документування розмов із командуванням, навчання групи та надання гарантії того,

ТАБЛИЦЯ 26.2

КЕРУВАННЯ РИЗИКОМ СУЇЦИДУ ТА ГОМІЦИДУ В УМОВАХ РОЗГОРТАННЯ

	Повне виконання своїх обов'язків	**Базові застереження**	**Цілодобовий нагляд (або постійний нагляд за пацієнтом)**	**Переміщення до військового медичного закладу**
	Найменш обмежувальні заходи ←			→ Найбільш обмежувальні заходи
Дії	Солдат просить (в усній формі) створити безпечне оточення	1. Видалити бойок зі зброї солдата 2. Жодних завдань на ПОБ до наступного розпорядження	1. Безпечність зброї та відсутність медичних засобів в зоні доступу 2. Солдат під постійним наглядом 24 години на добу	Виконання процедури переміщення
Приклади	СД, мало чинників ризику, можливість попросити про надання безпеки	1. Первинні прояви конкретно військових СД/ГД. 2. Психічний розлад із СД/ГД, але ризик недостатньо високий для призначення групового нагляду 3. Вихід із групового нагляду	1. Конкретно військові СД/ГД, проте ризик недостатньо високий для госпіталізації 2. Психічний розлад із СД/ГД, проте ризик недостатньо високий та солдат не потребує госпіталізації	1. Великий ризик суїциду/гоміциду, що потребує госпіталізації 2. Серйозна медикаментозна спроба суїциду (передозування, глибокі чи рвані рани, що потребують накладення швів) 3. Ризик суїциду/гоміциду не знизився після 5 днів (не більше), незважаючи на лікування під час групового нагляду
Переваги	1. ПВО 2. Жодних упереджень чи відчуження	1. Набагато менше упереджень, ніж при груповому нагляді 2. Певний рівень безпеки	1. Високий рівень заходів безпеки 2. Висока імовірність ПВО 3. Відповідає ННОП	Найвищий рівень заходів безпеки
Недоліки	Відсутні заходи безпеки	Менше заходів безпеки, ніж при груповому нагляді	1. Упередження та відчуження 2. «Роль хворого» через постійне спостереження за пацієнтом	Низька імовірність ПВО, порушує ННОП, якщо вказівки недостатньо чіткі

СД — суїцидальні думки; ГД — гоміцидальні думки; ПВО — повернення до виконання обов'язків; ПОБ — передова оперативна база; ННОП — наближеність, негайність, очікування, простота (англ. PIES).

що група здатна провести відповідний нагляд за солдатом. І, нарешті, широке застосування групового нагляду військовими психіатрами та його включення до практики Американської психіатричної асоціації можуть допомогти встановити груповий нагляд як відповідний, хоча і не заснований на фактичних даних, метод серед військовослужбовців.

МЕДИКО-ЮРИДИЧНІ ПИТАННЯ

Правові наслідки використання групового нагляду хвилюють багатьох працівників охорони психічного здоров'я. Адже не існує точного еквівалента групового нагляду в цивільному секторі. Приблизним аналогом хіба що може бути відправлення пацієнта додому з батьками або членами сім'ї, які обіцяють наглядати за пацієнтом і вилучати зброю або позбавляти доступу до медикаментів. Нагляд за особами, що мають ризик суїциду, у в'язницях може використовувати схо-

жі процедури, хоча існує очевидна різниця між тюремним оточенням та казармами Армії. Попри те, що необхідність співпраці з юридичною спільнотою стосовно цих питань є очевидною, жодне літературне джерело не розглядає цей аспект. Наведені короткі висновки окреслять медико-юридичні проблеми.

Працівники охорони психічного здоров'я в громадянському суспільстві серйозно занепокоєні щодо відповідальності, коли пацієнт скоює самогубство або здійснює вбивство. Багато позовів до лікарів містять пункти про недбальство, адже самогубство чи вбивство було скоєне після проведення психологічної експертизи, коли госпіталізація не була визнана необхідною. Чинники, що вказали б на відповідальність працівника охорони психічного здоров'я, часто містять неправильну оцінку ризику чи неправильний метод його подолання [20]. Неправильне документування роботи лікаря зі спостереження за ризиками часто приводить до рішення суду на користь позивача. Неправильна оцінка ризиків суїциду також може бути основою для визнання халатності працівника охорони психічного здоров'я. Тюремний персонал і наглядачі були притягнуті до відповідальності у разі скоєних самогубств у цивільних в'язницях через невиконання обов'язків щодо здоров'я і добробуту своїх підопічних. Недостатня підготовка персоналу або недостатньо якісне виконання стандартних процедур може привести до визнання халатності.

Військові командири і лікарі мають унікальний захист від позовів у вигляді положення Feres, що є винятком із Закону про порушення законних прав федеральними органами. Положення пов'язане з Feres v US [21], яке об'єднало три позови стосовно травм чи смерті трьох військових через ймовірну недбалість працівників військової служби. Два випадки містили недбальство лікаря. Верховний суд США постановив, що не було жодних підстав для деліктного позову щодо смерті або травмування члена Збройних сил, якщо травма або смерть відбулась «в ході інциденту під час служби у Збройних силах» [21]. Багато позовів стосовно халатності або тих, що прагнули фінансової компенсації, було відхилено через положення Feres, у тому числі позови, в яких командири були звинувачені в нездатності вжити відповідних заходів за наявності доказів суїцидальних намірів солдата. Звернення до суду як дійсних військовослужбовців, так і демобілізованих має відбуватись через військові суди (подавати позов до федеральних судів заборонено).

Самогубство солдата під час групового нагляду може викликати питання, чи правильно працівник охорони психічного здоров'я оцінив ризик і чи впевнився у правильному методі втручання. Командира також необхідно допитати щодо компетентності проведення групового нагляду. Ще одна проблема полягає в тому, що солдати, які проводять груповий нагляд, мають недостатньо або взагалі не мають подібного досвіду та можуть неправильно оцінити серйозність наслідків при неправильному дотриманні вказівок. Хоча позови часто відхиляються через положення Feres, військові все одно можуть вжити дисциплінарних заходів щодо лікарів або командирів, якщо внутрішнє розслідування вкаже на їхню провину або недбалість. Грошові стягнення можуть бути застосовані задля компенсації заподіяного. Директива МО 6025.13 визначає процедури розслідування халатності [22]. Якщо начальник медичної служби у конкретному військовому підрозділі визначає, що необхідно відібрати певні привілеї у конкретного лікаря, ці дані вносяться до Національної інформаційної бази лікарів (NPDB — National Practitioner Data Bank). NPDB — це база даних, що надає інформацію про конкретні галузі видачі ліцензій лікаря, включно із членством в професійних спілках, історією медичної халатності, записами про клінічні привілеї, несприятливим ліцензуванням, висновками щодо позбавлення клінічних привілеїв та інших негативних дій, вжитих проти конкретного лікаря. Така інформація надається через юридичні запити, щоб допомогти державним органам ліцензування, лікарням та іншим об'єктам охорони здоров'я у встановленні кваліфікації лікарів, яких збираються найняти, ліцензувати або яким планують надати привілеї. Ці дії виконуються з боку військових для впевненості, що працівники військової охорони здоров'я відповідають не лише військовим, а й цивільним стандартам. Результатом досліджень усіх військових справ про недбальство лікаря з 1978 по 1987 рр. стало виявлення 14 справ, що містили спробу чи скоєння су-

їциду; за 6 із них вимагали грошових компенсацій на загальну суму 754 тисяч доларів [24].

Груповий нагляд для керування ризику суїциду чи гоміциду, можливо, є найлегшим із можливих вирішень проблеми. Історичне рішення у справі Тарасової (Tarasoff case*), хоча і є прецедентним лише в штаті Каліфорнія, створило відповідальність лікарів у прийнятті рішень для захисту потенційної жертви, якщо лікар вважає, що присутня імовірність вбивства [25, 26]. У справі Тарасової пацієнт сказав своєму психіатру, що він планує вбити жінку, в яку він закоханий. Коли вбивство було розслідувано, психіатра визнали винним, тому що він не попередив жертву і недостатньо працював із пацієнтом. Зараз багато штатів вимагають від лікарів виконання обов'язків захисту потенційної жертви, як у справі Тарасової, шляхом прецедентного чи статутного права. Однак не існує федерального закону із цього питання (стосовно військових). Деякі штати постановили: психіатри є відповідальними за акти насильства з боку їхніх пацієнтів, навіть якщо конкретну жертву не можна виявити, коли не було конкретних загроз або коли вбивство відбувається через кілька місяців після оцінки ризику [27–29]. Військове психіатричне співтовариство зазвичай вказує, що існує обов'язок захищати, незважаючи на відсутність чітких вказівок за законом. Положення Фереса не звільняє лікаря від потенційної відповідальності, якщо пацієнт під час військової служби завдасть шкоди або вб'є цивільну особу; у такому разі буде застосовано відповідний державний закон. Якщо певна особа не знайома із законами кожного штату, кращим рішенням буде дотримання стандартів медичної допомоги типу справи Тарасової. Використання групового нагляду для запобігання вбивства додасть судово-медичну (і етичну) гарантію при оцінці лікарем погроз солдата.

Із досвіду авторів зрозуміло, що велика кількість солдатів, у яких виникають гоміцидальні думки щодо старших за субординацією, мають такі діагнози, як розлад адаптації, розлад особистості або алкогольна залежність. За відсутності сильних психічних розладів ці військові не підпадають під критерії для госпіталізації, проте лікарі їх все-таки часто госпіталізують, бо вважають, що таким чином захищають потенційних жертв. Як альтернативний захід груповий нагляд допомагає захистити потенційних жертв, обмежуючи доступ до засобів летальної дії та надаючи наглядачу вказівки повідомити старші інстанції чи органи, якщо потенційний злочинець розпочне будь-які агресивні дії. Як доповнення до групового нагляду лікарі надають рекомендації для командира: перемістити солдата до іншого загону підрозділу (на випадок гоміцидальних думок щодо безпосереднього командира), попередити потенційну жертву щодо загрози та надати обом сторонам прямий наказ уникати всіляких контактів, окрім необхідних для виконання службових дій. У багатьох випадках ці втручання можуть бути більш ефективними у зниженні ризику, ніж просто повідомлення місцевої поліції та потенційної жертви, відповідно до цивільного стандарту лікування, коли пацієнт не відповідає критеріям втручання через відсутність доказів серйозного психічного розладу.

ВИСНОВКИ

Хоча не існує простих відповідей при оцінюванні та керуванні ризиками суїцидів та гоміцидів у будь-якому оточенні, військові лікарі-клініцисти практикують в унікальному співтоваристві, яке вимагає однозначно військового підходу до проблеми. Подані у цьому розділі інформація та рекомендації можуть допомогти підтвердити й стандартизувати військовий підхід і, сподіваємося, стимулювати дослідження в цій сфері. Наприклад, публікація серії випадків успішного групового нагляду серед солдатів відповідно до керівних принципів, розглянутих вище, сприя-

* *Tarasoff case* — хрестоматійний випадок жорстокого поводження, що можуть проявляти деякі хворі на шизофренію. У 1969 році студентка американського коледжу Тетяна Тарасова була вбита одногрупником на прізвище Поддар, який мав діагноз «шизофренія».

тиме подальшому затвердженню цього методу. Попередні та очікувані дослідження пропонують різні методи та можливі позитивні результати, де груповий нагляд стане можливим навіть у місцях, які на сьогодні не мають змоги його впровадити. Оптимізація, затвердження і, як наслідок, впровадження рекомендацій цього розділу в методи військово-медичних психологічних програм, доктрини контролю стресу в умовах війни та інші військові публікації сприятимуть збільшенню доступних для військових працівників психічного здоров'я ресурсів для підтримки й успішного керування ризиками суїцидів і гоміцидів серед військових строкової служби.

ПОДЯКИ

Автори висловлюють щиру подяку полковнику Саллі Гарвею за розроблення попередньої версії прикладу форм групового нагляду, що використовувались у цій роботі. Ці форми були модифіковані та використані у двох основних військових конфліктах: в операціях «Іракська свобода» і «Непохитна свобода»; у миротворчих операціях на Балканах і в місцях постійної дислокації по всій території Сполучених Штатів, Європи й Азії.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 suppl):1–60.
2. Hassinger AD. Mentoring and monitoring: the use of unit watch in the 4th Infantry Division. *Mil Med*. 2003;168(3):234–238.
3. Pincus SH, Benedek DM. Operational stress control in the former Yugoslavia: a joint endeavor. *Mil Med*. 1998;163(6):358–362.
4. Ritchie EC, Owens M. Military issues. *Psychiatr Clin North Am*. 2004;27:459–471.
5. US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control*. Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.51 (formerly Field Manual 8-51).
6. Jones FD. Psychiatric lessons of war. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes J, eds. *War Psychiatry.* In: Zajtchuk R, Bellamy R, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Office of The Surgeon General, UnitedStates Army and Borden Institute; 1995: 9–25.
7. Solomon Z, Benbenishty R. The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *Am J Psychiatry*. 1986;143:613–617.
8. Jones DR. US Air Force combat psychiatry. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes J, eds. *War Psychiatry.* In: Zajtchuk R, Bellamy R, eds. *The Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Office of The SurgeonGeneral, United States Army and Borden Institute; 1995: 202.
9. Greene-Shortridge TM, Britt TW, Castro CA. The stigma of mental health problems in the military. *Mil Med*. 2007;172(2):157–161.
10. Gal R, Jones FD. A psychiatric model of combat stress. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes J, eds. *War Psychiatry.* In: Zajtchuk R, Bellamy R, eds. *The Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Office of The Surgeon General, United States Army and Borden Institute; 1995: 139.
11. Hill JV, Johnson RC, Barton RA. Suicidal and homicidal soldiers in deployment environments. *Mil Med*. 2006;171(3):228–232.

12. Alaimo CJ, Parker BL. Social support: an undervalued and underused clinical resource. *Fed Pract*. 2004;21(6):27–28,31.

13. Gahm GA, Lucenko BA. Suicide Risk Management and Surveillance Office, Army Behavioral Health Technology Office. *Army Suicide Event Report (ASER) Calendar Year 2004*. Tacoma, Wash: Madigan Army Medical Center; 2005: 16–17.

14 Gahm GA, Lucenko BA. Suicide Risk Management and Surveillance Office, Army Behavioral Health Technology Office. *Army Suicide Event Report (ASER) Calendar Year 2005*. Tacoma, Wash: Madigan Army Medical Center; 2006: 11–17.439 *Suicide and Homicide Risk Management*

15. Sadock BJ, Sadock VA. Somatoform disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* 10th ed. Philadelphia, Penn: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007: 640.

16. Rothberg JM, Jones FD. Suicide in the US Army: epidemiological and periodic aspects. *Suicide Life Threat Behav*. 1987;17(2):119–132.

17. Helmkamp JC. Occupation and suicide among males in the US armed forces. *Ann Epidemiol*. 1996;6(1):83–88.

18. Sadock BJ, Sadock VA. Emergency psychiatric medicine. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* 10th ed. Philadelphia, Penn: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007:898.

19. Adam KS. Attempted suicide. *Psychiatr Clin North Am*. 1985;8(2):183–201.

20. Robertson JD. *Psychiatric Malpractice: Liability of Mental Health Professionals*. New York, NY: Wiley Law Publications; 1988.

21. *Feres v United States*, 340 US 135 (1950).

22. US Department of Defense. Medical Quality Assurance (MQA) in the Military Health System (MHS). Washington, DC: DoD; 2004. DoD Directive 6025.13.

23. National Practitioner Data Bank Guidebook. Available at: http://www.npdb-hipdb.hrsa.gov/npdbguidebook.html. Accessed November 2, 2009.

24. Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas; 1997: 387.

25. *Tarasoff v Regents of the University of California*, 551 P2d 334, 131 Cal Rpt 14 (1976).

26. Sadock BJ, Sadock VA. Clinical-legal issues in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* 10th ed. Philadelphia, Penn: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007:1374.

27. *Lipari v Sears Roebuck*, 497 F Supp 185 (D Neb 1980).

28. *Jablonski v United States*, 712 F2d 391 (1983).

29. *Naidu v Laird*, 539 A2d 1064 (1988).

Розділ 27

ВАЖКІ ПСИХІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ВІЙСЬКОВІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Джефрі Граммер[1]

ВСТУП

КОРОТКОЧАСНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД, ШИЗОФРЕНОФОРМНИЙ РОЗЛАД І ШИЗОФРЕНІЯ

ІНДУЦІЙНИЙ ПСИХОЗ, СПРИЧИНЕНИЙ ЗЛОВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

ТЯЖКА КЛІНІЧНА ДЕПРЕСІЯ

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

ДИСТАНЦІЙНІ ПУНКТИ ЛІКУВАННЯ

ЕВАКУАЦІЯ ПОВІТРЯМ

ВИСНОВКИ

[1] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник психіатричного стаціонару, відділення психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia, Avenue NW, Washington, DC 20307.

ВСТУП

Новобранці з психіатричними захворюваннями часто вперше стикаються з працівниками охорони психічного здоров'я в межах системи військової охорони здоров'я. Особистісний розвиток і життєві обставини сприяють першим проявам хвороби, але вона часто стає помітною тільки після початку служби. Комісії, керуючись медичними стандартами з відбору і зарахування, ефективно відсіюють військовослужбовців із рецидивуючими чи хронічними психічними хворобами. Працівники охорони психічного здоров'я, які турбуються про військових, мають унікальну можливість створити позитивну терапевтичну атмосферу разом із пацієнтами, ще не обізнаними з охороною психічного здоров'я. Також працівники охорони психічного здоров'я повинні переконувати пацієнтів, які не розуміють чи не хочуть прийняти свій щойно поставлений діагноз психічного розладу.

У цьому розділі викладено кілька припущень щодо тяжких психічних хвороб серед військовослужбовців. Діагнози, наявні в цьому розділі, базуються на 4-му виданні Діагностичного і статистичного довідника психічних розладів (DSM-IV), розробленому Американською асоціацією психіатрів. Зони бойових дій вважаються поза межами континентальних Штатів Америки. Важкі психічні розлади містять, проте не обмежуються, такими діагнозами, як короткочасний психічний розлад, шизофреноформний розлад, шизофренія, шизоафективний розлад, маячний розлад, тяжка клінічна депресія та біполярний афективний розлад типу I і II. І, нарешті, використання антидепресантів і нейролептиків потребує від 4 до 6 тижнів, перш ніж вони подіють повною мірою.

Майже 90 % новобранців потрапляють в Армію до 25 років, таким чином підпадаючи під середній вік початку великої кількості психічних захворювань [1]. Шизофренія у чоловіків починається раніше, ніж у жінок, але, виключаючи точніші діагнози, це середній вік прояву більшості захворювань. Вважається, що біполярний афективний розлад має кілька піків захворювання — у старшому підлітковому віці й у віці близько 50 років; саме у цьому віці багато військових закінчують свою кар'єру. Депресія може початись у будь-якому віці, але середній вік, 25 років, припадає якраз на період призову новобранців.

Для більшості осіб прийняти рішення бути військовим досить важко. Адже служба в Армії вимагає географічного розлучення з родиною і друзями, змін у повсякденному житті, втрати можливості певної гнучкості (яку мають цивільні особи) і передбачає потенційно небезпечні завдання. Рішення приєднатись до Армії може стати викликом життя та розвинутись в іншу фазу, адже військовослужбовці стикаються зі стресом, який рідко можна знайти в цивільному житті. Різкі зміни можуть супроводжуватися дестабілізуючою тривогою, що провокує психічні захворювання.

Деякі новобранці йдуть на військову службу, щоб змінити напрям життя. Хоча найчастіше це лише перепона на шляху до успішної кар'єри, іноді це може бути результатом «довійськових» невдач через безсимптомні (субклінічні) чи повністю розвинені психічні хвороби. Обов'язки та жорстокі вимоги придатності до служби можуть бути невідомими для тих, хто дивиться на військову службу як на шанс змінити життя. Щоб потрапити на військову службу, новобранці на власний ризик часто призупиняють фармакологічне лікування (навіть при серйозних психічних захворюваннях) незадовго до проведення базової підготовки.

Військові працюють у різних бойових оточеннях — від віддалених точок із малою кількістю

медичних закладів до місцевостей без жодних наукових медичних центрів. Солдати можуть опинитись у гарнізонах, миротворчих місіях, тренувальних таборах чи бойовому оточенні. Кожне з цих середовищ має власні унікальні складності для новачків і може спричинити прояв тяжких психічних симптомів. Ресурси в кожній із точок створені таким чином, щоб контролювати спалахи симптомів, доки буде надана кваліфікована допомога, часто в межах військових медичних закладів континентальної Америки. Працівники охорони психічного здоров'я надають допомогу в межах системи фізичної недієздатності та військових регулювань. Працівники охорони здоров'я завжди мають діяти відповідно до вимог комісії медичного огляду (яка визначить фізичний стан, необхідний для служби, та проведе потенційне оцінювання непрацездатності) і одночасно намагатись максимізувати клінічні покращення. Ці конкуруючі завдання та потенційно суперечливі інтереси можуть додати небажані складності до лікування пацієнта. Пацієнти, які проходять оцінювання професійної придатності та процедури виявлення інвалідності, можуть мати фінансові чи адміністративні перешкоди до покращення стану або точного звітування щодо зниження їхнього клінічного стану через різний ступінь свідомої чи несвідомої вторинної вигоди.

КОРОТКОЧАСНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД, ШИЗОФРЕНОФОРМНИЙ РОЗЛАД І ШИЗОФРЕНІЯ

Основні порушення мислення та психічних розладів, зображені в DSM-IV, можуть відрізнятись і бути більш унікальними у військовому оточенні. Хоча переважно їх відрізняють за тривалістю симптомів, короткочасний психічний розлад може перерости в розлад мислення, як-от порушення адаптації [2]. Відрізнити справжній шизофреноформний розлад (що визначається повним розвитком симптомів протягом 6 місяців від початку захворювання) від початку шизофренії (яка має такі ж симптоми, як шизофреноформний розлад, проте продовжується все життя) можливо лише після клінічного спостереження. Часто лікарю, можливо, потрібно зачекати, щоб побачити, чи симптоми розвиватимуться з часом; встановлено, що в 25 % випадків вони розвиватимуться [3]. На жаль, для більшості пацієнтів як короткочасний психічний, так і шизофреноформний розлади можуть бути лише маркерами на часовій шкалі нового нападу шизофренії, яка найчастіше є хронічним та інвалідизуючим захворюванням.

Порушення клінічної точності може відбуватись під час первинних розладів мислення. Досить часто психічні симптоми можуть бути недорозвиненими та спричинювати порушення сприйняття і маячні переконання; це може призвести до труднощів у визначенні діагнозу чи виконавчого функціонування. Передчасний діагноз маячного розладу чи психозу насправді може бути недооціненим тяжким захворюванням із довгостроковими функціональними наслідками, якщо насправді це — шизофренія. Військові лікарі мають зважати на цей феномен при визначенні діагнозу, призначенні лікування та при керуванні переміщенням військовослужбовця.

Сприйняття психічного захворювання у військових відрізняється від загальної спільноти. Тісніше дослідження та нагляд командира може, зрештою, привести до глибшого міжособистісного занурення, ніж у цивільному робочому просторі. Командне медичне оцінювання може потребувати, щоб військовослужбовці пройшли оцінку з рівнем порушення, яке не доходило б до межі критеріїв захворювання в цивільному середовищі. Раннє звернення до фахівця здатне вплинути позитивно, адже симптоми наявні більш короткий строк перед зверненням до працівника охорони психічного здоров'я. Таким чином, існує можливість довгострокового результату завдяки ранньому лікуванню [4, 5]. Дотримання вказівок лікаря під час початкового лікування може поліпшити результати і сповільнити зниження функціонування, що можна побачити в натуралістичних дослідженнях [6]. Військові, які проходять медичне оцінювання комісії, часто мають чекати місяці, якщо не понад рік, щоб отримати експертну оцінку; це надає час і можливості тісного спосте-

реження за отриманням вказівок і подальшого клінічного статусу.

Фармакологічне лікування первинного розладу мислення поширюється далеко за межі цього розділу. Необхідно зважити довгострокові метаболічні та екстрапірамідальні побічні ефекти проти доведеної ефективності позитивних і негативних симптомів і рецепторного профілю [7]. Коли психоз виникає у віддалених районах, вибір нейролептичного засобу частіше диктується доступністю, аніж попередньо описаними процесами. Ефективність лікування вважається суперечливою, якщо вона досягнута, не зважаючи на довгострокові проблеми токсичності речовин.

ІНДУЦІЙНИЙ ПСИХОЗ, СПРИЧИНЕНИЙ ЗЛОВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

Навмисне чи ненавмисне вживання харчових добавок, ліків чи заборонених речовин може призвести до змін психічного стану, що, своєю чергою, може спричинити розлади мислення. Історія захворювання, фізичне обстеження і лабораторні дослідження інколи можуть виявити конкретного агента (конкретні чинники-збудники), але може бути досить важко отримати історію захворювань від дуже схвильованого пацієнта. Більше того, не кожну психоактивну речовину можна виявити за допомогою тестувань на заборонені речовини чи звичайних лабораторних тестів, або ж вони можуть бути недоступними в польових умовах.

Заборонені речовини і нові способи використання речовин, що не призначені для вживання, мають власні тенденції у широких масах. Заборонені речовини мають різну популярність залежно від доступності, ціни і культурного сприйняття. Знаючи, які речовини саме зараз «в моді», лікар може швидше поставити діагноз при раптових змінах психічного стану. Крім того, нові способи ковтання чи вдихання звичайних виробів, як-от стиснене повітря, розчинники чи навіть гальмівна рідина, можуть змінити психічний стан. Знання про ці речовини може дати змогу швидше виявити факт їх вживання і провести ефективне втручання при потенційній загрозі життю, якщо така виникне. Додаткова інформація від колег, історії медичних перевірок казарм і відомості про попереднє зловживання забороненими речовинами можуть допомогти визначити, чи пов'язаний конкретний агент зі зміною поведінки.

Позбавлення залежності від заборонених речовин може не лише привести до різких змін психічного стану, які були непомітні на початку захворювання, а й виявити небезпечні для життя ускладнення. Військова служба та контрольовані умови (тренування на вихідних, польові навчання, бойові розгортання та військові навчальні заклади) можуть обмежити доступ до алкоголю, наркотиків та інших речовин, які міг вживати залежний військовослужбовець. Працівники охорони здоров'я мають бути пильними та готовими лікувати військових із такими проблемами.

БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

Біполярний афективний розлад діагностують у військовослужбовців, у яких є чи були манії. Маючи бімодальний початок, цей розлад може бути наявним у новобранців віком 20+ чи у військових, які готуються виходити на пенсію, у віці 50+ [8]. Обидва випадки пов'язані з істотними змінами, адже молоді пацієнти мають вчитися керувати проблемою та боротися зі своїм невизначеним психічним захворюванням, а старші військовослужбовці мають вийти на пенсію у середині життя, коли їх потенційний розвиток і нова фаза життя руйнуються через виявлення психічного захворювання.

Біполярний розлад типу I може бути поєднаний з очевидним психозом, що ускладнює виявлення діагнозу. Гостро схвильовані пацієнти у стані глибокого марення можуть майже не відрізнятися від пацієнтів з ажитованою шизофренією, якщо немає історії для зіставлення попередньої та нинішньої поведінки і настроїв.

Неправильний діагноз може бути поширеним серед певних етнічних груп, тому особлива увага необхідна при встановленні діагнозу для етнічних меншин [9].

Біполярний розлад типу II може бути менш вираженим, тому що поєднаний з гіпоманією. Знижена потреба сну, нарцисизм, підвищена цілеспрямована діяльність — ці симптоми можна адаптувати для сержантів та уорент-офіцерів. Відправлення пацієнта у лікувальний заклад часто може відбуватися примусово під час бойового завдання, коли механізми захисту в стані гіпоманії приголомшують (що призводить до декомпенсації), або під час депресивного стану. Традиційні антидепресанти можуть дестабілізувати пацієнта, саме тому так важлива точна попередня історія для кожного військовослужбовця, який страждає на депресію, щоб впевнитись, що він не мав попередніх симптомів манії.

Біполярний афективний розлад має високу імовірність повторних епізодів манії та переслідування, тому працівники охорони здоров'я мусять добре обміркувати початок медичного оцінювання комісією [10]. Зміни оточення, відсутність доступу до лабораторного моніторингу, зміни циклу сну можуть дестабілізувати цей стан. І навпаки — ранній початок лікування, виключення вживання заборонених речовин та алкоголю й управління стилем життя можуть поліпшити довгостроковий прогноз [11]. Військові медичні працівники мають унікальну можливість впливати на напрямок захворювання ще довго після того, як пацієнти залишать військову службу.

Вибір фармакологічних препаратів має враховувати можливу невизначеність терміну лікування та потенційні довгострокові побічні наслідки, як-от метаболічний вплив і дратівливість. Практичні методи продовжують розширювати доведені на практиці методи лікування та простягаються далеко за межі цього розділу. Однак працівники охорони здоров'я мають шукати ці ресурси, щоб знати, які препарати мають більшу доказову ефективність при одночасному зменшенні потенційних побічних ефектів.

ТЯЖКА КЛІНІЧНА ДЕПРЕСІЯ

Депресія — це поширений психічний розлад, що впливає на військовослужбовців будь-якого віку [13]. Вплив цієї хвороби на робочий стан солдата може бути доволі різноманітним порівняно з первинними розладами мислення чи біполярними розладами; можлива відсутність жодного симптому або коливання від невеликого впливу на роботу до значного погіршення, з потенційною небезпекою шкоди собі чи навколишнім. Віддалені локації, змінні фармакологічні препарати та психотерапевтичні ресурси, групові підтримки та психосоціологічні чинники стресу здатні впливати на вибір лікування та направлення до лікувального закладу.

DSM-IV не розділяє екзогенну й ендогенну депресію. Хоча багато випадків мають компоненти зовнішнього впливу й ендогенні схильності, унікальність військового оточення може призвести до надзвичайного рівня стресу від несприятливих умов середовища, який стає справжнім викликом навіть для найбільш витривалих осіб. Географічна віддаленість від родини і друзів, вплив бойового оточення, обов'язкові періоди військової служби, ретельний нагляд командування, втрата особистого життя та фізичні вимоги — це лише деякі з військових чинників стресу, що можуть створювати депресивний настрій. Оскільки військовослужбовці часто не в змозі змінити завдання чи службові доручення і тим самим уникнути неприємних чинників стресу, можуть виникнути безнадійність і суїцидальні та/чи гоміцидальні думки. Навіть при виявленні критеріїв тяжкої клінічної депресії можливе позбавлення від цих симптомів у багатьох військовослужбовців, якщо їх евакуювати з наявного оточення у медичний заклад. Це надасть кращу можливість поставити правильний діагноз порушення адаптації, незважаючи на помилку в критеріях [14].

Тоді як зовнішня поведінка, що асоціюється з манією і психозом, привертатиме увагу колег і командирів, ізоляція може лише погіршити стан хворого, а депресія непомітно розвиватиметься. Місця дислокацій, що розташовані далеко від медичних закладів охорони здоров'я, упередження,

асоційовані з отриманням допомоги, і немотивований страх руйнування кар'єри можуть утримувати військового від звернення по допомогу. На жаль, легкий доступ до вогнепальної зброї та важкої техніки призводить до летальних випадків саморуйнівної поведінки серед військовослужбовців; найчастіше такі методи суїциду обирають молоді солдати чоловічої статі.

На щастя, легка і помірна депресія може лікуватися досить безперешкодно, з використанням терапії та психофармакології, що сприяє проведенню терапію в точках із майже відсутніми медичними засобами. Лікарі, що вирішують використовувати фармакотерапевтичні засоби під час лікування, мають обирати препарати, які з найменшою імовірністю стануть причиною таких побічних ефектів, як седативний ефект, атаксія, збільшення ваги чи антихолінергічні побічні явища, адже вони можуть вплинути на виконання обов'язку солдатом. Також варто уникати антидепресантів із коротшим періодом напіввиведення та синдромом абстиненції, оскільки вони не завжди підходять в умовах темпу військових операцій.

Тяжка депресія може супроводжуватись помітним зниженням працездатності, погіршенням результату тестування реальності, лікувати її необхідно в медичних (немобільних) закладах подалі від бойових операцій. Задля точного діагностування часто необхідний стаціонарний нагляд, щоб відрізнити депресивний елемент від біполярного розладу чи наявність початкового розладу мислення в разі шизоафективного розладу, особливо за супутніх психотичних симптомів. Лікування, імовірно, включатиме антидепресанти, прийом нейролептиків та електрошокову терапію (ЕШТ) як варіант для тих, хто не піддається лікуванню, не переносить ліки, або для тяжко хворих із загрозою для життя, зокрема з неминучою суїцидальністю чи кататонією. Кожний епізод захворювання на тяжку депресію з психозом потребує глибокого розгляду консиліуму лікарів щодо його лікування.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Бойовий посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може бути у до 20 % госпіталізованих до медичних закладів континентальної частини США через систему медичної евакуації повітрям [15]. Часто симптоми ПТСР самі по собі не приводять до госпіталізації. Найімовірніше, супутні психічні розлади (включно з пацієнтами, які вживали заборонені речовини) вказують на потенційно небезпечні клінічні стани, що потребують стаціонарного лікування. Зі збільшенням обізнаності щодо явища ПТСР і можливою грошовою компенсацією з інвалідності пацієнти часто просять лікарів поставити діагноз ПТСР і таким чином приховати інший тяжкий психічний розлад. Лікарі мають бути пильними у визначенні хвороби пацієнта, що надходить із тяжкою формою інвалідності чи побоюваннями з приводу безпеки та наполягає на діагнозі ПТСР. Подальше обговорення ПТСР читачі можуть знайти у відповідному розділі цієї книги.

ДИСТАНЦІЙНІ ПУНКТИ ЛІКУВАННЯ

Будь-який медичний заклад психічного здоров'я має бути готовим працювати зі збудженими та агресивними пацієнтами, як би далеко вони не знаходилися. Медичні команди мають створити план надзвичайних дій і використовувати всі доступні ресурси задля заспокоєння збудженого чи агресивного пацієнта, включно з використанням засобів механічного утримування та фармакологічних засобів для надзвичайних ситуацій. Якщо медична команда зовсім маленька, можна навчати інший персонал для потенційної допомоги під час утримання та заспокоєння пацієнта. Потенційними учасниками команди після навчання можуть бути медичні працівники, інші члени підрозділу, військова поліція та персонал медичного пункту батальйону. Використання м'яких засобів механічної фіксації — стандартна процедура Об'єднаної комісії (Joint Commission), але ці засо-

би не завжди є в наявності у певних точках. Може виявитись потреба взастосуванні жорстких механічних засобів фіксації, які зазвичай використовують для утримання арештантів, доки вони не потраплять на відповідну обмежену територію. Фармакологічне лікування агресії може потребувати внутрішньом'язових ін'єкцій, які не потребують зберігання в холодильнику.

Вибір фармакологічних засобів може бути обмеженим, особливо в нових зонах бойових дій. Медичні працівники мають знати, які лікарські засоби їм доступні, та за можливості передбачувати, які препарати будуть найнеобхідніші під час зборів до нової військової місії. Доступність медичних поставок і використання місцевих засобів може допомогти розширити можливості медичних працівників.

Коли відбувається переміщення військ, медичні заклади можуть бути зайняті переміщенням підрозділу та таким чином мати менше можливостей надавати інтенсивне лікування. Часовий інтервал евакуації потребуватиме змін, щоб у таких ситуаціях відповідати оперативному темпу. До того ж навички працівників охорони здоров'я також впливають на можливості лікування, як і наявність пацієнтів. Якщо евакуація до медичного центру потенційно небезпечна, спостереження пацієнтів за активними бойовими діями під час очікування є недоцільним. Відвідування брифінгів щодо новин із району бойових дій може допомогти солдату бути в курсі подій бойових операцій і підтримати відчуття єдності з командою.

Під час очікування евакуації повітрям пацієнтів необхідно тримати у тихій кімнаті з мінімальною кількістю подразнювальних чинників. Пацієнти, що страждають від психозу, можуть не розуміти голосових інтонацій. Тому працівники охорони здоров'я мають розмовляти з ними нейтральним тоном і зосереджувати розмову довкола фактів, наприклад на нинішньому місці знаходження, плані евакуації, дозуванні ліків і формальних іменах осіб, які мають стосунок до лікування пацієнта. Пацієнт із психозом від бойового стресу в лікувальному центрі може здійснювати деструктивний вплив на солдатів, які лікуються від тривожних чи поведінкових розладів. Працівники охорони здоров'я мають пояснити іншим пацієнтам медичного закладу різницю між їхніми захворюваннями, щоб знизити патологічне ототожнення своїх захворювань з іншими.

ЕВАКУАЦІЯ ПОВІТРЯМ

Міжнародні базування військових сил створюють унікальні ситуації, коли пацієнтів можуть евакуювати через континенти для початку психологічного лікування. Госпіталізація сама по собі може стати стресом: зміна часових поясів, зупинки у медичних закладах і довгий переліт — все це може вплинути на прояви симптомів пацієнтів [16]. Створення загрози пацієнтам цим процесом виправдовується необхідністю доставити їх до стаціонарного медичного закладу для призначення лікування та проведення оцінювання професійної придатності [17]. Враховуючи ризик рецидиву та подальшої активації хвороби, низький поріг фармакологічного лікування, варто розглянути можливість фізичного обмеження.

Ще один наслідок медичної евакуації — це покращення клінічного стану, коли військовослужбовці потрапляють до медичного закладу в тилу. Може бути декілька причин такого явища. Коли солдата переміщують, таким чином позбавивши від чинників стресу, який спричинив розвиток хвороби, деякі військовослужбовці можуть відчути полегшення вже в дорозі.

Інші пацієнти можуть мати час, щоб переоцінити наслідки визнання у них психічного захворювання та присутності галюцинацій і, таким чином, відмовитись від уявних історій, враховуючи реакцію тих, кому вони відкриються. Деякі військовослужбовці можуть визнавати свої важкі психіатричні симптоми задля вторинної вигоди (як мотиватор), повідомляючи про швидке відновлення, щоб уникнути системи охорони психічного здоров'я. Лікування, що проходить у медичних закладах тилу, може мати прискорений ефект поліпшення. Кінцевим результатом є те, що пацієнти з діагнозом серйозних психічних розладів, котрі лікувались у медичних закладах тилу, можуть виглядати інакше і набагато менше

хворіють після прибуття в спеціалізований лікувальний заклад.

Лікарі завжди мають зважати на зазначену попередню поведінку й доповіді колег і товаришів. Недооцінювання серйозності захворювання може мати наслідки як для пацієнта, так і для готовності підрозділу. Після прибуття спеціальної медичної команди всі медичні записи та доповіді медичного персоналу, що наглядав за пацієнтом до цієї миті, мають бути розглянуті. Існування системи електронних записів має полегшити роботу медичному персоналу, проте суворе бойове оточення може не дозволити використання електронних приладів (чи їх може не бути взагалі), а механічні записи «від руки» можуть не витримати довгих шляхів евакуації. Лікарі мають сконцентрувати зусилля на подоланні перепон, які може створити бойове оточення.

Лікарям мають повідомляти про прибуття пацієнта на кожний етап евакуації. Нерідко відбувається так, що пацієнти, евакуйовані із зони бойових дій, прибувають раніше, ніж про це повідомляють лікарів. Окрім того, лікарі можуть отримати дані преморбідного стану пацієнта та історії презентації його захворювання, відомості про міжособистісні та соціальні стресори, вплив навколишнього середовища, а також дії, які можуть бути предметом Єдиного кодексу Військової юстиції.

Пацієнти мають отримати повне медико-психіатричне обстеження після прибуття у лікувальний заклад. Лікувальні інстанції нижчого рівня можуть не мати достатньо ресурсів, щоб використовувати ці рекомендації на практиці під час медичного обстеження психіатричного пацієнта. Заклад, куди прибуває пацієнт, має переконатись, що психічні симптоми не є наслідком соматичного захворювання чи індукованого зловживання психоактивними речовинами.

Бойове середовище, виконання першочергових завдань медичного забезпечення поточних бойових дій можуть завадити лікарям завершити повне обстеження. У деяких випадках швидка оцінка може бути сформована, щоб визначити необхідність евакуації та початковий напрям лікування.

Деяким пацієнтам можуть знадобитись тести, зокрема позитронно-емісійна томографія, магнітно-резонансна томографія або електроенцефалографія, що може проводитись лише у медичних закладах вищого рівня.

І нарешті, навантаження та велика кількість пацієнтів у лікаря ускладнюють ретельний психіатричний аналіз, який значно легше проводити у великому медичному закладі, залучаючи до консультацій фахівців вузьких галузей і випускників освітніх медичних програм.

ВИСНОВКИ

Важкі психічні захворювання — неодмінний елемент військової охорони здоров'я. Унікальні аспекти військової служби і бойових операцій можуть впливати на появу чи розвиток психічної хвороби. Військові лікарі-психіатри мають бути обізнані з особливостями психічних захворювань і добре розумітися на нюансах лікування психічних захворювань в оперативному середовищі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Civilian data from Bureau of Labor Statistics Current Population Survey File; 2004. Available at: http://www.defenselink. mil/prhome/poprep2004/enlisted_accessions/age.html. Accessed May 28, 2008.
2. Beighley PS, Brown GR, Thompson JW Jr. DSM-III-R brief reactive psychosis among Air Force recruits. *J Clin Psychiatry*. 1992;53:283–288.
3. Zhang-Wong J, Beiser M, Bean G, Iacono WG. Five-year course of schizophreniform disorder. *Psychiatry Res*. 1995;59(1–2):109–117. 447 *Severe Psychiatric Illness in the Military Healthcare System*
4. Jarskog LF, Lieberman JA. Neuroprotection in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(9):e09.

5. Wyatt RJ, Henter I. Rationale for the study of early intervention. *Schizophr Res*. 2001;51(1):69–76.

6. McGlashan TH. A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1988;14:515–542.

7. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005;353(12):1209–1223.

8. Hale RE, Yudofsky SC, eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003: 490.

9. Mukherjee S, Shukla S, Woodle J, Rosen AM, Olarte S. Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison. *Am J Psychiatry.* 1983;140(12):1571–1574.

10. Tohen M, Zarate CA Jr, Hennen J, et al. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry*. 2003;160(12):2099–2107.

11. Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neurosci Biobehav Rev*. 2007;31(6):858–873.

12. Suppes T, Dennehy EB, Hirschfeld RM, et al. The Texas implementation of medication algorithms: update to the algorithms for treatment of bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(7):870–886.

13. Grammer GG, Cooper M. *National Collaborative Study of Early Psychosis and Suicide: New Onset Psychosis in New Military Service Members*. Bailey K Ashford Research Award. Washington, DC: Walter Reed Army Medical Center; 2001.

14. American Psychiatric Association. *Quick Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2005.

15. Data on file at Department of Psychiatry, Walter Reed Army Medical Center, Washington, DC; 2004.

16. Ritchie EC. Psychiatric patients. In: Hurd WW, Jernigan JG, eds. *Aeromedical Evacuation: Management of Acute and Stabilized Patients*. New York, NY: Springer-Verlag; 2003: Chap 26.

17. Ritchie EC, Morse JH, Brewer PG. Surviving the "air evac": medical and logistical issues of evacuating psychiatric patients by air from Korea to the United States. *Mil Med.* 1996;161(5):298–302.

Розділ 28

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Гейл Х. Манос[I] · Дженіс Карлтон[II] · Айлін Кім[III]

ВСТУП

ОГЛЯД РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ
Нервово-психічна анорексія
Нейрогенна булімія
Неуточнені харчові розлади
Ожиріння

ПРИЧИНИ ЗАХВОРЮВАННЯ
Біологічні чинники
Соціокультурні чинники
Психологічні й родинні чинники

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
Медичні наслідки
Лабораторні дослідження

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ

НАПРЯМ ДІЙ І ПРОГНОЗ НА МАЙБУТНЄ
Нервово-психічна анорексія
Нейрогенна булімія
Неуточнені харчові розлади

АТИПОВЕ ХАРЧУВАННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

МЕДИЧНЕ І ПСИХІАТРИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ
Нервово-психічна анорексія
Нейрогенна булімія
Неуточнені харчові розлади

ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ У БОЙОВИХ УМОВАХ

НАПРЯМИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, капітан, Медичний корпус, ВМС США; старший медичний співробітник, голова відділу психіатричного центру ВМС, директор відділення психічного здоров'я, Медичний центр ВМС у Портсмуті, 620 John Paul Jones Road, Portsmouth, Virginia 23708; у минулому — директор центру вторинної підготовки лікарів-психіатрів, відділення психіатрії, Медичний центр ВМС у Портсмуті, Portsmouth, Virginia.

[II] Доктор медицини, доктор філософії, начальник медичної служби, ВМС США; начальник відділення психічного здоров'я і травматичного ураження мозку, Building 7, Room 600, National Naval Medical Center, 8901 Wisconsin Avenue, Bethesda, Maryland 20889; у минулому — начальник відділення психічного здоров'я в лікарні ВМС, Camp Lejeune, North Carolina.

[III] Доктор медицини, лейтенант, Медичний корпус, ВМС США; штабний психіатр відділення охорони психічного здоров'я, Building 7, 3rd Floor, National Naval Medical Center, 8901 Wisconsin Avenue, Bethesda, Maryland 20889; у минулому — старший ординатор відділення психіатрії ВМС центру в Портсмуті, Portsmouth, Virginia.

ВСТУП

За останні десять років дедалі інтенсивнішій епідемії ожиріння в США було приділено значну увагу. Як населення загалом, так і військовослужбовці США мають збільшення ваги, класифіковане як ожиріння (54 %), незважаючи на високий рівень фізичної активності [1]. Хоча більшість американців, за даними Центру профілактики та контролю захворювань [2], мають надмірну вагу чи навіть ожиріння, ідеальне тіло, образ якого демонструє телебачення, мода та кіноіндустрія, зазвичай характеризується зниженою вагою. Цей ідеал може підштовхувати деяких осіб до аномальної харчової поведінки, наприклад до обмеження кількості їжі або переїдання як компенсаторної поведінки.

Військовослужбовці також можуть підпадати під цей ризик через їхнє бажання відповідати певним ваговим критеріям; вони можуть мати негативні кар'єрні наслідки, якщо не зможуть відповідати цим стандартам.

Перебуваючи під впливом стресу бойового оточення, військовослужбовці з розладами харчової поведінки можуть мати загострення своєї хвороби. Навіть ті, хто раніше не страждав на розлади харчової поведінки, можуть виробити звичку погано харчуватись як реакцію на стрес або через легку доступність фаст-фуду в деяких місцях дислокації.

З іншого боку, деякі особи можуть виправити свої харчові звички та покращити фізичний стан у військових підрозділах завдяки доступності консультувань щодо харчових проблем та регулярним фізичним вправам.

Рівень харчових розладів серед військовослужбовців порівнюється з групами високого ризику, що притаманний атлетам і танцюристам, які роблять особливий акцент на худорлявість [3, 4]. Атипову поведінку щодо харчування і дієт мають від 25 % до 76 % осіб серед жінок-військовослужбовців зі значним збільшенням часу оцінювання індивідуального фізичного стану (PFA — personal fitness assessments) [5]. Під час розгортання військові не зобов'язані виконувати PFA, тому вони можуть відчувати менший тиск із приводу неправильного харчування чи необхідності дієт. Окрім того, завдяки колективному харчуванню та громадським вбиральням важче приймати алкогольні чи проносні засоби.

Встановлений діагноз харчового розладу не обов'язково означає відлучення з бойового завдання, якщо стан військовослужбовця знаходиться в ремісії. Наприклад: лікаря відправили до нового місця дислокації підрозділу, та кілька років потому її переповнює стрес від виконання обов'язків і розлуки з родиною, що призводить до постійних переїдань і навмисного блювання по кілька разів на день. Раніше вона не зверталась по допомогу до психолога через тривогу, що це вплине на її кар'єру. Згодом лікарку евакуювали, а її булімію і депресію лікував один з авторів. Три роки потому симптоми і депресії, і булімії були в стані ремісії, що дало їй змогу успішно виконувати свої обов'язки у бойовому розташуванні. На відміну від результату цього випадку, інші військовослужбовці з харчовими розладами через стрес бойового оточення повертались до симптомів захворювання, що оновлювались одразу після повернення.

Цей розділ надає інформацію про визначення та розпізнання харчових розладів, медичних труднощів, лікування та прогнозів. Автори також розглядають наявну літературу про харчові розлади серед військовослужбовців та потенційні ризики в умовах розгортання для осіб із харчовими розладами.

ОГЛЯД РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Розлади харчової поведінки складаються з багатьох поширених психічних і медичних станів, які глибоко вивчаються серед жінок і певних груп чоловіків. Ризик нейрогенної булімії (BN — Bulimia nervosa) та компульсивного переїдання (BED — Binge Eating Disorder) збільшується з кожною наступною віковою групою [6]. Нервово-психічна анорексія (AN — Anorexia nervosa) була описана в науковій літературі сером Вільямом Галлом (в 1873 р.) як «психічний стан, що знищує апетит» [7]. BN з вираженими епізодами переїдання та блювання вперше була описана в 1979 році [8]. Ризик захворювання протягом життя на AN серед жінок становить від 0,5 % до 1 %, BN — від 1 % до 3 %. Рівень для чоловіків раніше становив приблизно на одну десяту вище, ніж у жінок [9]. Однак у 2007 році Національне дослідження коморбідної патології [6] встановило, що кількість чоловіків, які страждають від BN, значно вища, ніж вважалось раніше: приблизно на одну п'яту. Неуточнені харчові розлади (EDNOS — Eating disorder not otherwise specified) — це залишкове явище станів, що не підпадають під категоризацію AN чи BN. Важко визначити поширеність EDNOS, проте приблизний рівень становить від 1 % до 30 % серед чоловіків і жінок [10]; 60 % харчових розладів у осіб, що перебувають на лікуванні, підпадають під категорію EDNOS [11]. Лише приблизно третина осіб із AN і 6 % з осіб, які мають BN, проходять психологічне лікування [12], хоча більшість осіб із розладами харчування отримують лікування через інше психічне захворювання [6]. Лікарі не часто ставлять подібні діагнози, а пацієнти рідко добровільно зізнаються в них, тому ці розлади досить рідко діагностують [6]. Працівники охорони психічного здоров'я мають постійно питати пацієнтів про симптоми харчових розладів, навіть коли пацієнти не скаржаться на ці симптоми.

Нервово-психічна анорексія

Нервово-психічна анорексія — це психічний розлад, що характеризується швидкою втратою ваги за відсутності соматичного захворювання, відмови знову набирати вагу та наявності чіткої мети продовжувати втрачати вагу. Пацієнти з AN можуть заперечувати, що вони мають знижену масу, та вживатимуть певних заходів, щоб приховати своє зморення за допомогою мішкуватого одягу; намагатимуться уникати «наказів» від рідних чи лікарів щодо набору ваги. Зазвичай AN проявляється у віці 13–20 років, досягаючи найвищої точки в 17–18 років [10]. AN, згідно з 4-м виданням Діагностичого та статистичного довідника психічних розладів (DSM-IV) [9], містить такі передумови, як:

1) відмова підтримувати вагу тіла на мінімальній позначці нормальної ваги чи вище (приблизно 85 % осіб з AN мають нижчу вагу);
2) сильний страх набору ваги чи погладшання, навіть за недостатньої ваги;
3) хвилювання щодо ваги чи форми тіла, прямий вплив ваги чи форми тіла на самооцінку, відмова розуміння серйозності нинішньої низької ваги тіла;
4) відсутність менструації у жінок та аменорея (тобто відсутність як мінімум трьох поточних менструальних циклів).

AN можна поділити на: а) обмежувальний тип, за якого особа не має регулярних переїдань чи блювання, але сильно обмежує кількість вживаних калорій; б) переїдаючий/послаблювальний тип, за якого особа відповідає критеріям AN і регулярно переїдає та/чи використовує проносні препарати, наприклад самостійно викликає блювання і використовує проносні чи діуретичні засоби. У додатку 28.1 наведено симптоми та попереджувальні ознаки AN.

ДОДАТОК 28.1

ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНІ ОЗНАКИ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ АНОРЕКСІЇ

- Сильна втрата ваги за відсутності медичних причин
- Жорстке обмеження кількості вживаної їжі
- Заперечення голодування/проблем з недостатньою вагою
- Жорсткий відбір їжі, зокрема повна відсутність в раці-

оні продуктів, що містять жири, або цілковите вегетаріанство
- Сильний страх набору ваги чи мета продовжувати втрачати вагу
- Атипова робота репродуктивної функції організму (в'яле ставлення до сексу чи відсутність бажання; аменорея у жінок, низький рівень тестостерону в чоловіків)
- Велика кількість фізичних навантажень, незважаючи на втому чи слабкість
- Спотворене сприйняття фігури й ваги тіла
- Неможливість припинити втрачати вагу чи зменшити кількість фізичних вправ
- Нереалістично високі очікування від себе; перфекціонізм із відчуттям марності зусиль
- Використання небезпечних методів для схуднення
- Віра в те, що вага й фігура надзвичайно важливі для самооцінки і самосприйняття
- Психологічні симптоми голодування (наприклад, депресія, складнощі з концентрацією уваги, відсторонення від соціуму)
- Фізіологічні симптоми голодування (наприклад, чутливість до холоду, волосся на обличчі й тілі, загальне виснаження)

Нейрогенна булімія

За визначенням DSM-IV [9], нейрогенна булімія передбачає такі умови:

1) повторні епізоди переїдання зі вживанням алкоголю, які характеризуються вживанням більшої кількості їжі під час певного проміжку часу, ніж більшість людей була б у змозі з'їсти за той самий час при однакових обставинах, включаючи відсутність контролю кількості вживаної їжі;
2) періодична неналежна поведінка щодо компенсації набирання ваги;
3) переїдання та неналежна поведінка, що повторюється не менш ніж двічі на тиждень протягом 3 місяців;
4) надмірна самостійна оцінка залежності фігури тіла від ваги;
5) епізоди, що відбуваються не лише при AN.

Нейрогенну булімію можна розділити на послаблювальний і непослаблювальний типи. Під час останнього особи зазвичай використовують неналежну компенсаторну поведінку, як-от голодування чи надмірні фізичні вправи, а не регулярне блювання, використання проносних, сечогінних препаратів чи клізми. Послаблювальний тип BN відрізняється від послаблювального типу AN тим, що пацієнти з останнім вирізняються яскраво вираженою худорлявістю. Зазвичай нейрогенна булімія найпоширеніша у період «пізньої підлітковості» та до зрілості. У додатку 28.2 наведено симптоми та попереджувальні ознаки BN.

ДОДАТОК 28.2

ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНІ ОЗНАКИ НЕЙРОГЕННОЇ БУЛІМІЇ

- Флуктуація ваги, зазвичай в межах близько 7 кг від норми ваги
- Страх набору ваги
- Неконтрольовані, потаємні випадки переїдання, за якими слідують спроби полегшення за допомогою блювання, послаблювальних засобів тощо.
- Надмірні фізичні вправи для контролю ваги
- Фізичні проблеми з горлом, шлунком і товстою кишкою; набухання привушної слинної залози
- Стоматологічні проблеми, гниття зубів
- Психологічні проблеми, такі як депресія, перепади настрою, імпульсивність
- Невдоволеність фігурою та концентрація на втраті ваги
- Віра в те, що вага й фігура надзвичайно важливі для самооцінки і самосприйняття
- Нереалістично високі очікування від себе; перфекціонізм із відчуттям марності зусиль

Неуточнені харчові розлади

Категорія EDNOS вважається широкою, тоді як критерії BN та AN можуть бути надто обмеженими. Приклади EDNOS містять всі критерії AN, окрім відсутності менструації та значної нестачі ваги, та всі критерії BN, окрім частоти випадків і послаблення без епізодів переїдання. BED (переїдання без компенсаторної поведінки) — це категорія, запропонована DSM-IV для подальшого вивчення. Хоча лише 1 % загального населення підпадає під чіткі діагностичні критерії, запропоновані DSM-IV для BED [11], вважається, що кількість осіб із переїданням значно більша. Синдром нічного харчування (NES — Night-eating syndrome) характеризується постійним харчуванням у нічний час (між вечерею та сніданком), що супроводжується негативними почуттями з приводу власної по-

ведінки, безсонням, прокиданням вночі для того, щоб поїсти. Кількість осіб, що мають NES, — 1,5 % серед загальної кількості населення [13]. Як і в разі з BED, вважається, що рівень NES значно вищий серед осіб із надмірною вагою та ожирінням. NES також є категорією, що запропонована DSM-IV для подальшого вивчення.

Ожиріння

Усе більша увага ЗМІ приділяється надмірному харчуванню й ожирінню. Відповідно до стандартів Всесвітньої організації охорони здоров'я, індекс маси тіла (ІМТ) вважається нормою від 18,5 до 24,9, ІМТ від 25 до 29,9 — надлишкова вага, та ІМТ більше ніж 30 — ожиріння. Центри контролю та запобігання захворювань повідомляють, що 51 % американських жінок мають надмірну вагу та 34 % мають ожиріння [2]. Хоча ожиріння саме по собі не вважається харчовим розладом, до 50 % осіб із цим діагнозом, враховуючи тих, що збираються робити баріатричну операцію, мають BED або NES [11, 13]. Перехресний аналіз з опитування Міністерства оборони США щодо стану здоров'я показав, що 10 % чоловіків і 4 % жінок на дійсній військовій службі мали ожиріння [14]. Базуючись на даних про населення загалом, існує імовірність, що багато осіб з ожирінням мають розлад харчування. Таким чином, розпізнавання харчового розладу напряму впливає на фізичну форму та можливість призначення до зони бойового розгортання.

ПРИЧИНИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Причини захворювання на харчові розлади охоплюють генетичні, біологічні, соціокультурні, психологічні, сімейні, розвиткові та супутні чинники [15]. Хоча всі харчові розлади характеризуються атиповим ставленням до їжі та, як правило, порушенням комплекції тіла, чинники, що лежать в основі, можуть відрізнятись залежно від типу харчового розладу. Окрім того, що важливо розуміти причини захворювання, необхідно пам'ятати: кожен пацієнт особливий, зі складною історією та унікальним набором характеристик.

Біологічні чинники

Серотонінова система мозку, норепінефрин, дофамін, ендогенні опіоїди та ряд нейропептидів (наприклад, лептин, нейропептид Y) причетні до апетиту, прийому їжі, відчуття ситості та розвитку харчових розладів [16]. Традиційно катехоламіни, зокрема норепінефрин і дофамін, асоціюються з апетитом та бажанням їсти. Серотонін відповідає за насичення чи зупинення прийому їжі, а також потяг конкретно до вуглеводної їжі, що часто асоціюється з переїданням. Розлади апетиту, відчуття насиченості (чи разом) лежать в основі атипової харчової поведінки. Це може мати велике значення під час вибору лікарських засобів, зокрема антидепресантів, що знижують інтенсивність серотоніну та катехоламіну для лікування розладів харчування. Серед близнюків розлади харчування частіше бувають в однояйцевих близнюків (50 % рівень збігу), ніж у двояйцевих близнюків (10 % рівень збігу); імовірніше, що харчові розлади проявляться у пацієнтів серед рідні першої лінії, у яких наявні харчові розлади. Генетичні чинники відповідають за варіацію від 58 % до 76 % у випадку AN та від 54 % до 83 % при BN; окрім цього, ці відсотки можуть збільшитись у 7–12 разів залежно від кількості рідних із цим розладом [17]. Деякі дослідження виявили зв'язок між генетичним поліморфізмом рецептора серотоніну 5-HT_{2A} в промоторній ділянці та розладами харчування [18]. Зв'язування гена рецептора 5-HT_{2A} наводить на думку про серотонінергічну дисфункцію, що була виявлена у пацієнтів з AN та BN [19]. Поліморфізм гена рецептора 5-HT_{1B} також пов'язаний з мінімальною ІМТ у жінок із BN [20]. Отримані результати вказують на те, що деякі особи мають більший ризик харчового розладу через генетику, ніж інші. Збільшення кількості цих розладів серед населення може бути результатом соціокультурної важливості образу гарного тіла та стрункості, що підштовхує осіб із генетичною схильністю до AN чи BN до розладу харчування. Хоча сукупність периферичних і центральних механізмів, що регулюють апетит,

прийом їжі та вагу тіла, ще не повністю зрозумілі, більшість осіб підтримують вагу в приблизно стабільному «заданому» напрямі, який змінюється впродовж життя у передбачуваний спосіб. Особи з розладом харчування, урегулювання апетиту (та у багатьох випадках — ваги) «випадають» із балансу. Особи, що періодами жорстко обмежують своє харчування, можуть далі мати період переїдання, ігноруючи біологічні сигнали голоду чи насичення. Такий феномен, як переїдання, може бути природним наслідуванням з тих часів, коли люди шукали чи полювали на їжу; вони повинні були з'їсти якомога більше, доки їжу не відібрали суперники чи вона не зіпсувалась.

Соціокультурні чинники

Соціальні й культурні чинники мають велике значення для розвитку AN і BN. Хоча стереотип полягає в тому, що ці розлади, зокрема AN, поширені у вищих соціально-економічних групах, більшість доказів стосується маленьких неконтрольованих серій випадків [7]. Ці харчові розлади найпоширеніші серед західних культур, де смачна, висококалорійна їжа наявна у величезних кількостях. Дані свідчать, що коли країни інших культур ставали багатшими та більш прозахідними, зростало й невдоволення тілом і збільшувалась кількість харчових розладів [21].

Ожиріння вважається соціокультурним харчовим розладом. Індивіди і сім'ї частіше вечеряють у ресторанах, де їжа зазвичай ситна і подається великими порціями. ЗМІ показують конфліктуючі образи: з одного боку ми бачимо щасливі родини струнких людей, що їдять у ресторанах швидкого харчування; з іншого — журнали показують не лише модні дієти для швидкого схуднення, але й рецепти для гарних, висококалорійних дієт. Вечеря — це соціальний чи родинний захід. З наймолодшого віку багато людей звикають отримувати смачну їжу як винагороду за гарну поведінку чи досягнення. Коли особи з усіх сил намагаються втратити чи утримати вагу, жорстко обмежуючи себе чи пропускаючи прийоми їжі, в них під впливом імпульсу може виникнути бажання наїстися чи переїсти. Потім приходить почуття провини та (у разі булімії) використання проносних або інших компенсаторних методів. Заради спроби продемонструвати контроль над ситуацією пацієнти з AN можуть просто відмовитись від їжі.

Психологічні й родинні чинники

Сім'я та рідня першої лінії осіб із харчовими розладами мають вищий рівень харчових розладів (приблизно 10 %, а не 1–3 % серед загального населення). Хоча ці рівні можуть вказувати на генетичний компонент, також існують докази переймання рольової моделі від сім'ї чи від однолітків. Пацієнти з харчовими розладами часто повідомляють, що їхні батьки чи рідня надто переймалися вагою тіла чи зовнішнім виглядом. Часто їхня перша дієта була відповіддю на критику від члена родини чи друга.

Сім'ї пацієнтів з AN часто зображують як перфекціоністів; обидва чи один із батьків може бути зображений як деспот із високими вимогами до своїх дітей. Психологічні чинники розвитку AN передбачають прагнення ідеалу, нереалістичні очікування від себе та, можливо, неправильний пошук незалежності й самоконтролю через прийом їжі та регулювання власної ваги. Основний супутній психологічний стан AN — депресія, хоча і тепер незрозуміло, є депресія попереднім станом чи результатом AN.

Сім'ї пацієнтів із BN частіше описують як хаотичні, з вищим рівнем поведінкових розладів, зловживанням забороненими речовинами та харчовими розладами. Було виявлено, що одна третина жінок із BN під час свого дитинства мали сексуальне домагання [23, 24]. Під час аналізу 53 контрольованих досліджень, що вивчали зв'язок між сексуальним домаганням і харчовими розладами, спеціалісти дійшли висновку, що сексуальне домагання в дитинстві становить чинник ризику харчового розладу, зокрема BN, із супутніми психічними розладами [25]. Більше того, жінки, що мали досвід сексуального домагання в дитинстві та зґвалтування у підлітковому віці, мали вищі ступені харчових розладів і помітну імпульсивність [25]. Супутні стани з BN (погранична психопатія, зловживання алкоголем і наркотиками та афективні розлади) також переважали в осіб, що в дитинстві переживали жорстоке ставлення

чи домагання [26]. Сексуальне домагання у дитинстві може призвести до низької самооцінки, розвитку неадаптованої поведінки (включаючи харчові розлади) та до ризиків подальших травм.

Дослідження 1887 жінок-новобранців військово-морського флоту виявило, що 57 % мали фізичне чи сексуальне домагання (або обидва) в дитинстві та 35 % мають досвід сексуального насилля у дорослому віці [27]. До того ж жінки, яких було зґвалтовано в дорослому віці, у 4,8 раза мали більшу імовірність сексуального домагання в дитинстві. Травма також може призвести до психобіологічних змін, які збільшать вразливість до розвитку харчового розладу. Ці дослідження вказують, що працівники охорони здоров'я мають розпитувати про харчові звички, використання проносних засобів і бачення образу тіла серед жінок-військовослужбовців, що раніше були зґвалтовані.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Харчові розлади часто приховуються [28]. Особа може вважати, що треба соромитись такої поведінки, чи може не мати розуміння патологічної природи свого стану. Пацієнти з обмежувальним типом AN можуть переміщувати їжу по тарілці чи іншим методом маскувати недостатню кількість їжі, що вони мають вживати. Особи з BN можуть нормально харчуватись, але потай використовувати проносне. Осіб із AN можна легше ідентифікувати, базуючись на вимірах зросту й ваги і за їхнім змореним виглядом. ІМТ менш ніж 17,5 у людини із західних культур, де їжі вдосталь, має викликати підозри у працівників охорони здоров'я та вказувати на необхідність госпіталізації. Може бути досить важко розпізнати BN чи EDNOS серед осіб із вагою, що становить норму.

У зоні бойового оточення військовослужбовці з BN можуть мати певні труднощі з переїданням чи вживанням проносних через нестачу особистого простору. Один з авторів лікував жінку-військовослужбовця, що носила з собою поліетиленовий пакет, в який таємно блювала через нестачу особистого простору у вбиральні загального користування. Далі вона чекала на можливість, щоб викинути пакет у сміттєвий бак, доки ніхто не дивиться. З іншого боку, надлишкові фізичні вправи як компенсаторна поведінка можуть виступати певною адаптацією замість визнання своєї патологічної поведінки.

Медичні наслідки

Нервово-психічна анорексія

На додачу до виснаженого вигляду зі впалими щоками, чітко видимою структурою кісток, малою кількістю жиру та м'язовою атрофією, пацієнти з AN можуть мати суху шкіру, гіперкаротинемію (що проявляється у зміні кольору шкіри на жовто-помаранчевий); лануго (поява первинного волосся, що покриває тіло задля компенсації низької температури тіла через втрату тілесного жиру); акроціаноз (кінцівки рук та стоп пітніють і мають синій колір через знижену циркуляцію крові) та атрофію грудей [28–30].

Симптоми супутнього гіпотиреозу містять втрату волосся, периферичний набряк і чутливість до холоду. Тахіпное і задишка можуть бути наслідком метаболічного алкалозу, спричиненого блювотою. І навпаки, метаболічний ацидоз може трапитись через зловживання послаблюючими препаратами [31].

Шлунково-кишковими симптомами є біль, здуття та тяжка констипація (від голодування, хронічного зловживання проносними засобами чи від обох причин), що може призвести до обструкції та мегаколону. Також поширені розлади через надмірні фізичні вправи (наприклад, грижі, переломи гомілки та інші травми).

До кардіологічних захворювань належать пролапс мітрального клапана, продовження скоригованого інтервалу QT, синусоїдна брадикардія та аритмія через електролітний дисбаланс (зокрема, гіпокаліємія) [27]. Пневмомедіастинум під впливом блювання [32] чи кардіоміопатії (через отруєння коренем іпекакуани) [28] можна побачити на рентгенівському знімку. Серце часто може бути атрофічним через хронічну гіповолемію [33]. Друга з головних причин смерті за наявності AN — це серцева аритмія. Зміни в центральній нервовій системі містять неспецифічні зміни в електро-

енцефалограмі та загальну атрофію, спричинену голодуванням та зневодненням.

Остеопороз присутній у половини жінок з AN і може призвести до компресійних переломів та кіфозу [34, 35]. Пацієнти з AN мають утричі більший ризик переломів. Втрата кісткової тканини, або остеопороз, може розвинутись вже через 6 місяців після початку захворювання та продовжуватись навіть після одужання, що може призвести до довготривалого ризику переломів. Переломи були наявні у 57 % жінок з AN та в наступний 20-річний період після початку хвороби [36]. Хоча більшість досліджень AN вказують на наявність остеопорозу в жінок, одне дослідження [37] виявило, що 50 % чоловіків із харчовими розладами мали відхилення у щільності кісток (поперекового відділу хребта та шийки стегна) більше ніж удвічі від стандартної норми для їхнього віку. Порівняно з жінками, які мали харчові розлади, у цієї групи чоловіків спостерігалась значна втрата кісткової тканини. Андерсен, Уотсон та Шлехте (Andersen, Watson and Schlechte) [37] говорять про взаємозв'язок між зменшенням ваги у чоловіків і зниженням рівня тестостерону, що стає причиною втрати кісткової тканини. Беручи до уваги підвищені фізичні вимоги в бойовому оточенні, особи з AN мають вищий ризик переломів.

Нейрогенна булімія

Пацієнти з BN та іншими станами, що включають вживання послаблюючих препаратів чи блювання, зазвичай мають нормальну вагу без очевидних ознак голодування. Навіть пацієнти з послаблювальним/блювальним типом не досягають настільки низької ваги, як пацієнти з обмежувальним типом. Зовнішній огляд може виявити пошкодження зубів та ясен від кислотності блювотної маси та ознаку Рассела — загрубілу шкіру на одному чи кількох пальцях, що використовуються для виклику блювоти. Фізичними показниками є гастроінтестинальні розлади (зокрема, наслідки зловживання проносними засобами, шлункові пошкодження через надлишкове блювання та ускладнення через електролітний дисбаланс, включаючи метаболічний алкалоз і серцеву аритмію) [28, 31].

Лабораторні дослідження

Біохімічний аналіз крові може показати порушення електролітного балансу. У пацієнтів, що приймають проносні засоби, може розвинутись гіпокаліємія, гіпохлоремія, спостерігається підвищена кількість бікарбонату [38]. Гіпокаліємія є досить поширеною та наявна майже у половини пацієнтів, що використовують послаблюючі засоби; однак співвідношення натрію та хлору у сечі можуть краще вказати на послаблювальну поведінку, ніж біохімічний аналіз крові [39]. Метаболічний ацидоз із низьким рівнем бікарбонату може виникати у пацієнтів, що зловживають послаблюючими засобами [38]. Гіпонатріємія може призвести до збільшення кількості води в організмі через надлишкове виділення антидіуретичного гормону або так званий синдром неадекватної секреції антидіуретичного гормону [28].

Інші лабораторні аномалії містять анемію, лейкопенію, нейтропенію та тромбоцитопенію [41]; гіперхолестеролемію [41]; еутиреоїдний синдром із нормальним рівнем тиреотропного гормону та низьким рівнем трийодтироніну і тироксину [28, 42]. Гіперкаротинемія була запропонована як маркер для обмежувального типу AN з чутливістю 62 % і специфічністю 83 %, коли використовується маркер із граничною концентрацією у 200 мкг/мл [30]. В одному дослідженні пацієнтів із AN, що мали високий рівень креатиніну сироватки крові та кислотності сечі, зараховували до тих, хто має хронічне захворювання, тоді як низький рівень сироваткового альбуміну та мала вага тіла передбачали летальність [38].

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ

Диференційна діагностика харчових розладів має містити порівняння із запальними захворюваннями кишечника, захворюваннями щитоподібної залози, центральної нервової системи або злоякісним новоутворенням черевної порожнини та симптомами маніфестації цукрового діабету.

Психіатричний диференційний діагноз містить депресію, зловживання психоактивними речовинами, психоз та обсесивно-компульсивний синдром. Також необхідно розглянути супутні захворювання психіатричних станів (включаючи депресію, психоз, стривоженість, розлад особистості та зловживання психоактивними речовинами).

НАПРЯМ ДІЙ І ПРОГНОЗ НА МАЙБУТНЄ

Нервово-психічна анорексія

AN часто має тяжкі форми захворювання та летальні наслідки. Зазвичай це хронічна хвороба, що інколи продовжується все життя з низьким рівнем повного одужання. В огляді проведених досліджень [43] пацієнтів, що мали не менше чотирьох років після початку захворювання, приблизно 24 % мали поганий результат (не досягли мети набору ваги в межах 15 % норми, не мали регулярного менструального циклу). Інші 44 % мали гарний результат (досягли та утримували вагу в межах 15 % норми, мали регулярний менструальний цикл). Приблизно 28 % мали помірний результат (поміж поганим і гарним). Рівень смертності становив 5 %. Навіть серед пацієнтів, що йшли на одужання, базуючись на вазі та регулярному менструальному циклі, дві третини продовжували страждати від несприйняття власного тіла, нав'язливих думок про вагу та зовнішній вигляд і порушень харчової поведінки.

Загальний коефіцієнт смертності за десятиріччя у пацієнтів, що лікувались від AN, становить від 3,3 % до 5,6 % [44, 45]. Рівень смертності за останні 20 років становить від 15 до 20 % (самогубство та зупинка серцевої діяльності — найбільш поширені причини) [46–49]. Щорічний рівень смертності через AN у 12 разів вищий, ніж щорічний рівень смерті жінок серед загального населення (у віці 15–24 років) [46]. AN пов'язане із соціальними та функціональними ураженнями [41], з медичними і психіатричними порушеннями [47].

Нейрогенна булімія

Існує обмежена кількість випадків, коли пацієнти з BN, що не перебували на лікуванні, мали покращення стану чи одужували. Пацієнтів, яких лікували за допомогою лікарських засобів чи психіатричних сеансів, було приблизно від 50 % до 70 %; однак ризик рецидиву також високий (30–50 % упродовж наступних 6 місяців — 6 років) [50, 51]. Більш довгостроковий прогноз може бути дещо кращим. Пацієнти з м'якшими симптомами та меншими супутніми медичними і психологічними захворюваннями, що не потребують госпіталізації, мають кращий прогноз. Рівень смертності серед пацієнтів із BN становить приблизно 0,3 % на рік [42]. Метааналіз рівнів смертності через BN упродовж 5–11 років опісля встановлення діагнозу виявив у 7 разів більшу смертність, ніж прогнозувалося [51].

Неуточнені харчові розлади

Єдине сучасне дослідження стосовно рівня смертності пацієнтів з EDNOS виявило, що 4 із 28 осіб померли впродовж наступних 11 років [53]. Ризик смерті може бути більшим упродовж перших кількох років опісля встановлення діагнозу харчового розладу. Огляд 10 харчових розладів серед населення виявив 2 % ризику смерті серед жінок під час першого року захворювання та 5 % ризику смерті серед чоловіків під час 1–2 року захворювання [53].

АТИПОВЕ ХАРЧУВАННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Дослідження харчових розладів серед військовослужбовців передбачали вивчення історій хвороб [54–56] та опитування військовослужбовців у межах статі чи служби. Ці опитування загалом базуються на самозвітах, що дало можливість виявити недооцінку патологічної поведінки щодо контролю

ваги [57] серед цивільного населення. Висновки з опублікованої літератури про харчові розлади серед військовослужбовців наведено в таблиці 28.1. Нині не існує досліджень харчових розладів серед військовослужбовців у зонах бойових дій.

МакНалті [5] досліджувала панівні та найвпливовіші чинники атипового харчування серед 3 000 жінок-військовослужбовців строкової служби Армії, флоту, морської піхоти та Військово-повітряних сил США. Найвищий рівень AN (4,9 %) був серед морської піхоти. Рівні серед інших служб становили: Армія — 1,3 %; флот — 1,1 %; Військово-повітряні сили — 0,8 %. Рівень BN був також найвищим серед морської піхоти — 15,9 %. Рівні серед інших служб становили: Армія — 4,3 %; флот — 5,2 % та Військово-повітряні сили — 9,3 %. Рівень EDNOS був значно вищим: 62,8 % осіб, що підпадали під критерії цього діагнозу. І знову морська піхота має значно вищий рівень: 76,7 %. Рівні серед інших видів: Армія — 57,4 %; флот — 61,2 % і Військово-повітряні сили — 58,6 %. Понад 60 % опитуваних осіб мали певний тип харчових розладів, і майже кожний опитуваний військовослужбовець морської піхоти (97,5 %) підпадав під критерії харчового розладу. Переважна більшість із тих, у кого був харчовий розлад на момент опитування, не мала попередніх харчових розладів і випадків розладів у родинах. Голодування чи використання проносних засобів збільшилось під час оцінювання індивідуального фізичного стану (PFA). Це вказує на те, що військове оточення може становити загрозу харчових розладів і підвищеного використання нездорових стратегій для зниження ваги та досягнення відповідності стандартам серед жінок.

У ході опитування 423 жінок-військовослужбовців Регулярної армії (командного і рядового складу) з медичних і польових команд Лаудер та колеги [58] виявили, що 142 жінки (33,6 %) мали ризик порушення харчування. Ці жінки з групи ризику визнали, що мали епізоди атипового харчування та використовували проносне частіше ніж 1 раз на місяць упродовж трьох місяців чи були сильно незадоволені собою та прагнули схуднути до ІМТ менше двадцяти одного. Зі 142 жінок, що згідно із дослідженням мали ризик, 108 пройшли структурне опитування психіатром, сертифікованим Міністерством охорони здоров'я США. З них 33 жінки мали харчовий розлад. Інші мали певні чинники стресу в період PFA, що викликали атипову харчову поведінку. Таким чином, 8 % мали харчовий розлад та 3,1 % відповідали критеріям ситуаційного харчового розладу серед військового оточення. У наступному дослідженні цієї ж групи осіб Лаудер та ін. [59] оцінювали військовослужбовців відповідно до тріади панівних захворювань у жінок, тобто наявність харчового розладу, аменореї та остеопорозу. Вони не знайшли осіб, що мали б одразу всі три захворювання, проте зазначили, що військова фізична напруга, яку мали учасниці опитування, можливо, створила захисний ефект щільності кісткової маси.

МакНалті [60] опитувала 1 425 чоловіків-військовослужбовців флоту з медико-санітарних установ і судноплавних ліній. Вона повідомила про домінування AN (2,5 %), BN (6,8 %) та EDNOS (40,8 %) серед опитуваних осіб. Значно збільшилося вживання послаблювальних засобів (до 15 %) під час періодів PFA. Голодування під час цих періодів було наявне майже у третини опитуваних. Стрес-чинники у військовому житті значні для AN, BN та EDNOS та містять провал під час вступу до найкращих навчальних закладів, страх бути відрахованим, примусові фізичні вправи, відсутність підтримки від старшого за рангом, вимоги щодо зросту/ваги та ротаційних переміщень. МакНалті також повідомила, що деякі моряки розповіли про свою злість і занепад духу через PFA та власні намагання контролювати свою вагу. Один із військовослужбовців навіть повідомив про суїцидальні думки через цю проблему.

Спираючись на подібне опитування 1323 жінок-медсестер флоту, МакНалті [61] повідомила про домінування AN (1,1 %), BN (12,5 %) і EDNOS (36 %). Щоб швидко втратити вагу, опитувані пропускали прийоми їжі (44,4 %), застосовували компульсивне переїдання (19,2 %), надмірні фізичні вправи (16,0 %), використовували препарати для схуднення (8,5 %), проносне (7,1 %) та блювання (3 %). Незадоволення власним тілом та образом в уяві було однією з причин харчових розладів, так само як зріст (в AN) чи вага (в BN). Стресори, що пов'язані з роботою, негативно вплинули на харчові розлади (наприклад, праця в небажаному місці чи реанімаційному відділенні, чергування робочих змін чи робота медичною сестрою).

ТАБЛИЦЯ 28.1

ВИСНОВКИ ЩОДО ДОСЛІДЖЕНЬ АТИПОВОГО ХАРЧУВАННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Учасники дослідження	Кількість	Результат дослідження				Дослідження
АЦПОР	310	20 % учасників із підвищеним рівнем булімічної поведінки, незадоволення тілом, прагнення стрункості				Lauder TD. Атипові харчові поведінки серед жінок корпусу позавійськової підготовки офіцерів резерву. *Mil Med*. 2001;166:264–268.
Жінки-військовослужбовці Армії, Військово-морських сил, Військово-повітряних сил та Морської піхоти	3000		AN (%)	BN (%)	EDNOS (%)	McNulty P. Домінуючі та найбільш впливові чинники атипового харчування серед жінок-військовослужбовців на строковій службі в Армії, Військово-морських силах, Військово-повітряних силах та Морській піхоті. *Mil Med*. 2001;166:53–58
		Морська піхота	4,9	15,9	76,7	
		Флот	1,1	5,2	61,2	
		Військово-повітряні сили	0,8	9,3	58,6	
		Армія	1,3	4,3	57,4	
Жінки-військовослужбовці в Армії	423	33,6 % атипового харчування та застосування послаблювальних препаратів, підвищений рівень невдоволеності власним тілом; у 8 % було діагностовано харчовий розлад; 3,1 % мали ситуаційний харчовий розлад				Lauder T, Williams MV, Campbell CS, Davis GD, Sherman RA. Атипова харчова поведінка серед жінок-військовослужбовців. *Med Sci Sports Exerc*. 1999;31:1265–1271.
Жінки- військовослужбовці в Армії, які мають ризик харчових розладів	108	Жодна із жінок не мала трійки захворювань (остеопороз, аменорея, харчовий розлад)				Lauder T, Williams MV, Campbell CS, Davis GD, Sherman RA. Трійка жіночих захворювань: наявність серед жінок-військовослужбовців. *Mil Med*. 1999;164:630–635.
Чоловіки-військовослужбовці Військово-морських сил			AN (%)	BN (%)	EDNOS (%)	McNulty P. Домінуючі та найбільш впливові чинники атипового харчування серед чоловіків-військовослужбовців на строковій службі у Військово-морських силах. *Mil Med*. 1997;162:753–758. McNulty P. Домінуючі та найбільш впливові чинники атипового харчування серед медсестер Військово-морських сил. *Mil Med*.1997;162:703–706.
	1425	Чоловіки	2,5	6,8	40,8	
Жінки-військовослужбовці Військово-морських сил (медсестри)	1323	Жінки	1,1	12,5	36,0	
Пацієнти Програми Військово-повітряних сил із управління вагою + Цивільні пацієнти Програми управління вагою + Військовий контроль	155	Група Військово-повітряних сил: в 4 рази більше використання послаблювальних препаратів, ніж серед групи цивільних; в 2–5 разів більше використання послаблювальних, ніж у військовій підконтрольній групі; значні коливання у вазі				Peterson AL, Talcott GW. Булімічна поведінка та втрата ваги у військовій/цивільній програмі управління вагою. *Mil Med*. 1995;160:616–620.
Жінки-військовослужбовці в Армії Ізраїлю, які мали діагноз «анорексія»	16	6 із 1 000 мали AN; 16 лікувались за допомогою CBT і кломіпраміну; 12 повернулись до повного виконання своїх службових обов'язків; 3 повернулись до обмеженого виконання свої обов'язків; 1 звільнили зі служби				Mark M, Rabinowitz J, Rabinowitz S, Gaoni B, Babur I, Danon Y. Швидке лікування нервово-психічної анорексії серед військовослужбовців. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44:69–71.

Студенти (чоловіки) Угорського вищого військового навчального закладу	480	Жодних осіб з анорексичною чи булімічною поведінкою; студенти вищого (загального) навчального закладу мають більше поведінкових і психологічних характеристик і чинників харчових розладів. Бодібілдери з обох груп схильні до перфекціонізму	Lukacs L, Muranyi I, Tury F. Харчування та ставлення до тіла, що пов'язане з бодібілдингом (незмагального характеру)серед чоловіків-військовослужбовців та студентів з Угорщини. *Mil Med*.2007;172:152–156.
Студенти (чоловіки) вищого навчального закладу	752		
Чоловіки та жінки Армії з підвищеними індивідуальними фізичними навантаженнями	1090	40 % мають надлишкову вагу; 10,8 % мають попередні психічні захворювання; 25,4 % стикалися зі словесним приниженням; 9,8 % повідомили про невпорядковане харчування. Жінки з надлишковою вагою та попереднім психіатричним лікуванням чи з випадками словесного приниження мають вищий ризик.	Варнер К., Варнер К, Матисзак Т., Рачал Дж., Флінт Дж., Грігер Т.А. (Warner C, Warner C, Matuszak T, Rachal J, Flynn J, Grieger TA). Невпорядковане харчування серед військовослужбовців-новобранців. *Mil Med*. 2007;172:147–151.

АЦПОР — армійський центр підготовки офіцерів резерву; CBT — когнітивно-поведінкова терапія; AN — нервово-психічна анорексія; BN — нейрогенна булімія; EDNOS — неуточнені харчові розлади.

Чітко не зрозуміло, були високі рівні BN і EDNOS (порівняно із загальним населенням) в опитуванні пов'язані зі статусом військовослужбовця чи з тим, що вони працювали медичними сестрами. Інші дослідження харчової поведінки серед медсестер військової навчальної програми показали конфліктуючі результати. Дослідження студенток-медиків і медсестер військової навчальної програми виявило атипову харчову поведінку в однієї п'ятої опитуваних із вищим рівнем ризиків серед останніх [62]. Інший аналіз виявив подібний рівень атипової харчової поведінки серед студентів: майбутніх лікарів і медичних сестер і представників художніх академій (наближено дорівнює 20 %), проте без різниці серед цих трьох груп [63].

Петерсон і його колеги [64] порівняли поширеність поведінки щодо втрати ваги у пацієнтів з булімією, яких зарахували до Програми управління вагою Військово-повітряних сил (ВПС), із цивільними особами, зарахованими до Програми управління вагою, та контрольною групою військовослужбовців. Військовослужбовці ВПС, учасники цієї програми, блювали, виконували інтенсивні фізичні вправи чи використовували сауну/парильню в чотири рази частіше, ніж група цивільних. Вони мали в 2–5 разів вищу імовірність булімічної поведінки щодо втрати ваги, ніж контрольна група військовослужбовців. Також вони втратили більше ваги, ніж інші дві групи: 53 % представників ВПС у Програмі управління вагою, і лише 10 % з інших двох груп, що втратили більше 10 фунтів за 1 місяць. Військовослужбовці ВПС показали більшу різницю: 41 % набрали понад 2 кілограми за 1 тиждень порівняно з 27 % у цивільній групі та 14 % у контрольній групі під час Програми управління вагою.

Реабілітаційна психотерапія з фіксованими інтервалами часу могла вплинути на коливання ваги та поведінку з підвищеною втратою ваги, що спостерігалась у групи ВПС, адже пацієнти мусили зважуватись щомісяця у зазначений день. Таким чином, вони могли продовжувати харчуватись як зазвичай, окрім кількох днів до зважування, та робили відчайдушні намагання скинути вагу в останній момент, подібно до поведінки, яку можна спостерігати у 6-місячному циклі PFA.

Уорнер та ін. [65] оцінили чинники ризику невпорядкованого харчування у перехресному опитуванні більш ніж 1000 солдатів, що мали індивідуальні підвищені фізичні навантаження. Навіть серед новобранців 40 % мали надмірну вагу та 9,8 % — харчові розлади (7,0 % чоловіків та 29,6 % жінок). Чинники ризику атипової харчової поведінки стосувались: жінок, осіб із надлишковою вагою, осіб із попереднім психічним лікуванням чи з випадками словесного приниження. Карлтон із колегами [66] проводила опитування щодо харчових розладів серед військовослужбовців різних категорій у Військово-морському медичному центрі. Відносно високий відсоток опитуваних становили чоловіки, офіцери або обидві групи, саме вони відобразили компонентний стан групи,

що досліджувалась. Опитувані (як чоловіки, так і жінки) повідомили, що середньостатистичний ІМТ означатиме, що вони належать до категорії осіб із надлишковою вагою. Більше 50 % опитуваних мали ІМТ 25 і вище.

Загалом були виявлені результати, подібні до інших досліджень щодо харчування та дієт серед військовослужбовців із високим рівнем невдоволеності своїм тілом, атиповими методами харчування та дієт і високою взаємозалежністю з циклом PFA. Майже 40 % опитуваних повідомили про переїдання і подібну поведінку, 18 % чи більше — про застосування проносних засобів, 25 % — про голодування. Така поведінка була пов'язана з хвилюванням, що PFA більш імовірно будуть призначені для осіб із вищим ІМТ, поганим зовнішнім виглядом чи з обома варіантами. Значна кількість опитуваних повідомили про невдоволення власним тілом і самооцінкою, що залежить від зовнішнього вигляду. Відсоток жінок був вищим; однак зазначені дані вказали, що значна кількість чоловіків у військово-морському флоті також незадоволені своїм тілом і мають атипову харчову поведінку. Таке нездорове ставлення та поведінка були поширені навіть серед опитуваних медичних команд; проте інші дослідження персоналу Військово-морського флоту показали низький рівень атипового харчування серед працівників охорони здоров'я (30 %) і лікарів-терапевтів (6 %) порівняно з рівнем серед військових, що плавають на суднах (65 %).

Хоча дані вказують, що одна третина чи більше опитуваних проявляли атипове харчування та поведінку з втратою ваги, лише 2 % були клінічно діагностовані [66]. Ці результати збігаються з іншими даними про те, що харчові розлади погано звітуються серед військовослужбовців, навіть у медичному командуванні. Не дивно, що військовослужбовці не хочуть «вийти з тіні» та «розкритись». На додачу до упереджень діагноз може стати основою для відсторонення від багатьох завдань, обов'язкового зарахування до Програми втрати ваги, неможливості отримання підвищення та примусового звільнення зі служби. МакНалті [5] повідомила, що за 1995 календарний рік приблизно 5000 осіб було звільнено з військової служби через невідповідність стандартам ваги. Військові працівники охорони здоров'я можуть не захотіти ставити діагноз «харчовий розлад», оскільки традиційно вважається, що такі захворювання важко лікувати і вони можуть стати причиною закінчення військової кар'єри.

МЕДИЧНЕ І ПСИХІАТРИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ

Нервово-психічна анорексія

Оцінка медичних аспектів та лікування

Пацієнти з AN мають погане розуміння свого стану. Вони можуть сприймати низьку вагу тіла як досягнення і, таким чином, не мати мотивації для зміни своєї поведінки [67]. Американська асоціація психіатрів рекомендує госпіталізувати пацієнтів, що важать менше 75 % від ідеальної маси тіла, та лікувати їх стаціонарно [68]. Інші вказівки щодо причин для госпіталізації вказані в додатку 28.3. Рівень госпіталізації осіб з AN вищий, ніж з будь-якими іншими психічними розладами (окрім шизофренії та органічного психічного розладу) [69]. Вартість лікування значна і за підрахунками є більшою, ніж вартість лікування шизофренії [70]. Деякі пацієнти відмовляються від лікування через страх набрати вагу та обмежене розуміння свого стану здоров'я. У таких випадках може бути необхідною примусова госпіталізація. Деякі з пацієнтів, що були госпіталізовані примусово, здатні мати короткострокові поліпшення, наприклад набір ваги. Проте в подібних випадках спостерігається й вищий рівень смертності порівняно з тими пацієнтами, що лікуються добровільно [71]. Зі змінами в регульованому медичному обслуговуванні лікування AN рухається а напрямі амбулаторного лікування та створення програм, розрахованих на частину дня. Госпіталізацію зазвичай застосовують до пацієнтів, що мають загрозу медичних ускладнень чи смерті, та до тих, хто може собі дозволити приватне лікування.

У разі встановлення діагнозу AN необхідно оцінити загальний медичний стан пацієнта. Супутні медичні захворювання, якщо вони існують, необхідно врегулювати (наприклад, як розлад ба-

ДОДАТОК 28.3

ПОКАЗНИКИ ДЛЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У РАЗІ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ АНОРЕКСІЇ*

- Обмежена мотивація змінити атипову харчову поведінку
- Неусувна (чи швидка) втрата ваги всупереч лікуванню
- Відмова від їжі
- Подовжений інтервал QT
- Брадикардія < 40 ударів на хвилину
- Аритмія
- Гіпотермія
- Симптоматична гіпотонія
- Менше ніж 70 % від ідеальної маси тіла
- Постійні думки про самогубство
- Необхідність відсторонення/детоксикації від послаблювальних препаратів, дієтичних добавок чи діуретиків.

* Цей перелік не є всеохопним, рішення про госпіталізацію пацієнта завжди має базуватись на клінічній оцінці психічного та загального медичного стану пацієнта.

лансу електролітів); це може поліпшити чи вирішити проблему недоїдання і вживання послаблювальних препаратів. Пацієнти, яким необхідна госпіталізація, потребують уважного дослідження стану здоров'я, адже різке переїдання може призвести до шлункового здуття, водянки, аритмії, тахікардії, застійної серцевої недостатності чи раптової зупинки серця [33, 72]. Рекомендується ввести вітамінні добавки з дозами кальцію від 1000 до 1500 мг і мультивітамінними комплексами [73]. Алендронат [74] та етидронат [75] були визнані ефективними для поліпшення остеогенезу для пацієнтів з анорексією, однак поліпшення кісткового стану здебільшого залежить від відновлення ваги.

Психотерапія

Контрольованих досліджень щодо психотерапевтичного лікування AN менше порівняно з BN [76]. Для пацієнтів у підлітковому та юнацькому віці одним із найефективніших типів лікування може бути сімейна терапія [77, 78]; але цей підхід неможливий у військовому оточенні. Когнітивно-поведінкова терапія (хоча й краще досліджена серед пацієнтів з BN), що спрямована на когнітивне спотворення сприйняття власного тіла і почуття самооцінки, використовувалась для деяких пацієнтів з AN [79].

М. Марк (Mark) із колегами [80] повідомив про лікувальний протокол, що використовувався Армією оборони Ізраїлю задля лікування AN серед ізраїльських військовослужбовців. Вони опитували, зважували та вимірювали всіх жінок-військовослужбовців упродовж 6-місячного періоду. У цьому обмеженому дослідженні у 6 з 1000 (0,6 %) жінок-військовослужбовців була виявлена анорексія. Вимогами до прийняття у лікувальну програму були такі: ідентифікована причина розладу, бажання лікуватися на військовій службі, система соціальної підтримки, розуміння пацієнтом наявності психічного розладу.

Частиною лікувальної програми було пояснення солдатам серйозності захворювання на AN і попередження про те, що їх можуть звільнити, якщо вони відмовляться від лікування чи проходитимуть його неналежним чином. Військовослужбовців госпіталізовували строком на 4–6 тижнів. За цей час кожен із них пройшов медичне обстеження, мав висококалорійну дієту та мав щотижневу мету набрати вагу. Терапія базувалась на когнітивно-поведінковій психотерапії (CBT — Cognitive behavioral therapy). Спочатку всім пацієнтам було призначено кломіпрамін, щоб знизити нав'язливі думки; цей препарат вживали протягом кількох місяців. Із 16 пацієнтів, що брали участь у лікуванні протягом року, 12 після його закінчення повернулися до повного виконання своїх обов'язків, 3 — до обмеженого виконання своїх обов'язків, одного було звільнено.

В одному рандомізованому дослідженні [81] було порівняно міжособистісну терапію (IPT — Interpersonal therapy), когнітивно-поведінкову психотерапію (CBT) та «неспецифічне клінічне управління» (nonspecific supportive clinical management), визначені як методи терапевтичної підтримки і виховання.

Неочікуваним став факт, що неспецифічні клінічні заходи були ефективнішими, ніж IPT та CBT; окрім цього, CBT мала кращі результати, ніж IPT. Психотерапевти, що проводили це дослідження, не були фахівцями в галузі харчових розладів. Його результати ще не були повторені, проте вони можуть мати велике значення для лікування AN у військовій системі охорони здоров'я.

Загалом план лікування для пацієнтів з AN має залучати багатопрофільну групу експертів, у тому числі в галузі психічного здоров'я, харчування і внутрішньої медицини або первинної медичної допомоги. Загалом до лікування пацієнта має бути застосований терапевтичний підхід. У багатьох випадках може бути необхідне абстрагування від харчування і спрямування зусиль на вирішення основних проблем самооцінки та перфекціонізму.

Лікарські засоби

Контрольовані дослідження лікарських засобів для лікування AN підсумовані в додатку 28.4. Пріоритетним у лікуванні пацієнтів із цим діагнозом є відновлення маси та подальша метаболічна стабілізація. Було визнано, що ципрогептадин (у дозуванні 32 мг/на день) покращує набір ваги у пацієнтів обмежувального типу AN, проте не є ефективним для переїдаючого/послаблювального типу AN [78]. Оскільки дефіцит цинку пов'язаний з AN через пригнічення та затримку вироблення нейропептиду Y [82], нутритивна підтримка з цим мінералом може бути корисною для прискорення одужання від AN і зниження рівня тривоги й депресії у пацієнта [83]. У контрольованому дослідженні [35] госпіталізованих жінок з AN додаткові дози цинку сприяли збільшенню BMI вдвічі порівняно з плацебо [84]. Бірмінгем і Гріцнер (Birmingham and Gritzner) [85] рекомендують призначати внутрішньо елементний цинк по 14 мг протягом двох місяців. Подвійне сліпе дослідження [86] цизаприду (по 10 мг тричі на день) виявило зниження суб'єктного стресу під час вживання їжі у малої групи пацієнтів з AN, але не виявило різниці в опорожненні шлунка чи набиранні ваги.

На сьогодні жоден антидепресант чи антипсихотичний засіб не продемонстрував довгострокового поліпшення при анорексії [87, 88]. Трициклічні антидепресанти (ТЦА) не лише виявилися неефективними, а й збільшували потенційну імовірність летальних випадків, що може бути ризикованим для такої групи пацієнтів [89, 90]. Селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну (SSRIs — Selective serotonin reuptake inhibitors) не показав покращень серед пацієнтів із низькою вагою [91]. Це можливо через загальний стан недоїдання у пацієнтів з низькою вагою як наслідок AN, що може спричинити дефіцит триптофану, амінокислоти, яка необхідна для синтезу серотоніну [92]. Один SSRI, флуоксетин, виявився корисним зі збільшенням дозування у запобіганні рецидиву в пацієнтів, що вже набрали вагу [93]. Однак ширше дослідження виявило негативні результати [94].

Нейролептичні засоби можуть відігравати значну роль, особливо для пацієнтів з AN, що не усвідомлюють свій стан здоров'я [95–98]. Проте не

ДОДАТОК 28.4

ЕФЕКТИВНІ ЛІКУВАЛЬНІ ЗАСОБИ[1] ДЛЯ МОНОТЕРАПІЇ У ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛЬОВАНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ У РАЗІ НЕРВОВО-ПСИХІЧНІЙ АНОРЕКСІЇ

- Цинк[2]
- Ципрохептадин[3]
- Флуоксетин (після відновлення ваги, у переїдаючого/послаблювального підтипу)[4, 5]
- Налтрексон (булімічний підтип)[6]
- Оланзапін[7]

[1] Визначені як препарати, що за меншу кількість днів досягли здорового BMI чи зменшення переїдаючої/послаблювальної поведінки при нейрогенній булімії, підтипу нервово-психічної анорексії.

[2] Birmingham CL, Goldner FM, Bakan R. Контрольовані дослідження цинку як медичної добавки при нервово-психічній анорексії. J Eat Disord. 1994;15:251–255.

[3] Halmi KA, Eckert E, LaDu TJ, Cohen J. Нервово-психічна анорексія. Ефективність лікування ципрохептадином та амітриптиліном. Arch Gen Psychiatry. 1986;43:177–181.

[4] Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, et al. Подвійне плацебо-контрольоване сліпе дослідження флуоксетину при обмежувальних та обмежувально-послаблювальних типах нервово-психічної анорексії. Biol Psychiatry. 2001;49:644–652

[5] Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, et al. Флуоксетин після відновлення ваги при нервово-психічній анорексії: рандомізоване контрольоване випробування. JAMA. 2006;295:2605–2612.

[6] Marrazzi MA, Bacon JP, Kinzie J, Luby ED. Використання налтрексону при лікуванні нервово-психічної анорексії та нейрогенної булімії. Int Clin Psychopharmacol. 1995;10:163–172.

[7] Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J. Оланзапін при лікуванні низької ваги та нав'язливих думок у жінок з нервово-психічною анорексією: рандомізоване плацебо-контрольоване подвійне сліпе дослідження. Am J Psychiatry. 2008; 165: 1281–1288.

всі дослідження продемонстрували ефективність нейролептиків [99, 100], їх використання може мати серйозні побічні ефекти серед певних груп пацієнтів [73]. У малому рандомізованому дослідженні олзапін перевершував хлорпромазин у зниженні его-синтонних анорексичних руминацій, хоча різниці в набиранні ваги не було [101]. Теоретично антагоністи опіатів можуть бути корисними для підгруп пацієнтів із харчовими розладами, що підпадають під модель залежності. Мараці (Marrazzi) та ін. [102] виявили зниження переїдань/послаблення у пацієнтів з BN та AN (булімічного підтипу), які вживали налтрексон, у рандомізованому дослідженні 37 пацієнтів.

Нейрогенна булімія

Література про методи лікування BN досить об'ємна. Госпіталізація за цього діагнозу необхідна достатньо рідко, зазвичай за медичних ускладнень (додаток 28.5). Існують докази, що порівняно з AN BN більш ефективно піддається фармакотерапевтичному лікуванню, хоча психотерапія лишається фундаментальним елементом лікування. Найбільш загальноприйнятим лікуванням BN є CBT. Але в одному дослідженні [103] менш ніж 10 % пацієнтів із булімією, чиє лікування передбачало психотерапію, лікувалися за цим типом терапії. Ефективними [92, 104] були визнані довідники-керівництва для самодопомоги, що використовують принципи CBT. Проте було встановлено, що навіть із CBT лише 50 % пацієнтів із BN одужали [105].

Пацієнти з BN, що не мали покращень від психотерапії, можуть мати їх від фармакотерапії. Лікувальні засоби, визнані ефективними в рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях при лікуванні BN, перелічені в додатку 28.6. Дані контрольованих досліджень показали ефективність ТЦА [106–110] та інгібіторів моноаміноксидази [111, 112]; останні мали дещо кращий результат [113]. Як ТЦА, так і інгібітори моноаміноксидази можуть мати летальні побічні ефекти серед цих пацієнтів (потенційне погіршення балансу електролітів) і не рекомендуються як першочергове лікування. Фенфлурамін, серотонінергічний агоніст, вилучений з продажу, мав кращий результат, ніж плацебо чи дезіпрамін (ТЦА) [110]. Антидепресанти SSRI є подібними до серотонінергічних агоністів і теоретично можуть працювати подібним чином. Флуоксетин у високому дозуванні (60 мг/на день) мав кращий результат, ніж плацебо під час 8-тижневого дослідження [114, 115] та одного 16-тижневого дослідження [116]. Ефективність флуоксетину при BN, як і препаратів ТЦА [117], не є вторинним результатом антидепресивних властивостей [118]. Одна третина пацієнтів, що раніше мали результат від лікування, можуть повернутись до первинного стану захворювання до кінця першого року терапії, незважаючи на продовження лікування [119]. Це вказує на те, що продовжуване лікування може надати певний захисний ефект, проте для постійного результату можуть бути необхідні додаткові засоби лікування.

Хоча флуоксетин є єдиним на сьогодні антидепресантом, схваленим для лікування BN, інші SSRI можуть також бути ефективними. У рандомізованому, плацебо-контрольованому дослідженні сертралін (100 мг на день протягом 12 тижнів) був набагато ефективнішим, ніж плацебо, при переїдаючих/послаблювальних поведінках у 20 амбулаторних пацієнток [120]. Було визначено ефективність флувоксаміну в запобіганні рецидиву в пацієнтів із BN, що мали результат від стаціонарної психотерапії [121]. У поодинокому слі-

ДОДАТОК 28.5

ПОКАЗНИКИ ДЛЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У РАЗІ НЕЙРОГЕННОЇ БУЛІМІЇ1

- Зміни життєвих показників (пульсу, кров'яного тиску)
- Синкопа
- Гіпотермія
- Ризик суїциду
- Неконтрольоване блювання
- Гематемезис (блювання кров'ю)
- Аритмія
- Дисбаланс електролітів
- Необхідність відсторонення від послаблювальних засобів, дієтичних добавок чи діуретиків.

[1] Цей перелік не є всеохопним, рішення про госпіталізацію пацієнта завжди має базуватися на клінічній оцінці психічного та загального медичного стану пацієнта.

ДОДАТОК 28.6

ЕФЕКТИВНІ ЛІКУВАЛЬНІ ЗАСОБИ У ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛЬОВАНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ ПРИ НЕЙРОГЕННІЙ БУЛІМІЇ

- Трициклічні антидепресанти (дезіпрамін, іміпрамін)[1, 2, 3, 4]
- Інгібітор моноаміноксидази (фенелзин, ісокарбоксазид)[5,6]
- Фенфлурамін[7]
- Флуоксетин [8–9, 10, 11]
- Бупропріон[12]
- Тразодон[13]
- Налтрексон (висока доза)[14]
- Ондансетрон[15]
- Топірамат[16, 17]
- Флутамід[18]
- Циталопрам[19]
- Сертралін[20]
- Флувоксамін[21]

[1] Pope HG Jr, Hudson JI, Jonas JM, Yurgelun-Todd D. Лікування булімії іміпраміном: подвійне плацебо-контрольоване сліпе дослідження. *Am J Psychiatry.* 1983;140:554–558.

[2] Agras WS, Dorian B, Kirkley BG, Arnow B, Bachman J. Іміпрамін при лікуванні булімії: контрольоване подвійне сліпе дослідження. *Int J Eat Disord.* 1987;6:29–38.

[3] Barlow J, Blouin J, Blouin A, Perez E. Лікування булімії дезіпраміном: подвійне сліпе перехресне дослідження. *Can J Psychiatry.* 1988;33:129–133.

[4] Hughes PL, Wells LA, Cunningham CJ, Ilstrup DM. Лікування булімії дезіпраміном. Подвійне плацебо-контрольоване сліпе дослідження. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:182–186.

[5] Walsh BT, Gladis M, Roose SP, Stewart JW, Stetner F, Glassman AH. Фенелзин у зіставленні з плацебо при лікуванні 50 пацієнтів з булімією. *Arch Gen Psychiatry.*1988;45:471–475.

[6] Kennedy SH, Piran N, Warsh JJ, et al. Дослідження ісокарбоксазиду в лікуванні нейрогенної булімії.*J Clin Psychopharmacol.* 1988;8:391–396.

[7] Blouin AG, Blouin JH, Perez EL, Bushnik T, Zuro C, Mulder E. Лікування булімії фенфлураміном і дезіпраміном. *J Clin Psychopharmacol.* 1988;8:261–269.

[8] Walsh BT, Agras WS, Devlin MJ, et al. Флуоксетин при нейрогенній булімії з подальшим поганим сприйняттям психотерапії. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1332–1334.

[9] Колективна група дослідження флуоксетину при лікуванні нейрогенної булімії. Флуоксетин при лікуванні нейрогенної булімії: багатоцентрове, подвійне плацебо-контрольоване сліпе дослідження. *Arch Gen Psychiatry.*1992;49:139–147.

[10] Goldstein DJ, Wilson MG, Thompson VL, Potvin JH, Rampey AH Jr. Дослідницька група лікування нейрогенної булімії флуоксетином. Довгострокове лікування флуоксетином нейрогенної булімії. *Br J Psychiatry*. 1995;166:660–666.

[11] Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP, Koke SC, Lee JS. Плацебо-контрольоване дослідження флуоксетину в довгостроковому лікуванні нейрогенної булімії після успішного екстреного лікування флуоксетином. *Am J Psychiatry.* 2002;159:96–102.

[12] Протипоказаний при лікуванні булімії через підвищений ризик пароксизму.

[13] Horne RL, Ferguson JM, Pope HG Jr, et al. Лікування булімії бупропріоном: контрольоване багатоцентрове дослідження. *J Clin Psychiatry.* 1988;49:262–266.

[14] Pope HG Jr, Keck PE Jr, McElroy SL, Hudson JI. Плацебо-контрольоване дослідження тразодону при лікуванні нейрогенної булімії. *J Clin Psychopharmacol.* 1989;9:254–259.

[15] Marrazzi MA, Bacon JP, Kinzie J, Luby ED. Налтрексон при лікуванні нервово-психічної анорексії та нейрогенної булімії. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995;10:163–172.

[16] Faris PL, Kim SW, Meller WH, et al. Ефект зменшення аферентної вагусної діяльності при лікуванні ондасетрономсимптомів нейрогенної булімії: рандомізоване сліпе подвійне дослідження. *Lancet*. 2000;355:792–797.

[17] Hoopes SP, Reimherr FW, Hedges DW, et al. Лікування нейрогенної булімії топіраматами у рандомізованому сліпому подвійному плацебо-контрольованому дослідженні, частина 1: покращення серед типів переїдання та послаблення. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:1335–1341.

[18] Nickel C, Tritt K, Muehlbacher M, et al. Лікування топіраматами пацієнтів з нейрогенною булімією: подвійне сліпе рандомізоване плацебо-контрольоване дослідження. *Int J Eat Disord*. 2005;38:295–300.

[19] Sundblad C, Landén M, Eriksson T, Bergman L, Eriksson E. Вплив антагоніста андрогену флутаміду та інгібітор зворотного захоплення серотоніну циталопрам при нейрогенній булімії: плацебо-контрольоване пілотне дослідження. *J Clin Psychopharmacol.* 2005;25:85–88.

[20] Leombruni P, Amianto F, Delsedime N, Gramaglia C, Abbate-Daga G, Fassino S. Циталопрам у зіставленні з флуоксетином при лікуванні пацієнтів з нейрогенною булімією: поодиноке рандомізоване сліпе контрольоване дослідження. *Adv Ther*. 2006;23:481–494

[21] Milano W, Petrella C, Sabatino C, Capasso A. Лікування нейрогенної булімії сертраліном: рандомізоване контрольоване дослідження. *Adv Ther*. 2004; 21:232–237.

пому дослідженні при зіставленні циталопраму та флуоксетину обидва агенти показали значне поліпшення щодо харчової психопатології. Пацієнти, які приймали флуоксетин, мали значне зниження інтроініційованого гніву, тоді як пацієнти, які вживали циталопрам, мали менше депресивних почуттів [122]. Для порівняння: інше дослідження виявило, що використання антагоніста андрогенного рецептора флутаміду знижує бажання переїдати, хоча не впливає на послаблюючу поведінку, тоді як циталопрам мав такий самий результат, як і плацебо [123]. Серед новіших, не-SSRI антидепресантів, лише бупропріон вивчався у контрольованих дослідженнях. Хоча бупропріон був дуже ефективним у зменшенні переїдання, частота рецидиву у дослідженні сягала 5,8 % пацієнтів [124]. У результаті цей препарат був заборонений при BN. Загалом антидепресанти зменшують переїдання на 61,4 % (рівень ремісії — 22 %) та послаблювальну поведінку на 58,9 % (рівень ремісії — 34 %) [125]. На жаль, до 45 % пацієнтів, що мали поліпшення від фармакотерапевтичного лікування, можуть мати рецидив упродовж перших 6 місяців [126].

Топірамат стає все більш популярним засобом лікування BN, зокрема після двох рандомізованих, подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень, що довели його ефективність [127, 128]. Інші лікарські засоби, що були визнані ефективними, пройшли як мінімум одне подвійне сліпе дослідження, включаючи ондансетрон [129], антагоніст периферичних серотонінових 5-HT3-рецепторів, налтрексон [102], антагоніст опіоїдних рецепторів, та антидепресант тразодон [130]. Кілька досліджень порівнювали психотерапію та фармакотерапію; не було виявлено жодних переваг об'єднаної терапії у зіставленні з окремою терапією [131–133]. Результати двох метааналізів визначили, що об'єднання цих двох підходів мало вищий рівень ремісії, хоча додавання лікарських засобів до терапії збільшило частоту відсіювання [134, 135]. У підсумку встановлено, що при лікуванні BN перевага надається психотерапії (у першу чергу CBT) або поєднанню психотерапії та фармакотерапії.

Неуточнені харчові розлади

Оскільки EDNOS — це неспецифікована діагностична категорія, підходи до лікування залежать від симптомів. Категорія EDNOS, про яку сьогодні видається все більше літератури, — це компульсивне переїдання (BED — Binge Eating Disorder). Загалом лікування є дещо подібним до BN, вимір результату визначається зменшенням переїдання. Найкращими з досліджених лікарських засобів для лікування BED та ожиріння виявились антидепресанти й антиконвульсанти. SSRI були визнані ефективними у подвійних сліпих дослідженнях стосовно лікування компульсивного переїдання [136–138]. Антиконвульсант топірамат також був визнаний ефективним у подвійному сліпому дослідженні BED, пов'язаному з ожирінням [139], та схожий агент, зонісамід, що також допомагав значно втратити вагу у подвійному сліпому дослідженні ожиріння у дорослих [140]. Окрім цього, речовини, спеціально розроблені для втрати ваги (включаючи фентермін, сібутрамін та орлістат) [141, 142], використовувались для лікування набирання ваги у пацієнтів із BED, що мали надлишкову вагу чи ожиріння. Хоча деякі речовини були більш ефективними у короткостроковій втраті ваги, існує відносно мала кількість даних про їх довгострокову ефективність. Огляд бази даних Кокран (Cochrane) вказує, що порівняно з плацебо кількість пацієнтів, які досягли 10 % втрати ваги, була на 12 % вищою, ніж при використанні орлістату, та на 15 % вищою при сібутраміні у подвійних сліпих дослідженнях, що продовжувались більше 1 року [143]. Однак була наявна значна «плинність пацієнтів» під час цих досліджень: у середньому 33 % пацієнтів, що приймали орлістат, та 43 %, що вживали сібутрамін, випали з програми.

ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ХАРЧОВИХ РОЗЛАДІВ У БОЙОВИХ УМОВАХ

Жодне формальне дослідження харчових розладів не проводилося серед військовослужбовців у бойових умовах. Операції «Непохитна свобода» та «Іракська свобода» — перші військові операції

Армії США, де жінки відіграють значну роль у бойових діях. Зважаючи на численність цієї групи, харчові розлади можуть стати дуже важливою проблемою. Хоча існує багато доказів, що розлади прийому їжі та поведінка, спрямована на зменшення ваги, поширеніші серед військових, ніж серед цивільного населення, фіксування діагнозу «харчовий розлад» серед військовослужбовців перебуває кількісно на одному рівні, що й серед цивільного населення, чи трохи нижче. Така розбіжність може мати кілька причин, включно із ситуаційним компонентом у військовому оточенні (наприклад, PFA), що зумовлює порушення нормального режиму харчування та дієти, страх кар'єрних змін, що призводить до замовчування, і той факт, що особи зі складними харчовими розладами відсіюються до зарахування на військову службу чи їх звільняють, коли харчові розлади стають явними. На додачу військовослужбовці з харчовими розладами можуть їх приховувати, щоб потрапити до бойового розгортання, адже військовий досвід у бойовому оточенні може бути важливим кроком до просування кар'єрою.

Імовірно, що деякі військовослужбовці з харчовими розладами перебуватимуть у зоні бойових дій. Особи, що підпадають під критерії AN, очевидно, не повинні бути в зоні бойових дій і, можливо, на дійсній військовій службі через високий рівень захворюваності і смертності при AN і через необхідність лікування. Рішення стосовно осіб, що мали BN чи EDNOS та чиї симптоми контролюються, варто приймати окремо в кожному випадку.

Необхідно надати належну оцінку стану особи та проглянути історію хвороби, перш ніж прийняти рішення про дозвіл на участь у бойовому розгортанні. З огляду на частоту харчування лише ті, хто проявлять глибоке розуміння свого стану здоров'я, повністю пройдуть лікування, матимуть адекватний контроль симптомів і загальне високе функціонування, розглядатимуться для призначення до розгортання. Також необхідно зважити потенційні побічні впливи та доступність призначених ліків. Якщо для стабілізації стану призначено психотропні речовини, антипсихотики та нейролептики, не можна давати дозвіл на участь цього військовослужбовця в розгортанні. Особливо варто зазначити, що топірамат все частіше призначають при булімії, проте він має протипоказання: ангідроз і гіпертермія [144], які можуть бути особливо проблематичними в пустелі. Додатковими чинниками для роздумів є оцінка слабких і сильних сторін особистості; система підтримки; попередні погіршення стану, супутні зі зловживанням заборонених речовин і депресією; мотивація до участі в розгортанні; очікування завдань під час розгортання; місце розгортання та можливість доступу до закладів охорони психічного здоров'я.

Імовірно, що військовослужбовець із попередньо прихованим чи контрольованим харчовим розладом не зможе надалі приховувати свій стан чи вплив захворювання на свої можливості виконувати обов'язки від товаришів у бойовому оточенні. У цьому разі буде необхідна детальна оцінка, щоб визначити, чи можна залишити військовослужбовця в зоні бойових дій, чи його необхідно демобілізувати. Перелічені вище чинники для роздумів передбачають серйозність нинішніх симптомів, попередню історію захворювання і супутніх хвороб, роботу й завдання особи, місце розташування, доступ до медичної допомоги, вплив на місію. Метаболічні порушення і зневоднення викликають особливе занепокоєння щодо можливості фізичного навантаження таких пацієнтів у жаркому кліматі; таким чином, пацієнти з булімією та подібними порушеннями мають бути евакуйовані.

Як позитивні, так і негативні ситуаційні чинники, що асоціюються з розгортанням, та їхній вплив можуть різнитися залежно від особи. Під час розгортання PFA скасовуються, тому тиск щодо ваги та вимірювання параметрів відкладається. У більшості ситуацій військовослужбовці мають більше часу для фізичних вправ. Також жаркий клімат впливає на апетит і прийом їжі. Більшість закладів харчування пропонують різноманітну їжу, тому особа може обрати різне здорове харчування; однак дехто може вважати, що шведський стіл (що зазвичай містить десерт і морозиво) призводить до переїдання. Колективне, харчування і проживання знижують імовірність переїдання та прийому послаблювальних (хоча й не робить їх неможливими). Послаблювальні й діуретичні засоби досить складно дістати в бойовому оточенні, це зменшує можливості послаблення. Структуровані години прийому їжі можуть знижувати імовірність переїдання чи збільшити

бажання вжити алкоголь. Очевидно, що в бойовому оточенні наявна менша кількість навколишніх чинників, як-от реклама їжі й ресторанів. Однак деякі місця можуть мати ресторани швидкого харчування, що відкриті й після завершення робочого часу. Розлука з домом і сім'єю також може мати позитивний чи негативний вплив і має бути оцінена в кожному окремому випадку.

НАПРЯМИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Подальші дослідження необхідні для поліпшення розуміння харчових розладів у різних сферах. Імовірно, що глобальна війна з тероризмом буде продовжуватись певний час з оперативною присутністю США у найвіддаленіших точках усього світу. Зважаючи на високу кількість атипової харчової поведінки серед військовослужбовців різних родів і видів військ, військові працівники охорони здоров'я мусять розуміти, чи впливають (і якщо так, то яким чином) ці стани на готовність і якість виконання бойових завдань. Як показує досвід, більшість військовослужбовців, направлених у зону бойового розгортання, втрачають вагу під час завдання зазвичай здоровим способом — завдяки збільшенню кількості фізичних вправ і зменшенню кількості їжі. Участь у розгортанні якоюсь мірою може захищати від харчових розладів через зниження стресу певного типу. До того ж головним симптомом харчового розладу є надмірна турбота про фізичний вигляд і самооцінка, прив'язана до зовнішнього вигляду. Можливо, у бойових умовах ці проблеми менш важливі, до того ж особисте моральне задоволення і відчуття нагороди надходять з інших джерел, не від їжі чи фізичного вигляду. Іншим вагомим дослідженням буде визначення дійсної втрати ваги під час розгортання; визначення різниці скинутої ваги серед тих осіб, що мали і не мали ожиріння до розгортання; визначення поширеності харчових розладів — збільшення чи зменшення під час розгортання. Ще одна цікава сфера для досліджень — потенційний супутній розвиток посттравматичного стресового розладу в пацієнтів, що мають харчові розлади. Як харчові [23–27], так і ПТСР у дорослих [145, 146] були пов'язані незалежно від наявності травм у дитинстві та сексуального домагання. Невідомо, чи існує незалежний зв'язок між харчовими розладами та розвитком ПТСР. Додатковим напрямом досліджень є визначення впливу бойової травми на ризик виникнення харчового розладу.

ВИСНОВКИ

Харчові розлади поширені серед військовослужбовців; військове оточення містить стресори, що можуть призводити до атипової поведінки. Працівники охорони здоров'я мають знати ознаки та симптоми кожного розладу, бути в змозі поставити чіткий діагноз і надати доступне як фармакотерапевтичне, так і психіатричне лікування. Особливо важливою є пильність у військах, що готуються до бойового розгортання. Адже у бойовому середовищі розлади можуть посилюватись, призводячи до негативних наслідків для осіб, підрозділів і місії загалом. Попри значну довгострокову захворюваність і високу смертність, що пов'язана із цими захворюваннями, харчові розлади піддаються лікуванню. Військове оточення може не тільки створювати певні обмеження для атипової поведінки, а й надавати структурну підтримку та лікування постраждалим особам, має можливості подальших досліджень для кращого розуміння цих розладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Lindquist CH, Bray RM. Trends in overweight and physical activity among US military personnel, 1995–1998. *Prev Med*. 2001;32:57–65.

2. Centers for Disease Control and Prevention. *Overweight and Obesity: Selected US National Research Findings*. Available at: http://www.cdc.gov/women/natstat/overwght.htm. Accessed March 2, 2010.

3. Byrne S, McLean N. Eating disorders in athletes: a review of the literature. *J Sci Med Sport*. 2001;4:145–159.

4. Marshall JD, Harber VJ. Body dissatisfaction and drive for thinness in high performance field hockey athletes. *Int J Sports Med*. 1996;17:541–544.

5. McNulty PA. Prevalence and contributing factors of eating disorder behaviors in active duty service women in the Army, Navy, Air Force, and Marines. *Mil Med*. 2001;166:53–58.

6. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61:348–358.

7. Silverman JA. Sir William Gull (1819–1890). Limner of anorexia nervosa and myxoedema. An historical essay and encomium. *Eat Weight Disord*. 1997;2:111–116.

8. Gard MCE, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord*. 1996;20:1–12.

9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.

10. Dorian BJ, Garfinkel PE. The contributions of epidemiologic studies to the etiology and treatment of the eating disorders. *Psychiatric Ann*. 1999;29:187–196.

11. Andersen AE, Bowers WA, Watson T. A slimming program for eating disorders not otherwise specified. Reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24:271–280. 465 *Eating Disorders*

12. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003;34:383–396.

13. O'Reardon JP, Peshek A, Allison KC. Night eating syndrome: diagnosis, epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2005;19:997–1008.

14. Kress AM, Peterson MR, Hartzell MD. Association between obesity and depressive symptoms among US military active duty service personnel, 2002. *J Psychosom Res*. 2006;60(3):263–271.

15. Rodin G. The etiology of eating disorders: lessons from high-risk groups. *Psychiatr Ann*. 1999;29:181–182.

16. Bailer UF, Kaye WH. A review of neuropeptide and neuroendocrine dysregulation in anorexia and bulimia nervosa. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*. 2003;2:53–59.

17. Klump KL, Kaye WH, Strober M. The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24:215–225.

18. Nacmias B, Ricca V, Tedde A, Mezzani B, Rotella CM, Sorbi S. 5-HTA receptor gene polymorphisms in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Neurosci Lett*. 1999;277:134–136.

19. Spigset O, Andersen T, Hägg S, Mjöndal T. Enhanced platelet serotonin 5-HT2A receptor binding in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1999;9:469–473.

20. Levitan RD, Kaplan AS, Masellis M, et al. Polymorphism of the serotonin 5-HT1B receptor gene (HTR1B) associated with minimum lifetime body mass index in women with bulimia nervosa. *Biol Psychiatry*. 2001;50:640–643.

21. King M. The epidemiology of eating disorders. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 1998;7:32–41.

22. Levine MP, Smolak L, Moodey AF, Shuman MD, Hessen LD. Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *Int J Eat Disord*. 1994;15:11–20.

23. Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. *Int J Eat Disord*. 1993;13:1–11.

24. Léonard S, Steiger H, Kao A. Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates. *Int J Eat Disord.* 2003;33:397–405.

25. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jocic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:1107–1115.

26. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, et al. Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *Int J Eat Disord.* 2001;30:401–412.

27. Merrill LL, Newell CE, Thomsen CJ, et al. Childhood abuse and sexual revictimization in a female Navy recruit sample. *J Trauma Stress.* 1999;12:211–225.

28. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating disorders. *N Engl J Med.* 1999;340:1092–1098.

29. Birmingham CL. Hypercarotenemia [letter]. *N Engl J Med.* 2002;347:222–223.

30. Boland B, Beguin C, Zech F, Desager JP, Lambert M. Serum beta-carotene in anorexia nervosa patients: a case-control study. *Int J Eat Disord.* 2001;30:299–305.

31. Mitchell JE, Seim HC, Colon E, Pomeroy C. Medical complications and medical management of bulimia. *Ann Intern Med*. 1987;107:71–77.

32. Karim A, Ahmed S, Rossoff L. Pneumomediastinum simulating a panic attack in a patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2003; 33:104–107.466 *Combat and Operational Behavioral Health*

33. Casiero D, Frishman WH. Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardio Rev*. 2006;14:227–231.

34. Mehler PS. Osteoporosis in anorexia nervosa: prevention and treatment. *Int J Eat Disord.* 2003;33:113–126.

35. Powers PS. Osteoporosis and eating disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1999;12:51–57.

36. Lucas AR, Melton LJ 3rd, Crowson CS, O'Fallon WM. Long-term fracture risk among women with anorexia nervosa: a population-based cohort study. *Mayo Clin Proc.* 1999;74:972–977.

37. Andersen AE, Watson T, Schlechte J. Osteoporosis and osteopenia in men with eating disorders. *Lancet*. 2000;355:1967–1968.

38. Wolfe BE, Metzger ED, Levine JM, Jimerson DC. Laboratory screening for electrolyte abnormalities and anemia in bulimia nervosa: a controlled study. *Int J Eat Disord.* 2001;30:288–293.

39. Crow SJ, Rosenberg ME, Mitchell JE, Thuras P. Urine electrolytes as markers of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2001;30:279–287.

40. Devuyst O, Lambert M, Rodhain J, Lefebvre C, Coche E. Haematological changes and infectious complications in anorexia nervosa: a case-control study. *Q J Med*. 1993;86:791–799.

41. Pauporte J, Walsh BT. Serum cholesterol in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2001;30:294–298.

42. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician.* 2003;67:297–304.

43. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: APA; 2000.

44. Patton GC. Mortality in eating disorders. *Psychol Med.* 1988;18:947–951.

45. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1995;152:1073–1074.

46. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med.* 1995;25:143–156.

47. Herzog W, Deter HC, Fiehn W, Petzold E. Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective 12-year follow-up study. *Psychol Med.* 1997;27:269–279.

48. Ratnasuriya RH, Eisler I, Szmukler GI, Russell GF. Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatry.* 1991;158:495–502.

49. Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*. 2000;355:721–722.

50. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19:843–859.

51. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1997;154:313–321.

52. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24:201–214, vii–viii.

53. Nielsen S, Moller-Madsen S, Isager T, Jorgensen J, Pagsberg K, Theander S. Standardized mortality in eating disorders—a quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res*. 1998;44:413–434.

54. Davidson DM. Anorexia nervosa in a serviceman: case report. *Mil Med.* 1976;141:617–619.

55. Voge VM, Yacavone D. Bulimia: an uncommon problem in aircrewmen—a case report. *Aviat Space Environ Med.* 1987;58:347–349.467 *Eating Disorders*

56. Berg JS, Moore JL. A case of "eating disorder NOS": aeromedical implications of DSM-IV diagnostic criteria. *Aviat Space Environ Med.* 1996;67:157–160.

57. Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Med Sci Sports Exerc.* 1994;26:414–419.

58. Lauder TD, Williams MV, Campbell CS, Davis GD, Sherman RA. Abnormal eating behaviors in military women. *Med Sci Sports Exerc.* 1999;31:1265–1271.

59. Lauder TD, Williams MV, Campbell CS, Davis G, Sherman R, Pulos E. The female athlete triad: prevalence in military women. *Mil Med.* 1999;164:630–635.

60. McNulty PA. Prevalence and contributing factors of eating disorder behaviors in active duty Navy men. *Mil Med.* 1997;162:753–758.

61. McNulty PA. Prevalence and contributing factors of eating disorder behaviors in a population of female Navy nurses. *Mil Med.* 1997;162:703–706.

62. Babar N, Alam M, Ali SS, et al. Anorexic behaviour and attitudes among female medical and nursing students at a private university hospital. *J Pak Med Assoc*. 2002;52:272–276.

63. Szweda S, Thorne P. The prevalence of eating disorders in female health care students. *Occup Med (Lond)*. 2002;52:113–119.

64. Peterson AL, Talcott GW, Kelleher WJ, Smith SD. Bulimic weight-loss behaviors in military versus civilian weightmanagement programs. *Mil Med.* 1995;160:616–620.

65. Warner C, Warner C, Matuszak T, Rachal J, Flynn J, Grieger TA. Disordered eating in entry-level military personnel. *Mil Med*. 2007;172:147–151.

66. Carlton JR, Manos GH, Van Slyke JA. Anxiety and abnormal eating behaviors associated with cyclical readiness testing in a naval hospital active duty population. *Mil Med*. 2005;170:663–667.

67. Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev.* 1998;18:391–420.

68. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders [revised]. *Am J Psychiatry.* 2000;157(suppl):1.

69. McKenzie JM, Joyce PR. Hospitalization for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1992;11:235–241.

70. Agras WS. The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24:371–379.

71. Russell GF. Involuntary treatment in anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24:337–349.

72. Rigotti NA. Eating disorders. In: Carlson KJ, Eisenstat SA, eds. *Primary Care of Women.* St Louis, Mo: Mosby-Year Book; 1995: 443–449.

73. Becker AE, Hamburg P, Herzog DB. The role of psychopharmacologic management in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1998;5:17–51.

74. Golden NM, Iglesias EA, Jacobson MS, et al. Alendronate for the treatment of osteopenia in anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90:3179–3185.

75. Nakahara T, Nagai N, Tanaka M, et al. The effects of bone therapy on tibial bone loss in young women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2006;39:20–26.

76. Mitchell JE, Peterson CB, Myers T, Wonderlich S. Combining pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of patients with eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24:315–323. 468 *Combat and Operational Behavioral Health*

77. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44:1047–1056.

78. Lock J, le Grange D, Agras WS, Dare C. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family Based Approach.* New York, NY: Guilford Press; 2001.

79. Bowers WA. Basic principles for applying cognitive-behavioral therapy to anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24:293–303, x.

80. Mark M, Rabinowitz J, Rabinowitz S, Gaoni B, Babur I, Danon Y. Brief treatment of anorexia nervosa in military personnel. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44:69–71.

81. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Pscyhiatry*. 2005;162:741–747.

82. Levenson CW. Zinc regulation of food intake: new insights on the role of neuropeptide Y. *Nutr Rev*. 2003;61:247–249.

83. Su JC, Birmingham CL. Zinc supplementation in the treatment of anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2002;7:20–22.

84. Birmingham CL, Goldner FM, Bakan R. Controlled trial of zinc supplementation in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1994;15:251–255.

85. Birmingham CL, Gritzner S. How does zinc supplementation benefit anorexia nervosa? *Eat Weight Disord*. 2006;11:e109–e111.

86. Szmukler GI, Young GP, Miller G, Lichenstein M, Binns DS. A controlled trial of cisapride in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1995;17:347–357.

87. Attia E, Schroeder L. Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: where do we go from here? *Int J Eat Disord*. 2005;37(suppl):s60–s63.

88. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007;40:310–320.

89. Halmi KA, Eckert E, LaDu TJ, Cohen J. Anorexia nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry.* 1986;43:177–181.

90. Lacey JH, Crisp AH. Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population. *Postgrad Med J.* 1980;56(suppl 1):79–85.

91. Ruggiero GM, Laini V, Mauri MC, et al. A single blind comparison of amisulpride, fluoxetine and clomipramine in the treatment of restricting anorectics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2001;25:1049–1059.

92. Mitchell JE, Fletcher L, Hanson K, et al. The relative efficacy of fluoxetine and manual-based self-help in the treatment of outpatients with bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21:298–304.

93. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry.* 2001;49:644–652.

94. Anderson IM, Parry-Billings M, Newsholme EA, Fairburn CG, Cowen PJ. Dieting reduces plasma tryptophan and alters brain 5-HT function in women. *Psychol Med.* 1990;20:785–791.

95. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;295:2605–2612.

96. Cassano GB, Miniati M, Pini S, et al. Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: a preliminary report. *Int J Eat Disord.* 2003;33:172–177. 469 *Eating Disorders*

97. La Via MC, Gray N, Kaye WH. Case reports of olanzapine treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2000;27:363–366.

98. Hansen L. Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. *Br J Psychiatry.* 1999;175:592.

99. Vandereycken W. Neuroleptics in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo controlled study with sulpiride. *Br J Psychiatry.* 1984;144:288–292.

100. Vandereycken W, Pierloot R. Pimozide combined with behavior therapy in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind pacebo-controlled cross-over study. *Acta Psychiatr Scand.* 1982;66:445–450.

101. Mondraty N, Birmingham CL, Touyz S, Sundakov V, Chapman L, Beumont P. Randomized controlled trial of olanzapine in the treatment of cognitions in anorexia nervosa. *Australas Psychiatry*. 2005;13:72–75.

102. Marrazzi MA, Bacon JP, Kinzie J, Luby ED. Naltrexone use in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995;10:163–172.

103. Crow S, Mussell MP, Peterson C, Knopke A, Mitchell J. Prior treatment received by patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1999;25:39–44.

104. Thiels C, Schmidt U, Treasure J, Garthe R, Troop N. Guided self-change for bulimia nervosa incorporating use of a self-care manual. *Am J Psychiatry.* 1998;155:947–953.

105. Agras WS, Crow SJ, Halmi KA, Mitchell JE, Wilson GT, Kraemer HC. Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1302–1308.

106. Pope HG Jr, Hudson JI, Jonas JM, Yurgelun-Todd D. Bulimia treated with imipramine: a placebo-controlled, doubleblind study. *Am J Psychiatry.* 1983;140:554–558.

107. Agras WS, Dorian B, Kirkley BG, Arnow B, Bachman J. Imipramine in the treatment of bulimia: a double-blind controlled study. *Int J Eat Disord.* 1987;6:29–38.

108. Barlow J, Blouin J, Blouin A, Perez E. Treatment of bulimia with desipramine: a double-blind crossover study. *Can J Psychiatry.* 1988;33:129–133.

109. Hughes PL, Wells LA, Cunningham CJ, Ilstrup DM. Treating bulimia with desipramine. A double-blind, placebo controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:182–186.

110. Blouin AG, Blouin JH, Perez EL, Bushnik T, Zuro C, Mulder E. Treatment of bulimia with fenfluramine and desipramine. *J Clin Psychopharmacol*. 1988;8:261–269.

111. Walsh BT, Gladis M, Roose SP, Stewart JW, Stetner F, Glassman AH. Phenelzine vs placebo in 50 patients with bulimia. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:471–475.

112. Kennedy SH, Piran N, Warsh JJ, et al. A trial of isocarboxazid in the treatment of bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol*. 1988;8:391–396.

113. Rothschild R, Quitkin HM, Quitkin FM, et al. A double-blind placebo-controlled comparison of phenelzine and imipramine in the treatment of bulimia in atypical depressives. *Int J Eat Disord*. 1994;15:1–9.

114. Walsh BT, Agras WS, Devlin MJ, et al. Fluoxetine for bulimia nervosa following poor response to psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1332–1334.

115. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: a multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:139–147.

116. Goldstein DJ, Wilson MG, Thompson VL, Potvin JH, Rampey AH Jr. Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1995;166:660–666. 470 *Combat and Operational Behavioral Health*

117. Blouin J, Blouin A, Perez E, Barlow J. Bulimia: independence of antibulimic and antidepressant properties of desipramine. *Can J Psychiatry*. 1989;34:24–29.

118. Goldstein DJ, Wilson MG, Ascroft RC, al-Banna M. Effectiveness of fluoxetine therapy in bulimia nervosa regardless of comorbid depression. *Int J Eat Disord*. 1999;25:19–27.

119. Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP, Koke SC, Lee JS. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*. 2002;159:96–102.

120. Milano W, Petrella C, Sabatino C, Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with sertraline: a randomized controlled trial. *Adv Ther*. 2004;21:232–237.

121. Fichter MM, Krüger R, Rief W, Holland R, Döhne J. Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: effects on eating-specific psychopathology. *J Clin Psychopharmacol*. 1996;16:9–18.

122. Leombruni P, Amianto F, Delsedime N, Gramaglia C, Abbate-Daga G, Fassino S. Citalopram versus fluoxetine for the treatment of patients with bulimia nervosa: a single-blind randomized controlled trial. *Adv Ther*. 2006;23:481–494.

123. Sundblad C, Landén M, Eriksson T, Bergman L, Eriksson E. Effects of the androgen antagonist flutamide and the serotonin reuptake inhibitor citalopram in bulimia nervosa: a placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychopharmacol*. 2005; 25:85–88.

124. Horne RL, Ferguson JM, Pope HG Jr, et al. Treatment of bulimia with bupropion: a multicenter controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 1988;49:262–266.

125. Nathan PE, Gorman JM. *Treatments That Work*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2002: 560.

126. Walsh BT, Hadigan CM, Devlin MJ, Gladis M, Roose SP. Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1206–1212.

127. Hoopes SP, Reimherr FW, Hedges DW, et al. Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double blind, placebo-controlled trial, part 1: improvement in binge and purge measures. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:1335–1341.

128. Nickel C, Tritt K, Muehlbacher M, et al. Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2005;38:295–300.

129. Faris PL, Kim SW, Meller WH, et al. Effect of decreasing afferent vagal activity with ondansetron on symptoms of bulimia nervosa: a randomised, double-blind trial. *Lancet*. 2000;355:792–797.

130. Pope HG Jr, Keck PE Jr, McElroy SL, Hudson JI. A placebo-contolled study of trazodone in bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol*. 1989;9:254–259.

131. Goldbloom DS, Olmsted M, Davis R, et al. A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: short-term outcome. *Behav Res Ther*. 1997;35:803–811.

132. Fichter MM, Leibl K, Rief W, Brunner E, Schmidt-Auberger S, Engel RR. Fluoxetine versus placebo: a double-blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy. *Pharmacopsychiatry*. 1991;24:1–7.

133. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmerman R. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:149–157.

134. Bacaltchuk J, Trefiglio RP, de Oliveira IR, Lima MS, Mari JJ. Antidepressants versus psychotherapy for bulimia nervosa: a systematic review. *J Clin Pharm Ther*. 1999;24:23–31.

135. Bacaltchuk J, Trefiglio RP, Oliveira IR, Hay P, Lima MS, Mari JJ. Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101:256–264. 471 *Eating Disorders*

136. Arnold LM, McElroy SL, Hudson JI, Welge JA, Bennett AJ, Keck PE. A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:1028–1033.

137. Ricca V, Mannucci E, Mezzani S, et al. Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder: a one-year follow-up study. *Psychother Psychosom*. 2001;70:298–306.

138. Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, et al. High-dose escitalopram in the treatment of binge-eating disorder with obesity: a placebo-controlled monotherapy trial. *Hum Psychopharmacol*. 2008;23:1–11.

139. McElroy SL, Arnold LM, Shapira NA, et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2003;160:255–261.

140. Gadde KM, Franciscy DM, Wagner HR II, Krishnan KR. Zonisamide for weight loss in obese adults: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289:1820–1825.

141. Wilfley DE, Crow SJ, Hudson JI, et al. Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. *Am J Psychiatry*. 2008;165:51–58. Epub December 3, 2007.

142. Bays H, Dujovne C. Pharmacotherapy of obesity: currently marketed and upcoming agents. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2002;2:245–253.

143. Padwal R, Li SK, Lau DC. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;3:CD004094.

144. Hulihan J, Ortho-McNeil Pharmacutical. Important drug warning letter to healthcare professionals, December 18, 2003. http://www.fda.gov/downloads/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/UCM169494.pdf. Accessed March 2, 2010.

145. Clancy CP, Graybeal A, Tompson WP, et al. Lifetime trauma exposure in veterans with military-related posttraumatic stress disorder: association with current symptomatology. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1346–1353.

146. Lapp KG, Bosworth HB, Strauss JL, et al. Lifetime sexual and physical victimization among male veterans with combat related post-traumatic stress disorder. *Mil Med*. 2005;170:787–790.

РОЗДІЛ 29

ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ, НАРКОТИКІВ ТА ІНШИХ ЗАБОРОНЕНИХ РЕЧОВИН В АРМІЇ

Р. Грегорі Ланде[I] · Барбара А. Марін[II] ·
Джеймс Дж. Стауденмеєр[III] · Деріл Хоукінс[IV]

ВСТУП

ВПЛИВ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ НА ВИКОНАННЯ ВІЙСЬКОВИХ ОБОВ'ЯЗКІВ

Порушення когнітивних функцій

Порушення роботи пам'яті

Порушення сну

ОПИТУВАННЯ НА ПРЕДМЕТ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ

ВЖИВАННЯ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ

ЗЛОВЖИВАННЯ ІНШИМИ НАРКОТИЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ

ФУНКЦІЇ ОФІЦЕРА МЕДИЧНОГО НАГЛЯДУ

ПРОГРАМА ПОЗБАВЛЕННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В АРМІЇ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор остеопатії, голова служби безперервної психіатрії, відділення психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Building 2, Room 5343,Washington, DC 20307; клінічний консультант, Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC.

[II] Доктор філософії, керівник Департаменту лікування залежностей і клінічний директор, Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001.

[III] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник, Медичний корпус, Армія США; консультант, Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії, відділ психіатрії, USAMEDDAC, 11050 Mount Belvedere Boulevard, BMD (Wilcox), Fort Drum, New York 13602; у минулому — член Наукового товариства геріатричної психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC.

[IV] Доктор філософії, офіцер контролю вживання алкоголю і наркотичних речовин, Програма позбавлення наркотичної залежності в Армії, Building 6, Room 2066, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-500.

ВСТУП

Упродовж століть під час збройних конфліктів солдати шукали можливостей уникнути почуття страху та невизначеності бою. Головний щит, що оберігав цих бійців, — тренування. Безкінечні тренування народжують упевненість у військових навичках і зброї. Міцні стосунки в групі, сконцентровані на товариських взаєминах, підтримці та впевненості, посилюють емоційну витримку. Це позитивні чинники зміцнення відчуття «невразливості».

Емоційний щит захищає солдатів від бойового стресу, а надалі загартовується тренуваннями та груповою згуртованістю, проте слабшає через інші, приховані та шкідливі чинники. Головними чинниками, що вражають емоційний щит, є індивідуальні травми. Хоча вживання психоактивних речовин може сприйматися солдатами як метод зниження стресу від цих травм, їхній руйнівний вплив є значним.

У сучасній військовій системі переважають складні машини, високоточна зброя, новітні інформаційні технології та структурна оперативність, що необхідна для швидкої адаптації до широкого спектру загроз. Таким чином, сьогоднішній солдат більш сучасний і переважно покладається «на розум, ніж на м'язи». Однак фізична сила важлива, особливо зважаючи на тренування витримки, необхідної в бойових операціях. Як наслідок, весь військовий персонал зобов'язаний підтримувати гарний фізичний рівень. Попри очевидну важливість фізичних тренувань, когнітивна витримка може бути навіть важливішою. Успішна військова кар'єра потребує постійного вдосконалення базових когнітивних завдань, що передбачають оброблення інформації та психомоторні навички.

ВПЛИВ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ НА ВИКОНАННЯ ВІЙСЬКОВИХ ОБОВ'ЯЗКІВ

Порушення когнітивних функцій

Вживання алкоголю призводить до виникнення широкого діапазону біологічних і психічних порушень, які значно впливають на військову діяльність. Порушення когнітивної функції від впливу алкоголю коливаються від легкого, майже непомітного, до важкого ступеня. Природа та інтенсивність цих порушень можуть бути різними і залежати від звички вживання, фізіологічної реакції, соціального сприйняття та наявності медичних чи психіатричних проблем. Попри ці інтраіндивідуальні варіації, хоча б для порівняння, середньостатистичний чоловік вагою близько 80 кілограмів точно може досягти рівня алкоголю в крові (BAC — Blood alcohol concentration) 0,04 %, вживши дві стандартні дози алкоголю впродовж однієї години [1]. Таким чином, навіть мала кількість вжитого алкоголю впливає на когнітивну функцію. А під час складних завдань вплив через одурманення алкоголем буде ще відчутніший.

Розумова діяльність при завданнях, що потребують розділеної концентрації уваги, наприклад керування зброєю та огляд оточення, може страждати навіть за такого низького рівня алкоголю в крові, як 0,02 відсотків [2]. Мозкова система оброблення інформації намагатиметься компенсувати недоліки своєї роботи, зосередившись лише на одному із завдань. Це може призвести до згубного результату, оскільки розумова діяльність

і виживання тісно пов'язані між собою. Людина із середньостатистичними фізіологічними даними може досягти рівня алкоголю в крові 0,02 % лише від однієї стандартної дози алкоголю за одну годину або мати повільне зниження концентрації алкоголю у крові після тяжкого запою [2].

Психомоторна функція надзвичайно важлива в бойових операціях, що передбачають можливість візуального стеження за об'єктами. Будь то приціл зброї чи керування бойовою машиною, уважний і точний зоровий контроль може вирішити долю бойового завдання. Військовослужбовці можуть мати зниження гостроти зору зазвичай через складність фокусування навіть за такого низького рівня алкоголю в крові, як 0,03 % [2].

Очевидно, що «затуманений» зір часто пов'язаний зі вживанням алкоголю. Менш поширеним, але потенційно більш небезпечним є розлад просторового сприйняття — наслідок вживання алкоголю. Зорово-просторові вправи потребують відповідного розміщення об'єктів у просторі. Задля ефективної відповіді на ворожі постріли снайпера з кількох різних точок необхідні розпізнання приблизної позиції снайпера та можлива екстраполяція на інше місце. Аналіз такого типу залежить від точного сприйняття та абстрактного мислення.

Рівень візуально-просторового сприйняття через алкогольну інтоксикацію знижується двома шляхами: ускладнюється візуальний контроль за декількома об'єктами одночасно або просто зменшується точність зорового сприйняття. При довготривалому вживанні алкоголю, коли його кількість і тривалість вживання не точно визначені, можливі чіткі зміни когнітивної функції. Ці зміни виражаються у втраті швидкості мислення та позбавленні здатності протистояти новим проблемам за допомогою творчого рішення. Ознаки цього стану виникають, коли особа, що виконувала свої обов'язки відповідним чином, в новому оточенні не може адаптуватися та застосовувати старі навички до нинішньої ситуації [2].

Найвищий ступінь порушення когнітивних функцій відбувається протягом декількох тижнів після скорочення або припинення значного споживання алкоголю. Військовослужбовці, що звикли до вживання великої кількості алкоголю, змушені повністю утримуватися від вживання алкоголю під час розгортання, що може супроводжуватися тривожними проявами симптомів зниження когнітивних можливостей.

Порушення роботи пам'яті

Хронічне вживання алкоголю порушує канали зв'язку між частинами мозку, що відповідають за оброблення спогадів, особливо це лобна доля та гіпокамп [3]. Фактично довготривале вживання алкоголю структурно зменшує об'єм мозку [4]. Порушення пам'яті також сильно впливає на отримання та зберігання нових знань.

Більш підступним і потенційно небезпечним наслідком вживання алкоголю є гостра інтоксикація. Дедалі очевиднішим стає той факт, що вживання алкоголю шкодить роботі пам'яті. Ризик гострого порушення роботи пам'яті через алкоголь тісно пов'язаний із кількістю вжитого алкоголю та швидкістю резорбції. Ударною дозою, чи зловживанням алкоголем, серед чоловіків вважається п'ять чи більше стандартних доз (дрінків) упродовж 2 годин. Для жінок ударну дозу становлять чотири чи більше дрінків протягом 2 годин. Існує значно більша імовірність порушення роботи пам'яті, якщо особа випиває великі дози алкоголю на голодний шлунок.

Провал пам'яті, або повна неможливість поновити спогади, — не рідкісний випадок. Загалом опитування студентів вищих навчальних закладів (що віком подібні до більшості військовослужбовців) виявило, що втрата пам'яті — поширене явище. Згідно із цими опитуваннями, 40–50 % студентів повідомили про випадки вживання алкоголю до затьмарення пам'яті або повної втрати спогадів. Фрагментарна втрата спогадів більш поширена порівняно з повною втратою [3]. Декілька напоїв, що розпливчасто називають «соціальними», можуть викликати погіршення уваги та складнощі у пошуку відповідних слів. У жодному із цих станів не можуть перебувати військовослужбовці, що беруть участь у військових операціях швидкого реагування.

Порушення сну

Негативний вплив вживання алкоголю на когнітивні функції та пам'ять може посилити ще один побічний наслідок. Навіть у малих кількостях ал-

коголь може значно впливати на цикл сну [5]. Хоча вживання алкоголю зменшує кількість часу для того, щоб заснути, він порушує пізні частини циклу сну. Так, ніч проходить із частими пробудженнями, багато з яких відбуваються через швидкий рух очних яблук під час сну (REM — Rapid eye movement). Порушення сну через REM може мати такі наслідки, як швидка втомлюваність, роздратованість і пригадування тривожних сновидінь.

Така перевага, як викликання сну за допомогою алкоголю, швидко зникає при постійному вживанні, водночас цикл сну стає більш фрагментарним. Здається досить прийнятним вживати алкоголь задля його снодійного ефекту під час періодів стресу та травми. Однак зміна роботи і розгортання через декілька годинних поясів можуть синергічно поєднувати алкогольіндукований розлад сну та погіршення індивідуального стану здоров'я.

Похмільний синдром, викликаний вимушеним стриманням від вживання алкоголю під час швидкої мобілізації, типово викликає безсоння, тривожні сновидіння та навіть галюцинації [5]. Це може створити особливо багато проблем, коли військовослужбовця відправляють до району бойових дій. Звичайна тривога, пов'язана з розгортанням, поєднується із симптомами абстиненції та може викликати значну втрату працездатності.

ОПИТУВАННЯ НА ПРЕДМЕТ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ

Виявлення зловживання алкоголем починається з розуміння його поширеності. Епідеміологічні дослідження розділяють вживання алкоголю на легке, помірне та тяжке [6]. Легке вживання означає три чи менше прийомів вживання невеликої кількості алкогольних напоїв на тиждень. Цей тип є досить поширеним. Майже 43 % американців підпадають під критерій легкого вживання.

Стать впливає на чинники помірного та тяжкого вживання алкоголю. Помірне пиття серед жінок означатиме більше трьох, але менше восьми прийомів вживання алкогольних напоїв на тиждень; для чоловіків — не більше чотирнадцяти на тиждень. Тяжке пиття серед жінок становить більше одного випадку вживання алкогольних напоїв за день протягом тижня; для чоловіків — більше двох випадків щодня протягом тижня. За цими критеріями 14 % американців помірно вживають алкоголь та майже 4,5 % підпадають під категорію тяжкого пияцтва [6].

За результатами епідеміологічних досліджень типів вживання було розроблено інструмент для огляду, який називають «Перелік питань кількості-частоти» [7]. Перший набір запитань стосується кількості, наприклад: «У середньому скільки разів на тиждень ви вживаєте алкоголь?» і «Скільки алкоголю ви вживаєте у звичайний день?» Якщо сума двох відповідей переважає 14 для чоловіків (або 7 для жінок), цей тип можна вважати «групою ризику» пиття.

Пиття ударними дозами — також поведінка із зони ризику. Такий тип пияцтва — друга половина «Переліку питань кількості-частоти». Особу запитують: «Яка максимальна кількість алкогольних напоїв, що ви вжили в будь-який день минулого місяця?» Зоною ризику вважається більше чотирьох стандартних доз для чоловіків (більше трьох стандартних доз для жінок) за один раз. Якщо особа опиняється в зоні ризику, відповідно до даних «Переліку питань кількості-частоти» необхідно провести опитування за анкетою CAGE [8]. Питання CAGE стосуються вживання алкоголю за останній рік:

- **C**: Ви колись відчували, що маєте ОБМЕЖИТИ (CUT) кількість вживання алкоголю?
- **З**: Чи ЗЛЯТЬ (ANNOYED) вас люди, що критикують ваше вживання алкоголю?
- **В**: Ви колись почувались погано чи відчували ВИНУ (GUILTY) через кількість вжитого алкоголю?
- **О**: Ви колись намагались вживати алкоголь вранці, як тільки прокинетесь (розплющите ОЧІ (EYE))?

Якщо людина дає відповідь «так» на будь-яке з питань ОЗВО, це означає, що необхідно провести більш детальну оцінку вживання алкоголю.

Опитування та огляди на предмет вживання алкоголю можуть бути поєднані з певними лабораторними тестами. (Більшість біохімічних

маркерів потребують аналізу крові). Точність тестувань, що вимірюють рівень алкоголю в крові, залежить від чутливості та специфіки тесту. Сам по собі жоден тест не вказує на однозначне вживання алкоголю. Кілька різних тестів і відповіді про стан «ризиків» нададуть кращі докази такої проблеми, як зловживання алкоголем [9]. Можливо, найкращий біометричний маркер вживання алкоголю — це гамма-глутамілтрансфераза, або ГГТ. Підвищення ГГТ відзначається у діапазоні 30–50 % серед осіб, що мають проблеми з алкоголем.

Зловживання алкоголем також може підвищити рівень аспартат-амінотрансферази та об'єм еритроцитів, але вони менш точні, ніж ГГТ. Рівень карбогідрат-дефіцитного трансферину (CDT — Carbohydrate deficient transferrin) підвищений в осіб, що зловживають алкоголем і мають рівень чутливості, подібний до ГГТ. Етил-глюкуронід можна виявити у сечі до п'яти днів після великої кількості вжитого алкоголю. Етил-глюкуронід може відігравати важливу клінічну роль у визначенні вживання алкоголю після ударних доз, спожитих на вихідних.

ВЖИВАННЯ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ

Хоча алкоголь є найбільш поширеним, вживання тютюну трапляється так само часто. Приблизно 29 % американців вживають тютюн, і приблизно 24 % з них — у цигарках. 3 % населення вживають бездимний тютюн [10]. Таким чином, працівники охорони здоров'я мають розпитувати пацієнтів про всі види та форми тютюнових виробів, які ті вживають, включаючи бездимні продукти.

Під час періодів масових потрясінь, як-от природні чи техногенні катастрофи, вживання тютюну збільшується. Кілька досліджень щодо вживання тютюну були проведені серед осіб, що перебували в місті Оклахома-Сіті під час терористичного акту 1995 року, терористичної атаки 2001 року на вежах-близнюках Всесвітнього торговельного центру в Нью-Йорку та під час інших стресових подій [11–13]. Результати цих колективних досліджень виявили, що кількість випадків тютюнопаління збільшилася серед травмованих осіб. Особи, що більше палять у стресових ситуаціях, надалі можуть мати вищий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), ніж особи, що не палять. Ця проблема ще більше ускладнюється, коли травмовані особи повідомляють про неможливість кинути палити. Куріння у багато разів збільшує ризик розвитку ПТСР [14].

Вживання тютюну, можливо, відіграє ключову роль у посиленні тривоги, стримує більш ефективні захисні стратегії протидії і сприяє підвищенню дратівливості. Військові планувальники та працівники охорони здоров'я можуть контролювати вживання тютюну як потенційний чинник ризику емоційного напруження. Наприклад, перший етап бойового розгортання починається з офіційного повідомлення про майбутнє призначення. Деякі військовослужбовці реагують у такий спосіб: починають палити або збільшують кількість вживання тютюну.

Тест Фагерстрома на нікотинову залежність [15] (Fagerström Test for Nicotine Dependence) застосовують як інструмент для оцінки ступеня нікотинової залежності і можуть проводити під час будь-якої фази циклу розгортання: перед, після чи під час розгортання. Тест складається з шести питань, що стосуються ставлення людини до тютюнопаління:

1) час доби, коли була викурена перша цигарка;
2) чи важко особі утримуватися від паління у місцях, де палити заборонено;
3) час доби, коли найважче утримуватися від паління;
4) загальна кількість цигарок, що особа викурює щодня;
5) час доби (якщо він є), коли особа палить найчастіше;
6) чи палить особа, будучи хворою, лишаючись удома в ліжку [15].

Бали від нуля до трьох, що даються за відповідь на кожне питання, залежать від конкретного запитання. Максимальна кількість балів у тесті — 16. Будь-яка кількість балів, що більша за 7, вважається високим ступенем залежності [15]. Військовослужбовці з найвищою кількістю балів можуть

мати підвищений ризик емоційного зриву. Підвищене вживання тютюну може бути проявом зусилля самолікування. Працівники охорони здоров'я мають дослідити цю можливість.

ЗЛОВЖИВАННЯ ІНШИМИ НАРКОТИЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ

Невелика кількість американців регулярно ризикують отримати серйозні правові санкції за використання, зловживання або продаж широкого спектру незаконних наркотичних речовин.

Вибір типу наркотику залежить від складного комплексу суджень особи, персональної динамічності, доступності, ціни та ефекту від вживання. У деяких ситуаціях, як-от передислокація до інших країн, нове оточення може обмежити варіанти або, навпаки, надати нові можливості.

Національне опитування про вживання наркотиків дослідило моделі вживання серед осіб 18–25 років (проміжок, що найкраще збігається з віком більшості військовослужбовців). Серед цієї групи було виявлено, що 16,4 % вживають маріхуану, 6 % — рецептурні наркотики задля розваги, 1,7 % — кокаїн та 1,5 % — психодислептичні речовини (галюциногени) [10].

Марихуана — найбільш поширений нелегальний наркотик; 5,8 % американців від 12 років і старші повідомили про вживання маріхуани у місяць проведення Національного опитування про вживання наркотиків [16].

Під час цього періоду 2,1 % повідомили про немедичне вживання рецептурних болезаспокійливих засобів, 0,8 % американців повідомили про вживання кокаїну та 0,4 % — галюциногенів. Вживання «екстазі» налічує приблизно половину з повідомленого вживання галюциногенів [10].

Немедичне використання рецептурних болезаспокійливих препаратів — особлива сфера занепокоєння. Найбільш імовірне джерело отримання цих наркотичних засобів — товариші чи члени родини.

Наскільки вживання наркотиків серед військовослужбовців подібне до результатів Національного опитування, точно не відомо. Здається логічним зробити висновок, що соціальні тренди мають свій відбиток в Армії. За цією логікою вживання маріхуани, кокаїну та немедичного використання болезаспокійливих препаратів — найбільш імовірні аспекти проблеми.

Зловживання рецептурними болезаспокійливими засобами є особливо докучливими. Традиційні медичні тести, призначені для виявлення опіатів, не здатні знайти найбільш імовірних правопорушників. Лікарські засоби, що створені природним шляхом з опійного маку, містять морфін і кодеїн. Ці природні компоненти називають опіатами, і вони включені до стандартного аналізу сечі з метою виявлення заборонених препаратів. Окрім опіатів природного походження, використовуються напівсинтетичні або цілком синтетичні опіати, наприклад героїн, гідроморфон, гідрокодон, оксикодонта фентаніл. Більшість опіатів не включені до стандартних аналізів сечі на заборонені речовини, і тому аналізи необхідно окремо замовляти, вказуючи найменування речовини. Наприклад, якщо лікар підозрює немедичне використання оксикодону, усі аналізи мають бути відсортовані за вмістом оксикодону в дослідній лабораторії. Лікарям необхідно консультуватися зі своїми лабораторіями щодо майбутніх дій.

Військові та цивільні працівники охорони здоров'я мають розуміти складність виявлення вживання опіатів і легкість доступу до цих засобів. Виявлення немедичного використання рецептурних засобів починається зі збільшенням підозр через певну поведінку. Періодичний медичний огляд має бути частиною кожного звернення по медичну допомогу; він має містити кілька питань, націлених на виявлення залежності від лікарських засобів. Більша занепокоєність має виникати у разі частих візитів до лікаря, що «винагороджуються» призначенням великої кількості лікарських засобів. Деякі з надлишкових засобів можуть бути відволікаючим маневром. Дійсно винахідливі особи шукатимуть можливості призначення препаратів від кількох лікарів: військових, цивільних і через інтернет.

Уряд США через Закон про контрольовані речовини класифікує наркотики за п'ятьма списками, базуючись на потенціалі їх зловживання. Наркотики I та II списку вважають забороненими, і вживан-

ня їх підлягає кримінальному переслідуванню. Закон про контрольовані речовини діє в будь-якому місці та оточенні, таких як заклад спеціалізованої медичної допомоги в США, регіональна військова лікарня за кордоном чи мобільні медичні установи для підтримки бойових операцій.

Військовослужбовці США мають активну програму тестування на наркотики. Сьогоднішні сучасні програми тестування на наркотики — прямі нащадки перших військових зусиль, що почались у 1970-ті. Приблизно десятиліттям пізніше Президент Рональд Рейган підписав Урядове розпорядження №1256417, чим зробив тестування на наркотики загальнообов'язковим. Федеральні органи правління розуміли важливість клінічного контролю, і тому в середині 1980-х було видано положення про введення посади «офіцер медичного нагляду» (MRO — Medical review officer). MRO відіграє ключову роль у чесному та ефективному управлінні Федеральною програмою тестування на наркотики. Адміністрації наркологічної і психіатричної служби Міністерства транспорту США мають вичерпну інформацію в електронному та паперовому вигляді, що чітко зазначають обов'язки MRO. Політика та процедури Армії США зазначені в Нормах медичного командування 40-51 [18].

ФУНКЦІЇ ОФІЦЕРА МЕДИЧНОГО НАГЛЯДУ

Цей розділ не розкриває всіх обов'язків і нормативних вимог до військового MRO у світлі змін правил і варіацій залежно від служби. Офіційним визначенням MRO є таке: «ліцензований лікар, який відповідає за отримання лабораторних результатів, що проводить програма тестування на наркотики; має знання про розлади через зловживання та відповідне медичне тренування, щоб зрозуміти та оцінити позитивний результат тесту особи разом з медичною історією та іншою біомедичною інформацією, що має значення» [19, с. 5].

Відповідний начальник військово-медичної служби призначає MRO (який обов'язково є лікарем) працювати саме на цій посаді. Він повинен добре розуміти лабораторні процедури, що містять імунологічний аналіз, газову хроматографію та мас-спектрометрію. Процедури тестування узгоджуються між усіма службами.

З метою ілюстрації ці процедури чітко викладені в Регламенті Армії США (PA) 600-85 [20], у розділі 8, який покладає відповідальність за повідомлення результату тесту на офіцера з контролю алкоголізму і наркоманії (ADCO — Alcohol and drug control officer). ADCO має бути членом гарнізону або адміністративного відділу Програми позбавлення наркотичної залежності в Армії (ASAP — The Army Substance Abuse Program).

Координатор біохімічного аналізу на рівні установи (IBTC — Installation Biochemical Test Coordinator) працює з ADCO, узгоджує тестування і переглядає загальний аналіз сечі. IBTC та ADCO не мають прямої належності до військового медичного закладу. IBTC та ADCO надсилають MRO запит чи прохання про консультацію, використовуючи СФ-513 (рис. 29.1) щодо огляду позитивного аналізу сечі. Запит СФ-513 має містити ідентифікаційний номер військовослужбовця, запит про конкретну наркотичну речовину та дати, коли було проведено біохімічний аналіз. MRO має також продивитись Форму 2624, яку ще називають «Зразок зберігання документів: тестування на наркотики» (Specimen Custody Document: Drug Testing) (рис. 29.2).

MRO розгляне медичні записи військовослужбовця і знайде законний медичний рецепт, який зможе пояснити результат біохімічного аналізу. Якщо ж таких доказів не буде знайдено, MRO має задокументувати свої дії та передати відповідь до IBTC чи ADCO. Відповідь MRO запускає важливу систему захисту програми біохімічного тестування. До цього моменту загальна думка офіцера з медичного нагляду складалася винятково з медичної документації. Щоб впевнитися у всеосяжності медичного огляду, перед тим як тест на вживання наркотиків офіційно буде визнано «позитивним», військовослужбовець матиме можливість зустрітися з MRO та надати медичні докази, що могли б пояснити результат тесту. Зазвичай зустріч із ним організовують IBTC чи ADCO.

Якщо військовослужбовець згоден продовжувати, MRO розглядає результати опитування і тестування. Важливо, щоб військовослужбовець мав змо-

Авторизовано для місцевого використання

МЕДИЧНА КАРТКА	**КОНСУЛЬТАЦІЙНА ВІДОМІСТЬ**	
	ЗАПИТ	
Направлення:	Від (лікар, що надає запит або направляє)	Дата запиту
Причина запиту (скарги та спостереження)		

Попередній діагноз				
Підпис лікаря	Затверджено	Місце консультації ☐ у ліжка хворого ☐ за викликом	☐ стандартний огляд ☐ 72 години	☐ сьогодні ☐ невідкладна допомога

ЗВІТ ПРО КОНСУЛЬТАЦІЮ

Записи переглянуто ☐ так ☐ ні Пацієнта оглянуто ☐ так ☐ ні Надання медичних послуг на відстані ☐ так ☐ ні

(Продовження на звороті)

ПІДПИС ТА ІМ'Я		ДАТА
Лікарня або медичний заклад	Місце заведення картки	Відділення / місце служби пацієнта
Замовник клінічного дослідження	Ім'я замовника (прізвище, ім'я, по батькові)	Ідентифікаційний номер замовника (SSN або інше)

Інформація про пацієнта (друкованими літерами або прописом: прізвище, ім'я, по батькові; ідентифікаційний номер (SSN або інший); стать; дата народження; військове звання/ категорія)	Реєстраційний номер	Номер палати

МЕДИЧНА ОГЛЯДОВО-КОНСУЛЬТАЦІЙНА ВІДОМІСТЬ
Стандартизована форма 513
(оглядовий файл 4-98).
Призначено GSA/ICMR FPMR (41CFR) 101-11.203(b) (10)
USAPA V1.00

Рис. 29.1. Стандартизована форма 513, медична оглядово-консультаційна відомість

ДОКУМЕНТ ТИПУ ПІКЛУВАННЯ: ТЕСТ НА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ				А. Лабораторія, що проводить тестування на вживання наркотиків	
1. Суб'єкт аналізу	2. Інформація про надстрокову службу (другий ешелон)				
3. Код бази/ району	4. Розпізнавальний код підрозділу	5. Номер документа/ серії	6. Дата збору аналізу: рік, місяць, день	Б. Номер серії	В. Повідомлення результату (дата та час / серійний номер)
				Г. Проаналізовані наркотичні речовини	

7. Номер аналізу	8. Повний номер страхового поліса	9. Місце проведення тесту	10. Інформація про тест	11. Попередній огляд	Ґ. Код центру промислового постачання МО	Д. Ідентифікаційний номер	Е. Результат

З. Засвідчення. Я, відповідальний за лабораторний аналіз, засвідчую, що зазначені лабораторні аналізи у цій формі були проведені належним чином, відповідно до вимог лабораторних процедур та правильним чином занотовані.		(3) Відповідальний за проведення тесту (ім'я та звання)
(1) Підпис	(2) Дата підпису	
Форма ПП 2614, лютий 1998 Може використовуватись попередня версія		Не заповнювати

Рис. 29.2. Форма ПП 2624, документ типу піклування: тест на вживання наркотиків, с. 1 (продовження на с. 143).

гу надати докази, наприклад дійсний лікарський рецепт, який може пояснити результат тесту на наркотики. Якщо офіцер погоджується і підтверджує законність вживання наркотичної речовини, він зазначає в СФ-513: «Законне вживання наркотичної речовини» — повертає форму до ADCO.

ПРОГРАМА ПОЗБАВЛЕННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В АРМІЇ

Біохімічне тестування — лише один із кількох методів, якими розпочинає свою роботу ASAP або її аналоги серед інших військових служб. Направлення до лікаря також можуть бути ініційовані командирами та відповідальними керівниками, якщо вони помітили зміни в якості виконання професійних обов'язків, міжособистісних стосунків, фізичного стану чи проблеми зі здоров'ям, які, на їхню думку, можуть бути спричинені вживанням наркотичних речовин. Ці направлення на аналізи призначають лікарі або інші працівники охорони здоров'я в контексті звичайного медичного огляду чи у разі невідкладної необхідності медичного втручання, як наслідок військового або цивільного нагляду дотримання закону про ідентифікацію та затримання або через добровільне направлення особи до клініки на лікування.

12. Відповідальність і забезпечення збереження		Лінія передачі	Від — до
Дата (РР/ММ/ДД)	Передано	Отримано	Причина зміни чи передачі, примітки
(1)	підпис ім'я	підпис ім'я	
(2)	підпис ім'я	підпис ім'я	
(3)	підпис ім'я	підпис ім'я	
(4)	підпис ім'я	підпис ім'я	
(5)	підпис ім'я	підпис ім'я	
(6)	підпис ім'я	підпис ім'я	
(7)	підпис ім'я	підпис ім'я	
(8)	підпис ім'я	підпис ім'я	
(9)	підпис ім'я	підпис ім'я	
(10)	підпис ім'я	підпис ім'я	

Інструкції				
Група		США	ВМС/МП	ВПС США
1	Суб'єкт аналізу	Повідомлення суб'єкта аналізу, що надає зразок сечі		
2	Інформація про надстроковy службу (другий ешелон)	Не використовувати	Повідомлення командувача другого ешелона, якому підпорядковується суб'єкт	На розсуд. Може використовуватись, щоб ідентифікувати базу керівника
3	Код бази/району	Код району, де суб'єкт проходить військову службу	Не заповнювати	Чотиризначний ідентифікаційний код бази (напр., F123). Складається з перших чотирьох позначок повного десятизначного ідентифікаційного коду бази (ІКБ)
4	Розпізнавальний код підрозділу	Розпізнавальний код підрозділу (РКП) або кодове позначення інформаційного пункту (КПІП) суб'єкта, що надає зразок для аналізу сечі		Не використовувати
5	Номер документа/серії	Не використовувати	Вказати призначений місцево номер серії. Кожна серія з 12 зразків або будь-якої її частини мусить мати окремий номер відповідного суб'єкта	Тризначний номер серії, що є загальним для всіх зразків серії (прик. 501). Складається з середньої частини повного 10-значного номера, що призначений кожному зі зразків
6	Дата збору аналізу	Вказати рік чотирма знаками, двома — місяць і двома — день збору аналізів суб'єкта		
7	Номер аналізу	Використовувати номер, що було надруковано на формі для розпізнання посудини		Вказати тризначний номер, що йде наступним після номера зразка (останні три позначки всього номера)
8	Повний номер страхового поліса	Повний номер страхового поліса особи, що здала аналіз		
9	Місце проведення тесту	Зазначити місце та приміщення проведення збору аналізу		
10	Інформація щодо тесту	Військовослужбовці: A = E1-E4; B = E5-O10 Лише цивільні особи: C = TDP Авіація; D = TDP Гвардія/Поліція E = TDP PRQ F = TDP Працівники програми позбавлення залежностей в Армії: G = окрім TDP N = окрім невійськово-службовців	Не заповнювати	Повний опис необхідний, лише якщо призначено додатковий аналіз: П — повноформатний огляд С — стероїди І — інші наркотичні речовини Надати деталі в прикріпленому повідомленні
11	Попередній огляд	Якщо огляд (проведений на місці) до відправки є позитивним, необхідно зазначити П — позитивний або Н — негативний при попередньому огляді на вживання наркотиків. Не заповнювати, якщо зразок не розглядався до відправки в лабораторію		Не проводиться

12. Відповідальність і забезпечення збереження (рядок (1)).
а. Дата — дата збору аналізу / відправки.
б. Передано — підпис та ім'я (прописом чи друкованими літерами) координатора аналізу сечі, що несе відповідальність за зразки.
в. Отримано — використовувати, лише якщо відбувається фізична заміна відповідального до відправлення. В іншому разі лишити секцію незаповненою.
г. Причина зміни чи передачі, примітки — вказати тип транспортування / системи переміщення зразків до лабораторії.
ПРИМІТКА: Якщо/коли відповідальний за зразки змінюється, окрім як для транспортування (якщо не переносились вручну), кожна зміна відповідального має бути вказана в секції (б) та (в). Отримано та задокументована причина передачі відповідальності — в секції (г). Якщо недостатньо секцій у бланку, необхідно подовжити його, надаючи інформацію/підписи з секцій (а) -(г).

13. Пошкодження транспортувального контейнера/розбіжності. Не заповнювати

Форма ПП 2624, лютий 1998 (зворот)

Рис. 29.2, продовження. Форма ПП 2624, документ типу піклування: тест на вживання наркотиків, с. 2.

За 2008 календарний рік Система управлінської інформації про вживання наркотиків і алкоголю в Армії (DAMIS — Army's Drug and Alcohol Management Information System) повідомила, що 10 407 солдатів з усіх служб Армії було зараховано до ASAP. Додатково 10 310 солдатів було оцінено, проте не зараховано до програми. Із військовиків, що пройшли оцінювання і були зараховані для амбулаторного лікування, 22 % випадків виявили за допомогою біохімічного аналізу, 27 % — через втручання командира, 11 % — унаслідок керування автомобілем у стані наркотичної інтоксикації та наступного арешту, 5 % — через інші методи виявлення й ідентифікації, 10 % — завдяки направленню до лікаря, 24 % — унаслідок самоідентифікації; решта — через інші різноманітні канали (зокрема, перевірка безпеки, члени родини) [21]. Незалежно від методу ідентифікації, всі військові програми позбавлення залежності функціонують значною мірою з концептуальною моделлю програми підтримки співробітників, фокусуючись на збереженні працівників і військової готовності. Оптимізуючи переваги примусового лікування через ефективне залучення командного нагляду, ASAP отримує переваги від чіткого командного зусилля задля змін у поведінці пацієнта. Взаємини між ASAP і командуванням чітко визначені в PA600-85 [20], у паралельній Інструкції Військово-повітряних сил США 44-121 [22] та Інструкції Військово-морських сил США 5350.4C [23]. PA 600-85 розрізняє відповідальність командування та медичного персоналу, зазначаючи, що клінічні

рішення знаходяться в руках професійного штату ASAP. Увесь необхідний персонал відповідно до PA 40-68,24 мусить мати ліцензію і дозвіл на незалежну роботу, а також бути сертифікованим у сфері реабілітації від наркотичної залежності. Клінічний консультант, лікар, що вміє працювати з пацієнтами, які мають залежність, допомагає персоналу ASAP, надаючи медичні консультації та здійснюючи додаткове призначення лікарських засобів. Саме ASAP і клінічний персонал несе відповідальність за поради командирам і всі направлення, безпечність командної роботи та її оцінку.

Хоча лише клінічний персонал може надати рекомендації з лікування, командири підрозділів зберігають повноваження щодо всіх управлінських рішень, від залишення на службі під час розгортання до відсторонення від служби, подовження строку служби або надання відмінного знака до подовження контракту на військову службу [20, с. 9]. Коли потрібне рішення про примусове лікування, командирам необхідно оцінити зусилля з відновлення військовослужбовців у контексті їхньої професійної спеціалізації, попередні записи про виконання служби, потреби Армії та потенціал військовослужбовця для виконання службових завдань у майбутньому. Загалом кожна з військових служб більш схильна до відокремлення алко- та наркозалежних військовослужбовців, що не дотримуються лікування.

Міністр оборони США вимагає виконання умов програми — розпізнавання та лікування всіх військовослужбовців, що перебувають на дійсній строковій службі та мають алкогольну чи наркотичну залежність [25]. Незалежно від службового призначення, направлення до лікаря для оцінки їхнього стану є обов'язковим, адже раннє виявлення є ключем до одужання. У всіх військових служб наявні процедури та методи визначення і лікування військовослужбовців на дійсній військовій службі, що мають проблеми з алкоголем чи наркотичними речовинами. Унікальні виклики для командирів зі зловживання психоактивними речовинами у період розгортання вирішуються в інформаційному документі, підготовленому Центром щодо позбавлення наркотичної залежності в Армії (Army Center for Substance Abuse Programs) [26]. Він надає рекомендації для командирів підрозділів про доступ до ASAP та якомога швидше проведення відповідних заходів у період до розгортання, у зоні бойових дій і після повернення.

При виявленні залежності та направленні на лікування необхідно провести належну біопсихосоціальну оцінку і тест на вживання наркотичних речовин, який проводить персонал ASAP. Цей аналіз надасть можливість виявити, як довго вживалися заборонені речовини; рекомендується оперативне втручання залежно від ступеня розладу. Рекомендації такого лікування базуються на уважному дослідженні критеріїв розладу, спричиненого вживанням психоактивних речовин, згідно з чинним Діагностичним і статистичним довідником психічних розладів [27] (DSM — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Діагнози зловживання та залежності загалом потребують перебування на лікуванні від 3 місяців до 1 року. Інтенсивність лікування може різнитись від 12-годинної програми-інструктажу, що називається Програма-тренінг запобігання алкогольної та наркотичної залежності (ADAPT — Alcohol and other Drug Abuse Prevention Training), до амбулаторних лікувальних заходів ASAP. Направлення до вищих рівнів лікування, як-от дезінтоксикація, інтенсивні амбулаторні програми, програми часткової госпіталізації або лікування за місцем перебування, часто включені до загального плану лікування.

Згідно з вимогами Політики з охорони здоров'я 9700029 [28] (Health Affairs Policy 9700029), довгострокове зловживання у військовослужбовців дійсної строкової служби має підпадати під критерії розміщення відповідно до визначення Американського товариства адиктивної медицини (American Society of Addiction Medicine). «Ці критерії відображають філософію розміщення пацієнтів у найменш інтенсивний/обмежувальний лікувальний заклад відповідно до їхніх терапевтичних потреб» [29, с. 2]. На додачу до визначення рівня надання медичної допомоги Американське товариство адиктивної медицини надає багатосторонній аналіз ступенів залежності для прийняття рішень про підвищення ефективності лікування. Гостра інтоксикація або потенціал вилучення (Ступінь 1) та біомедичний стан пацієнта та ускладнення (Ступінь 2) мають бути в центрі уваги у процесі стабілізації, після чого проводить-

ся оцінка емоційного, психічного та когнітивного стану пацієнта (Ступінь 3); готовність змінюватись (Ступінь 4); рецидив, повторювальне вживання або потенційна повторювальна проблема (Ступінь 5); одужання/умови проживання (Ступінь 6) — усі вони розглядаються в динамічному індивідуалізованому плані лікування [30, с. 4]. Лікування підкреслює перевагу мотиваційного бажання над агресивною драмою, що підтримується мультидисциплінарним командним підходом задля досягнення змін.

Хоча клінічна роль ASAP та адміністративного домену командування чітко розподілена, спільна праця відбувається між командуванням і клінічним персоналом через так звану реабілітаційну команду. Реабілітаційна команда за концепцією, що була створена PA 600-85 [20, с. 17], є головним елементом ефективності програми. Лікар ASAP — голова реабілітаційної команди, до складу якої входять солдати, командир підрозділу або старший сержант та інші, якщо це необхідно. За ефективної реалізації програми зустрічі реабілітаційної команди надають солдату позитивний настрій для початку лікування. Ці зустрічі формують чітке розуміння програми і пояснюють переваги у разі успішного завершення і наслідки в разі провалу лікувальних рекомендацій. Також команда створює оточення, що забезпечує підтримку та зменшує страхи солдата; пояснює права пацієнта та розвіює деякі міфи, які можуть зменшити імовірність успіху. Під час реабілітаційного процесу частіше з'являється можливість кар'єрного зростання, аніж втрати робочого місця. Тому вкрай важливо, щоб солдати сприймали командну групу та персонал ASAP як єдину команду, чиєю основною місією є збереження персоналу та зміцнення здоров'я і добробуту. Таким чином, метою реабілітації є продовження кар'єри та сімейного добробуту персоналу через його тісну співпрацю з командою.

ВИСНОВКИ

Сучасна військова служба вимагає наявності глибоких знань і передових практичних навичок, щоб успішно орієнтуватися в умовах смертельно небезпечних бойових умов. Навіть малі дози алкоголю здатні вплинути на життєво важливі можливості прийняття рішень і негативно позначитися на військових операціях. Військовослужбовці не мають імунітету до багатьох соціальних проблем, як-от тютюнопаління, незаконне вживання наркотичних речовин і рецептурних лікарських засобів або тих, що можна придбати без рецепту. Армія США має активну програму біохімічного тестування, що постійно контролює вживання цих речовин та їхній вплив на військову готовність. Окрім того, кожна служба керується конкретними адміністративними правилами та медичною підтримкою, спрямованими на контроль неналежного вживання речовин. Найкращий результат для особи та організації приносить спільне зусилля, що об'єднує лікарів, командирів і вмотивованого пацієнта, який бажає позбавитися залежності.

ЛІТЕРАТУРА

1. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol-related impairment. *Alcohol Alert*. July 1994; No. 25 PH 351. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa25.htm. Accessed September 10, 2008.
2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Cognitive impairment and recovery from alcoholism. *Alcohol Alert*. July 2001; No. 53. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa53.htm. Accessed September 10, 2008.
3. White AM. What happened? Alcohol, memory blackouts, and the brain. *Alcohol Research Health*. 2004;2:186–196.
4. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol's damaging effects on the brain. *Alcohol Alert*. October 2004; No. 63. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa63/aa63.htm. Accessed September 10, 2008.

5. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol and sleep. *Alcohol Alert*. July 1998; No. 41. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa41.htm. Accessed September 10, 2008.

6. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health. Percent distribution of current drinking status, drinking levels, and heavy drinking days by sex for persons 18 years of age and older: United States, NHIS, 1997–2006. Available at: http://www.niaaa.nih.gov/Resources/DatabaseResources/QuickFacts/AlcoholConsumption. Accessed September 10, 2008.

7. Cherpitel CJ. Brief screening instruments for alcoholism. *Alcohol Health Res World*. 1997;21(4):348–351.

8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Screening for alcoholism. *Alcohol Alert*. April 1990; No. 8 PH 285. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa08.htm. Accessed September 10, 2008.

9. Peterson K. Biomarkers for alcohol use and abuse. *Alcohol Res Health*. 2004/2005;28(1):30–37.

10. Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Available at: http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm. Accessed April 21, 2009.

11. Pfefferbaum B, Vinekar SS, Trautman RP, et al. The effect of loss and trauma on substance use behavior in individuals seeking support services after the 1995 Oklahoma City bombing. *Ann Clin Psychiatry*. 2002;14(2):89–95.

12. Vlahov D, Galea S, Resnick H, et al. Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11th terrorist attacks. *Am J Epidemiol*. 2002;155(11):988–996.

13. Hapke U, Schumann A, Rumpf HJ, John U, Konerding U, Meyer C. Association of smoking and nicotine dependence with trauma and posttraumatic stress disorder in a general population sample. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(12):843–846. 483 *Substance Use and Abuse in the Military*

14. Koenen KC, Hitsman B, Lyons MJ, et al. A twin registry study of the relationship between posttraumatic stress disorder and nicotine dependence in men. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(11):1258–1265.

15. Fagerström K, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12:159–182.

16. Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services. *Results From the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. September 2006. Available at: http://oas.samhsa.gov/NSDUH/2k5NSDUH/2k5results.htm. Accessed September 10, 2008.

17. Ronald Reagan, President. *Drug-Free Federal Workplace*. September 15, 1986. Executive Order 12564. Available at: http://www.archives.gov/federal-register/codification/executive-order/12564.html. Accessed December 18, 2008.

18. US Department of the Army, Medical Command. *Medical Review Officers and Positive Urinalysis Drug Testing Results*. Washington, DC: DA; 2005. MEDCOM Regulation 40-51.

19. Shults TF. *Medical Review Officer Handbook*. 8th ed. Research Triangle Park, NC: Quadrangle Research, LLC; 2005.

20. US Department of the Army. *Army Substance Abuse Program*. Washington, DC: HQDA; 2006. Army Regulation 600-85.

21. Army Center for Substance Abuse Programs 2008 data. Available at: https://ssob.acsap.hqda.pentagon.mil/sso/pages/index.jsp. Accessed April 10, 2009.

22. US Department of the Air Force. *Alcohol and Drug Abuse Prevention and Treatment (ADAPT) Program*. Washington, DC: HQUSAF September 26, 2001. Air Force Instruction 44-121. Available at: http://www.e-publishing.af.mil/shared/media/epubs/AFI44-121.pdf. Accessed December 18, 2008.

23. US Department of the Navy. *Drug and Alcohol Abuse Prevention and Control.* Washington, DC: Department of the Navy, Office of the Chief of Naval Operations; October 15, 2003. OPNAV Instruction 5350.4C. Available at: http://www.navyfitrep.com/inst_files/OPNAVINST_5350.4C_-_DAPA.pdf. Accessed December 18, 2008.

24. US Department of the Army. *Clinical Quality Management.* Washington, DC: HQDA; 2004. Army Regulation 40-68. Available at: http://www.army.mil/USAPA/epubs/pdf/r40_68.pdf. Accessed December 18, 2008.

25. Medical and Dental Care, Identifying and Treating Drug and Alcohol Dependence. 10 USC §1090 (2010).

26. Army Center for Substance Abuse Programs. *Army Substance Abuse Program Guidance for Deployed Commanders*. Washington, DC: DA; 2004.

27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed, text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA; 2000.

28. US Department of Defense. *Curbing Alcohol Abuse.* Posted by Casscells SW, August 21, 2008. Health Affairs Policy Memo 9700029. Available at: http://www.health.mil/MHSBlog/Article.aspx?ID=336. Accessed December 18, 2008.

29. American Society of Addiction Medicine. *Patient Placement Criteria.* Available at: http://www.asam.org/PatientPlacementCriteria.html. Accessed December 18, 2008.

30. American Society of Addiction Medicine. *Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders: ASAM PPC-2R.* 2nd rev ed. Chevy Chase, Md: ASAM; 2001.

ЧАСТИНА ШОСТА

ДІТИ І СІМ'Ї ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ

Розділ 30

ВПЛИВ РОЗГОРТАННЯ НА СІМ'Ї ТА ДІТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Саймон Пінкус[I] · Барбара Лейнер[II] · Ненсі Блек[III] · Танджener Вард Сінгх[IV]

ВСТУП

ЦИКЛ РОЗГОРТАННЯ

Перед розгортанням

Розгортання

Самозабезпечення

Пізнє розгортання

Після розгортання

ВПЛИВ РОЗГОРТАННЯ НА ПОДРУЖЖЯ

ДИТЯЧИЙ РОЗВИТОК ПІД ЧАС РОЗГОРТАННЯ

Немовлята

Малюки

Дошкільнята

Діти шкільного віку

Підлітки

ПЕРЕДАЧА НАСЛІДКІВ ВІЙНИ ТА БОЙОВОЇ ТРАВМИ ЧЕРЕЗ ПОКОЛІННЯ

ВИСНОВКИ

ДОДАТОК. РЕСУРСИ ДЛЯ СІМЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

[I] Доктор медицини; полковник у відставці, Армія США; директор клініки, Департамент психічного здоров'я, Медична клініка МакКорд, 690 Barnes Boulevard, Joint Base Lewis-McChord (McChord Field), Washington 98438; у минулому — директор, стаціонарна психіатрія, Військово-медичний центр Медіган, Tacoma, Washington

[II] Магістр соціальної роботи, ліцензований клінічний соціальний працівник;психіатричний соціальний працівник, відділення дитячої психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Borden Pavilion, 6900 Georgia Avenue NW, Washington,DC 20307-500; у минулому — директор з клінічної практики, відділення дитячої психіатрії, Kaiser Permanente Mid-Atlantic States, Rockville, Maryland

[III] Доктор медицини; полковник, Медичний корпус, Армія США; програмний та освітній директор, член Національного столичного консорціуму дитячої та підліткової психіатрії, Кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Borden Pavilion, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001

[IV] Доктор медицини; майор, Медичний корпус, Армія США; Департамент психічного здоров'я, Військово-муніципальний госпіталь Бленчфілда, 650 Joel Drive, Fort Campbell, Kentucky 42223

ВСТУП

«Розгортання» — це термін, який вживають, коли військовослужбовці залишають свої звичайні щоденні місця служби для підготовки до виконання або для виконання місії. Місії різняться тривалістю і варіюють від підготовки щодо гуманітарної допомоги до бойових дій. Розгортання впливає на військовослужбовців, службові підрозділи і підрозділи, які залишаються виконувати поточні завдання. Впливає воно і на пов'язану із цим систему підтримки, а також на членів сімей військовослужбовців. Зі збільшенням кількості одружених військовослужбовців розгортання впливає на зростаючу громаду подружжя і дітей: як тих, хто живе на базі, так і тих, хто перебуває поза нею. Незалежно від того, одружені військовослужбовці чи ні, їхні батьки, брати, сестри та інші родичі часто стають частиною розширеної родинної мережі, яка зазнає впливу розгортання і його наслідків. У цьому розділі розглядатимуться складні питання, з якими стикаються сім'ї, коли військовослужбовець залишає базу для виконання військової місії. Розділ також надасть перелік ресурсів, доступних військовослужбовцям та їхнім родинам (див. Додатки).

У 1994 році Піблз-Кляйґер і Кляйґер (Peebles-Kleiger і Kleiger) [1] писали про реінтеграційний стрес у сім'ях тих, хто повертається з операцій «Щит пустелі»/«Буря в пустелі» (ODS/S — Operations Desert Shield/Storm). Вони описали дві версії цього стресу: 1) сім стадій пристосування за Логаном і 2) чотириступеневу версію емоційного пристосування, побудовану на моделі горя Кублер-Рос (Kubler-Ross) [1, с. 176–177]. Пінкус із колегами [2] у доповіді про емоційний цикл розгортання після війни в Перській затоці і під час ротації до Боснії і Косова використовували ці моделі, щоб визначити п'ять етапів: 1) перед розгортанням, 2) розгортання, 3) підтримка, 4) пізнє розгортання (яке в оригінальній версії статті онлайн називається передислокацією) і 5) після розгортання. Симон Пінкус — доктор медичних наук, військовий психіатр медичної клініки МакКорд (Військово-медичний центр Медіган) в Тахомі, штат Вашингтон. Він і його колеги продовжували використовувати цей підхід, коли навчали сім'ї та громади під час операцій «Непохитна свобода» (OEF), «Іракська свобода» (OIF) та «Шляхетний орел» (ONE — Operation Noble Eagle). Їхня мета полягала в тому, щоб підтримувати здоров'я і функціонування всієї родини під час стресу розгортання.

В ODS/S (1990–1991 рр.) у зоні бойових дій перебувало 645 000 військових, у тому числі 228 000 — з Національної гвардії та сил Резерву, які були призвані на дійсну військову службу [3, с. 273]. Упродовж OIF та OEF була задіяна ще більша кількість військовослужбовців із різних структур [4, с. 233]: активований резерв і підрозділи та персонал Національної гвардії. Іноді під час збройного конфлікту на Балканах військовослужбовці відправлялися на розгортання повторно або кілька разів (деякі підрозділи мали три або чотири розгортання). Довгі відрядження (зокрема, для Армії) в театр бойових дій стали звичайним явищем під час OIF та OEF. Солдати, які вже пережили фізичні і психологічні травми, у тому числі посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), повертались до бойових умов. Більш широке залучення допоміжного персоналу, який був на розгортанні частіше та довше, імовірно, посилює вплив місії на військовослужбовців і цивільні родини та громади.

Під час ODS/S сім'ї здебільшого були менш готові до мобілізації та війни [5, с. 442], ніж сім'ї, які живуть в сучасному стані готовності. Багато сімей військовослужбовців ODS/S не були знайомі

з розгалуженою системою військових вимог, заходів допомоги та підтримки, які існують для тих, хто активно залучається до бойових дій або є причетним до них. Дружини, які були родом з інших країн або не володіли англійською, інші сім'ї військовослужбовців, які перебували в унікальних умовах, були менш здатні або готові використовувати доступні ресурси [6, с. 78].

Записи, зроблені під час прийому в школу, демонструють масштаб впливу розгортання на дітей військовослужбовців. У 2004 році Ламберг (Lamberg) [7] повідомив у «Журналі Американської медичної асоціації», що приблизно 191 000 дітей солдатів було зараховано в державні школи приблизно в 35 шкільних округах поруч із військовими об'єктами по всіх Сполучених Штатах. Окрім того, Міністерство оборони повідомило, що приблизно 104 000 дітей навчаються від дошкільних установ до 12-го класу в школах Міністерства оборони в семи штатах США, Гуаму, Пуерто-Рико та 13 зарубіжних країн [7].

Національні та місцеві спільноти послідовно підтримували війська під час OIF, OEF та ONE. Попри різні політичні погляди та зростання критики війни в Іраку, американські громадяни загалом були в змозі відокремити ці питання від ролі військовослужбовців і надавати підтримку їм та їхнім сім'ям. Подібна широка громадська підтримка створює сприятливе середовище для сімей військовослужбовців, що, у свою чергу, зменшує ізоляцію та допомагає зростанню загальної сімейної стійкості [8, с. 1285].

ЦИКЛ РОЗГОРТАННЯ

Кожен етап розгортання містить емоційний і організаційний елементи, які впливають як на військовослужбовців, так і на членів їхніх сімей (рис. 30.1). Будь-яке наближення розгортання вносить невизначеність, навіть для тих військовослужбовців, хто вже має досвід участі в ньому.

Попри постійні навчання, існує невизначеність щодо ступенів розгортання, проблем, пов'язаних з місією, часових зобов'язань, здатності родини справлятися з розлукою та завжди наявний ризик травми або смерті [3, с. 273], [8, с. 1285]. Етапи військового розгортання наведені на рис. 30.1 і обговорюються нижче. Модель, розроблена Pincus та переглянута, щоб пристосувати поточні цикли розгортання під час OIF, OEF та ONE, є об'єктом для подальшого розгляду в цьому розділі [9].

Перед розгортанням

Етап «перед розгортанням» починається з оповіщення про розгортання і закінчується, коли військовослужбовці залишають базу. Його терміни можуть варіюватися від кількох тижнів до більше ніж року. Період «перед розгортанням» часто провокує виникнення як заперечення, так і очікування розлуки. Для багатьох переважним почуттям є втрата контролю [10, с.632].

З наближенням дати відправлення дружини часто запитують, чи дійсно військовослужбовцям потрібно їхати. Зростання кількості польових тренувань, підготовка і довгі години відсутності стають ознаками початку тривалої розлуки.

Єднання з членами підрозділу, коли солдати думають і говорять про майбутню місію та стосунки в підрозділі, важливе для згуртованості і безпеки підрозділу під час місії. Але це може призвести до зростання почуття емоційної та фізичної віддаленості у дружин і дітей військовиків [9, 11, 12]. Через це психологічне дистанціювання люди часто почуваються так, ніби їхні близькі вже поїхали. Попри це зміна в акценті з сім'ї на підрозділ є необхідною частиною процесу розгортання для учасників активних дій, коли вони готуються до місії і розпочинають її. Це може бути особливо важким для активованої Національної гвардії або військовослужбовців Резерву, які переходять від цивільного до військового життя. У ширшому розумінні дружини військовослужбовців Національної гвардії і Резерву можуть мати значні труднощі звикання під час цього переходу. Ці складнощі здатні збільшити негативні почуття окремого військовослужбовця, пов'язані з розгортанням [13, с. 633].

Очікуючи на розгортання, сім'ї переглядають свої особисті та сімейні справи, щоб змінити по-

Етап 1. Перед розгортанням
Часові межі: змінні

- Передчуття втрати проти заперечення
- Від'їзд; тривала відсутність далеко від дому
- Приведення справ у порядок
- Психологічна та фізична дистанція
- Сварка

Етап 2. Розгортання
Часові межі: перший місяць, час на підготовку (інсценування), прибуття та розселення на місці виконання місії

- Змішані емоції / полегшення
- Дезорієнтація / перевантаження
- Приголомшений, сумний, одинокий
- Проблеми зі сном
- Проблеми безпеки

Етап 3. Самозабезпечення
Часові межі: з 2 місяців і майже до завершення

- Встановлення нового режиму
- Нові джерела підтримки
- Відчуття додаткового контролю
- Самостійність
- Впевненість («Я можу це зробити»)

Етап 4. Пізнє розгортання
Часові межі: із передостаннього місяця до завершення

- Очікування повернення додому
- Хвилювання
- Побоювання
- Вибух енергії / «підготовка до повернення»
- Складнощі в прийнятті рішень

Етап 5. Після розгортання
Часові межі: 3-6 місяців після повернення додому

- Період медового місяця
- Втрата самостійності
- Потреба у «власному» просторі
- Перегляд режиму
- Реінтеграція в родину

Рис. 30.1. Загальні емоційні реакції на кожну стадію розгортання

рядок життя під час відсутності військовослужбовця. Складаються списки різних очікуваних потреб: ремонт будинку, безпека, обслуговування автомобіля, фінанси, страхування, підготовка сплати податків, догляд за дітьми і заповіт. Занепокоєння щодо фінансів і сплати рахунків часто буває значним [14, с. 85]. Пари можуть хотіти збільшити близькість і організувати відпустку чи святкування ювілеїв.

Ставлення до статевої близькості може бути двоїстимі змінюється від бажання близькості до небажання бути близькими перед майбутньою розлукою. Побоювання про подружню вірність може стати темою обговорення або залишитись негласним. Інші, часто висловлювані побоювання, — це занепокоєння про здатність дітей упоратися з розлукою, страх жити без партнера, страх за міцність шлюбу. Виконання безлічі завдань і великі надії перед розгортанням можуть створити величезне навантаження на пари та сім'ї.

Перед розгортанням для військових пар характерні часті суперечки [3, 9]. Усталені пари і ті, хто знайомий із циклом розгортання, спроможні сприймати сварки як частину ритму подружнього життя і адаптації до цього процесу. Для менш досвідчених пар, особливо для тих, які вперше переживають довгу розлуку, такі сварки можуть викликати побоювання щодо завершення відносин.

У 1980 році Валентін (Valentine) цитував роботу Евелін Дуваль (Evelyn Duvall), яка визначала «дев'ять вічно змінних завдань у розвитку сім'ї, які охоплюють весь життєвий цикл» [15, с. 350]. Ці завдання слугують для встановлення і підтримки 1) незалежного дому, 2) задовільних способів отримання і витрат грошей, 3) взаємоприйнятних способів поділу роботи, 4) безперервності взаємного задоволення в сексуальних стосунках, 5) відкритої системи емоційного й інтелектуального спілкування, 6) дієвих стосунків із родичами, 7) способів взаємодії з друзями і громадою, 8) компетентності в народженні та вихованні дітей і 9) придатної філософії життя [15, с. 350].

Невирішені проблеми сім'ї мають потенційно руйнівні наслідки. На погляд військового командира, стурбований, заклопотаний військовослужбовець легко відволікається і не в змозі зосередитися на важливих завданнях в критичний момент. З психологічної точки зору, легше розізлитись,

ніж протистояти болю і втраті від розлуки [2, 16]. У гіршому випадку невирішена емоційна напруга може призвести до серйозних нещасних випадків або розвитку бойового стресу, який, у свою чергу, може стати причиною провалу місії [17–19]. Вдома значне подружнє засмучення заважає виконувати рутинні справи, концентруватися на роботі і займатися дітьми. Це може посилити страх дітей, що батьки не зможуть адекватно піклуватися про них або що батько не повернеться з розгортання. Негативні дитячі реакції обертаються на регресивну поведінку, таку як невтішний плач, апатія або істерики. Низхідна емоційна спіраль може призвести до того, що і військовослужбовець, і його дружина стають ще більше засмученими перспективою розлуки.

Кізер (Kiser) з колегами [20, с. 90] підкреслюють сім характеристик сімейної стійкості: 1) сильна прихильність до сім'ї, яка передбачає тісний зв'язок і стабільні стосунки з хоча б одною людиною, 2) сімейна організація зі спільним авторитетом батьків і чіткими межами ролей, 3) віра в родину та її здатність бути успішною, 4) реалізація стратегій для відповідей на вимоги, створені стресорами, 5) готовність працювати для вирішення питань, 6) підтримка соціальних зв'язків і 7) чітке і позитивне розуміння стресу відповідно до спільного сімейного світогляду [20, с. 90]. Коли військові пари можуть визначати і обговорювати свої взаємні очікування під час підготовки до розгортання, їхні шанси успішно адаптуватись до етапів розгортання вищі. У здорових парах очікується, що партнер, який не бере участі в розгортанні, матиме свободу приймати незалежні рішення, підтримувати стосунки з друзями тієї ж або протилежної статі (для допомоги та соціалізації), ефективно керувати бюджетом, компетентно доглядати за дітьми, підтримувати зв'язок через листи, посилки, е-мейли та телефонні дзвінки. Нездатність виконувати ці та інші очікування часто стає джерелом неправильного сприйняття, спотворення і образ під час і після періоду розгортання.

Розгортання

Етап розгортання — це період від виїзду з дому учасника розгортання до кінця першого місяця розлуки. Під час цього етапу виникають змішані емоції. Подружжя можуть повідомляти про почуття дезорієнтації або перевантаження, можуть відчути полегшення, що більше не мусять вдавати себе сміливими й сильними. Може бути залишковий гнів, пов'язаний з невирішеними питаннями, які залишилися, коли чоловік поїхав. Від'їзд створює розрив, який може призвести до відчуття оніміння, печалі, самотності або занедбаності. Члени сім'ї мають спільні труднощі зі сном і виконанням щоденних справ. Турботи про безпеку будинку і особисту безпеку можуть виникати знову. Інші проблеми — питання оплати рахунків, дитячі хвороби або ремонт автомобілів. Для багатьох початок етапу розгортання може бути неприємно дезорганізуючим досвідом.

Хоча часто передбачається, що тільки дружини можуть переживати такі труднощі чи проблеми, насправді ці питання стосуються обох статей. Чоловіки можуть відчувати себе перевантаженими щодо догляду за дітьми, відвідування школиі домашніх справ, приготування їжі і покупок, медичних і стоматологічних проблем, позакласних заходів, спілкування з іншими дітьми та друзями, суспільних справ своїх дітей. Коли за відсутності батьків, які перебувають на розгортанні, нові вихователі надають допомогу сім'ям, діти можуть відчути невизначеність, намагаючись інтегрувати інші, пов'язані з розгортанням, зміни в своєму житті.

Самозабезпечення

Етап самозабезпечення триває з кінця першого місяця розгортання до одного місяця перед поверненням додому. Самозабезпечення — час встановлення нових джерел підтримки і нового режиму. Удома багато армійських сімей покладаються на місцеву групу готовності родин (FRG — Family readiness group), гарнізонні утворення, які є найближчим оточенням подружжя та сімей. В ідеалі FRG збирається на регулярній основі, щоб надавати допомогу та поширювати інформацію. Сестринські служби в армії мають групи, які виконують схожі функції. Крім того, багато дружин/чоловіків військовослужбовців отримують підтримку від своїх сімей, друзів, церкви або інших культурних, громадських, етнічних, релігійних

установ як основного засобу емоційної підтримки. Коли виникають проблеми, більшість дружин/чоловіків вважають, що вони здатні впоратися з кризами і приймати важливі рішення самостійно. Вони вказують, що відчувають себе більш впевненими та здатними до контролю. Під час етапу самозабезпечення більшість із подружжя військових повідомляють, що вони здатні робити те, що необхідно, щоби підтримувати успішне функціонування своїх сімей.

Частота, метод і зміст спілкування між військовими та їхніми сім'ями є важливими чинниками на кожному етапі розгортання, але особливо під час самозабезпечення. Той факт, що телефонне спілкування відбувається незаплановано та ініціюється військовослужбовцем, може засмучувати. Подружжя можуть почуватися прив'язаними до дому, не бажаючи пропустити дзвінок. Військовослужбовці відчувають себе забутими, якщо нікого немає вдома, коли вони дзвонять, особливо якщо довелось довго чекати, щоб дістатися до телефону. Незадоволення очікувань щодо частоти дзвінків може призвести до образи та гніву.

Мережа супутників військового призначення (DSN — Defense Satellite Network) дає обмежений часовий період для безкоштовних дзвінків додому залежно від місця розташування. Комерційні телефонні лінії — непоганий варіант для деяких військовослужбовців, але він може призвести до накопичення телефонних рахунків, що збільшить сімейний стрес. Останнім часом деякі сім'ї можуть залишатися в контакті за допомогою відеотелеконференцій через інтернет. Для більшості військових дружин/чоловіків налагодження зв'язку з коханими є стабілізуючим чинником. Для тих, хто має складні взаємодії під час телефонних дзвінків, контакт може посилити стрес у період розгортання і призвести до потреби в консультуванні [9].

З набуттям доступності електронної пошти подружжя та військовослужбовці вказують, що відчувають себе більш впевнено; обидві сторони здатні ініціювати зв'язок і не обмежені плануванням телефонних дзвінків. Ще однією перевагою електронної пошти є можливість бути більш розсудливими стосовно того, що говориться, і контролювати інтенсивні емоції, які можуть бути надмірно тривожним. Проте питання безпеки електронної пошти і обмеження можуть стримувати деяке спілкування.

Одним із недоліків поліпшеного доступу до зв'язку (телефонні дзвінки або електронна пошта) є безпосередність і близькість до тривожних новин як від сім'ї, так і від військовослужбовця. Практично неможливо приховати негативні почуття образи, гніву, розчарування і втрати, особливо по телефону. Неточні чи неприємні новини швидко передаються по особистих стільникових телефонах.

Необґрунтовані чутки можуть безперешкодно циркулювати у FRG [9]. Ті, що пов'язані зі звинуваченнями в невірності, виявляються особливо руйнівними. Інші неприємні чутки можуть містити інсинуації, що конкретне подружжя або військовослужбовець погано справляється з розгортанням, отримав бойове поранення, підлягає дисциплінарним заходам, з ним стався нещасний випадок або дата його повернення раптово змінилась. Подібна інформація може бути шкідливою для військовослужбовців, дружин і FRG. У гіршому випадку від цього може постраждати згуртованість підрозділу або навіть успіх місії. Обмеження негативного впливу чуток є постійною проблемою для керівників підрозділів і капеланів. Швидкість передачі потенційно неточних новин може підірвати здатність військовослужбовців, підрозділу або сім'ї зосереджуватись і виконувати роботу безпечно.

Пізнє розгортання

Етап пізнього розгортання визначається як місяць перед поверненням військовослужбовця додому. Розгортання, яке відбулось під час хвилі OIF, відзначилось несподіваним і пізнім оголошенням про подовження терміну бойових відряджень. Продовження розгортання зазвичай призводить до розчарування і тривоги для всіх учасників і може спровокувати несподівану напругу в той час, коли всі очікують на повернення військовослужбовців. Пізнє розгортання — це зазвичай час великого очікування. Як і під час етапу розгортання, тут можливі суперечливі емоції: радість, що солдат повертається додому; побоювання, занепокоєння, що подружжя може не погоджуватись з тим,

як все відбувається; хвилювання щодо втрати самостійності або зміни ролей; турбота про те, як дійдуть згоди члени родини. Коли розлука майже закінчена, можуть знову виникнути складнощі в прийнятті рішень. Подружжя вагаються, чи не потрібно відкласти рішення до часу повернення військовослужбовця додому. Багато дружин/чоловіків відчувають прилив енергії під час цього етапу [9, 16], порив виконати завдання, пов'язані з домом. Під час пізнього розгортання і військовослужбовці, і їхні подружжя, і діти мають високі очікування.

Після розгортання

Етап після розгортання починається з повернення військовослужбовця з театру бойових дій і прибуття додому, іноді спочатку в евакуаційний (CCS — Casualty clearing station) або демобілізаційний пункт. Як і під час етапу перед розгортанням, тут можливі змінні часові межі. Момент повернення часто відбувається церемоніально та стає радісною подією. Діти кидаються до батька/матері, що повернулися, і пари, що знов зустрілися, обіймаються. Командир вимагає уваги підрозділу, хвалить військовослужбовців за службу, а потім звільняє їх. Зброю та спорядження повертають, подальші демобілізаційні завдання (у тому числі оцінка здоров'я, перевірка психічного здоров'я та обстеження здоров'я сім'ї) завершуються. Нарешті родина вирушає додому. Повернення може також нести розчарування та прикрість. Може змінитися дата повернення, або підрозділи вертаються додому окремими групами протягом декількох днів. Окрім того, подружжя можуть бути зайнятими іншими несподіваними сімейними обов'язками, наприклад лікуванням хворих дітей.

Після повернення додому зазвичай триває «медовий місяць», під час якого сім'ї возз'єднуються; однак вони можуть скоро відчути себе емоційно віддаленими. Деякі подружжя описують незручність на додачу до хвилювання, особливо після того, як відновлюється близькість після багатьох місяців розлуки. Інколи емоційне поєднання вимагає часу, перш ніж виникне почуття комфорту щодо сексуальної близькості. Зрештою, після повернення військовослужбовці знову встановлюють свою роль чоловіка/дружини або батька/матері в сім'ї [16]. Це важливе завдання, яке може вирішуватися природно або призвести до напруженості в сім'ї. Військовослужбовці можуть відчувати тиск через бажання надолужити згаяний час і пропущені важливі моменти. Вони хочуть швидко відновити авторитет, який мали раніше. Попри це, деякі речі змінилися за час їхньої відсутності: подружжя зазвичай стають більш автономними протягом розгортання, діти виросли, індивідуальні особисті пріоритети в житті могли змінитися. Очікувати, що все залишиться таким самим, як перед розгортанням, невиправдано.

Під час етапу після розгортання подружжя може вказувати на втрату почуття незалежності або образу на залишення. Вони можуть вважати себе справжніми героями, які зуміли впоратися з проблемами самостійно, поки військові були далеко. Принаймні одне дослідження [21] вказує на те, що батьки, які залишилися вдома, більше відчувають стрес, ніж ті, які були на розгортанні. Як і військовослужбовці, їхні подружжя також мають адаптуватися до змін, які відбуваються в результаті повернення, вони можуть почуватися більш дратівливими, ніж оточення. Вони можуть бажати зберегти почуття власного простору. Основні домашні клопоти та розпорядок мають змінитися. Ролі, які грають подружжя в шлюбі, потрібно відновити, можливо, в новій формі.

Возз'єднання з дітьми буває як радісним, так і складним. Почуття дітей здебільшого залежать від їхнього віку і розуміння причин відсутності військовослужбовця. Діти молодші 1 року можуть не впізнати батька/матір, які повернулися, і плакати, коли їх беруть на руки. Малюки (1–3 років) звикають повільно. Дошкільнята (3–6 років) можуть відчувати себе винуватими або наляканими майбутньою розлукою. Діти шкільного віку (6–12 років) можуть потребувати багато уваги. Підлітки (13–18 років) можуть поводитися примхливо або вдавати, що їм байдуже. Діти часто лояльні до батьків, які залишались з ними, та спочатку можуть не реагувати на дисциплінарні заходи військовослужбовця, що повернувся. Діти також можуть побоюватися повернення батька/матері як загрози дисципліни або наслідків. Деякі діти можуть виражати тривогу, викликану реаль-

ною можливістю майбутніх розгортань. Військовослужбовці, що повернулися, можуть не завжди погоджуватися з привілеями, наданими дітям за їхньої відсутності. Взагалі після возз'єднання батьки не мають впроваджувати негайні зміни, вони мусять знайти час на те, щоб переглянути сімейні правила і норми. Інакше військовослужбовець ризикує зруйнувати зусилля подружжя та викликати відчуження у дітей. Військовослужбовець може відчувати образу на такий амбівалентний прийом. Очевидно, для успішної реінтеграції потрібно вносити зміни повільно, дозволяючи дітям встановлювати темп.

Етап після розгортання, імовірно, найкритичніший для військовослужбовців, їхніх дружин і дітей. Успішній реінтеграції сприяє заохочення терплячого спілкування, встановлення розумних очікувань і надання членам сім'ї часу для звикання [9, 16]. Консультування може знадобитися, якщо солдат поранений, повертається з неослабними психіатричними симптомами або поводиться ризиковано, наприклад надмірно вживає алкоголь чи демонструє фізичні прояви гніву. Проте розлука, яку пережили під час розгортання, дає можливість військовослужбовцям і подружжю оцінити власні зміни та визначити бажаний напрям розвитку їхнього шлюбу. Етап після розгортання є одночасно складним і радісним, і багато військових пар повідомили, що в результаті їхні стосунки стали міцнішими.

ВПЛИВ РОЗГОРТАННЯ НА ПОДРУЖЖЯ

Незабаром після того, як в серпні 1990 р. було оголошено, що Сполучені Штати відправлять війська в Перську затоку, Rosen та іншим [22, с. 47] було доручено дослідити вплив розгортання на військовослужбовців і сімейний добробут. Вони вивчали подружжя військових, щоб визначити, якій групі було найважче адаптуватися під час ODS/S. Було визначено три уразливі групи: 1) подружжя військовослужбовців, завербованих за контрактом, віком до 30 років, багато з яких були іспаномовними та одруженими з уорент-офіцерами; 2) дуже молоді подружжя молодших завербованих за контрактом військових, особливо ті, хто жили не в гарнізоні; 3) старші, працюючі подружжя, які переживали власні унікальні стреси.

У травні 2003 року Гаас (Haas) та ін. [23] опитали вагітних військових і цивільних жінок у жіночій консультації в Морському військовому госпіталі Кемп-Лежен, вимірюючи рівень стресу. Майже як і очікувалося, жінки, чиї партнери були на розгортанні та які мали вже більше однієї дитини, повідомили про більш високі рівні стресу (до показника у вісім разів більше, ніж у тих, хто не мав вдома дітей), ніж їхні однолітки, які були в шлюбі з тими, хто не потрапив на розгортання [23, с. 48]. Інше дослідження, проведене в громаді Військово-морського флоту в південно-східній Вірджинії, розглянуло сім'ї, чиї члени були на розгортанні в Середземномор'ї між 1989 і 1991 роками [24, с. 103]. Дослідники виявили, що розгортання, пов'язані з бойовими діями, вплинули на подружжя сильніше, призводячи до депресії.

Не всі сім'ї військовослужбовців мають традиційний склад; деякі родини мають лише одного з батьків, а деякі сім'ї змішані. Хоча в минулих війнах більшість військовослужбовців на розгортанні були чоловіки, це більше не є правилом. У 1993 році Бірґенгаєр (Birgenheier) [25] (цитуючи дані Magnusson and Payne) відзначив, що жінки становлять понад 10 % військових і що 14 % з них разом з 4 % військовослужбовців-чоловіків були одинокими матерями. Під час операції «Буря в пустелі» 15 січня 1991 року матері вперше були направлені в бойові підрозділи [25, с. 471].

Дитячий розвиток під час розгортання

Сорок відсотків військовослужбовців мають дітей, приблизно третина з яких — молодші 5 років. Діти різного віку по-різному реагують на стрес розгортання. Їхні сильні і вразливі сторони визначаються етапами психосоціального розвитку. Батьки або інші опікуни не повинні обтяжувати дітей будь-якого віку питаннями, які стосуються дорослих.

Деякі діти можуть мати великі труднощі з адаптацією до стресу розгортання. Ознаки чи

симптоми, які вказують на неможливість повернення до нормального режиму, або поява серйозніших проблем потребують відвідування сімейного лікаря або консультації у психіатра. Попри обставини, переважна більшість подружжя та дітей успішно проходять етап самозабезпечення і з нетерпінням чекають на повернення додому члена сім'ї з розгортання. Таблиця 30.1 дає приклади негативних поведінкових та емоційних змін у дітей різного віку, які потребують додаткової уваги.

Немовлята

Немовлята (молодше 1 року, етап психосоціального розвитку «довіри або недовіри» за Е. Еріксоном [26]) добре почуваються, якщо їх беруть на руки та добре годують. Немовля опиняється під загрозою, коли основний вихователь стає значно пригніченим чи в інший спосіб емоційно недоступним. Дитяча депресія може проявлятися симптомами апатії та дратівливості, відмовою від їжі або втратою ваги. Рання профілактика має вирішальне значення для запобігання надмірній шкоді або занедбаності. Зокрема, педіатри мають контролювати розвиток дітей. Персонал соціальних служб, педіатри та психіатри мають надавати допомогу батькам в піклуванні та лікуванні дітей, у розвитку навичок батьківського догляду та координації відповідних сімейних служб.

Малюки

Малюки (1–3 років, етап психосоціального розвитку «автономії або сорому» за Е. Еріксоном [26]) здебільшого приймають емоційні та поведінкові сигнали від основного опікуна. Якщо тому з батьків, хто залишився вдома, все вдається робити вправно, малюк зазвичай розвивається добре. Це правило працює й у зворотному напрямку. У разі, коли головний вихователь не спроможний дати собі раду, малюки стають похмурими або схильними до плачу, істерик, мають проблеми зі сном або їдою. Діти цього віку реагують на підвищену увагу, таку як спільна гра, обійми або довші ритуали засипання.

Зважаючи на проблеми догляду за малими активними дітьми, батьки, що залишились удома, мають збалансувати вимоги з догляду за дітьми і власні потреби особистого часу. Батьки можуть спростити ситуацію, поділяючи свої щоденні турботи з іншими батьками, які мають схожі проблеми.

Дошкільнята

Дошкільнята (3–5/6 років, етап психосоціального розвитку «ініціативи або почуття провини» за Е. Еріксоном [26]) у результаті стресу розгортання можуть регресувати в навичках. Ця регресія

ТАБЛИЦЯ 30.1

НЕГАТИВНІ ЕМОЦІЙНІ ТА ПОВЕДІНКОВІЗМІНИ В ДІТЕЙ ПІД ЧАС РОЗГОРТАННЯ

Вік	Поведінка	Емоції	Засоби
Немовлята: <1 року	Відмовляється їсти	Не слухається	Підтримка батьків та педіатра
Малюки: 1–3 роки	Плач, роздратування	Дратівливість, сум	Підвищити увагу, брати на руки, обіймати
Дошкільнята: 3–6 років	Випадки втрати контролю над «горшковою» поведінкою, прилипання	Дратівливість, сум	Підвищити увагу, брати на руки, обіймати
Діти шкільного віку: 6–12 років	Ниття, тілесні болі	Дратівливість, сум	Проводити час разом, підтримувати режим
Підлітки: 12–18 років	Ізоляція, пасивність, наркотики	Гнів, апатія	Терпіння, встановлення обмежень, консультування

здатна проявлятися в проблемі з туалетом, змінах словникового запасу, смоктанні пальця, відмові спати на самоті або посиленні залежності. Маленькі діти можуть стати більш дратівливими, пригніченими або агресивними. Вони схильні до соматичних скарг, у них може розвиватися острах втратити батьків або інших важливих дорослих.

Вихователі мають заспокоювати дошкільнят, надаючи їм підвищену увагу і фізичну близькість (обійми, тримання за руки). Дорослі мають уникати зміни домашнього розпорядку, підтримувати розвиток нових досягнень, наприклад, заохочуючи дітей спати у власних ліжках. Відповіді на питання про розгортання мають бути короткими, фактичними та по суті. Підтримка режиму й очікувань є важливою для всіх вікових груп і забезпечує значний комфорт і безпеку маленьким дітям.

Діти шкільного віку

Діти шкільного віку (6–12 років, етап психосоціального розвитку «працьовитості або почуття неповноцінності» за Е. Еріксоном [26]) можуть скиглити і скаржитися, мати соматичні проблеми, стати агресивними або демонструвати свої почуття через інші поведінкові реакції. Вони можуть зосередитися на тому, що батько, який зараз на службі, пропускає ключові моменти, такі як день народження, шкільний спектакль чи важлива гра.

Депресивні симптоми можуть проявлятися як порушення сну, втрата інтересу до школи, зміни в їжі або зменшення бажання грати з друзями. З дітьми шкільного віку корисно розмовляти про їхні почуття і надавати їм більше фізичної уваги, ніж зазвичай. Хоча може спостерігатись деяке зниження успішності в школі, батьківські очікування і розпорядок мають значною мірою залишатися тими самими.

Розен (Rosen) та ін. [27], вивчаючи відповіді дітей під час розгортання ODS/S, визначили, що серед хлопчиків і дівчаток віком від 3 до 12 років був значно поширений смуток. Дитячі симптоми іноді змінювалися залежно від порядку народження. Проблеми з дисципліною і незрілою поведінкою були помітніші у старших дітей (середній вік 7,2 плюс-мінус 5,4 року). Проблеми з навчанням і відмова розмовляти частіше траплялись у других дітей. Обидві групи мали проблеми з їжею та сном, а також підвищену потребу в увазі дорослих [27, с. 466].

Келлі (Kelley) [24] повідомив, що діти військовослужбовців ODS/S продемонстрували більш інтерналізовану та екстерналізовану поведінки, на виправлення якої після повернення батька пішло більше часу. Часто цитується дослідження Єнсена (Jensen) і колег [28], зосереджене на дитячій реакції на розлучення з батьками під час ODS/S. У ньому визначено, що бойове розгортання під час ODS/S призводило до розвитку підвищеного, але не патологічного рівня симптомів депресії та тривожності як у подружжя, хто не залучався до розгортання, так і в дітей. Це засвідчили батьківські звіти. Хлопці й молодші діти виявилися найуразливішими до впливу розгортання.

Підлітки

Підлітки (13–18 років, етап психосоціального розвитку «ідентичності або рольової плутанини» за Е. Еріксоном [26]) можуть бути дратівливими або бунтівними. Вони здатні сперечатися або демонструвати іншу поведінку, спрямовану на привертання уваги.

Хюбнер і Манчіні (Huebner і Mancini) [29] зазначили, що підлітки переживають багато звичайних стресів розвитку, зокрема — пов'язаних зі статевим дозріванням. Ці нормальні стресові чинники у поєднанні з численними проблемами розгортання спроможні перенапружити здатності підлітків до адаптації.

З розвитком когнітивних здібностей до абстрактного мислення і більш складним емоційним життям діти цього віку можуть мати амбівалентні почуття, як-от поєднання гніву й гордості за батька, який перебуває на розгортанні. Вони можуть також мати почуття втрати і невпевненості в тому, що знову побачать батька чи матір.

Зміни в обов'язках і ролях у процесі розгортання можуть бути складними, але вони дають старшим дітям і підліткам можливості для більшої самостійності і зростання.

Повернення батька/матері з розгортання може бути більш важким через можливу втрату цих, нещодавно отриманих обов'язків. Хюбнер у своєму дослідженні зауважив, що підлітки більш усвідомлювали близькість до того з батьків, хто залишився вдома, і боролися за те, щоб повернутися до колишніх ролей і стосунків у кінці розгортання. Ці діти також повідомили, що знають про більш інтенсивні сімейні стосунки і рухливість власних емоцій [29, с. 3, 9, 10]. Під час участі батьків у розгортанні підлітки можуть втратити цікавість до школи, однолітків і шкільної діяльності. Вони потрапляють у групу ризику схильності до безладних статевих зв'язків, вживання алкоголю і наркотиків. Хоча діти цього віку можуть заперечувати проблеми і турботи, для вихователя вкрай важливо залишатися доступним, щоб вони могли поговорити з ним про свої проблеми. Потрібно заохочувати заняття спортом, спілкування з друзями та сімейну соціальну діяльність, щоб життя підлітків мало нормальну структуру. Навчальні завдання можуть внести подальше впорядкування в життя підлітків. Так само додаткова відповідальність у сім'ї відповідно до їхньої емоційної зрілості допомагає дітям цього віку відчувати себе важливими й необхідними. Грошові стимули можуть також зробити позитивний внесок у підтримання навчання і виконання щоденних справ. Однак підлітки не мусять грати роль «другого із батьків» або бути довіреною особою того з батьків, хто залишився вдома. Навіть найбільш здібні з них мають знати, що відповідальними залишаються компетентні дорослі, які будуть наглядати за ними та їхніми потребами.

Передача наслідків війни та бойової травми через покоління

Нові дослідження виявили підвищення частоти ПТСР і депресії у військовослужбовців, які повернулися з бойового розгортання в Іраку: приблизно 20 % з них мали симптоми, що вказують на психічний розлад [30]. Важливо зважати на вплив цих повоєнних умов на сім'ї, особливо на дітей. Передача травми між поколіннями, яку іноді називають вторинною травматизацією, — це явище, коли діти страждають від посттравматичних наслідків уражень своїх батьків [31]. Багато літератури в цій сфері з'явилося в середині 1960-х років, коли тема була вперше розглянута у роботі із сім'ями, які пережили Голокост [32]. Цікавість до цього питання підтримали в Національному дослідженні адаптації ветеранів В'єтнаму 1983 року (NVVRS), яке здійснили відповідно до мандата Конгресу на розслідування ПТСР та інших повоєнних психологічних проблем серед ветеранів В'єтнаму [33].

Із сім'ями ветеранів В'єтнаму було проведено численні дослідження, які розглянули психологічні, поведінкові та адаптивні стилі дітей ветеранів. При додатковому вивченні травми через покоління робили акцент на впливі кількох травм (геноцид, політичне насильство, репресивні режими, насильство в сім'ї, злочин і захворювання, які загрожують життю) [34] на дітей тих, хто вижив. У таких випадках діти не пережили фактичні травмувальні події, але зазнали впливу травматичного досвіду своїх батьків.

Наслідки травми через покоління добре задокументовані в епізодичних даних. Діти тих, хто пережив Голокост, повідомляють про відчуття, що вони отримали батьківський досвід Голокосту, ніби «через осмос» [35]. Багато дітей тих, хто пережив переслідування, описують негласну присутність Голокосту в домі як організуючої сила, яка лежить в основі сімейної комунікації та зв'язку. Багато з них повідомили, що їхні батьки ніколи не говорили про пережиті травми. Це породило термін «змова мовчання» [35]. Подібна «змова» характеризується уникнанням обговорення в сім'ї, а також у суспільстві загалом жахів, які пережили люди під час Голокосту. Це мовчання розглядають як потужний засіб передачі впливу батьківської травми.

Початкові клінічні спостереження в 1960-х роках вказали на значне занепокоєння, депресію і неадекватну поведінку в дітей тих, хто пережив Голокост [36]. Рання література взагалі передбачала значну психопатологію, зважаючи на тяжкість і тривалість травматичного досвіду батьків, у яких було мало можливостей для інтеграції їхньої величезної втрати і травматичних переживань. З плином часу ці результати були піддані сумніву через методологічну слабкість і відсутність достовірних даних [37]. Питання виникло природ-

но, проте як оцінити значення і вплив будь-якої батьківської травми на дитину? Нова хвиля цікавості була спричинена визначенням сильних сторін, які батьки надають своїм дітям у результаті своєї історії травматизації [32].

Завдяки дослідженню дітей ветеранів В'єтнаму можна зробити низку висновків. Деякі звіти показують, що діти ветеранів мали труднощі у навчанні, стосунках із однолітками і афективному пристосуванні, створюючи загальний дефіцит психосоціального функціонування [38]. NVVRS встановило, що за 100 індексами адаптації життя більшість ветеранів В'єтнаму успішно пристосувалися до повоєнного життя, зберігаючи лише деякі симптоми психологічних розладів [33]. Інші дослідження підняли тему несприятливого впливу на дітей ПТСР, пов'язаного з бойовими діями, емоційного оніміння [39] або участі їхніх батьків в актах насильства під час бою [40]. У літературі середини 1980-х з'явилися дослідження, які вказували, що діти батьків із ПТСР схильні до підвищеного ризику розладу навчання, агресії, депресії та гіперактивності [41].

Істотним чинником у передачі травми через покоління є наявність або відсутність у батька-ветерана симптомів ПТСР. Дані NVVRS вказують на зв'язок посттравматичного стресового розладу із сімейними порушеннями, а також родинною нестабільністю і поведінковими проблемами в дітей [40]. Батьківське почуття відчуженості або неможливість відчувати і виражати емоції, як було помічено, переносилися в батьківські стосунки, можливо, призводячи до поведінкових проблем у дітей. Значне афективне уникнення і емоційне оніміння найбільш корелювали з поведінковими труднощами у дітей ветеранів [42]. У літературі також наголошується, що ветерани, які брали участь в актах насильства або звірства, вважають себе вигнанцями і відчувають труднощі з довірою до інших. Ці погляди можуть спричинити підвищення рівня насильства в сім'ї і труднощі з утворенням виховних батьківських зв'язків [40].

Передача травми через покоління, здається, відбувається найбільш істотно, коли діти другого покоління самі отримують досвід травми. Ветерани В'єтнаму, які були синами ветеранів Другої світової війни з діагнозом ПТСР, мали більш серйозні і постійні симптоми, ніж ветерани, чиї батьки не мали досвіду бойових дій. Проблеми у цих ветеранів В'єтнаму з'явилися під час повернення на батьківщину через сутички щодо поглядів батьків, які воювали в «правильній війні», і синів, що билися у непопулярній війні. Відсутність підтримки ветеранів В'єтнаму, які повернулись, можливо, перешкодило позбавленню симптомів ПТСР і сприяло передачі бойової травми з покоління в покоління для тих, чиї батьки були ветеранами. Аналогічно ізраїльські ветерани війни 1982 року в Лівані, які були синами тих, хто пережив Голокост, також мали особливо важкі і стійкі симптоми ПТСР порівняно з контрольними групами. Усе це вказує на те, що передача травми між поколіннями більш помітна, коли нащадки отримують власні травми [44].

ПТСР ветеранів може вплинути на дітей багатьма способами. Переживання травмувальних подій батьками може бути раптовим, інтенсивним і яскравим. Ці явища дуже лякають дітей, які не розуміють, що відбувається. Діти можуть турбуватися про гарний стан батьків або їхню здатність забезпечити догляд за ними. Батьки з емоційним онімінням і «закриті» можуть здатися своїм дітям віддаленими і сторонніми. Вони можуть здаватись неуважними, і дитина відчуватиме себе нелюбом. Симптоми тривоги, підвищена збудливість, дратівливість і низька толерантність до фрустрації впливають на почуття безпеки дитини, що може призвести до сумнівів дитини в батьківській любові [33].

За спостереженнями, діти ветеранів бойових дій з ПТСР діляться на три загальні групи: 1) дитина без догляду (роз'єднана дитина), 2) «понадототожнювальна» дитина і 3) дитина-рятівник. Якщо дитина без догляду може бути емоційно відірваною від сімейного життя, «понадототожнювальна» намагається стати ближчою до батьків, нехтуючи діяльністю, відповідною її віку, і стосунками з однолітками. Ця дитина може переживати спогади і кошмари, які схожі на те, що переживають батьки-ветерани. Дитина-рятівник схожа на дитину алкоголіка, вона здатна відчувати відповідальність за проблеми батьків і провину, коли справи йдуть не так. Ця дитина переймає батьківські ролі та обов'язки [38].

Травма передбачає порушення емоцій, переконань і пізнання. Батько може повернутися з

бою зі зміненими думками, почуттями і поведінкою внаслідок одної травмувальної події або в результаті тривалого впливу інтенсивного бойового досвіду. Батьківське сприйняття себе як людини може бути зміненим як щодо своєї ролі в суспільстві, так і в межах міжособистісних стосунків. Питання безпеки і довіри можуть бути глибоко порушені травмою, при цьому змінюються уявлення індивіда про взаємини і про світ загалом [37]. Передача батьківської травми через покоління відбувається, коли спотворені переконання і висновки батьків передаються дитині, яка не зазнавала травми. Така дитина засвоює набір почуттів або переконань, тотожних тим, які є у травмованих батьків. Механізмами передачі травми між поколіннями, які описали деякі дослідники [37], є мовчання, надмірна закритість, ідентифікація та реконструкція. У мовчазному середовищі дитина відчуває вплив травми батьків афективно та не має пояснень або доказів. Сім'я іноді вступає в змову щодо уникання важких тем або будь-яких тригерів травматичних батьківських симптомів. Дитина може мати жахливі фантазії про невисловлений досвід батьків і відчувати занепокоєння з приводу можливості спровокувати симптоми батьків. Надмірне розкриття відбувається, коли батько показує свій страх або розповідає страшні подробиці, які дитина не може витримати. Це може призвести до розвитку симптомів ПТСР у дитини. Ідентифікація відбувається, коли дитина емоційно з'єднується з батьками, які зазвичай є замкненими і недоступними. Відтворення відбувається, коли члени сім'ї беруть участь у переживанні деяких аспектів травматичних спогадів внаслідок того, що батьки не можуть відділити минуле від теперішнього.

Емоційні проблеми внаслідок бойового досвіду або симптомів ПТСР у батьків розвиваються не в усіх дітей. Попри це, коли дитина висловлює власні емоційні проблеми вдома або в школі, відбувається всебічне оцінювання соціального та навчального стану дитини. Це має бути оцінювання загального функціонування сім'ї та характеру спілкування.

Травма припускає можливість зради довіри, тому всі роботи, пов'язані з травмою, мають проводитися у безпечних і довірливих терапевтичних взаєминах. Індивідуальне лікування може бути необхідним до участі в сімейній терапії. Мета лікування полягає в тому, щоб допомогти родині визнати особливості свого спілкування, розвивати переконання і поведінку, які відрізняють минуле від сьогодення, і отримати ширший спектр реакцій [37]. Бойовий ветеран або той, хто пережив травму, має знайти спосіб інтегрувати минулий досвід у наявну реальність таким чином, щоб почуватися значущим і надійним. Якщо мовчання свідчить про нездатність інтегрувати травму [34], то терапевтичний діалог має вміло відповідати на це мовчання, тому що це руйнує відчуття цілісності себе і досвіду. Терапевт не прагне спровокувати докладні описи батьківського травматичного досвіду. Скоріше, він надає допомогу сім'ї у розробленні нових інтерактивних моделей за допомогою більшого усвідомлення моделей сімейного спілкування — це доцільна мета у вирішенні проблеми передачі наслідків бойової травми через покоління.

Дедалі більша кількість досліджень засвідчує, що значний руйнівний характер травми впливає на міжособистісні стосунки. Ці питання вкрай складні; протягом минулих 40 років дослідники намагалися виявити, визначити і виміряти вплив батьківської травми на дітей. Якщо травма відбувається, то як саме це відбувається і як вона впливає на майбутні покоління і проявляється в них? Утім протягом багатьох років після ODS/S військовослужбовцям і членам їхніх сімей довелось адаптовуватися до значного зсуву в американській зовнішній політиці і в ролі Збройних сил США в тривалих багатонаціональних розгортаннях.

Боснійський досвід надав нове розуміння стосовно навичок, необхідних для зведення до мінімуму сімейної травми. Дослідження ветеранів ODS/S додало знань із цієї теми. Проте участь у неодноразових тривалих бойових розгортаннях під час OEF та OIF поставила нові завдання перед військовослужбовцями, членами їхніх сімей, а також дітьми. Не зрозуміло, до якої міри травматичні переживання військовослужбовців, що залучались до OEF та OIF, вплине на їхніх дітей. Сімейний добробут важливий не тільки для успіху місії, а й для майбутнього здоров'я армії, її зусиль зі збереження кваліфікованих військовослужбовців [45, 46].

ВИСНОВКИ

Армія, Департамент у справах ветеранів і цивільні фахівці охорони здоров'я TRICARE мають бути готовими підтримати військовослужбовців та членів їхніх сімей протягом п'яти етапів розгортання та запобігти ускладненням, які можуть виникнути в результаті участі військовослужбовців у бойових діях. Зважаючи на визначений 20 % рівень психічних захворювань у ветеранів, які повернулися з OIF, у сучасних конфліктах дія результатів бойового стресу та травми має розглядатися як можливий чинник впливу на здоров'я. Зусилля громадської і професійної освіти щодо цих тем необхідні для сімей військовослужбовців, щоб вони могли ефективно впоратися з досвідом розгортання і мали можливість шукати допомогу, якщо виникнуть проблеми. Додаткові дослідження щодо усунення впливу розгортання на військовослужбовців і їхні сім'ї допоможуть американським Збройним силам підготуватися до викликів наступного конфлікту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Peebles-Kleiger MJ, Kleiger JH. Re-integration stress for Desert Storm families: wartime deployments and family trauma. *J Trauma Stress*. 1994;7(2):173–194.
2. Pincus SH, House R, Christenson J, Adler LE. The emotional cycle of deployment: a military family perspective. Available at:http://www.hooah4health.com/deployment/Familymatters/emotionalcycle.htm. Accessed February 24, 2010.
3. Black WG Jr. Military-induced family separation: a stress reduction intervention. *Soc Work*. 1993;38(3):273–280.
4. Nelson J, Hagedorn ME. Federal Nursing Service Award. Rhythms of war: activation experiences during the Persian Gulf War. *Mil Med*. 1997;162(4):233–239.
5. Rabb DD, Baumer RJ, Wieseler NA. Counseling Army reservists and their families during Operation Desert Shield/ Storm. *Community Ment Heath J*. 1993;29(5):441–447.
6. Blount BW, Curry A Jr, Lubin GI. Family separations in the military. *Mil Med.* 1992;157(2):76–80.
7. Lamberg L. When military parents are sent to war, children left behind need ample support. *JAMA*. 2004;292(13):1541–1542.
8. Ursano RJ, Holloway HC, Jones DR, Rodriquez AR, Belenky GL. Psychiatric care in the military community: family and military stressors. *Hosp Community Psychiatry.* 1989;40(12):1284–1289.
9. Pincus SH, Nam TS. Psychological aspects of deployment: the Bosnian experience. *J US Army Med Dep*. 1999;PB8-99-1/2/3:38–44.
10. Wynd CA, Dziedzicki RE. Heightened anxiety in Army Reserve nurses anticipating mobilization during Operation Desert Storm. *Mil Med*. 1992;157(12):630–634.
11. Diedrich J. Deployment overseas can take toll on families. *The Gazette*. October 31,1999:A4.
12. MacIntosh H. Separation problems in military wives. *Am J Psychiatr*. 1968;125(2):260–265.
13. Samler JD. Reserve unit mobilization trauma. *Mil Med*. 1994;159(10):631–635.
14. West L, Mercer SO, Altheimer E. Operation Desert Storm: the response of a social work outreach team. *Soc Work Health Care*. 1993;19(2):81–98.
15. Valentine D. The developmental approach to the study of the family: implications for practice. *Child Welfare*. 1980;59(6):347–355.

16. Logan KL. The emotional cycle of deployment. *US Naval Inst Proc*. 1987;113:43–47.

17. Pincus SH, Benedek DM. Operational stress control in the former Yugoslavia: a joint endeavor. *Mil Med*. 1998;163:358–362.

18. Noy S. Stress and personality as factors in the causality and prognosis of combat reaction. Paper presented at: The Second International Conference on Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace; June 1978; Jerusalem, Israel.

19. Neumann M, Levy A. A specific military installation for the treatment of combat reactions during the war in Lebanon. *Mil Med*. 1984;149:196–199.

20. Kiser LJ, Ostoja E, Pruitt DB. Dealing with stress and trauma in families. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1998;7(1):87–103,viii–ix.

21. Zeff KN, Lewis SJ, Hirsch KA. Military family adaptation to United Nations Operations in Somalia. *Mil Med*. 1997;162(6):384–387.

22. Rosen LN, Westhuis DJ, Teitelbaum JM. Patterns of adaptation among Army wives during Operations Desert Shield and Desert Storm. *Mil Med*. 1994;159(1):43–47.

23. Haas DM, Pazdernik LA, Olsen CH. A cross-sectional survey of the relationship between partner deployment and stress in pregnancy during wartime. *Womens Health Issues*. 2005;15(2):48–54.

24. Kelley ML. The effects of military-induced separation on family factors and child behavior. *Am J Orthopsychiatry*. 1994;64(1):103–111.

25. Birgenheier PS. Parents and children, war and separation. *Pediatr Nurs*. 1993;19(5):471–476.

26. Erikson EH. *Childhood and Society*. New York, NY: WW Norton; 1950.

27. Rosen LN, Teitelbaum JM, Westhuis DJ. Children's reactions to the Desert Storm deployment: initial findings from a survey of Army families. *Mil Med*. 1993;158(7):465–469.

28. Jensen PS, Martin D, Watanabe H. Children's response to parental separation during Operation Desert Storm. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(4):433–441.

29. Huebner AJ, Mancini JA, Wilcox RM, Grass SR, Grass GA. Parental deployment and youth in military families: exploring uncertainty and ambiguous loss. *Fam Relations*. 2007;56(2):112–122.

30. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(1):13–22.

31. Rosenheck R, Nathan P. Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hosp Community Psychiatry*. 1985;36:538–539.

32. Yehuda R, Schmeidler J, Elkin A, et al. Phenomenology and psychobiology of the intergenerational response to trauma. In: Danieli Y, ed. *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York, NY: Plenum Press; 1998:639–656.

33. Price JL. Children of veterans and adults with PTSD. [National Center for PTSD Web site]. Available at: http://ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_children_veterans.html?opm=1&rr=rr112&srt=d&echorr=true. Accessed February 24, 2010.

34. Danieli Y, ed. *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York, NY: Plenum Press; 1998.

35. Danieli Y. The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: a lesson from Holocaust survivors and their children. In: Figley CR, ed. *Trauma and Its Wake*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1985: 295–313.

36. Yehuda R, Schmeidler J, Giller EG Jr, Siever LJ, Binder-Byrnes, K. Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring. *Am J Psychiatry*. 1998;155(6):841–844.

37. Ancharoff MR, Munroe JF, Fisher LM. The legacy of combat trauma: clinical implications of intergenerational transmission. In: Danieli Y, ed. *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York, NY: Plenum Press; 1998: 257–276.

38. Harkness L. The effect of combat-related PTSD on children. *Natl Center PTSD Clin Q*. 1991;2(1):12–15. Available at: 1. http://ncptsd.va.gov/ncmain/nc_archives/clnc_qtly/V2N1.pdf?opm=1&rr=rr1046&srt=d&echorr=true. Accessed February 24, 2010.

39. Samper RE, Taft CT, King DW, King LA. Postraumatic stress disorder symptoms and parenting satisfaction among a national sample of male Vietnam veterans. *J Trauma Stress*. 2004;17(4):311–315.

40. Rosenheck R, Fontana A. Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *J Trauma Stress*. 1998;11(4):731–742.

41. Dansby VS, Marinelli RP. Adolescent children of Vietnam combat veteran fathers: a population at risk. *J Adolesc*. 1999;22:329–340.

42. Ruscio AM, Weathers FW, King LA, King DW. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: the importance of emotional numbing. *J Trauma Stress*. 2002;15(5):351–357.

43. Rosenheck R, Fontana A. Warrior fathers and warrior sons. In: Danieli Y, ed. *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York, NY: Plenum Press; 1998: 225–242.

44. Solomon Z, Kotler M, Mikulincer M. Combat-related posttraumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: preliminary findings. *Am J Psychiatry*. 1988;145:865–868.

45. Schneider RJ, Martin JA. Military families and combat readiness. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing in Peace for War*. In: Zajtchuk RM, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Office of The Surgeon General, US Department of the Army, Borden Institute; 1994: 19–30.

46. van Vranken EW, Jellen LK, Knudson KH, et al. Division of Neuropsychiatry. *The Impact of Deployment Separation on Families*. Washington, DC: Walter Reed Army Institute of Research; 1984. Report NP-84-6.500

ДОДАТОК

РЕСУРСИ ДЛЯ СІМЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Військовослужбовцям та їхнім сім'ям важливо докласти деяких зусиль, щоб переглянути ресурси, доступні їм як допомога під час циклу розгортання. Хоча це не повний перелік, наданий додаток містить деякі з означених ресурсів і короткий опис їхніх цілей.

Організації, що підтримують військовослужбовця та його сім'ю

Military OneSource

Military OneSource (доступ за адресою: http://www.militaryonesource.com) — це послуга, що надається Міністерством оборони безкоштовно для військовослужбовців, Національної гвардії і солдат Резерву (незалежно від статусу активації) та їхніх сімей. Агентство надає численні послуги, як-от допомога в догляді за дітьми, фінансова допомога, емоційна підтримка під час розгортання, інформація стосовно переїзду і ресурсів, необхідних в особливих обставинах. Ці послуги можуть бути доступними за телефоном, в інтернеті та через приватне консультування у фахівця магістерського рівня в місцевій громаді.

Інформація про «Допомогу дітям військових»

Міністерство оборони у співпраці з організаціями LIFELines підтримує веб-сайт як офіційне джерело інформації Міністерства оборони для освітніх цілей (доступ за адресою: www.militarystudent.org). Мета сайту — надання допомоги дітям військовослужбовців, їхнім батькам, сім'ям з особливими потребами, військовим лідерам і педагогам у вирішенні проблем, з якими стикаються діти військових, надаючи кожній групі доступ до інформації, інструментів і ресурсів центру. Кінцева мета полягає в підвищенні освітнього та соціального добробуту всіх дітей військовослужбовців завдяки збільшенню розуміння й усвідомлення того, як задовольнити їхні унікальні потреби.

Освітні ресурси, доступні для допомоги дітям та сім'ям загиблих

Центр вивчення дитини Нью-Йоркського університету створив веб-сайт (доступ за адресою: www.aboutourkids.org), присвячений розвитку галузі дитячого психічного здоров'я за допомогою науково обґрунтованої практики, науки та освіти. Використовуючи пошукову систему на сайті для отримання інформації про втрату рідних, користувачі можуть отримати доступ до списку книг про втрати рідних, про війни, тероризм і терпимість, орієнтовані на дітей різного віку, батьків і фахівців.

Національна мережа допомоги при дитячому травматичному стресі та управління дитячим травматичним горем

Національна мережа допомоги при дитячому травматичному стресі — це консорціум медичних і науково-дослідних центрів по всій території Сполучених Штатів, який надає допомогу онлайн (доступ за адресою: http://www.nctsnet.org/nccts/nav.do?pid=hom_main). Мережа складається з 70 центрів (45 поточних одержувачів грантів і 25 попередніх одержувачів грантів), які отримують кошти від Центру служби охорони психічного здоров'я, Управління наркології та психічного здоров'я, Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США, за ініціативою Конгресу — Національна ініціатива дитячого травматичного стресу Дональда Дж. Кохена. Ця ініціатива визнає глибокий, руйнівний і широкий вплив травми на життя американських дітей і прагне поліпшити якість, ефективність, достатність і доступність лікувальних послуг, які надаються всім дітям і підліткам, що зазнають травмувальних подій.

Програма військової допомоги Міністерства оборони

Програма військової допомоги (доступ за адресою: http://dod.mil/mapsite/) надає інформацію та інтерактивні ресурси, щоб допомогти сім'ям військовослужбовців з переселенням, управлінням капіталом і пошуком роботи в новому місці.

Операція «Спеціальна доставка»

Операція «Спеціальна доставка» (доступ за адресою: http://www.operationspecialdelivery.com) надає спеціально підготовлених волонтерів для допомоги з пологами вагітним жінкам (Doulas), чиї чоловіки чи партнери були важко поранені, які втратили життя під час сучасної війни з тероризмом або будуть на розгортанні під час пологів. Doulas надають інформаційну, емоційну та фізичну підготовку, але не є медичними працівниками.

SGT Mom's

SGT Mom's (доступ за адресою: http://www.family-networks.org/military CFM) — це інтерактивний веб-сайт, що створений 1996 року та ведеться дружиною військовослужбовця, яка обробляє всі повідомлення електронної пошти, оновлення і доповнення. Він не є офіційним сайтом Міністерства оборони та не має жодного стосунку до будь-якої офіційної військової організації. Веб-сайт містить форум, посилання на інші сайти, останні новини про військові родини, способи підтримки військ і розділ питань та відповідей. SGT Mom's — «це пояснення військового життя дружиною військовослужбовця».

Національний інститут розбудови стосунків на дистанції («Батько на відстані»)

Як зазначено на головній сторінці, сайт «Батько на відстані» (доступ за адресою: http://www.daads.com) був створений «щоб допомогти батькам, які багато їздять у справах бізнесу, є військовими, не позбавленими волі, пілотами авіаліній, екскурсоводами у мандрівках, торговельними представниками, залізничниками, водіями вантажівок, професійними спортсменами, музикантами, артистами, акторами, корпоративними керівниками, або будь-яким іншим батькам, які мусять бути далеко від своїх дітей, і призначений для того, щоб зберегти і зміцнити взаємини з дітьми, поки батьки перебувають далеко». Веб-сайт дає поради, посилання на пов'язані веб-сайти, інформацію про відповідні продукти і книги та розповіді про батьківство на відстані.

Програма допомоги для постраждалих в трагедії

Програма допомоги для постраждалих в трагедії, або TAPS (доступ за адресою: http://www.TAPS.org), була заснована після смерті восьми солдатів на борту літака Національної гвардії в листопаді 1992 року. TAPS забезпечує мережу підтримки сім'ям тих, хто загинув на службі в Америці. Для досягнення своєї місії TAPS має досвідчених соціальних працівників, які є зв'язковими, надаючи допомогу членам сім'ї у вирішенні проблем. Невеликий професійний персонал і розгалужена національна волонтерська мережа TAPS працюють спільно з федеральними, державними і приватними установами в пошуку вирішення проблем сімей загиблих військовослужбовців.

Програма побудови сильної та підготовленої сім'ї

Це дводенна програма, що допомагає парам розробити більш ефективні комунікативні навички, підкріплені поїздкою за місто на вихідні. Додаткова інформація доступна за адресою: http://www.strongbonds.org/skins/strongbonds/display.aspx.

Партнерська програма PICK (Дошлюбний міжособистісний вибір та знання)

Ця програма допомагає самотнім солдатам приймати мудрі рішення при виборі партнерів.

Додаткові телефони і веб-сайти

Науково-дослідний інститут військової сім'ї: http://www.mfri.purdue.edu/pages/news/soldier_family_well_being.html.

Головне джерело Армії: 1-800-464-8107; http://www.armyonesource.com (User ID: army; Password: onesource).

Департамент у справах ветеранів: http://www.va.gov.

Національний центр ПТСР: http://www.ncptsd.org/.

Центр здоров'я на розгортанні: 1-800-796-9699; http://www.pdhealth.mil.

Інститут медицини — Здоров'я ветеранів та збройних сил на розгортанні: http://veterans.iom.edu/.

Операції «Шляхетний орел», «Непохитна свобода» та «Іракська свобода»: http://www.odcsper.army.mil/default.asp?pageeid+37.

Справи Резерву — мобілізація та демобілізація: http://www.defenselink.mil/ra/html/mobilization.html.

Управління пільг для ветеранів: 1-800-827-1000.

Управління охорони здоров'я ветеранів: 1-800-222-8387.

Розділ 31

ДІТИ ТА СІМ'Ї ПОРАНЕНИХ У БОЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Стефан Дж. Козза[I] · Ріо С. Чан[II] · Коріна Міллер[III]

ВСТУП

БАЗОВА ЛІТЕРАТУРА

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ТРАВМУ

Повідомлення про травму дітям

Доправляння до військових медичних закладів і розділення сім'ї

ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ

ДІТИ В ЛІКАРНІ

ПІДТРИМКА СІМЕЙ ПОРАНЕНИХ У БОЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ДІТЬМИ

РЕАКЦІЯ ДІТЕЙ НА БОЙОВІ ТРАВМИ

ВПЛИВ ТРАВМИ НА БАТЬКІВ

Принципи догляду за сім'ями поранених у бою

Довгострокова реабілітація та перехідні періоди

ВИСНОВКИ

ДОДАТОК 1. ОПИТУВАЛЬНИК БАТЬКІВСЬКОГО КЕРІВНИЦТВА ДЛЯ ПОРАНЕНИХ У БОЮ

ДОДАТОК 2. ПРИНЦИПИ ДОГЛЯДУ ЗА СІМ'ЯМИ ПОРАНЕНИХ У БОЮ ТА ЇХНІМИ ДІТЬМИ

[I] Доктор медицини; полковник у відставці, Армія США; заступник директора Центру з вивчення травматичного стресу і професор кафедри психіатрії, Медичний університет Збройних сил, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; у минулому — начальник департаменту психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC.

[II] Доктор медицини; полковник у відставці, Армія США; клінічний директор дитячої та підліткової психіатричної служби, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307; у минулому — начальник дитячої та підліткової психіатричної служби, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC.

[III] Маґістр соціальної роботи; клінічний соціальний працівник, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Building 2, Office #6317, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307-5001; у минулому — клінічний соціальний працівник, Національний військово-морський медичний центр, Bethesda, Maryland.

ВСТУП

Станом на липень 2008 року понад 30 000 солдатів, матросів, морських піхотинців і льотчиків було поранено в поточних операціях в Іраку і Афганістані [1]. Значна кількість цих травм мала серйозні наслідки, зокрема це ортопедичні травми і ампутації кінцівок, важкі травми м'яких тканин, черепно-мозкові травми (ЧМТ) (Traumatic brain injuries), втрата очей та опіки тіла [2]. Виявити вплив травми на сім'ї, батьків і дітей нелегко, та, імовірно, його характер буде визначатися функціональними наслідками травм. Навіть коли фізичне одужання завершено, сім'ї можуть бути глибоко вражені травмою одного з батьків. Дітей мають 40 % військовослужбовців США, в середньому — близько двох дітей на батька. Кількість дітей, яких торкнулося серйозне бойове поранення батьків, дослідники оцінюють в 24 000 за той самий часовий проміжок. У цю кількість не потрапило багато дітей, чиї брати, сестри або інші члени родини були поранені.

Історії хвороби описують епізодичний досвід сімей і дітей військовослужбовців, поранених у бою [4, 5]. Наслідки травмування військовослужбовців виявилися складними, особливо для їхніх дітей. З моменту поранення на стадії пристосування до травми з її викликами діти і сім'ї стикаються з важкими емоційними та практичними проблемами. Ці явища були описані в кількох клінічних центрах. Там вони вивчаються в поточних дослідженнях. Але жодні емпіричні дані ще не були систематично зібрані для вивчення впливу бойової травми на сім'ю. Таке дослідження потрібно, щоб планувати профілактичні та лікувальні заходи на період від отримання поранення до одужання. До того ж досі не було розроблено та оцінено уніфіковані профілактичні заходи і методи лікування, засновані на фактичних даних. У цьому розділі описано клінічний досвід і надані роздуми психіатрів-практиків, які працювали з дітьми і сім'ями тих, хто отримав бойові поранення, у Військово-медичному центрі Волтера Ріда (WRAMC) у Вашингтоні, округ Колумбія, — великому військовому медичному центрі, який займається лікуванням поранених військовослужбовців від моменту початку бойових операцій в Глобальній війні з тероризмом.

БАЗОВА ЛІТЕРАТУРА

Хоча не існує літератури, яка систематично розглядає вплив батьківського бойового поранення на дітей військових, література з інших наукових галузей допомагає зрозуміти цю групу. Було ретельно досліджено кілька типів хвороб у батьків, у тому числі рак [6–9]. Згідно із цими дослідженнями, емоційна та функціональна реакція дітей визначалась їхнім віком і статтю. Недавнє дослідження розглянуло вплив батьківського розсіяного склерозу (РС) на адаптацію дітей і підлітків за результатами батьківського звіту [10]. Автори виявили, що діти батьків із РС мали проблеми в міжособистісних стосунках та управлінні власним життям порівняно з дітьми батьків, які не мали РС. Вони також мали вищий рівень стресу, але не проявили підвищеного рівня емоційних чи поведінкових симптомів, що вказують на психопатологію.

Функціонування сім'ї посідає центральне місце у реакції дитини на батьківську хворобу [11–14].

Здатність сім'ї підтримувати структуру, забезпечувати емоційну підтримку і зменшувати страждання дитини, як виявляється, допомагає дітям пристосуватись до батьківської хвороби. Рівень батьківської інвалідності також є основним чинником, що впливає на дитячу реакцію на батьківську хворобу [15–19]. Як і в разі багатьох інших видів сімейного стресу, реакція дітей здебільшого має тенденцію відображати страждання й функціональні можливості значимих в їхньому житті дорослих. Менш зрозуміло, що саме впливає сильніше на дитячі емоційні та функціональні реакції: серйозність хвороби чи результат батьківської інвалідності. У будь-якому разі ці дані підкреслюють важливість прийняття моделі впливу, яка поліпшує сімейне і батьківське функціонування за наявних проблем зі здоров'ям батьків для підтримки здоров'я і добробуту дітей.

Раптові події, які змінюють здоров'я, як-от бойові травми, можуть мати серйозніші наслідки для дітей і сімей, ніж захворювання батьків. Сім'ї мають дуже мало часу, щоб підготуватися до наслідків раптового поранення. Здорові батьки мають прийняти швидке рішення про догляд за дітьми. Або ж вони можуть бути настільки зайняті потребами потерпілого партнера, що виявляються занадто перевантаженими для задоволення потреб дітей.

З декількох досліджень, які вивчали вплив раптового поранення на сім'ї, ті, які були пов'язані з ЧМТ, виявилися найбільш показовими [20–25]. ЧМТ часто має глибокий вплив на дітей і сім'ї [25], причому найбільших труднощів зазнають сім'ї з маленькими дітьми, а з них — ті, хто має меншу соціальну або фінансову підтримку, або ті, де є помітні психіатричні проблеми. Підвищені рівні емоційних і поведінкових симптомів у дітей пацієнтів із ЧМТ корелюють із занедбанням виховання в обох батьків, постраждалого та здорового, а також із депресією у непостраждалого батька. Це вказує на важливість здорової сім'ї та батьків для захисту функціонування і психічного здоров'я дітей [22]. Стратегії, які підтримують такі результати, здаються виправданими; однак у вибраному переліку хворих із ЧМТ не було проведено дослідження заходів, орієнтованих на сім'ю. До того ж не було проведено наукового дослідження психологічного впливу опіків, ампутації або дорожньо-транспортних травм у батьків на дітей, що допомогли б осмислити досвід сім'ї військовослужбовця, який отримав бойову травму.

Від отримання травми до проблем довготривалої адаптації діти і сім'ї постраждалих стикаються з тяжкими емоційними і практичними проблемами. Цілком імовірно, що наслідки впливу бойової травми на дітей є більш складними і потенційно більш важкими, ніж наслідки ненасильницької травми, пов'язаної з нещасним випадком. Часто буває, що негайна інформація про природу і тяжкість травми обмежена, а іноді неточна, що спричиняє додаткову тривогу. Бойові травми часто провокують раптове засмучення членів родини і спішну активність, що призводить до порушення сімейних ролей, догляду та підтримки. З часом наслідки батьківської травми і необхідне лікування стають причиною зміни місця проживання дитини, втрати військової кар'єри батьками, а також зміни батьківських можливостей у вихованні. Хвилю подій, спричинених травмою, графічно зображено на рис. 31.1.

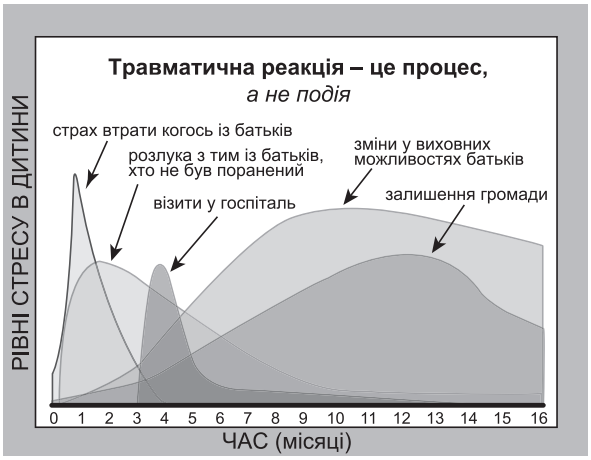


Рис. 31.1. Реакція дитини на події в результаті бойової травми

Рисунок люб'язно наданий Центром із вивчення травматичного стресу Медичного університету збройних сил, Бетесда, Меріленд

Будь-яка серйозна фізична травма може призвести до розвитку супутніх психічних симптомів [26], а також фізичних травм. Лонгітюдні дані дають змогу зробити висновок, що в травмованих у бою військовослужбовців можуть розвиватися

ускладнювальні психіатричні проблеми, як-от посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і депресія [27]. Симптоми психічних розладів можуть змінюватися, зменшуючись або, навпаки, повністю погіршуючись протягом першого року після госпіталізації [2].

Окрім випадків із помірною або тяжкою черепно-мозковою травмою, дослідники висловили стурбованість через вплив слабкої форми ЧМТ. Вона може залишитись непоміченою лікарями, але призвести до серйозних дисфункцій або поганого самопочуття [28]. Якщо м'яка ЧМТ супроводжується іншими фізичними травмами, сім'ї можуть зіткнутися з ускладненнями в поведінці батьків із психічним захворюванням, когнітивними або особистісними змінами, а також фізичними травмами.

Коли травма призводить до істотних змін у виховних можливостях, батькам і дітям доводиться переглянути сімейні взаємини та прийняти реальність травми — фізичної, психологічної або обох — та їхні наслідки. Щоб розробити ефективні профілактичні заходи, які стосуються короткострокових і довгострокових наслідків цих батьківських травм, необхідно продовжити наукові дослідження теми.

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ТРАВМУ

Сім'ї військовослужбовців стикаються з численними проблемами, починаючи з дня, коли вони отримують повідомлення про бойове розгортання. Ці проблеми продовжуються в циклі розгортання і можуть ставати причиною багатьох змін сімейної системи в результаті відсутності військовослужбовця (див. розділ 30 «Вплив розгортання на сім'ї та дітей військовослужбовців»). Коли військові отримують травму та стають перед загрозою постійних тілесних змін або скорочення своїх фізичних, когнітивних чи психологічних можливостей, сильні переживання є неминучими.

Родинний стрес починається з отримання повідомлення про поранення. Останнім часом було поліпшено передачу повідомлення про поранення (наприклад, поранені військовослужбовці, коли це можливо, зв'язуються з дружинами або іншими членами сім'ї безпосередньо, позбавляючи своїх близьких від найгіршого страху неминучої смерті). Попри це, нерідко трапляється, що первинна інформація про травму надходить неповною чи неточною, що призводить до ще більшого занепокоєння. Іноді дані про те, що член бойового підрозділу був поранений, надходять через неформальні канали, викликаючи багато плутанини і тривоги в тилу. Полегшення виникає лише тоді, коли стає відома точна інформація про військовослужбовців, з якими це сталось, та деталі травми. Спосіб, у який передаються відомості дружині/чоловікові та сім'ям, відрізняється в різних подружжях і військових підрозділах. Зазвичай точність і подробиці доступної інформації, а також спосіб її передачі відображають унікальні обставини отримання травми. Повідомлення про травму може бути проведено особисто або по телефону.

Клінічні приклади допомагають проілюструвати це. В одному випадку дружина травмованого військовослужбовця розповіла, що до неї додому прийшли двоє тилових офіцерів, вдягнених у бойову армійську уніформу. Хоча вигляд цих візитерів викликав у неї стурбованість про здоров'я чоловіка, вона з великим полегшенням відзначила, що вони не були одягнені у формальну уніформу класу А. Адже це свідчило про те, що вони не були частиною команди, яка повідомляє про смерть. Інша дружина розказала, що отримала телефонне повідомлення про травму чоловіка в той час, як була за кермом. Перед тим, як повідомити про травму, той, хто телефонував, переконався, що вона з'їхала з дороги, зупинила двигун і опинилась у безпеці. Таким чином, він був упевнений, що жінка не потрапить у аварію, отримавши погану новину. Ще одна дружина сказала, що отримала три окремі телефонні дзвінки від трьох різних офісів з різними версіями поранення чоловіка. Навіть найпростіші неточності здатні підірвати впевненість сім'ї в тому, що після поранення військовослужбовець отримає належну допомогу, і часто згадуються дружинами або іншими членами сім'ї в лікарні. Члени родини здебільшого характеризують як найбільш обнадійливу і досто-

вірну ту інформацію, яку отримують від особистого відвідування знайомими членами підрозділу, а не від телефонних абонентів, яких вони не знають.

Повідомлення про травму дітям

Незалежно від того як саме повідомляють про поранення — телефоном чи особисто, діти можуть бути присутніми, коли дорослі члени сім'ї отримують новину про травму. Діти можуть спостерігати реакцію того з батьків, хто не є військовослужбовцем, або іншого дорослого, який надзвичайно засмучується, лякається чи стає емоційно нестабільним. Коли це можливо, дітей потрібно захищати від спостерігання першої емоційної реакції дорослих на таку новину, тому що вона може бути для них складною та приголомшливою. Крім того, коли це можливо, новину краще передати спочатку дорослим, щоб вони емоційно підготувались для її обговорення з дітьми, спираючись на точні дані.

Більшість дорослих розуміють, що дітям, чиї батьки або близькі родичі були поранені в бою, потрібно надати деяку інформацію. Рекомендується пояснювати їм деякі речі, щоб вони могли краще зрозуміти емоції і поведінку, яку вони бачать у дорослих. Залежно від віку і психологічних та когнітивних здібностей діти мають різні можливості зрозуміти і перенести емоційні і тривожні новини. Кількість і тип інформації, яку дорослі дають дітям, мають залежати від вікових можливостей кожної окремої дитини. Старші діти і підлітки здебільшого здатні зрозуміти і прийняти більш детальну інформацію, у тому числі про причини травми, характер і рівень серйозності фізичних ран, план лікування і ймовірний вплив на сім'ю (наприклад, можливі розлуки, відвідування лікарні, а також зміни у догляді за дітьми). Дорослі мають більш обережно розповідати про деталі дошкільнятам або дітям молодшого шкільного віку. В окремих випадках краще на деякий час приховати факти від дітей, поки не буде визначено імовірність виживання батька/матері. Немовлята та маленькі діти не спроможні зрозуміти травму батьків. Але вони швидко реагують на зміни в емоційному кліматі домашнього укладу, у поведінці чи доступності дорослих, які піклувались про них раніше, та зміни в їхньому щоденному графіку або розпорядку. Найважливіше повідомлення для дітей будь-якого віку — це те, що, незважаючи на новини щодо травми, про них будуть піклуватись і важливі дорослі залишаться з ними.

Не рекомендується довго приховувати інформацію від дітей старше 5–6 років, оскільки вони, найімовірніше, почують розмови дорослих або відчують зміни в їхній поведінці. Це змусить дітей хвилюватися з приводу, що щось іде не так. Дорослі ніколи не мають розмовляти про травму там, де діти можуть їх почути, припускаючи, що ті їх не розуміють. Зазвичай діти слухають і цікавляться усім, що обговорюється. Коли діти ставлять питання, їм потрібно відповідати, викладаючи конкретні факти, даючи стільки інформації, скільки здається необхідним і бажаним для дитини. Дітям потрібно дозволити ставити питання і дати їм зрозуміти, що ці питання поважатимуться і на них дадуть настільки правдиві відповіді, наскільки це можливо. Іноді дитячі питання не мають відповіді. У такому разі дорослі мусять сказати, що вони не знають. Часто діти та підлітки турбуються, що їхній поранений батько/матір може вмерти. Дітей потрібно переконати, що це не так, як тільки травмований військовослужбовець стабілізується та загроза життю мине. Якщо стан здоров'я нестабільний, дорослі мають бути обережними, щоб не дати дітям даремної надії. Дорослі можуть сказати так: «Тато дуже поранений, але йому надається найкраще лікування, і воно має допомогти йому почуватись краще».

Часто мати або інші дорослі вагаються, підбираючи правильні слова для дітей. Іноді дорослі борються з власними емоційними реакціями, які особливо ускладнюють пошук доречної інформації для дітей. Цим дорослим, можливо, буде потрібна допомога у виборі та уточненні кількості, змісту та часі передачі дітям потрібних фактів. Те, як вони описують травму та її наслідки, може визначатись більше їхньою власною тривогою, ніж потребами дітей. Деякі батьки можуть сказати зайве або приховати потрібну інформацію, через що дітям буде важко реалістично зрозуміти серйозність травми та її наслідки для травмованого.

Досвідчені фахівці мають запропонувати батьківське керівництво, коли це необхідно.

Деякі дорослі можуть вирішити приховати важливу інформацію, пов'язану із серйозними травмами, від дітей, щоб «не турбувати їх». У подібній ситуації медичні працівники мають обґрунтувати, що такі «секрети» дійсно необхідні. Лікар має пояснити, що потрібно дати якесь пояснення навіть молодшим дітям, аби вони даремно не хвилювались і розуміли дії та емоції дорослих, які спостерігають навколо себе. У той час, як деякі батьки приховують відомості про поранення, інші розповідають більше, ніж діти здатні витримати. Це може налякати їх, перетворюючись на вимогу витримати невідомі майбутні наслідки. Основою лікарської установки щодо сімей і дітей постраждалих є прагнення підвищити обізнаність дорослих і допомогти їм розпізнавати емоційні реакції дітей й адекватно на них реагувати.

Усім дітям потрібна терпляча допомога дорослих, щоб вони прийняли та усвідомили серйозність травми. Психологічно освічені дорослі розуміють цю потребу і можуть продемонструвати величезний творчий потенціал і чутливість у задоволенні потреб дітей. Наприклад, одна мати, розуміючи вікові можливості дитини, прийняла вдумливе рішення не брати свого майже трирічного сина на відвідини серйозно пораненого батька, поки він інтубований, щоб хлопчик міг почути голос батька, коли вперше побачить його в лікарні. Це розумне рішення дало змогу маленькій дитині відновити звичні стосунки з батьком, попри серйозність його поранення.

Доправляння до військових медичних закладів і розділення сім'ї

Після того як сім'ї повідомляють про поранення, зазвичай настає період інтенсивної активності, який часто приводить до порушення звичного укладу життя або структури сім'ї. Подружжя зазвичай приєднуються до поранених військовослужбовців, які лікуються в військових госпіталях далеко від дому. Коли необхідно, вони залишають своїх дітей удома під наглядом інших дорослих, у домах інших членів родини чи друзів у своїй громаді або далеко від дому. Іноді дітей вилучають із дому, щоб поєднати з батьками в лікарні. Усі ці варіанти здатні викликати тривогу, особливо в маленьких дітей, і в результаті порушувати їхній звичний спосіб життя та стосунки. Неможливо дати всебічні рекомендації щодо того, як і де належить виховувати дітей, коли необхідне розділення сім'ї. У разі серйозної травми дружина може полетіти сама, щоб приєднатися до свого пораненого чоловіка у військових медичних центрах. Той з подружжя, хто не травмований, має складати план догляду за дітьми й домом у той час, як відбувається поїздка у віддалене місце, нерідко за кордон. Планування може бути складним, оскільки подружжя не знає, як довго перебуватиме далеко від дому. Дехто вирішує взяти своїх дітей із собою, інші домовляються про догляд за дітьми з друзями чи сусідами, відправляють їх до родичів у віддалені місця на невизначений час. У деяких випадках сім'ям доводиться розділити дітей через вік, організаційні вимоги або через умови угоди з нагляду (якщо це пасинки чи пасербиці). Одна дитина може залишитися з друзями, тоді як інша переїде до родичів. У таких обставинах діти не тільки відокремлені від своїх батьків, домівки і звичного розкладу дня, а й від своїх братів і сестер, що збільшує стрес. Вдалим рішенням для сім'ї є можливість когось із родичів тимчасово переїхати в їхній будинок, що зменшує стрес для дитини. Рішення про догляд за дітьми та розлуку ніколи не буває простим і часто може стати причиною збентеження і виникнення почуття провини у батьків, коли вони намагаються виконувати конкуруючі обов'язки. Далі наведено приклади складних ситуацій у сім'ях військовослужбовців і знайдених рішень.

Вставка 31.1. Ширлін, мати серйозно пораненого військовослужбовця, опікувалася своїм сином у військовому медичному центрі, який розміщувався майже на іншому кінці країни від її рідного штату Вашингтон. Вона перебувала із сином увесь час від прибуття в госпіталь і розривалася між необхідністю бути з ним та поїхати додому. Її молодша донька Кендіс, яка жила дома з вітчимом, просила Ширлін повернутися додому для святкування її дня народження. Жінка не наважувалася залишити сина, але лікарі запевнили її, що вона може поїхати до дочки. Протягом декількох днів, коли мати перебувала вдо-

ма, Кендіс мала можливість обговорити з нею кілька проблем, які вона мала з друзями. Дівчинка не хотіла обтяжувати Ширлін під час телефонних дзвінків, водночас вона не могла обговорити ці питання з вітчимом. Рішення Ширлін про залишення лікарні було важким. Але після повернення вона визнала важливість цього візиту і була задоволена, що наважилась це зробити.

Хоча рішення взяти дітей із собою до госпіталю може бути корисним способом збереження цілісності і підтримки сім'ї, багато родин залишають дітей удома. Наступний приклад показує, як буває складно та емоційно важко прийняти рішення.

Вставка 31.2. Джон був поранений саморобним вибуховим пристроєм (СВП), що призвело до множинного ураження м'яких тканин, ампутації верхніх кінцівок та важкої ЧМТ. Він і його молода дружина Міріам мали 10-місячну дочку Сару. Міріам вирішила залишити Сару зі своїми батьками в штаті Оклахома, поки чоловік перебував у госпіталі. Початковий прогноз для Джона був поганим: очікувалося, що він не зможе більше ходити й розмовляти. Міріам, яка була його дружиною два роки, була віддана йому та вирішила залишитися з ним на весь час його терапії. Дехто з медичного персоналу та деякі дружини інших пацієнтів критикували її за те, що вона залишила маленьку дитину з батьками. Але вона знала, що її дочка перебувала в стабільному середовищі з людьми, які її люблять. Міріам хотіла забезпечити постійну підтримку чоловіку, дати йому те, що, як вона відчувала, ніхто, крім неї, не був в змозі зробити. Присутність Сари ускладнила б догляд за Джоном, якого, як вона відчувала, він потребував.

ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ

Тривалість госпіталізації військовослужбовців, які були поранені в бою, може варіювати залежно від типу і серйозності травми. Більшість військових медичних центрів надають послуги з нагляду при головних типах поранень. Оскільки багато військових травм є складними, вони потребують тривалого догляду за пацієнтом. Це може тривати від місяців до років лікування в госпіталі та реабілітації. Госпіталь надає як формальні, так і неформальні послуги та допомогу. Спеціалізовані медичні відділи, як-от опікове відділення Інституту хірургічних досліджень Армії США у Військово-медичному центрі Сан-Антоніо (Техас), забезпечують спеціалізований нагляд за пацієнтами. Курс лікування тяжкопоранених може бути непередбачуваним, потребувати кілька операцій, а також інші лікувальні процедури та інтенсивну терапію. Через це план лікування має бути рухливим і змінним, що стає причиною розчарування як пацієнтів, так і членів їхніх сімей.

Неможливо ефективно лікувати травмованих пацієнтів у медичних установах без розуміння і звертання до потреб сімей. Звичайно, близькі хочуть проводити час зі своїми травмованими військовослужбовцями, особливо коли стан їхнього здоров'я невизначений або коли вони піддаються складному чи болісному лікуванню. Деякі члени сім'ї можуть вирішити залишитись у лікарні протягом тривалого періоду або навіть перебувати постійно. Лікарі визнають важливість участі родини і намагаються включати її в загальний план лікування. Але присутність членів сім'ї може ускладнити здатність забезпечити ефективний догляд. Члени сім'ї, які мають почуття гніву або розчарування, пов'язані з травмою, можуть неправильно спрямовувати ці емоції на лікарів. Сім'ї можуть також вносити наявні емоційні конфлікти і проблеми, міжособистісні труднощі в медичну установу. Дуже важливо, щоб лікарі визнавали та працювали з сімейними конфліктами, аби знайти рішення, які сприяють ефективному лікуванню.

Багато військових сімей мають нетрадиційну структуру. Розділення сім'ї та розлука, а також молодий вік багатьох постраждалих військовослужбовців здатні призвести до конфліктів у подружжі, колишньому подружжі, з подругами, хлопцями і батьками, які можуть відвідувати лікарню. Через травматичний стрес уздовж цих ліній розлому нерідко виникає конфлікт, який може спричинити міжособистісні зіткнення в установах, ускладнюючи лікування. У разі травмування молодих військових можливі розбіжності між їхніми матерями, які реагують на регресуючі потреби недієздатних синів/дочок, і молодими дружинами/

чоловіками, які почуваються зайвими у стосунках батьків і дітей. Подружжя можуть переоцінювати свої зобов'язання щодо військовослужбовців, які тепер назавжди змінені травмою. Нерідко відбувається розрив сім'ї та розлучення. Іноді батьки, особливо матері, несправедливо критикують невісток, які, на їхню думку, не приділяють їхнім пораненим синам достатньої уваги. У результаті цих конфліктів виникають правові питання на кшталт: хто в сім'ї буде приймати рішення про лікування, хто буде одержувати страховку або державні виплати з інвалідності?

Навіть перед отриманням поранення шлюби не завжди бувають здоровими або функціональними. Сім'ї військовослужбовців стикаються з тими самими проблемами, що і всі американці. Трапляються сімейні конфлікти, розриви, розлучення і зради. Якщо ці проблеми існують до розгортання, поранення тільки посилює їх. Описаний нижче випадок показує такий приклад.

Приклад 31.1. Пітер, моряк, який лікувався у військовому медичному центрі, мав ампутацію лівої ноги нижче коліна. Перебуваючи в Афганістані, він отримав дзвінок від дружини Діани в день народження, за два місяці до поранення. Пітер був цілком задоволений розмовою, поки не почув на задньому плані голос, який промовив: «Скажи йому, що ти заручена та носиш мою обручку. Скажи йому, що ваш шлюб закінчився». Саме таким чином він дізнався, що в Діани була інтрижка. Вона також спустошила їхній банківський рахунок і продала будинок, використовуючи доручення, яке Пітер дав їй перед участю у військовій операції. Пітер і Діана мали 4-річного сина і 18-місячну доньку. Пітер не мав контакту з ними і не знав, чи вони дізналися про його травму. Отримавши документи про розлучення без зворотної адреси, Пітер залишив лікарню та повернувся на батьківську ферму в Айову. Він хотів, щоб його діти отримували психологічне консультування, щоб переконатися, що вони добре почуваються в новому житті. Але чоловік не мав фізичної можливості домагатися цього, у нього не було фінансової можливості боротися за опіку.

Складні сімейні ситуації можуть впливати і на дітей, і на дорослих. Якщо потерпілі військовослужбовці розлучені й дитина проживає з колишньою дружиною, з якою поранений має конфлікт, відвідування лікарні або телефонні дзвінки пораненого батька стають головною темою переговорів. Коли батько/мати-військовослужбовець бере повторний шлюб, це обговорення може ускладнитися, оскільки нова дружина/чоловік, розлучене подружжя або інші колишні родичі можуть не поладити. Коли сім'я не в змозі вирішити ці питання, медичні працівники мусять сприяти початку переговорів і візитів.

Сімейні ситуації військових можуть бути складними, навіть коли стосунки неконфліктні. Правила, які впливають на військовий шлюб, визначаються юридичними умовами і можуть не мати тієї гнучкості, якої часом бажають родини. Наступний випадок демонструє приклад цього.

Приклад 31.2. Стівен, військовий водій, отримав ЧМТ в Іраку, коли їхав у конвої. Стівен і його дружина Кеті розлучилися до його розгортання, проте під час його перебування в Іраку почали обговорювати розбіжності в поглядах електронною поштою і телефоном і планували вступити в повторний шлюб після його повернення. Вони мали двох дітей віком 9 і 12 років. Після травми Кеті і діти приєдналися до Стівена в лікарні. Однак у всіх документах Стівена зазначалося «розлучений», і Кеті, на відміну від інших військових дружин, не мала жодних прав і не отримувала жодної фінансової допомоги для перебування в готелі неподалік від лікарні. Лікарі розмовляли з Кеті неохоче, бо вона і Стівен були розлучені. Стівен отримав письмові інструкції й втратив їх. Він хотів передати інформацію Кеті, але забув її через свою ЧМТ. Отже, були періоди, коли його сприймали як неадекватного, незацікавленого та невмотивованого в одужанні. Під час госпіталізації пара знову одружилася, що надало Кеті і дітям можливість отримати житло та брати більшу участь у лікуванні. До повторного шлюбу добрий, але введений в оману адміністратор казав Стівену, що, можливо, Кеті хотіла вийти заміж за нього тільки через гроші, які він буде отримувати як пенсію за інвалідність. На думку сім'ї, це було досить недоречно і не сприяло лікуванню.

У наступному прикладі показується ще одна історія про стресову ситуацію військової сім'ї.

Приклад 31.3. Бет, розлучена матір трьох дітей, отримала поранення в результаті перехресного вогню під час невеликої перестрілки. Її госпіталізували че-

рез поранення в груди і верхні кінцівки. Це сталося на дев'ятий місяць 12-місячного розгортання відділення Національної гвардії з Середнього Заходу. Через лікування розгортання Бет було продовжено далеко за межі початкового 12-місячного періоду. Окрім двох рідних дітей віком 10 і 12 років, вона мала 13-річну прийомну дочку. Усі троє дітей залишилися з вихователем у рідному місті Бет. Жінка була прийомною матір'ю, затвердженою через агентство, тому її постійний медичний догляд і подовжене розгортання призвело до того, що її прийомну дочку повернули до агентства. Там дівчинці мали знайти нову прийомну сім'ю. Ця втрата була додатковим тягарем для сім'ї, оскільки прийомна донька стала важливою її частиною.

Потреби сім'ї здатні кардинально змінитися під час госпіталізації. Задоволення цих потреб може бути надзвичайно сприятливим як для військовослужбовців, так і для сім'ї, прискорюючи лікування та реабілітацію. Родини іноді вимагають допомоги в пошуку адекватного житла, особливо коли сім'ї потрібно залишатись на одному місці довго. Виникають певні питання, стає потрібною практична допомога у догляді за дітьми, щодо охорони здоров'я сім'ї або освітніх потреб. Для успіху довготривалого лікування пораненого в бою військового потрібно знати військові правила та координацію відповідної документації для забезпечення фінансової підтримки, житла, організації поїздок і надання всього необхідного. Деякі сім'ї в змозі продемонструвати величезну винахідливість і знайти незалежні способи задоволення власних потреб. Багато інших потребують допомоги від Центру допомоги сім'ям, соціальних служб або через активне управління ситуацією.

Консультативно-міждисциплінарна психіатрична служба (PCLS — Psychiatric Consultation Liaison Service) при Військово-медичному центрі Волтера Ріда розробила систему догляду під назвою «профілактична медична психіатрія» (PMP — Preventive Medical Psychiatry), яка передбачає постійну клінічну консультацію постраждалих військовослужбовців і членів їхніх сімей [29, 30]. Завдяки PMP всі постраждалі військові отримають нагляд без потреби в традиційній консультації з первинним прийомом. Пацієнтам повідомляють, що робітники PCLS регулярно спостерігають за всіма, хто був поранений, і що служба є частиною лікувальної програми. У результаті PMP стикається з невеликим спротивом сім'ї. Основна мета PMP — надати відповідний контекст психологічним реакціям, щоб підтримувати і заохочувати здоровий захист, а також проводити моніторинг розвитку психічних розладів. Виявлені посттравматичні симптоми пояснюються як очікувана реакція на бій і травму, а не розглядаються як обов'язково патологічні. Крім того, PMP є вторинним і третинним засобом профілактики післялікарняного виявлення і лікування тих військових, хто належить до групи ризику або має відповідні симптоми. (Для отримання детальнішої інформації див. Розділ 16 «Психологічне лікування терапевтичних і хірургічних пацієнтів із бойовими пораненнями і травматичними ушкодженнями».)

Крім PMP, соціальні робітники PCLS також надають допомогу родині. Ця допомога має надаватись індивідуально на підставі потреб кожної конкретної сім'ї, яка переживає кризу в будь-який момент часу. Багато проблем було вирішено завдяки залученню ресурсів місцевої цивільної і військової громади. Іноді ефективні заходи потребують більш особистої професійної участі з використанням навичок творчої соціальної роботи, готовності особисто брати участь в цій роботі і працювати за межами конкретної ситуації. Як приклад, працівники PCLS телефонували в організацію під назвою «Операція "Перша відповідь"», щоб знайти переносні дитячі ліжка і сидіння для автомобіля для подружжя, яке спішно поїхало без них. Соціальні працівники знаходили дитячі товари для пар з новонародженими, які не були фінансово підготовлені і мали повністю облаштувати дитячу кімнату. Більшість сімей дезорганізовані, коли вони вперше прибувають до лікарні. Вони можуть прийти в лікарню без своєї банкоматної картки (БК), інших банківських карт або своєї військової чи іншої ідентифікаційної карти. Для деяких проходять місяці, перш ніж вони можуть отримати доступ до своєї зарплати. Медичні центри мають бути готові до цих проблем і вирішувати їх так само, як вони вирішують медичні питання догляду за військовими.

У наступній вставці надається приклад того, які сімейні потреби можуть виникнути в ході госпіталізації.

Приклад 31.4. Енріко, морський піхотинець із Каліфорнії, поранений снайперським пострілом, отримав травму ока і верхньої кінцівки. Унаслідок цього його око і рука були ампутовані. Зрештою, після шести місяців госпіталізації, Енріко був в змозі організувати приїзд до нього з Пуерто-Ріко нареченої Марії. Незабаром вони одружилися, і Марія завагітніла. Після візиту до приймального відділення місцевого госпіталю, прямо в госпіталі, вона раптово народила недоношену дитину на 25-му тижні. Немовля потребувало тривалого перебування в неонатальному відділенні інтенсивної терапії. Марія погано розмовляла англійською, і тому їй було важко пояснити складні медичні потреби своєї сім'ї соціальним службам. Щоб координувати дії між лікуванням Енріко та потребами новонародженого, була потрібна активна військова соціальна допомога. Були замовлені спеціальні ваучери для подружжя, які дали змогу парі пересуватися між військово-медичним центром і цивільною лікарнею, оскільки вони не могли дозволити собі такі витрати. Крім того, соціальний працівник провів узгодження зі службою побутового забезпечення військовослужбовців, щоб переконатися, що в тимчасове помешкання Марії доставили дитяче обладнання, коли їхня дитина нарешті залишила лікарню.

Інші інноваційні рішення були розроблені соціальними працівниками PCLS. Щоб допомогти підтримати членів родини, група дівчат — Дівчата з вільним часом (GTO) — організовувала щотижневі збори у Військово-медичному центрі Волтера Ріда, починаючи з січня 2005 року. Місія GTO полягала в створенні форуму для підтримки дружин, матерів, сестер, подруг і наречених поранених військовослужбовців. Учасниці групи зустрічались, спілкувались і вчились одна в одної. Іноді вони запрошували гостей, які надавали групі корисну інформацію. За минулі кілька років члени GTO збирались разом під час курортного сезону і готували, використовуючи кухні, доступні у відділеннях трудотерапії і в службі побутового забезпечення військовослужбовців (Army Community Service). Це дало змогу жінкам, на кілька годин залишивши госпіталь, приготувати їжу і поділитися своїми улюбленими сезонними стравами.

Нарешті, неможливо переоцінити важливість розуміння і визнання сімейних культурних відмінностей. Дуже важливо розуміти, як різні раси і етноси реагують на травми. Наприклад, спостереження за латиноамериканцями показало більшу схильність до фізичних контактів зі своїми пораненими близькими. Дуже часто члени латиноамериканських сімей торкались поранених пацієнтів і розмовляли з ними, незважаючи на їхню видиму нездатність відповідати. Члени родини долучають поранених до молитви (наприклад, чотки, дев'ятиденна молитва — novenas), наставляють їх, розмовляють з ними під час того, як голять їх, і розповідають їм останні сімейні новини. Для нелатиноамериканських медичних працівників ці культурні методи можуть здаватися непотрібними. На жаль, члени родини можуть почуватись ненавмисно приниженими, стикаючись із несхваленням медичного персоналу. Взаємини між членами сім'ї і медичним персоналом ускладнюються, коли існують мовні бар'єри. Деякі члени латиноамериканської сім'ї можуть вважати, що їхні спостереження не прийняті, бо вони не говорять англійською. Це виглядає так, ніби їхні коментарі сприймаються як невігластво лише тому, що вони не є двомовними. Наступний приклад описує це.

Вставка 31.5. Геральдо був поранений саморобним вибуховим пристроєм в Іраку. Його доставили для подальшого лікування, коли він перебував у комі. Його мати, Соня, залишилася біля його ліжка, продовжувала розмовляти з ним і молитися вголос. Бували випадки, коли вона відчувала, що він слухав її, але не міг відповісти. Медичний персонал продовжував говорити жінці, щоб вона не очікувала занадто багато, люб'язно пояснюючи, що хлопець був без свідомості і не міг почути її. Попри те, що Соня не говорила по-англійськи, вона розуміла, як медичний персонал дивився на неї, і знала, що вони не вірять їй. Але це не зупинило жінку, і вона продовжувала стимулювання Геральдо протягом дня і пізньої ночі. Вона була дуже схвильованою наступного дня після Різдва, коли повідомила, що напередодні свята Геральдо прошепотів: «З Різдвом Христовим». Але їй ніхто не повірив. Клінічний соціальний працівник підтримав Соню в її вірі, незважаючи на скептицизм медиків, і закликав її продовжувати подібні дії. Урешті-решт Геральдо вийшов з коми і сказав своїй матері, що знав, що вона була з ним цілодобово. Він сказав, що відчував її у своєму «сні», впізнавав і радів її парфумам, які вона використовувала протягом усього свого життя. Геральдо також був здатним відтворити розмови, які точились у його кімнаті, поки він був у комі.

Діти в лікарні

Складно розуміти та задовольняти потреби дітей у загальних лікарнях. Більшість дитячих лікарень розробили ефективні способи взаємодії з дітьми, відповідні до їхнього вікового розвитку.

Лікарні, які надають допомогу дорослому населенню, менш ефективні в плануванні присутності дітей. Оскільки діти є важливими членами родин військовослужбовців, увага до їхніх унікальних вікових потреб є ключовим моментом для успішної роботи з сім'ями поранених у бою.

Коли сім'я пораненого в бою пацієнта прибуває в лікарню, здорове подружжя має орієнтуватися в медичному середовищі і військовій системі, водночас перебуваючи в розпорядженні потерпілого. Подружжя поранених часто почуваються перенавантаженими вимогами, з якими стикаються, тому потреби їхніх дітей можуть лишитись незадоволеними.

Прибуваючи до лікарні, діти часто швидко перевантажуються розміром і складністю лікарні. Молоді батьки погано розуміють, як найкраще підготувати дітей до лікарні і відвідування їхніх травмованих батька чи матір.

Члени сім'ї можуть мати труднощі з дитячою активністю, що призводить до розчарування і зайвої різкості. Молодші діти бувають гучними і галасливими. Отримавши негативну оцінку від батьків або співробітників лікарні, вони почувають себе небажаними. Діти також можуть сприйматися як перешкода для догляду. Лікарі і сестринський персонал зазвичай не знають, як займатися маленькими дітьми. Прості рекомендації здатні зробити відвідування набагато приємнішим для дитини. Наприклад, один 4-річний хлопчик неодноразово видавав гучні звуки і жести в лікарні, які тривожили інших пацієнтів і персонал. Його батьки і бабуся були збентежені такою поведінкою і почали гарячий публічний обмін почуттями. Після обговорення ситуації з робітниками Дитячої та підліткової психіатричної служби (CAPS — Child and Adolescent Psychiatry Service) дорослі зрозуміли, що дитина має власні способи вираження турботи і потребує часу, щоб гратися і розслаблятися за межами лікарні.

Присутність дитини в лікарні має бути структурована та обмежена в часі. Медичні центри, які забезпечують догляд за постраждалими військовослужбовцями, мусять мати відповідні ділянки для сімейних заходів, пристосовані «для дітей і родинного відпочинку».

Потрібні конкретні плани, які дадуть змогу дітям долучатися до догляду за травмованим, водночас підготовлять і захистять їх від того, що вони можуть побачити в лікарні. У військових медичних центрах на лікуванні перебуває велика кількість поранених військовослужбовців. З огляду на це діти можуть побачити не тільки страшний медичний стан свого батька, а й опіки, ампутації і серйозні травми інших військових. Рекомендації щодо допомоги сім'ям у медичних установах викладені в Додатку 31.1.

Батьки мають допомогти дітям підготуватися, щоб візит до лікарні відбувався з комфортом. Коли це можливо, корисно зробити так, щоб батьки оселились у лікарні самі, перш ніж прибудуть діти. Якщо діти супроводжують батьків до лікарні при першому відвідуванні, найкраще, щоб вони залишились у готелі або іншому житловому приміщенні, доки той з батьків, хто не травмований, дізнається про умови стаціонару.

Батьки мають допомогти своїм дітям зрозуміти те, що вони можуть побачити або з чим стикнуться. Для того, щоб бути здатними допомогти дітям, батькам необхідно самим спочатку отримати подібний досвід. Якщо батьки можуть описати, як виглядає лікарня, де вона розташована, хто є лікарями, як виглядає лікарняна палата і як звати людей, з якими лежить в палаті потерпілий, це допоможе зорієнтувати дитину в новій обстановці. Коли це можливо, дітям показують фотографії лікарні, палати, травмованого батька/матері, щоб краще підготувати їх до того, що вони побачать, коли прийдуть.

Підготовка до зустрічі з потерпілим батьком/матір'ю — це продовження дискусії, що почалася з повідомлення про травму та триває протягом усієї госпіталізації і періоду одужання. Діти зазвичай хочуть знати, що відбувається і що вони можуть очікувати, коли прийдуть до лікарні. Непоранені батьки найкраще підготовлять їх, якщо нададуть достатньо відповідної інформації, пов'язаної з травмою (наявність бинтів, пов'язки,

ДОДАТОК 31.1

ПІДТРИМКА СІМЕЙ ПОРАНЕНИХ У БОЮ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ

Визнати внесок сімей в лікування і визначити відповідні межі для лікувального впливу

Розробка комфортних для сім'ї і дітей умов лікування

- Привітання дітей та сім'ї
- Сім'ї — не відвідувачі, вони учасники у догляді за пораненим
- Створити відповідні місця для приходу сім'ї: у кімнаті, палаті, за її межами в їдальні або сімейній вітальні
- Створити в лікарні відповідне середовище для дітей
- Забезпечити достатньо приміщень для сімей
- Ввести посаду робітника, який доглядає за життям дітей у лікарні

Захист дітей від зайвих впливів

- Провести з медичними працівниками тренінг з питань розвитку дітей і ризиків впливу побаченого в лікарні на дитину
- Розробити систематичну методологію для підготовки дітей до візитів у лікарню
- Підтримувати батьків у виконанні ними батьківських ролей, заохочувати їх розмовляти зі своїми дітьми про стан здоров'я

Розробка стратегій впливу на сім'ю

- Стежити за наявністю і вирішувати внутрішньосімейні конфлікти
- Не заважати участі у нагляді іншим членам родини
- Визнати роль переживання горя в сімейному пристосуванні до нового стану
- Активно реагувати на очікувані зміни ролей в сім'ї, особливо у постраждалих з ЧМТ і множинними травмами

Моніторинг сімейних ситуацій, які належать до групи ризику

- Черепно-мозкова травма
- Постраждалі з множинними травмами
- Жертви сімейної або внутрішньосімейної ворожнечі/насильства в сім'ї
- Проблеми вживання психоактивних речовин
- Ознаки сімейного або батьківського розмежування

Використання допоміжних ресурсів

- Практична допомога
- Програма важкопоранених військових
- Управління ресурсами ветеранів — Seamless Transition
- Головний військовий ресурс — Military OneSource
- Військові лікувальні установи/TRICARE
- Самопоміч та інші організації підтримки

ампутації чи медичного обладнання), і поєднають обговорення з описом менш тривожних тем (про кафе лікарні, їжу, яку діти можуть з'їсти, перебуваючи в лікарні, або готель і житлові приміщення).

За правильного планування більшість дітей почуватиметься комфортно під час візиту. Особливо важливо ретельно підготувати дітей, якщо відбуваються драматичні зміни в зовнішності батьків, наприклад травми обличчя або серйозні опіки.

Нижче описується, як одна пара успішно відповіла на потреби своєї маленької дитини.

Приклад 31.6. Тедді, 3,5-річний хлопчик, чий батько Білл був направлений в Ірак на 6 місяців, де його поранило вибухом саморобного вибухового пристрою. Батько отримав серйозні травми обличчя та верхніх кінцівок. Це потребувало односторонньої лицьової пов'язки і призвело до нездатності ефективно використовувати руки і долоні. У день першого візиту мати провела з Тедді кілька хвилин, пояснюючи природу травм і те, що в лікарняній палаті він побачить батька з лицьовими пов'язками. Також вона попередила про хриплий і незнайомий голос батька. Хлопчик дуже зрадів можливості побачити свого батька. Коли вони увійшли в кімнату, Тедді став мовчазним і поглинутим зовнішнім виглядом рідної людини. У той час, як мати намагалася заспокоїти, Тедді обережно підійшов до батька і старанно заліз на коліна Білла, коли той запросив його. Інстинктивно Білл почав штовхати Тедді між ніг, граючи, як вони часто робили до розгортання. Знайома дія вплинула на Тедді, який відразу ж розслабився і почав розмовляти з батьком більш природним і зручним способом. Зважаючи на стрес, який переживав хлопчик, його мати обмежила кількість часу, проведеного Тедді в умовах стаціонару, і впевнилася, що він провів багато часу в басейні готелю.

ПІДТРИМКА СІМЕЙ ПОРАНЕНИХ У БОЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ДІТЬМИ

Для більш повного задоволення потреб сімей і дітей травмованих військовослужбовців CAPS і Військово-медичний центр Волтера Ріда (WRAMC) створили систему догляду, до якої лікарі активно заохочують сім'ї поранених у бою. Співробітники служби отримують офіційне повідомлення про майбутнє прибуття сімей поранених.

Лікарі проводять короткий інструктаж сімей в Центрі допомоги сім'ї, під час якого вони отримують загальну інформацію про послуги CAPS і про те, як вони можуть отримати допомогу щодо виявлених проблем. Сім'ям також повідомляють, що працівники служби зв'яжуться з ними найближчим часом. Цей контакт зазвичай відбувається протягом першого тижня після прибуття в WRAMC.

У CAPS є доступними такі послуги, як: попереджувальне батьківське керівництво потерпілих військовослужбовців та їхнього подружжя; допомога в підготовці дітей до візиту в лікарню (включаючи обговорення того, що і як їм розповісти напередодні того, як вони побачать своїх батьків пораненими вперше); підтримка впевненості; полегшення тривоги; надання контактів відповідних ресурсів, коли це потрібно. Співробітники CAPS працюють спільно з PCLS WRAMC біля лікарняних ліжок. Співробітники CAPS також забезпечують терапевтичні заходи для дітей, які перебувають в корпусі Фішера та Малоне, де під час лікування проживають сім'ї, а також в Розширеному навчальному військовому центрі, де поранені військовослужбовці та їхні сім'ї беруть участь в амбулаторній професійній і фізичній реабілітації. На підтримку відновлення сімейного здоров'я послуги пропонуються у виїзному або «доклінічному» форматі. Мета впливу — надати допомогу для возз'єднання сім'ї потерпілого, сприяти опануванню дитиною складного стресового досвіду травми, підтримати процес реабілітації, визнаючи важливість і повноту ролі батьків у житті військовослужбовців. Взаємодіючи з сім'ями від самого їх прибуття та розвиваючи довірливі стосунки, CAPS прагне допомогти родинам запобігти можливим труднощам і підтримувати їхній комфорт, надаючи за необхідності додаткові послуги. Якщо це визнано доцільним, діти і сім'ї, що потребують клінічної оцінки або лікування, направляються до амбулаторної психіатричної клініки для формальної оцінки.

У WRAMC та Військово-медичному центрі Брук психіатри почали застосовувати Анкету батьківського керівництва для поранених в бою (PGA–CI — Parent Guidance Assessment–Combat Injured) як засіб, який допомагає проводити обговорення з травмованим військовослужбовцем і подружжям про потреби їхніх сімей (особливо дітей) унаслідок отримання бойової травми. Копія PGA–CI міститься в додатку 1. Це напівструктуроване клінічне інтерв'ю призначене для оцінювання демографічного складу сім'ї, досвіду розгортання, характеру бойової травми, внутрішньосімейного спілкування про травму і впливу цієї події на членів сім'ї, а також для ініціювання обговорення сімейних сподівань і планів на майбутнє. Часто інтерв'ю PGA–CI надає родині першу можливість поговорити про особисті переживання і описати вплив цієї важливої події. Опитувальник дає час подумати про дітей і ставити питання про те, як найкращим чином задовольнити їхні потреби. Загалом PGA–CI призначений для надання допомоги медичним працівникам у розробленні стратегій допомоги сім'ї та планів з особливим акцентом на позитивне зростання дітей.

РЕАКЦІЯ ДІТЕЙ НА БОЙОВІ ТРАВМИ

Очікується, що всі члени родини проявляють певний рівень стресу через раптове поранення військового члена сім'ї. Спостереження лікарів показали, що, хоча більшість дітей спочатку не демонструють симптоми, пов'язані з наявним психічним розладом, багато з них відчувають неспокій, засмученість або стурбованість звісткою. Батьки не завжди точно розпізнають емоційний

вплив поранення на дітей. Попередні дослідження показали, що одні лише батьківські звіти не є надійними у визначенні дитячих поведінкових та емоційних проблем. Для точної оцінки необхідна допоміжна інформація від інших, включаючи дітей [31]. Діти, які були схильними до психологічної травми, проявляють різні і набагато більш високі рівні клінічних симптомів, ніж їхні батьки, що вказує на важливість безпосередньої оцінки дитини для точного діагнозу [32]. Жодне наукове дослідження ще не провело систематичного і безпосереднього вимірювання реакції дітей на бойове поранення батьків. Цей розділ містить описи дітей, з якими автори працювали упродовж власної практики.

Коли діти вперше бачать поранених батьків, їхнє розуміння травми та її результатів можуть бути обмеженими. Вони проявляють широкий діапазон емоційних реакцій, які здатні ввести в оману як їх самих, так і їхніх опікунів-дорослих. Деякі діти почуваються невпевнено і бояться того, що вони бачать. Вони часто налякані і не можуть показати прихильність до потерпілих батьків. Як наслідок, деякі поранені військові засмучуються або розчаровуються через таку відчужену реакцію. Коли це трапляється, травмований або інший родич може занадто наполегливо вимагати від дітей, особливо маленьких, проявів прихильності до потерпілого.

Коли батьки перебувають на розгортанні, дітям зазвичай говорять, що їхні батьки щасливо повернуться додому. Після травми діти розуміють, що батьки не завжди можуть дотримуватись обіцянок, які вони дають. Деякі діти виказують розгубленість і гнів, нібито вони були ображені. Часто це роздратування спрямовується на вихователя або інших дорослих. Замість гніву діти можуть висловлювати страх і амбівалентність. Вони шукають винуватих у травмі батька або почуваються винуватими, ніби вони відповідальні якимось чином за те, що сталося. Після безпосередньої емоційної реакції діти виказують почуття полегшення та подяки, що батько залишився живим і знаходиться в безпеці. Попри це, емоції можуть коливатися за характером і інтенсивністю.

Розглядаючи реакцію дітей на батьківську травму, необхідно зважати на вікові особливості дітей. Наприклад, ми звикли думати, що немовлята і діти ясельного віку (0–2 років) мають мало пізнавальних можливостей, щоб розуміти травми своїх батьків. Насправді ж вони реагують на зміни в розкладі та звичному характері їхнього життя, на фізичну та емоційну доступність важливих дорослих, а також на будь-які зміни в емоційному тлі (тривога, різкість у спілкуванні, дратівливість) цих осіб.

Маленькі діти (3–6 років) краще розуміють реальний характер травми. Однак це розуміння, найімовірніше, буде нерозвиненим і крихким. Маленькі діти використовують «магічне мислення», незрілий пізнавальний процес, який характеризується егоцентричним мисленням. Це може змусити їх помилково взяти на себе відповідальність за події, які відбуваються. Коли маленькі діти відчувають тривогу, як це відбувається після травми батьків, їхні пізнавальні процеси ще менше спираються на реальність. Наприклад, один 4-річний син потерпілого військовослужбовця розповів дідусеві, що він несе відповідальність за поранення батька, тому що він не нагадав своєму батьку, щоб той був обережним, коли йшов на розгортання. Маленьку дитину необхідно було запевнити, що в травмі батька немає її провини.

Незрілі пізнавальні можливості маленьких дітей можуть призвести до нездатності точно відчувати час. Так, 3-річний хлопчик, батько якого мав множинні поранення і отримав призначення до тривалого постільного режиму після ампутації, поцілував рану батька і сказав: «Тепер тобі краще, тато. Давай грати». Він був збентеженим і засмученим, коли йому неодноразово повторили, що батько ще не може грати з ним. Співробітники працювали з хлопчиком і його батьками, аби знайти більш обмежені способи гри, які дали б змогу батьку і сину насолоджуватися проведеним разом часом. Оскільки багато серйозних травм потребують місяців, якщо не років, лікування та реабілітаційних послуг, терпіння маленьких дітей може швидко розсіюватися. Професійний вплив, який допомагає батькам зрозуміти вікові обмеження дітей і створити нові засоби взаємодії, має неоціненне значення для майбутнього успіху сім'ї.

Лікар має розуміти, як маленькі діти сприймають і усвідомлюють характер травми їхніх батьків. Часто діти, які бачать своїх важкопоранених батьків, стають дезорганізованими і надзвичайно

тривожними. У них виникає питання: «Якщо ця значима і важлива в моєму житті людина може бути поранена таким чином, то що може потенційно статися зі мною?» Наприклад, мати двох маленьких синів серйозно пораненого моряка попросила надати їй можливість поговорити з лікарем WRAMC CAPS про їхню поведінку. Хлопчики стали більш агресивними, імпульсивними й активними, особливо при обговоренні травми батька. Під час відвідування пораненого в його кімнаті хлопчики сиділи тихо і нерухомо, уважно спостерігаючи за ним. Після виходу з кімнати вони ставали агресивними один до одного і сперечались з матір'ю.

Під час дослідження кожну дитину попросили «намалювати людину». Їм не дали ніяких додаткових вказівок і не просили спеціально намалювати батька. Молодша дитина зробила малюнок, представлений на рис. 31.2. Він почав, як і очікувалось, малювати спочатку обличчя, але потім продовжив хаотично креслити зверху та навколо лиця. Коли його запитали, що представлено на зображенні, маленький хлопчик заявив, що це «людина внаслідок вибуху». Після завершення малюнка

Рис. 31.2. Малюнок 3-річного сина важкопораненого військовослужбовця

Зображення надав д-р Стівен Дж. Козза

хлопчик розпочав агресивну гру з іграшковими динозаврами і тваринами з джунглів. Старшому 5-річному брату також запропонували зобразити на папері людину. Його малюнок показаний на рис. 31.3. Хлопчик малював дуже ретельно та методично, що відрізняло його від молодшого брата. Але, на відміну від нього і типового підходу інших дітей, старший брат почав малювати з ніг, які були великими і міцними. Потім він розширив ноги в обидві сторони. Після додавання трьох секцій ніг на кресленні 5-річний хлопчик зробив скобку між двох ніг, щоб тримати їх разом. Пізніше дитина стерла скобу, і в кінцевому варіанті її немає. Це доповнення видало занепокоєння старшого сина про передбачувану нестабільність тіла, що потребує підтримки арматурою. Він завершив малюнок, додавши руки, потужні плечові м'язи і маленьку голову. На зображенні не було торса, і тіло з'єднувалось в плечах.

Дитячі зображення, представлені в цих рисунках, дають деяке уявлення про їхній внутрішній психологічний світ і прагнення опрацювати те, що вони бачили і пережили. Їхнє безпосереднє рішення малювати поранене тіло вказало психологічний виклик, з яким зіткнувся кожен з братів.

Молодший син явно намагався передати відчуття батьківської травми, але зазнав труднощів у тому, щоб зробити це якимось організованим чином. Порівняно з ним його старший брат, який був так само стурбований травмою батька, продемонстрував більшу здатність організувати власні думки і тривоги та створити власне рішення (про що свідчить додана дужка). Це, імовірно, вказує на більші психологічні та когнітивні можливості старшого брата. Продемонстровані рисунки не є прикладом психопатології, але підкреслюють проблеми, що стоять перед маленькими дітьми поранених у бою військовослужбовців.

Старші діти мають більш зрілі вікові можливості відповісти на стрес батьківської травми як когнітивно, так і емоційно. Попри це, дитина шкільного віку може мати такі самі страхи, як і молодші діти. Страх, поєднаний з почуттям провини і бажанням вжити рішучих заходів, може ускладнити реакції дитини шкільного віку, як показують наступні два приклади. Восьмирічний хлопчик, батько якого мав кілька серйозних травм і втратив свідомість унаслідок вибуху саморобного вибухо-

вого пристрою, виказав свою реакцію на святкуванні 4 липня, яке відбулося, коли він відвідував лікарню. Під час свята він злякався феєрверків і вертольотів, які пролітали низько. Він турбувався, що його родина стала мішенню для ракетної атаки з боку «поганих хлопців». Він уявив нову атаку терористів, подібну до атаки 11 вересня, що відбувалась біля лікарні. Дитина могла поговорити зі співробітниками про свої часті тривоги щодо власної безпеки і безпеки своєї сім'ї. Інша дитина, 10-річна дівчинка, зізналася, що сумувала та скучила за своїми двома кішками, яких віддали другові. Вона була впевнена, що ніколи більше не побачить домашніх улюбленців. Робітники CAPS допомогли їй порушити це питання перед батьками, які не знали про вплив цієї втрати.

Не дивно, що діти можуть бути збентежені очікуваннями, пов'язаними з їхньою реакцією на поранення батька. Вони не спроможні зрозуміти, що є доречним, а що ні, і відчувають ніяковість у зверненні стосовно важливих для них питань. Одна травмована жінка-військовослужбовець висловила стурбованість, що її діти неохоче підтримують фізичний контакт із нею. Оскільки вони завжди були ласкаві, вона не могла зрозуміти, чому вони більше не бажають обніматися. Відчуття матері спонукало до обговорення, в якому діти описали свій страх того, що коли вони торкнуться її, вони можуть ненавмисно додати їй постійного болю. Це нове розуміння дало змогу матері заспокоїти дітей і допомогти їм знайти способи висловити свою любов і турботу, не боячись посилити її біль.

Особливості підліткового віку проявляються в тому, наскільки унікальними є проблеми, що виникають у них у зв'язку з батьківським пораненням. У той час, коли підлітки, як зазвичай очікується, мають стати більш незалежними і менше спиратися на сім'ю, вони відчувають збентеження від раптової необхідності знову бути близькими й інтенсивно спілкуватись з батьками і родиною. У зв'язку з пораненням батька, зважаючи на майже дорослі можливості підлітків, їм можуть запропонувати виконувати деякі більш складні завдання, як-от збільшення кола домашніх обов'язків, догляд за дітьми молодшого віку або допомога в догляді за травмованим батьком. Підлітки можуть реагувати неоднозначно і висловлювати побажання бути з друзями, а не проводити час

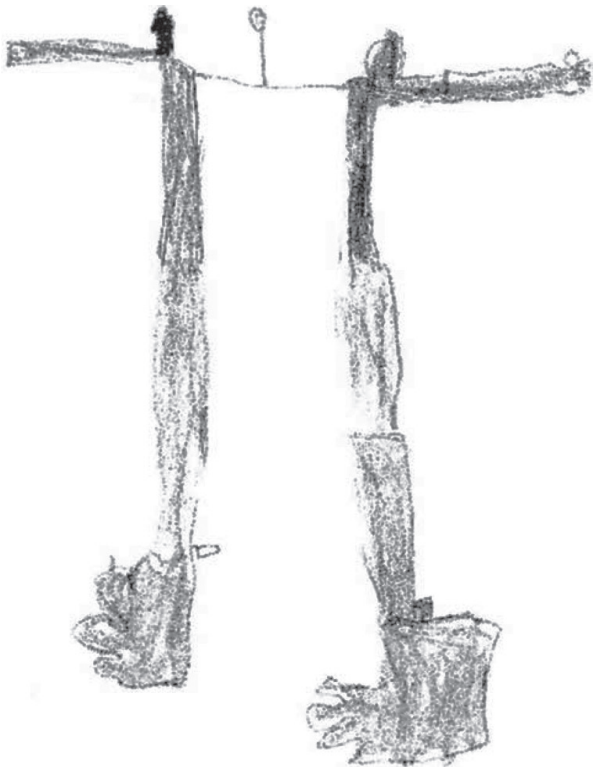


Рис. 31.3. Малюнок 5-річного сина важкопораненого військовослужбовця

Зображення надав д-р Стівен Дж. Козза

зі своїми родинами або травмованими батьками. Під час відвідування лікарні діти старшого віку грають в електронні ігри або проводять час з комп'ютером, відсторонюючись від своїх батьків. Явну відсутність цікавості підлітка не потрібно тлумачити як апатію. Медики мають заохочувати батьків обговорити страхи своїх старших дітей щодо травми та їхньої невизначеності стосовно зміненої родини. Можливо, буде потрібно нагадати батькам про важливість участі в житті своїх підлітків, особливо тому, що ця вікова група має високий ризик участі в небезпечній поведінці. Батьків потрібно заохочувати виражати свої очікування зрозуміло, встановлювати відповідні межі поведінки і послідовно стежити за дисципліною, коли це необхідно.

У відповідь на батьківське поранення діти та підлітки можуть активуватись у здоровий спосіб. Один травмований з ампутованою кінцівкою

з гордістю розповів, що його син ініціював збір крові для місцевої лікарні на знак вдячності за турботу, яку отримав його батько. Зрозуміло, що цей хлопчик був здатний спрямувати сумний досвід батьківської травми в альтруїзм і лідерство, що підтримувало зцілення. Інші діти направляли свою енергію і бажання допомогти в позитивний спосіб у межах стаціонару. Наприклад, двоє дітей шкільного віку прийшли відвідати їхнього одинокого батька, який мав серйозні травми верхньої кінцівки в результаті вибуху. Ці діти піклувалися про нього, приносячи їжу і воду та допомагаючи йому з деякими простими повсякденними діями відповідно до їхнього віку. У результаті діти відчували, що були частиною лікування батька та зробили важливий внесок у його прогрес. Медичний персонал заохочував батька долучати своїх дітей до цих дій, як вони просили, водночас обмежуючи їх там, де це було треба через вікові особливості дітей.

Дітям, у яких існували власні емоційні, поведінкові, медичні проблеми або проблеми розвитку, потрібно приділити увагу, аналізуючи їхню ситуацію. Лікарі можуть очікувати, що стреси, пов'язані з батьківською травмою, призведуть до більших проблем або погіршення базового стану цих, потенційно вразливіших дітей. Вони мають обирати нижчий поріг для надання відповідної допомоги. Часом сім'ї, які мають дітей з проблемами, можуть переїхати з дому, щоб жити в безпосередній близькості від військового госпіталю, де лікується потерпілий. Ці батьки мають забезпечити продовження лікування дітей у нових лікарів у цій медичній установі. Зважаючи на заклопотаність сім'ї вирішенням медичних потреб травмованих батьків, потреби дітей у лікуванні або освіті можуть залишитись незадоволеними чи затримуватися. Зрештою, з часом діти мають усвідомити реальність батьківської хвороби і пристосуватися до змін, які вони переживають. Додаток 31.2 підкреслює цілі відновлення для дітей поранених у бою військовослужбовців.

ДОДАТОК 31.2

ЦІЛІ ДЛЯ ДІТЕЙ ПОРАНЕНИХ БАТЬКІВ-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Створити розуміння, відповідно до віку, того, що сталося з батьком.

Створити розуміння, відповідно до віку, травми і необхідної медичної допомоги, яка може призвести до:

- розділення сім'ї,
- тривалої госпіталізації,
- багатьох процедур,
- зміни структури сім'ї або сімейного розпорядку.

Прийняти, що вони не створили ті проблеми, які тепер спостерігають у своїх сім'ях.

Навчитись боротися з сумом, горем і тривогою, пов'язаними з батьківським пораненням.

Прийняти, що той з батьків, хто пішов на війну, може відрізнятись від людини, яка повернулась, утім це все одно їхні батьки.

Пристосуватись до «нової сімейної» ситуації:

- зберігати надію,
- розважатись,
- ставитись до життя позитивно
- мати цілі на майбутнє.

ВПЛИВ ТРАВМИ НА БАТЬКІВ

Зважаючи на прямий вплив поранення на дітей, важливо не забувати про психологічний вплив травм на військовослужбовців і їхні сімейні ролі. Залежно від характеру травми військовослужбовці можуть мати фізичні, психологічні або когнітивні зміни, які впливають на їхню спроможність функціонувати практично у всіх сферах життя, у тому числі у вихованні. Травми можуть змінювати здатність військових почуватися комфортно в інтимних стосунках, створити дистанцію з тими, з ким вони перебувають у шлюбі чи емоційно близькі, і підірвати їхнє почуття сексуального потенціалу. Оскільки переважна більшість постраждалих військовослужбовців — молоді чоловіки, важливо визнати, наскільки негативно травма вплине на почуття чоловічої впевненості і як це вплине на їхніх дружин і дітей.

Травмовані, найімовірніше, були фізично активними людьми, які залучали ці якості у свою виховну діяльність до травми. Фізична активність

(туризм, альпінізм, кемпінг), практичні заняття (жартівлива боротьба) і спортивні заходи (кидання м'яча, лижі і гольф) були імовірними способами взаємодії молодих військових батьків з дітьми. Залежно від характеру рани, ці моделі взаємодії можуть стати неможливими або зазнати значних змін відносно попередньої форми. У таких випадках травмовані військові мають змінити свої колишні ідеалізовані уявлення про себе як батьків, сумуючи через тілесні зміни або функціональну втрату. Лікарі мають заохочувати дітей і батьків вивчити нові види взаємно розробленої діяльності та ігри, які дадуть змогу батькам і дітям спробувати нові способи підтримування стосунків. Здатність батьківсько-дитячої діади відновити приємні режими взаємодії має вирішальне значення для майбутнього здоров'я і щастя. Відверте батьківське спілкування здатне дати змогу пораненим військовослужбовцям-батькам по-новому сформулювати свою ситуацію, розвивати нові навички і домогтися більшого впливу у вихованні дітей. В умовах стаціонару професіональна терапія та фізіотерапевтичні послуги долучають дітей до терапевтичних заходів із батьками новими і творчими способами.

Принципи догляду за сім'ями поранених у бою

Визнаючи, що батьківська бойова травма є подією, яка змінює життя військовослужбовців, членів їхніх сімей і дітей, Центр з вивчення травматичного стресу в Університеті військово-медичних наук (Center for the Study of Traumatic Stress at the Uniformed Services University of the Health Sciences) скликав робочу групу з питань впливу на сім'ї поранених у бою. Ця робоча група складалася з військових і цивільних лікарів-експертів і вчених всієї країни, орієнтованих на унікальні потреби цієї спеціальної категорії. Результатом засідання робочої групи стала публікація Центром документа під назвою «Принципи догляду за сім'ями поранених у бою та їхніми дітьми» (Додаток 2). Ці 10 принципів можуть бути використані фахівцями стаціонарів і громадських цивільних медичних установ, щоб підтримувати оздоровлення та відновлення цієї унікальної категорії людей. Принципи догляду узагальнені в додатку 31.3.

ДОДАТОК 31.3

ПРИНЦИПИ ДОГЛЯДУ ЗА СІМ'ЯМИ ТА ДІТЬМИ ПОРАНЕНИХ У БОЮ

- Принципи першої психологічної допомоги здебільшого стосуються підтримки сімей поранених у бою військовослужбовців.
- Медична допомога для пораненого в бою має бути сфокусована на сім'ї.
- Лікарі мають передбачити різноманітні реакції на бойову травму.
- Спілкування про травму є важливим компонентом догляду за сім'ями травмованого військовослужбовця.
- Програми з надання допомоги сім'ям поранених у бою військовослужбовців мають зважати на вікові особливості та відповідати їм.
- Догляд за сім'ями постраждалих військовослужбовців потребує тривалого часу, виходячи за межі негайної госпіталізації.
- Ефективний догляд за сім'єю потребує взаємопов'язаної допомоги громади.
- Турбота має бути компетентною в культурних питаннях.
- Співтовариства з догляду мають звертати увагу на будь-які бар'єри для допомоги.
- Сім'ї, громади і постачальники послуг мають бути обізнаними.

Довгострокова реабілітація і перехідні періоди

Хоча більша частина цього розділу присвячена досвіду і потребам сімей і дітей поранених в бою одразу після травми, їхні довгострокові потреби можуть сильно відрізнятися і потребують планування. Деякі дані дають змогу припустити, що в потерпілих може розвиватися уразливість, коли вони повертаються назад до своїх будинків і громад [1]. Коли сім'ї залишають лікарню, вони більше не мають, як раніше, доступу до її ресурсів. Вони можуть втратити зв'язок із сім'ями інших поранених військовослужбовців, з якими вони, можливо, потоваришували чи здружилися. Сім'ї можуть страждати, зіткнувшись з реаліями буденного життя вдома, коли виникає необхідність виконувати обов'язки і процедури, що більше не здається можливим. Часто травмовані військові вимагають постійної медичної або реабілітаційної допомоги. Доступ до необхідних послуг може

бути проблематичним або потребує планування в лікарняних установах, які знаходяться далеко від дому, що збільшує стрес в житті сім'ї.

З поверненням потерпілого військовослужбовця діти очікують на відновлення життя, яке вони пам'ятають. Вони можуть розчаровуватись у змінах, які спостерігають у родині. Старші діти та підлітки отримують додаткові побутові обов'язки, які більше не можуть виконувати потерпілі батьки. Коли діти перебувають у ролі того, хто доглядає за травмованим військовослужбовцем, емоційні проблеми стають навіть більшими. Підлітків можуть попросити допомогти піклуватись про пораненого, про себе або виконувати інші види діяльності у повсякденному житті, що вимагає тісного контакту з батьками. Цей контакт може бентежити, емоційно засмучувати та привести до образ і розчарування. Такі заходи мають бути зведені до мінімуму.

Зрештою, довгострокові наслідки важкого бойового поранення можуть стати причиною відставки з військової служби за медичними показаннями, втрати омріяної військової кар'єри і переїзду з дому у військовій громаді до іншого місця або повернення до батьківської родини. Хоча такі переходи здатні розширити доступ до наявних ресурсів, особливо, коли велика сім'я надає підтримку, ці зміни, найімовірніше, будуть стресом для дорослих і дітей. Переїзд від знайомих громад, найімовірніше, означатиме зміну школи, втрату друзів і приємної позакласної діяльності. Також при зміні місця проживання можливе переселення в громади, що мають слабке уявлення про військове життя або погано ставляться до військової культури і унікальних проблем, з якими зіткнулася сім'я. (Див. додаток 31.4 про додаткові наявні ресурси для допомоги сім'ям поранених у бою військовослужбовців).

ДОДАТОК 31.4

РЕСУРСИ

1. *Resources for Recovery — The Combat Injured Family: Guidelines for Care*. Bethesda, Md: Center for the Study of Traumatic Stress, Uniformed Services University of the Health Sciences. Available at: http://www.centerforthestudyoftraumaticstress. org. Accessed October 14, 2009.
2. Sesame Workshop Talk, Listen, Connect: Deployments, Homecomings, Changes–DVD and print materials. Available through Military OneSource at: http://www.militaryonesource.com, and by online streamed video at: http://www.sesameworkshop.org/tlc. Accessed October 14, 2009.
3. Lee M, Ingram L. *That's My Hope: Featuring a Gallery of Multigenerational Artwork*. Early Light Press, LLC. 2008. Available at: http://www.earlylightpress.com. Accessed September 2, 2009.
4. McCue K, Bonn R. *How to Help Children Through a Parent's Serious Illness*. New York, NY: St. Martin's Press; 1994.
5. Rauch PK, Muriel AC. *Raising an Emotionally Healthy Child When a Parent is Sick*. New York, NY: McGraw-Hill; 2006.
6. Beardslee WR. *Out of the Darkened Room: When a Parent is Depressed*. New York, NY: Little, Brown and Company; 2002.
7. Woodruff L, Woodruff B. In an Instant: A Family's Journey of Love and Healing. New York, NY: Random House; 2007.

ВИСНОВКИ

Бойова травма здатна глибоко вплинути на життя військовослужбовців, членів їхніх сімей і дітей. Після повідомлення про травму відбувається низка подій, які можуть призвести до стресу та міжособистісних потрясінь для дітей і дорослих у сім'ях поранених у бою. Нерівномірність у батьківському функціонуванні та структурі сім'ї є загальною. Серйозне поранення, імовірно, глибоко впливає на дітей, особливо коли це спричиняє довгострокові або постійні зміни в батьках, призводить до погіршення їхнього функціонування. Одразу після травми нетравмовані батьки орієнтовані на медичний добробут пораненого подружжя і можуть відчувати труднощі з розпізнаванням і задоволенням потреб своїх дітей. Дитячі вікові та емоційні можливості визначають їхню здатність зрозуміти та інтегрувати досвід батьківського поранення.

Батькам і лікарям при інформуванні дітей необхідно зважати на їхні вікові особливості. Це дасть змогу дорослим керувати їхнім стресом, підготувати їх до відвідин лікарні, а дітям допоможе прийняти поранення, розпочати спілкування з пораненим і ефективно повідомити про свої

потреби. Слід розуміти, що реакції сім'ї та дитини на бойове поранення є довгим процесом, що починається з повідомлення про поранення, продовжується протягом довгострокової реабілітації та потенційного переходу до нового життя і нових громад.

ЛІТЕРАТУРА

1. Operation Iraqi Freedom: US Wounded Totals; Operation Enduring Freedom: US Wounded Totals. iCasualities Web site. Available at: www.icasualties.org. Accessed February 8, 2011.
2. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1777–1783.
3. US Department of Defense. *1st Quadrennial Quality of Life Review.* Washington, DC; 2004.
4. Cozza SJ, Chun RS, Polo JA. Military families and children during Operation Iraqi Freedom. *Psychiatr Q*. 2005;76:371–378.
5. Cohen JA, Mannarino AP, Gibson LE, Cozza SJ, Brymer MJ, Murray L. Interventions for children and adolescents. In: Ritchie EC, Friedman MJ, Watson PT, eds. *Mental Health Interventions Following Mass Violence and Disasters*. New York, NY: Guilford; 2006: 227–256.
6. Compas BE, Worsham NL, Epping-Jordan JE, et al. When mom or dad has cancer: markers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychol*. 1994;13:507–515.
7. Compas BE, Worsham NL, Ey S, Howell DC. When mom or dad has cancer: ii. Coping, cognitive appraisals and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychol*. 1996;15:167–175.
8. Huizinga GA, Visser A, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer. *Ann Oncol*. 2005;16:1956–1961.
9. Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, et al. Emotional and behavioral functioning of children of a parent diagnosed with cancer: a cross-informant perspective. *Psychooncology.* 2005;14:746–758.
10. De Judicibus MA, McCabe MP. The impact of parental multiple sclerosis on the adjustment of children and adolescents. *Adolescence.* 2004;39:551–569.
11. Anthony EJ. The mutative impact of serious mental and physical illness of a parent on family life. In: Anthony EJ, Koupernik C, eds. *The Child in His Family*. New York, NY: Wiley-Interscience; 1970: 131–163.
12. Armistead L, Klein K, Forehand R. Parental physical illness and child functioning. *Clin Psychol Rev*. 1995;15:409–422.
13. Finney JW, Miller KM. Children of parents with medical illness. In: Silverman WK, Ollendick TH, eds. *Developmental Issues in the Clinical Treatment of Children.* Needham Heights, Mass: Allyn and Bacon; 1998: 433–442.
14. Korneluk YG, Lee CM. Children's adjustment to parental physical illness. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1998;1:179–193.
15. Power PW. The chronically ill husband and father: his role in the family. *Fam Coordinator*. 1979;28:616–621.
16. Peters LC, Esses LM. Family environment as perceived by children with a chronically ill parent. *J Chronic Diseases*. 1985;38:301–308.
17. LeClere FB, Kowalewski BM. Disability in the family: the effects on children's well-being. *J Marriage Fam*. 1994;56:457–468.

18. Kelley SD, Sikka A. A review of research on parental disability: implications for research and counseling practice. *Rehabil Couns Bull*. 1997;41:105–121.

19. Kotchick BA, Summers P, Forehand R, Steele RG. The role of parental and extrafamilial social support in the psychosocial adjustment of children with a chronically ill father. *Behav Modif*. 1997;21:409–432.

20. Urbach JR. The impact of parental head trauma on families with children. *Psychiatr Med*. 1989;7:17–36.

21. Urbach JR, Culbert JP. Head-injured parents and their children: psychosocial consequences of a traumatic syndrome. *Psychosomatics*. 1991;32:24–33.

22. Pessar LF, Coad ML, Linn RT, Willer BS. The effects of parental traumatic brain injury on the behaviour of parents and children. *Brain Inj*. 1993;7:231–240.

23. Uysal S, Hibbard MR, Robillard D, Pappadopulos E, Jaffe M. The effect of parental traumatic brain injury on parenting and child behavior. *J Head Trauma Rehabil*. 1998;13:57–71.

24. Butera-Prinzi F, Perlesz A. Through children's eyes: children's experience of living with a parent with an acquired brain injury. *Brain Inj*. 2004;18:83–101.

25. Verhaeghe S, Defloor T, Grypdonck M. Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *J Clin Nursing*. 2005;14:1004–1012.

26. Zatzick DF, Rivara FP, Nathens AB, et al. A nationwide US study of post-traumatic stress after hospitalization for physical injury. *Psychol Med*. 2007;37:1469–1480. 520 *Combat and Operational Behavioral Health*

27. Koren D, Norman D, Cohen A, Berman J, Klein EM. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry*. 2005;162:276–282.

28. Warden D. Military TBI during the Iraq and Afghanistan wars. *J Head Trauma Rehabil*. 2006;21:398–401.

29. Wain HJ, Cozza SJ, Grammer GG, et al. Treating the traumatized amputee. In: Schnurr P, Cozza S, eds. *Iraq War Clinician Guide*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs; 2004: 50–57.

30. Wain H, Bradley J, Nam T, Waldrep D, Cozza S. Psychiatric interventions with returning soldiers at Walter Reed. *Psychiatr Q*. 2005;76:351–360.

31. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull*. 1987;101:213–232.

32. Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, Yule W, Dalgleish T. Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *J Abnorm Child Psychol*. 2007;35:191–201.

ДОДАТОК 1

Центр дослідження травматичного стресу
Університет військово-медичних наук
Бетесда, Меріленд 20814
www.usuhs.mil/csts/

АНКЕТА БАТЬКІВСЬКОГО КЕРІВНИЦТВА ДЛЯ ПОРАНЕНИХ У БОЮ (PGA–CI)

PGA–CI — напівструктуроване клінічне інтерв'ю для збору попередньої інформації про сім'ю, дитину та батьків, яке пропонується дружині (чоловіку) щойно госпіталізованого тяжкопораненого військовослужбовця для планування адекватного впливу на дитину та сім'ю. Глибокі наслідки травми для сім'ї пораненого військовослужбовця потребують збільшення підтримки й управління лікуванням, які підкріплюють ефективне функціонування родини і здоров'я дитини.

PGA–CI — це клінічне інтерв'ю, яке може застосовувати лише досвідчений професіональний психіатр, знайомий з унікальними питаннями і проблемами поранених у бою солдатів та їхніх сімей. PGA–CI становить вибірковий, але достатньо широкий висновок, який описує питання, пов'язані з травмою від повідомлення про поранення до реабілітації, одужання, впливу на пораненого військовослужбовця, його/її дітей, дружину/чоловіка та інших членів родини. Мета PGA–CI — допомагати психіатрам формулювати стратегії та плани допомоги сім'ї.

PGA–CI — це не опитувальник для самозвіту, тому він не має заповнюватись самостійно дружиною/чоловіком пораненого в бою солдата. До того ж він не дає детального опису того, як використовувати отриману інформацію.

PGA–CI організований тематично та містить як формат відкритих питань, так і шкали вимірювання. Цей інструмент не дає балів, які можна інтерпретувати. PGA–CI не описує тематику вичерпно. Той, хто використовує опитувальник, може потребувати додаткової інформації для вчинення відповідного впливу на батьків, дітей та сім'ю.

PGA–CI не призначений, але може використовуватись для інших сімей з травмованими батьками, наприклад з тими, хто потрапив в центр після великої транспортної аварії.

PGA–CI визначає:

а) Персональні дані сім'ї
б) Сімейний досвід розгортання
в) Характер бойової травми військовослужбовця
г) Спілкування про травму: повідомлення про травму та спілкування між батьками і дітьми
ґ) Вплив події на батьків: поведінкові й емоційні реакції та переживання батьків
д) Вплив події на дитину (дітей): поведінкові й емоційні реакції та переживання дітей
е) Розуміння та підготовка до майбутніх потреб сім'ї

ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ СІМ'Ї

Я б хотів розпочати з того, щоб узнати деяку базову інформацію про вас та вашу сім'ю

Ім'я пацієнта_____ Вік _____ Стать _____

Ім'я дружини (чоловіка) _____ Вік _____ Стать _____

Років шлюбу_____Кількість дітей_____

Ім'я дитини _____ Вік_____Стать _____

Ім'я дитини _____ Вік_____Стать _____

Ім'я дитини _____ Вік_____Стать _____

Ім'я дитини _____ Вік_____Стать _____

Військова частина	**Армія**	**Морська піхота**	**Флот**	**Військово-повітряні сили**	**Берегова охорона**
Дійсна служба	☐	☐	☐	☐	☐
Резерв	☐	☐	☐	☐	☐
Національна гвардія	☐			☐	

Де ви живете? Штат:_____Місто:_____

Ситуація проживання / члени — де? _____

_____

Чи ви маєте доступ до служб військової громади? ☐ Так ☐ Ні

Чи живе хтось із членів вашої родини поблизу? ☐ Так ☐ Ні

Примітки

СІМЕЙНИЙ ДОСВІД РОЗГОРТАННЯ

Я збираюсь поставити вам кілька питань стосовно участі у розгортанні вашого чоловіка (дружини)

Дати / запланована тривалість розгортання_____

Скільки разів ваш чоловік (дружина) брав участь у розгортанні до цього разу? __

Поточне розгортання: Місце ____Дата (мм/дд/рр): __ / ___ /___ /Відділення _____

ВОС/Функція _____

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 2

Як би ви описали вплив участі в розгортанні вашого чоловіка (дружини) на сім'ю перед травмою?

	Мінімальна напруга		Середня напруга		Значна напруга
На дітей	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
На вас особисто	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
На вашого чоловіка (дружину)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Можете надати мені якісь приклади?

Наскільки глибоко ви обговорювали можливість бойової травми зі своїм чоловіком (дружиною) перед розгортанням?

Не обговорювали		Трохи обговорювали		Багато обговорювали
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Наскільки глибоко ви обговорювали можливість бойової травми батька (матері) зі своїми дітьми перед розгортанням?

		Не обговорювали		Трохи обговорювали		Багато обговорювали
Ім'я дитини	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Яку відмінність у рівні деталізації питання ви робили з різними дітьми?

ХАРАКТЕР ТРАВМИ

Зараз я збираюсь поставити вам кілька питань про травму вашого чоловіка (дружини)

Дата травми (мм/дд/рр): ____ /_____ /_____

Характер травми: ☐ ТУГМ ☐ Ампутація ☐ Сліпота

☐ Множинна травма ☐ Опіки ☐ Інше (опишіть нижче)

Опишіть

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 3

Як би ви оцінили важкість травми вашого чоловіка (дружини)?

Мінімальне поранення, лікування не потребує багато часу		Середнє поранення, лікування потребує деякого часу		Важке поранення, лікування потребує багато часу
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Наскільки важко було вашому чоловіку (дружині) розмовляти з вами та вашими дітьми про травму?

Дуже легко		Дещо складно		Дуже складно
1	**2**	**3**	**4**	**5**

СПІЛКУВАННЯ ПРО ТРАВМУ

Процес повідомлення

Далі дається кілька питань про те, як вам повідомили про травму

Скільки часу пройшло після травми до того, як вам повідомили про неї? _____ годин _____ днів

Хто повідомив вам про травму? _____

Як вам повідомили про травму? ☐ Телефон ☐ Особисто ☐ Інше _____

Чи ви отримали інформацію по неформальних каналах до того, як отримали її по офіційних? ☐ Так ☐ Ні

Чи формальне повідомлення було точним? ☐ Так ☐ Ні

Наступні питання стосуються дітей

Що ви або інші розповіли дитині (дітям) про травму? (буквально якими словами)

Ім'я дитини _____ _____

Ім'я дитини _____ _____

Ім'я дитини _____ _____

Ім'я дитини _____ _____

Чи ви отримали яке-небудь керівництво стосовно того, як донести цю новину до дитини (дітей)?

☐ Ні ☐ Так

Від кого? _____

Наскільки корисним це було?

Зовсім не корисно		Дещо корисно		Дуже корисно
1	**2**	**3**	**4**	**5**

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 4

Наскільки комфортно вам було розмовляти з вашими дітьми про травму?

	Дуже комфортно		**Дещо некомфортно**		**Дуже некомфортно**
Ім'я дитини	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Наскільки корисним може бути, якщо у вас будуть ресурси або професіонали, які можуть допомогти вам розмовляти з дитиною (дітьми)?

Зовсім некорисно		**Дещо корисно**		**Дуже корисно**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Коментарі

СТРЕСИ СІМ'Ї ТА ДІТЕЙ

Зазвичай після травми відбувається багато подій. Можна запитати вас про це? Що відбувалось з вашою сім'єю одразу після повідомлення?

Лікарю, будь ласка, оцініть рівень організованості, з якою дружина (чоловік) описала ланцюг подій, що відбулися після повідомлення

Дуже організовано		**Частково організовано**		**Дуже неорганізовано**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Які три найбільш важливі рішення вам довелося прийняти одразу після повідомлення?

1 _____

2._____

3._____

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 5

Чи прийшов хто-небудь, щоб побути з вами або підтримати вас та вашу сім'ю після повідомлення про поранення?

	Мало або не було підтримки		**Невелика підтримка**		**Значна підтримка**
Сім'я	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Друзі	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Сусіди	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Духівництво	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Військові	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Якими були 3 найважчі перешкоди чи стреси, пов'язані з цим раннім ланцюгом подій?

1 _____

2 _____

3 _____

Які три дії інших ви вважаєте найбільш корисним для вас та вашої сім'ї в цей період?

1 _____

2 _____

3 _____

Як часто ви були розлучені з дитиною (дітьми) унаслідок поїздок до лікарні через це поранення і як довго кожного разу?

		Дні	Години			Дні	Години
Дата	__/__/__			Дата	__/__/__		
Дата	__/__/__			Дата	__/__/__		
Дата	__/__/__			Дата	__/__/__		
Дата	__/__/__			Дата	__/__/__		
Дата	__/__/__			Дата	__/__/__		

До якої міри травма вашого чоловіка (дружини) порушила життя вашої сім'ї/дітей на теперішній момент?

	Мінімальні порушення		**Середні порушення**		**Значні порушення**
Сімейний розпорядок	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ігрова активність дітей	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Позашкільна активність дітей	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Можете навести декілька прикладів?

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 6

ВПЛИВ НА БАТЬКІВ

Як це поранення вплинуло на час, який ви проводите зі своєю дитиною?

Мінімальний вплив		Середній вплив		Значний вплив
1	2	3	4	5

Ви можете навести мені кілька прикладів?

Наскільки це поранення вплинуло на те, як ви дисциплінуєте своїх дітей?

Значно м'якше		Майже так само		Значно суворіше
1	2	3	4	5

Ви можете навести мені кілька прикладів?

Я би хотів знати, як це поранення вплинуло на вас особисто?

Що було найбільш складним в цьому пораненні для вас?

Які зміни вам довелось внести в свій графік/життя (тобто роботу та ін.)?

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 7

Що було найбільш корисним для вас для подолання цієї травми?

Бойове поранення є подією, яка змінює життя, впливає на всю родину, тому часом буває корисно поговорити з лікарями про те, як ваша сім'я справляється з пораненням. Чи могло б це вам допомогти?

☐ Так ☐ Ні

ВПЛИВ НА ДИТИНУ (ДІТЕЙ)

Тепер я би хотів поговорити про те, яким був цей досвід для вашої дитини (дітей).

Чи з'явилась у вашої дитини якась проблема з пристосуванням з того часу, як вона отримала повідомлення про поранення вашого чоловіка (дружини)?

(позначте все, що підходить)		**Шкільні проблеми**	**Соціальні проблеми**	**Поведінкові проблеми**	**Проблеми зі сном**	**Проблеми з їжею**
Ім'я дитини	_____	☐	☐	☐	☐	☐
Ім'я дитини	_____	☐	☐	☐	☐	☐
Ім'я дитини	_____	☐	☐	☐	☐	☐
Ім'я дитини	_____	☐	☐	☐	☐	☐

Наскільки емоційно складним був цей досвід для вашої дитини?

		Зовсім не складно		**Дещо складно**		**Дуже складно**
Ім'я дитини	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	_____	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Чи спостерігала ваша дитина якийсь сімейний конфлікт, пов'язаний з пораненням вашого чоловіка (дружини)?

☐ Так ☐ Ні

Якщо це так, то між ким _____

Як би ви оцінили рівень конфлікту?

Слабкий або не було конфлікту		**Середній конфлікт**		**Значний конфлікт**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Чи корисно, якщо б лікар надав допомогу стосовно спілкування з вашою дитиною (дітьми) та/або щоб ваша дитина прямо поговорила з лікарем?

ВПЛИВ НА ЛІКАРНЯНИЙ ДОСВІД ДИТИНИ

Я би хотів запитати про те, як ваша дитина (діти) відвідувала лікарню.

Скільки підготовки ваша дитина отримала перед своїм першим візитом до лікарні?

	Не відвідувала	Мінімальна підготовка		Середня підготовка		Значна підготовка
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Наскільки стресовим було для вашої дитини відвідування вашого чоловіка (дружини) в лікарні?

	Не відвідувала	Мінімальний стрес		Середній стрес		Сильний стрес
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Які коментарі ваша дитина зробила з приводу поранення?

Ім'я дитини _____ _____

Ім'я дитини _____ _____

Ім'я дитини _____ _____

Ім'я дитини _____ _____

Що ви можете сказати про зустріч вашої дитини з іншими пораненими солдатами?

	Не бачила інших	Мінімальний стрес		Середній стрес		Сильний стрес
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Ім'я дитини	НД	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 9

Чи брала участь ваша дитина в лікуванні свого пораненого батька (матері)?

Ім'я дитини _____ ☐ Так ☐ Ні

Ім'я дитини _____ ☐ Так ☐ Ні

Ім'я дитини _____ ☐ Так ☐ Ні

Ім'я дитини _____ ☐ Так ☐ Ні

МАЙБУТНІ ПЛАНИ ТА ПИТАННЯ

Тепер я би хотів повернутись до того, як ви бачите майбутнє.

Чи розглядали ви зі своїм чоловіком (дружиною) довгострокові плани після одужання?
☐ Ні ☐ Так

Чи він/вона залишить військову службу? ☐ Ні ☐ Так ☐ Невідомо

Чи ви залишите свою домівку? ☐ Ні ☐ Так ☐ Невідомо

Якщо так, то куди переїдете? _____

Чи очікуєте ви якихось змін у ролі вашого чоловіка (вашої дружини) як батька (матері) або партнера?
☐ Ні ☐ Так ☐ Невідомо

Якщо так, то які зміни ви передбачаєте?

Наскільки важливими, на вашу думку, будуть ці зміни?

Мінімальні		Середні		Важливі
1	2	3	4	5

Коментарі

Який вплив, на вашу думку, це поранення матиме в довгостроковій перспективі?

	Мінімальний вплив		Середній вплив		Значний вплив
На вас особисто	1	2	3	4	5
На вашого чоловіка (дружину)	1	2	3	4	5
На ваших дітей	1	2	3	4	5
На ваше сімейне життя	1	2	3	4	5

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 10

СЛАБКІ ТА СИЛЬНІ СТОРОНИ СІМ'Ї

Наприкінці я хочу запитати, чи ви маєте ще якусь інформацію про цей досвід, якою хотіли б поділитись.

Що було найскладнішою частиною цього досвіду?

Що було найбільш корисним досвідом?

В чому ви хотіли би отримати більше допомоги?

Зважаючи на всі вибори, які вам довелося зробити в цій ситуації, що було вашим найкращим вибором?

Чи знайшли ви новий спосіб долати перешкоди в результаті цього досвіду (тобто як ви зросли)?

Як ви оцінили би потребу вашої сім'ї отримувати певне керівництво та допомогу?

	Мало або немає потреби		**Середня потреба**		**Значна потреба**
Керівництво вихованням	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Стрес та подолання	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Планування змін	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Сімейне спілкування	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Дитяча консультація	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 11

МЕДИЧНЕ ФОРМУЛЮВАННЯ І ВИСНОВКИ

Лікар: перелічіть усі виявлені проблеми, сильні та слабкі сторони і потреби в потенціальній допомозі.

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА_____PGA-CI 12

ДОДАТОК 2

ПРИНЦИПИ ДОГЛЯДУ ЗА СІМ'ЯМИ ПОРАНЕНИХ У БОЮ ТА ЇХНІМИ ДІТЬМИ

Бойове поранення — це подія, яка змінює життя і впливає як на військовослужбовця, його або її дітей, так і на інших членів родини і близьких людей. Діти військових — це діти нашого народу, вони входять до уразливої частини сім'ї пораненого.

Батьківське поранення порушує сімейну систему — її життєвий розпорядок, згуртованість і почуття безпеки. Що важливо, батьківське поранення може змінити сприйняття дитиною пораненого батька та зруйнувати бачення дитини власної цілісності. Бойове поранення також впливає на наявні форми батьківства, оскільки обидва батьки, поранений та ні, проявляють власні емоційні реакції та стикаються зі складною реальністю лікування і тривалою реабілітацією. Часто дорослі не знають, як розмовляти з дітьми про поранення або скільки та яку інформацію дати їм.

Унаслідок батьківського поранення багато членів сім'ї демонструють початковий стрес, який, імовірно, буде тимчасовим. Більшість дітей залишаться здоровими у результаті такого стресу, але деякі діти можуть зазнати зміну розвитку емоцій та міжособистісних стосунків, які вплинуть на все їхнє життя. Одночасне дослідження та використання наступних принципів турботи про сім'ї поранених у бою підсилить підходи, засновані на фактичних даних, які підтримують їхнє здорове зростання та одужання. Ці принципи можуть використовуватись лікарнями та громадськими професіоналами у військових або цивільних установах.

ПРИНЦИПИ ТУРБОТИ

- **Принципи першої психологічної допомоги (ППД) найважливіші для підтримки сімей поранених.** Турбота про поранених військовослужбовців та сім'ї має містити ключові елементи ППД: гарантування безпеки, комфорт, інформацію, практичну допомогу і зв'язок з відповідними ресурсами громади — усе це допомагає відновленню здоров'я сім'ї.
- **Медична турбота про поранених у бою має бути зорієнтована на сім'ю.** Турбота про поранених у бою військовослужбовців має задовольняти потреби сім'ї та особливо послабляти сімейні стреси, підтримувати батьківське функціонування і підсилювати ефективність спілкування пораненого батька і дитини.
- **Лікарі мають передбачати різноманітні реакції на бойове поранення.** Серйозне поранення стане викликом для наших найбільш здорових сімей. Більшість військовослужбовців, їхні діти та сім'ї пристосуються до поранення, яке вони отримали. Але інші можуть страждати через зміни, з якими вони стикаються. У декого можуть навіть розвинутись проблеми, які будуть потребувати лікування. Лікарі повинні очікувати цей широкий діапазон реакцій та бути готовими відповісти на потреби сім'ї, як тільки ідентифікують їх.
- **Спілкування про травму — суттєвий елемент турботи про родину пораненого.** Ефективне спілкування про травму передбачає вчасне, відповідне й акуратне надання інформації сім'ї та її окремим членам з моменту повідомлення про травму протягом лікування та реабілітації. Спілкування має бути спрямоване таким чином, аби допомагати родині долати тривогу та підтримувати надію. Оскільки сім'ї можуть бути непевні в тому, як надавати складну інформацію дітям, їм може допомогти професійна порада стосовно того, що та як казати.
- **Програми, спрямовані на сім'ї поранених, мають бути розраховані на відповідний вік і брати до уваги його особливості.** Служби та програми мають відповідати унікальним віковим реакціям дітей різного віку і статі та визнавати, що стрес, потреба турботи та здатність до спілкування будуть змінюватись у дітей відповідно до віку.

- **Турбота про сім'ї поранених є довготривалою та виходить за межі безпосередньої госпіталізації.** Служби мають враховувати потреби сімей поранених у бою під час лікування та реабілітації. Втручання має задовольняти потреби сім'ї, яка перебуває в процесі лікування, відповідно до її сильних і слабких сторін і передбачати її майбутні потреби в пристосуванні до нової громади або нового способу життя.
- **Ефективна турбота про сім'ю пораненого потребує взаємопов'язаної спільної роботи.** Для ефективного впливу потрібні співробітництво та координація служб між сім'єю, системою опіки про здоров'я та військовими і цивільними ресурсами громади. Ця взаємодія підсилює спільність турботи, яка виходить за традиційні професійні межі протягом реабілітації та одужання.
- **Турбота має бути культурно грамотною.** Лікарі й громадські фахівці, які взаємодіють з сім'ями поранених у бою, мають володіти знаннями про культуру і мову, щоб взаємодіяти з сім'ями, які можуть бути традиційними або нетрадиційними за складом і мати широкі етнічні та релігійні витоки. Важливо, щоб усі лікарі й громадські працівники розуміли і поважали унікальний досвід і традиції військових сімей.
- **Співтовариства з догляду мають долати будь-які службові бар'єри.** Бар'єри можуть ускладнювати одужання військовослужбовця та членів його сім'ї. Таким бар'єром може бути складність в отриманні піклування про здоров'я сім'ї від громадських служб. На додачу недостатнє усвідомлення чи погане розуміння потреб сім'ї пораненого в бою або небажання сім'ї звертатися по допомогу (щоб не отримати тавра) можуть також обмежувати роботу з сім'єю та її одужання.
- **Сім'ї, громади й лікарі мають бути обізнаними.** Індивіди, сім'ї, фахівці, організації та громади потребують доступу до якісних навчальних матеріалів, щоб відповісти на виклики, з якими стикаються сім'ї поранених у бою. Ефективне навчання сприяє розвитку навичок, посилюючи громади та сім'ї. Отримання нових знань грає важливу роль у задоволенні потреб цієї унікальної групи.

ВКАЖІТЬ ТУТ МІСЦЕВІ КОНТАКТИ

Центр дослідження травматичного стресу
Факультет психіатрії
Університет військово-медичних наук
4301 Джонс Брідж Роад
Бетесда, Меріленд 20914-4799
Тел: 301-295-2470. Факс: 301-319-6965
www.centerforthestudyoftraumaticstress.org
www.usuhs.mil/csts

Розділ 32

СІМЕЙНА ЖОРСТОКІСТЬ І ВІЙСЬКОВЕ РОЗГОРТАННЯ

Рене Дж. Робічокс[I] · Джеймс І. МакКерол[II]

ВСТУП

ПРОГРАМИ ЗАХИСТУ СІМЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

ВІЙСЬКОВЕ ЖИТТЯ І СІМЕЙНА ЖОРСТОКІСТЬ

Жорстоке поводження з партнером

Жорстоке поводження з дітьми

ВПЛИВ ВІЙНИ НА СІМ'Ї

ВІЙСЬКОВА РЕАКЦІЯ НА СІМЕЙНИЙ СТРЕС І РОЗГОРТАННЯ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор філософії, ліцензований клінічний соціальний працівник; полковник у відставці, Армія США; керівник програм із соціальної роботи, психіатричне відділення медичного командування Армії США, 2050 Worth Road, Fort Sam Houston, Texas 78234, 2050; у минулому — начальник департаменту соціальної роботи, Військово-медичний центр Брук, Fort Sam Houston, Texas.

[II] Доктор філософії, магістр з охорони здоров'я; полковник у відставці, Армія США; психолог, Центр з вивчення травматичного стресу та кафедра психіатрії, Room B3068, Uniformed Services University of the Health Sciences, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; у минулому — психолог, Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда, Silver Spring, Maryland.

ВСТУП

Зв'язок між сімейною жорстокістю (термін, який використовується для опису жорстокого поводження з дітьми та зневаги і насильства в сім'ї) і військовим розгортанням охоплює багато питань, пов'язаних із впливом війни на родину, солдатів, подружжя і дітей.

Результати численних досліджень вказують на вплив розгортання на солдатів і їхні сім'ї під час операцій «Іракська свобода» та «Непохитна свобода» [1]. Існує безліч як позитивних, так і негативних чинників, пов'язаних із розгортанням [2]. Попри це, стреси військовослужбовців, пов'язаних із розгортанням, вічні. Наприклад, досі трапляються такі причини стресу, відзначені ще за часів Другої світової війни, як невпевненість, розлука, бідність, бомбардування небойових місцевостей, ізоляція, клімат, небезпека, втома, розбіжності у статусі і привілеях різних рангів і служб, тривалість розгортання, ступінь безпеки (яка, можливо, не дає змоги адекватно спілкуватись з членами сім'ї або друзями), нудьга і порушення планів на майбутнє [3].

На додачу до розуміння психологічного впливу бойового та оперативного навантаження на солдатів військові почали більш повно оцінювати вплив війни на членів сім'ї. Родини відчувають багато стресорів, які впливають на солдатів, разом з їхніми власними типами стресорів під час розгортання. Серед них — лікування хвороб подружжя і дітей, вагітність [4], афективні стани (депресія, гнів, самотність), сімейне пристосування, утримання будинку і автомобіля, що передбачає повну відповідальність за сімейне життя, виконання подвійної ролі (обох батьків) і пристосування до майбутнього повернення військовослужбовця з розгортання [5]. Інші стресори родини під час розгортання — загроза загибелі або поранення солдатів у бою, виховні обов'язки сімей, у яких на розгортанні знаходиться мати [6], проблеми одиноких батьків [7, 8], вплив на дітей відсутності батька [9–11], підсилені симптоми депресії у батьків і дітей [12], пов'язані зі стресом проблеми, які стосуються медичних працівників [13]. Нарешті, як у солдатів, так і їхнього подружжя, виникають проблеми, пов'язані з невірністю і сімейною довірою [2, 14].

Уміння спілкуватись здебільшого є важливим чинником бойового духу і для подружжя, і для солдатів [15].

Під час тривалих конфліктів, як-от Друга світова війна, Корейська та В'єтнамська війни, спілкування обмежувалось листуванням.

Більш часте спілкування під час розгортання стало можливим завдяки останнім технологічним розробкам. У наш час солдати і сім'ї мають доступ до різних технологій залежно від розташування та місії. Інтернет, стільникові телефони та електронна пошта зробили можливим практично миттєвий зв'язок. Але також він може призвести до емоційних потрясінь і розчарувань через системні збої та нездатність завершити спілкування [16].

Дружини військових, яким найбільш складно було пристосуватися до відсутності своїх чоловіків під час війни в Перській затоці в 1991 році, були молодими жінками, чиї чоловіки мали низький чин [17]. Спроби з'єднатися з молодими дружинами у військовій громаді були одним із найскладніших завдань для працівників допомоги військовим сім'ям.

ПРОГРАМИ ЗАХИСТУ СІМЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Із початку військових дій в Афганістані і подальшої кластеризації домашнього насильства зі смертельним результатом в Форт Брегг (штат Північна Кароліна) в липні 2002 року виникла цікавість до виявлення стресорів розгортання, які можуть сприяти підвищенню домашнього насилля. Програма захисту сім'ї (Family Advocacy Program — FAP) є засобом Армії для визначення випадків жорстокого поводження та догляду за жертвами. FAP Армії була офіційно заснована в 1976 році після введення в дію Федерального Закону про попередження насильства над дитиною в 1974 році, з поправками [18, 19], хоча менш формальні програми існували і до того часу [20]. У наш час військова FAP регулюється директивою Міністерства оборони 6400-1 [21] і Військовим положенням 608-18 [22]. Цілі Програми полягають у запобіганні зловживанню, заохочуванні звітності про всі випадки жорстокого поводження, забезпеченні швидкого розгляду і дослідження всіх випадків зловживань, захисті жертв і лікуванні всіх членів сім'ї, які постраждали від жорстокого поводження. Армія зобов'язана розслідувати всі достовірні повідомлення про сімейну жорстокість [23].

Повідомлення про випадки насильства можуть надійти до FAP з різних військових і цивільних джерел, у тому числі правоохоронних органів, медичних і стоматологічних установ, командування та ін. Коли випадки можливого жорстокого поводження повідомляються до військових установ (незалежно від того, відбувся інцидент у його межах або поза ними), багатопрофільний комітет розглядає справу в медичному закладі в будь-якій великій військовій установі. Доведені випадки жорстокого поводження з дітьми можуть бути віднесені до одного або більше з чотирьох можливих типів жорстокого поводження: 1) позбавлення необхідного (занедбання), 2) фізичне насильство, 3) сексуальне насильство і 4) емоційне насильство. Доведене насильство в сім'ї може бути класифіковане як фізичне, емоційне або сексуальне.

Якщо інцидент доведено, інформація про справу направляється до Центрального військового реєстру (ACR — Army Central Registry) — конфіденційної бази даних, яка містить демографічну інформацію, фактичні дані про жертв доведених випадків насильства над дітьми і дружинами та про насильників. ACR веде облік даних про жертв — дітей 17 років і молодших, про одружених солдатів та їхнє подружжя. Останнім часом військові служби розширили визначення домашнього насильства та включили в список насилля щодо особи протилежної статі, яка є або була подружжям, з яким кривдник має спільну дитину, або щодо теперішнього чи колишнього сексуального партнера, з яким кривдник мав чи має спільне місце проживання [24].

ВІЙСЬКОВЕ ЖИТТЯ І СІМЕЙНА ЖОРСТОКІСТЬ

Жорстоке поводження з партнером

Частота жорстокого поводження з партнером постійно знижувалася з 6,3/1000 у 2001 році до 4,4/1000 в 2007-му [25]. Це зниження було важко інтерпретувати. Багато солдатів були в розгортанні кілька разів протягом цього періоду, тим самим зменшуючи кількість одружених, що входять до групи ризику домашнього насильства.

Часто вважається, принаймні в ЗМІ [26], що стрес військового життя сприяє сімейній жорстокості. Чи є різниця у частоті зловживань серед військових і цивільних? Ці групи не порівнювались безпосередньо, але одне дослідження [27] порівняло досить репрезентативну вибірку даних військових сімей з даними національної вибірки США у цивільних пар [28]. Самозвіти чоловіків-солдатів про помірну агресію стосовно дружин не відрізнялися значно (11 %) від того, що було у цивільних осіб (10 %). Проте спостерігалась невелика, але статистично вагома різниця у важкій агресії у військовій вибірці (2,5 %) порівняно з цивільною (0,7 %). Автори дійшли висновку, що більш високі показники у військових пояснюються здебільшого відмінністю у віці та расі, а не схильністю до зловживань.

Припускалось, що військове розгортання було причиною побутового насильства [13, 25], але для підтримання цього твердження недостатньо даних. Використовуючи дані дослідження Хеймен і Найдіг (Heyman і Neidig) [27], було проведено вторинний аналіз, який перевіряв зв'язок між тривалістю розгортання і подружньою агресією. У цьому дослідженні, яке використовувало велику базу даних (n = 26835) з контрольованими демографічними змінними, розгортання зробило невеликий, але статистично вагомий внесок, у збільшення ймовірності самозвітів про випадки серйозного насильства чоловіків щодо дружин протягом одного року [29]. Імовірність збільшилася з 4 % без розгортання до 5 % з розгортанням тривалістю з шести до дванадцяти місяців. Частота помірного і грубого насилля зростає зі збільшенням тривалості розгортання.

Два інші дослідження вивчали взаємозв'язок між розгортанням і насильством у сім'ї. Після повернення з 6-місячного миротворчого розгортання в Боснії було опитано солдатів, які перебували на розгортанні на дійсній службі (n = 313), і тих, що не були на розгортанні (n = 712) [30]. Насильство в сім'ї після розгортання прогнозувалось для тих солдатів, які були молодими та мали досвід сімейного насилля до розгортання, але не визначалось самим розгортанням. Належність до небілої раси та життя за межами казарм також зробило внесок у прогнозування. Прогнозована ймовірність насильства в сім'ї після розгортання 20-річних небілих солдатів, які живуть на військовому об'єкті та мають досвід домашнього насильства перед розгортанням, була 0,20. Для солдатів без історії домашнього насильства перед розгортанням імовірність становила 0,05 [30].

Друге дослідження взаємозв'язку між домашнім насиллям і розгортанням проводилося щодо дружин солдатів-чоловіків, дислокованих у Боснії [31]. Солдати з попереднього дослідження [30] і дружини з цього дослідження не належали до пар, оскільки опитування було анонімним; однак обидві групи вказали на зв'язок свого досвіду з одним і тим самим розгортанням. Так, 368 дружин військовослужбовців, які були на розгортанні, і 528 дружин тих, хто не був на розгортанні, ретроспективно повідомили про сімейне насильство за періоди до та після розгортання. Не було жодних істотних відмінностей в частоті домашнього насилля між групами тих, хто був і не був на розгортанні, у періоди часу перед ним і після нього. Розгортання не було істотним предиктором насильства в сім'ї протягом перших 10 місяців у період після розгортання. Проте молоді дружини і ті, хто був жертвами насильства перед розгортанням, частіше повідомляли про насилля в сім'ї після розгортання, ніж більш старші дружини і ті, хто не був жертвами насильства перед розгортанням. Окремі повідомлення свідчать, що насильство, найімовірніше, відбувається через кілька місяців після повернення солдата з розгортання, але немає досліджень, які підтверджують це спостереження.

У результаті цих двох досліджень було зроблено висновок, що програми з профілактики та впливу домашнього насильства після розгортання мають бути спрямовані на молоді сім'ї, осіб з досвідом сімейного насилля і тих, хто живе окремо. Розширення можливостей для консультування цих груп ризику може бути корисним. Такі програми здатні підкреслити підвищену обізнаність про особистий ризик насильства в родині, самоконтроль і ранній пошук допомоги.

Жорстоке поводження з дітьми

У 1990 році, до війни в Перській затоці (1990–1991 рр.), частота жорстокого поводження з дітьми сягала 6,9/1000. Після стійкого зниження частоти жорстокого поводження з дітьми протягом 1990-х частота збільшилась з 5,2/1000 у 2000-му до 6,2/1000 в 2004 році, а потім знизилася до 5,0/1000 в 2007-му. Дитяча занедбаність — це тип жорстокого поводження, який зазнає найбільшого впливу з боку розгортання. Частота занедбаності знизилася з високої в 1991 році (3,6/1000) до мінімуму 2000 року (2,7/1000), загальне зниження становить 25 %. Проте з 2004 року показники зросли до 4,5/1000, що вище рівня 1991 року. Частота занедбаності сягала 3,5/1000 в 2005 році, 3,3/1000 — у 2006-му і 3,7/1000 — у 2007 році. Частота занедбаності була найвищою для наймолодших дітей і зменшилася у більш дорослих. Показники фізичного насильства знизилися з 3,1/1000 в 1990 році до 1,0/1000 в 2007 році [25].

Дослідження жорстокого поводження з дітьми у військових сім'ях, які проживали в Техасі між 2000 і 2003 роками, виявили, що і від'їзд на розгортання, і повернення додають стресів родинам військовослужбовців і можуть збільшити частоту поганого поводження з дітьми [32]. Для кожного 1 % збільшення частоти від'їзду або повернення з військової служби відбувалось збільшення частоти жорстокого поводження з дітьми на 30 %.

Друге дослідження знайшло приблизно 40 % збільшення частоти жорстокого поводження з дитиною, коли батько-солдат був на розгортанні [33]. Частота занедбання була майже в два рази вищою під час розгортання. Проте показник фізичного насильства був меншим протягом розгортання. Частота занедбання цивільними дружинами була майже в чотири рази більшою під час розгортання, фізичного насильства — майже удвічі вищою. Автори вважають: підвищений ризик жорстокого поводження з дитиною може бути результатом того, що розгортання створює ситуації, схожі на переживання батьків-одинаків в загальній популяції, для яких дослідження показало існування підвищеного ризику жорстокого поводження з дітьми через обмеженість фінансових ресурсів і більш високі рівні фізичного виснаження. Нарешті, вивчення тенденцій у випадках жорстокого поводження з дітьми, занотованих ACR з 1990 по 2004 рік, показало, що частота занедбання дитини збільшилася під час воєн на Близькому Сході (під час війни в Перській затоці 1990–1991 років та операцій «Іракська свобода» і «Непохитна свобода» в 2002–2004 рр.) [34].

Більш ранні дослідження показали слабкий або відсутній зв'язок між розгортанням і насильством в сім'ї [29–31]. Утім, вони були виконані під час розгортання (Боснія в 1998–1999 роках і раніше), що мало відносно короткий термін і не залучало великих бойових операції. Ці розгортання, таким чином, для солдатів і їхніх сімей відбувалися зовсім за іншим сценарієм порівняно із сучасними конфліктами в Іраку і Афганістані. Результати недавніх досліджень показали ймовірний вплив тривалого розгортання на жорстоке поводження з дітьми [32–34].

ВПЛИВ ВІЙНИ НА СІМ'Ї

Клінічна депресія у дружин військових, які не беруть участі в розгортанні, може зробити істотний внесок у спостережуване підвищення частоти занедбаності під час бойового розгортання. Більшість скарг на занедбання, що надійшли у FAP Армії, стосувались як відсутності нагляду за дитиною, так і брудних будинків, які становлять небезпеку для здоров'я дітей. Вихователі, які перебувають в депресії, мають мало енергії як для підтримки дому, так і для забезпечення відповідних заходів для маленьких дітей.

Медичне командування Армії США (MEDCOM) опублікувало письмову інструкцію для своїх лікарів щодо збільшення нагляду за депресією у дружин військовослужбовців. Нові зміни в політиці надихнули соціальних працівників залишити свої медичні офіси і спрямувати всі зусилля, щоб достукатися до ізольованих і депресивних матерів, підтримуючи курс MEDCOM на раннє втручання і уникнення негативних наслідків депресії для сім'ї.

Подружжя військовослужбовців повідомили про свою впевненість у тому, що військовий стрес підвищує кількість розлучень [35, 36]. Якщо військовий стрес сприяє подружнім конфліктам і сімейному розлученню, розгортання лише збільшить ці показники. Солдати повідомили, що погіршення сімейних або романтичних стосунків є одним з негативних наслідків розгортання [2]. Кілька досліджень підтвердили це спостереження.

Подружжя майже 400 зарахованих солдатів, які були на розгортанні в Сомалі з 1992 по 1993 рік, повідомили, що труднощі, які виникають під час розгортання, зокрема вагітність, самотність, смерть друга чи родича, проблеми спілкування з другою половиною, мають менший вплив на сімейне задоволення і викликають менше стресу, ніж прийнято вважати [5]. Дослідження понад 800 завербованих солдатів, які брали участь в операціях «Щит пустелі» і «Буря в пустелі» (1990–1991 рр.), не виявило суттєвих змін у загальному сімейному задоволенні [37].

«Гіпотеза стресу» зазвичай наводиться, щоб пояснити спостережуване збільшення кількості розлучень серед військових пар. Вона прогнозує, що солдати, які будуть на розгортанні, виявлять більш високу кількість розлучень порівняно з солдатами, які не залучені до розгортання [38]. Крім того, гіпотеза припускає, що триваліше розгортання буде для шлюбів більш руйнівним, ніж коротке. Після зіставлення історії розгортання з обліком подружнього статусу і контролю змінних, як-от стать, раса і вік вступу в шлюб, було отримано протилежний результат. Що довше зарахований солдат перебував на розгортанні під час шлюбу, то меншим був ризик сімейного розриву. Такий самий ефект було відзначено для солдатів Резерву Армії і Національної гвардії. Один із загальних висновків був таким: розгортання зміцнює шлюб. З аналізу зв'язку кількості днів на розгортанні та сімейного розриву випливає: що триваліше розгортання, то більше користі для шлюбу. Проте наслідки впливу військової служби і, зокрема, розгортання на сімейну стабільність складні і залежать від характеристик військовослужбовців, таких як стать, раса/етнічна приналежність, вік вступу в шлюб і наявність дітей [38]. На додачу до гіпотези стресу можна враховувати чинник вибору під час вербування військовослужбовців [38].Військові шлюби можуть мати підвищений ризик розриву через те, що різні військові служби проводять набір з популяції відносно високого ризику, заохочуючи рекрутів такими стимулами, як охорона здоров'я, допомога з житлом, окремий раціон, витрати на переїзд і виплати у разі втрати годувальника, які заохочують шлюб. Останні виклики цілям можуть спричинити відмову від деяких стандартів вербування. Подібна модифікація стандартів здатна призвести до набору уразливої групи новобранців. У 2007 фінансовому році понад 11 % призовників отримали відмови. Деяким новобранцям відмовили через медичні проблеми, наркотики, проблеми з алкоголем і кримінальне минуле [39]. Хоча група, яка отримує відмови, вважається найбільш уразливою через чинники, пов'язані з імпульсивністю, гнівом і токсикоманією, решта 88 % також вважається вразливими в питаннях шлюбу залежно від віку, національності та потенціалу кар'єрного зростання на цивільному ринку праці [40]. Таким чином, солдати одружуються і заводять дітей раніше, ніж їхні цивільні колеги, які так само, як і солдати, мають підвищений ризик розлучення і сімейного конфлікту [38].

ВІЙСЬКОВА РЕАКЦІЯ НА СІМЕЙНИЙ СТРЕС І РОЗГОРТАННЯ

Армія відповіла на численні виклики розгортання збільшенням кількості працівників сфери обслуговування, щоб допомогти солдатам та їхнім сім'ям у середовищі повторних розгортань на Близькому Сході, що відрізнялися високим темпом. До 2004 року армія мала 70 клінічних соціальних працівників на військових об'єктах, в яких регулярно відбувалося розгортання великої кількості солдатів (потужні проектні платформи), щоб допомогти солдатам та їхнім сім'ям пристосуватися до психологічних проблем, пов'язаних з розгортанням. Крім того, Міністерство оборони набрало 84 військові та сімейні консультанти за контрактом, які працюють на військових об'єктах під час пікового напруження в розгортанні, щоб допомогти з навчанням і консультаціями, пов'язаними зі стресами розгортання. Особливо активно соціальні працівники за контрактом магістерського і докторського рівня та психологи підтримували Національну гвардію і Резерв Армії під час їхньої передислокації.

Військові священики збільшили охоплення пар, які мали проблеми в шлюбі на тлі декількох розгортань. Програма під назвою «Сильні зв'язки» поєднує в собі елементи підготовки до шлюбу і його збагачення та проводиться зазвичай у груповій формі для компонент дійсної служби та резерву. Сімейні капелани надають традиційним парам консультації, прагнучи поліпшити комунікацію, визначення цілей і навички вирішення проблем.

Нещодавно були витрачені кошти, щоб найняти приблизно 1000 фахівців для підтримки сім'ї, які займалися організацією діяльності з сімейної підтримки на рівні батальйону. Пілотні проекти свідчать про величезну перевагу, яку може принести створення мережі і просвітницька діяль-

ність, що забезпечуватиметься цими додатково профінансованими посадами. Вони досягли успіху в поліпшенні комунікації між військовим підрозділом та сім'єю, а також в заохоченні взаємної підтримки між сім'ями. Їхня діяльність сприяла пом'якшенню почуття ізоляції і відчуження, про яку повідомляли дружини молодих солдатів під час війни в Перській затоці (1990–1991 рр.).

FAP регулюється Управлінням військової сім'ї, моралі, добробуту і відпочинку США (US Army's Family and Morale, Welfare and Recreation Command). Серед великої кількості послуг, які надає FAP, є Програма підтримки молодих батьків (NPSP — New Parent Support Program). NPSP може організовувати візити додому для сімей з групи ризику, а також має багато освітніх програм для батьків маленьких дітей. Сьогодні FAP забезпечує 52 візитери за NPSP і планує збільшити їхню кількість ще на 100, щоб підтримувати сім'ї, які виховують дітей молодшого віку, у ситуації додаткового стресу, якого їм надають численні розгортання.

У липні 2006 року MEDCOM постановив, що всі батьки (як військові, так і цивільні) дітей, народжених у військових медичних установах і цивільних лікарнях, отримуватимуть інструкції, спрямовані на зниження і запобігання травмам, які можуть бути заподіяні у відповідь на неконтрольований плач дітей. Центр охорони здоров'я і профілактичної медицини розробив матеріали для навчання молодих батьків розумінню причин невтішного плачу і сприяння вирішенню цієї ситуації. Міністерство оборони у партнерстві з Національним центром синдрому дитячого струсу (NCSBS — The National Center on Shaken Baby Syndrome) розпочали кампанію, спрямовану на підвищення інформованості сімей військовослужбовців, пропонуючи джерела допомоги у вирішенні цієї проблеми.

Виходячи з уроків, отриманих із результатів Наглядової ради за нещасними випадками в 2000–2004 роках, MEDCOM також ухвалив порядок, за яким при визначенні медичними працівниками сімей з високим ризиком їхні справи оцінюватимуться командою. Управління буде передане конкретному соціальному працівнику, який наглядатиме за справою, поки не буде визначено, що ризик значно зменшився.

Центри розвитку дитини в різних силових структурах з моменту початку війни надали багато годин вільного догляду за дітьми, що матері дало змогу перепочити, поки батько перебуває на розгортанні. Ті установи, де ця послуга використовувалась найбільше, отримали менше звертань до FAP про занедбання дитини.

Програми, описані тут, є першими зусиллями щодо широкого застосування методів запобігання впливу психологічних стресорів, пов'язаних з персоналом і його оперативністю. Проте ефективність цих програм ще потрібно вивчати. Армія збільшує свій потенціал для вирішення психологічних наслідків розгортання на військовослужбовців дійсної служби та досліджує його зв'язок із сімейним конфліктом і сімейною жорстокістю. Водночас дуже корисним було б провести навчання сімейних психотерапевтів як частини психіатричної практики. На сьогодні в різних військових установах є близько 60 таких терапевтів. Вони продемонстрували свою важливість у багатьох питаннях. Результати анкетування до та після розгортання вказують на клінічно вагомі поліпшення симптомів стресу. У тих установах, де шлюбні і сімейні психотерапевти консультували подружні пари з виявленими випадками сімейного насильства, подружжя значно частіше успішно завершували необхідне їм лікування. Для багатьох солдатів, які зіткнулись із необхідністю звернутися по допомогу через депресію і посттравматичний стрес, сімейна терапія виявилася надзвичайно ефективним засобом подолати заперечення і раціоналізацію, що могли перешкоджати індивідуальній терапії. Вважається, що участь сім'ї в терапії може бути корисною для всіх. Війна руйнує життя кожного; сімейна терапія спроможна бути менш загрозливою, ніж ідентифікація індивіда як «пошкодженого» або «зламаного».

ВИСНОВКИ

Розгортання додає нових стресів сім'ям військовослужбовців. Результати досліджень, проведених до війни в Іраку та Афганістані, показали слабкий або відсутній зв'язок між розгортанням і насиль-

ством у сім'ї. Дані пізніших досліджень засвідчили збільшення жорстокого поводження з дітьми, особливо дитячої занедбаності, у періоди розгортання. Для вирішення великої кількості проблем солдатів і їхніх сімей, пов'язаних з повторними розгортаннями, Армія відреагувала багатьма новими і розширеними зусиллями. Результати деяких досліджень, як-от вплив розгортання на військові шлюби, були нелогічними, вказуючи на підвищену міцність таких шлюбів. Однак цей висновок має значні застереження. Потрібно провести багато досліджень, щоб вирішити проблеми, які виникають на різних етапах розгортання: як підготувати солдатів і їхні сім'ї до розгортання, які служби найкорисніші для членів сім'ї у той час, як солдат перебуває на розгортанні, і як полегшити відновлення сімейного життя після розгортання.

ЛІТЕРАТУРА

1. McCarroll JE, Hoffman KJ, Grieger TA, Holloway HC. Psychological aspects of deployment and reunion. In: Kelley PW, ed. *Military Preventive Medicine: Mobilization and Deployment*. In: Lounsbury DE, Bellamy RF, eds. *Textbook of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2005: 1395–1424.
2. Newby JH, McCarroll JE, Ursano RJ, Fan Z, Shigemura J, Tucker-Harris Y. Positive and negative consequences of a military deployment. *Mil Med*. 2005;170:815–819.
3. Menninger WC. *Psychiatry in a Troubled World*. New York, NY: MacMillan; 1948.
4. Haas DM, Pazdernik LA, Olsen CH. A cross-sectional survey of the relationship between partner deployment and stress in pregnancy during wartime. *Women's Health Issues*. 2005;15:48–54.
5. Schumm WR, Bell DB, Knott B, Rice RE. The perceived effect of stressors on marital satisfaction among civilian wives of enlisted soldiers deployed to Somalia for Operation Restore Hope. *Mil Med*. 1996;161:601–606.
6. Kelley ML, Herzog-Simmer PA, Harris MA. Effects of military-induced separation on the parenting stress and family functioning of deploying mothers. *Mil Psychol*. 1994;6:125–138.
7. Bowen GL. Single fathers for the defense. *Soc Casework: J Contemp Soc Work*. 1987;6:339–344.
8. Schumm WR, Rice RE, Bell DB, Perez MMV. Trends in single parenting in the Army. *Psychol Reports*. 1996;78:1311–1328.
9. Jensen PS, Grogan D, Xenakis SN, Bain MW. Father absence: effects on child and maternal psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28:171–175.
10. Jensen PS, Lewis RL, Xenakis SN. The military family in review: context, risk, and prevention. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1986;25:225–234.
11. Amen DG, Jellen L, Merves E, Lee RE. Minimizing the impact of deployment separation on military children: stages, current preventive efforts, and system recommendations. *Mil Med*. 1988;153:441–446.
12. Jensen PS, Martin D, Watanabe H. Children's response to parental separation during Operation Desert Storm. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35;433–441.
13. Blount BW, Curry A Jr, Lubin GI. Family separations in the military. *Mil Med*. 1992;157:76–80.
14. van Vranken EW, Jellen LK, Knudson KH, Marlowe DH, Segal M. *82nd Airborne Division Sinai MFO Deployment Family Health Study I-IV. The Impact of Deployment Separation on Army Families*. Washington, DC: Walter Reed Army Institute of Research; 1983.
15. Schumm WR, Bell DB, Ender MG, Rice RE. Expectations, use, and evaluation of communication media among deployed peacekeepers. *Armed Forces Soc*. 2004;30:649–662.

16. Ross BJ. The emotional impact of e-mail on deployment. *US Naval Institute Proceedings*. 2001;127:85–86.

17. Rosen LR, Westhuis DJ, Teitelbaum JM. Patterns of adaptation among Army wives during Operations Desert Shield and Desert Storm. *Mil Med.* 1994;159:43–47.

18. Child Abuse Prevention and Treatment Act, 42 USC §5101 et seq (1989).

19. Child Abuse Prevention and Treatment Act Amendments of 1996, 42 USC §5116 et seq.

20. Wichlacz CR, Randall DH, Nelson JH, Kempe CH. The characteristics and management of child abuse in the US Army-Europe. *Clin Pediatr (Phila)*. 1975;14:545–548.

21. US Department of Defense. *Family Advocacy Program (FAP)*. Washington, DC: DoD; 2004. DoD Directive 6400.1.

22. US Department of the Army. *The Army Family Advocacy Program*. Washington, DC: HQDA; 2007. Army Regulation 608-18.

23. McCarroll JE, Newby JH, Dooley-Bernard M. Responding to domestic violence in the US Army: the Family Advocacy Program. In: Kendall-Tackett KA, Giacomoni SM, eds. *Intimate Partner Violence*. Kingston, NJ: Civic Research Institute; 2007: Chap 12.

24. US Department of Defense. *Domestic Abuse Involving DoD Military and Certain Affiliated Personnel.* Washington, DC: DoD; 2007. DoD Instruction 6400.06

25. Spouse and child maltreatement rates in the ACR computed from data compiled by James E. McCarroll, Center for the Study of Traumatic Stress, Department of Psychiatry, Uniformed Services University School of Medicine, Bethesda, Md.

26. Thompson M. The living room war. *Time*. 1994;143:48–51.

27. Heyman RE, Neidig PH. A comparison of spousal aggression prevalence rates in US Army and civilian representative samples. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67:239–242.

28. Straus MA, Gelles RJ. *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families.* New Brunswick, NJ: Transaction; 1990.

29. McCarroll JE, Ursano RJ, Liu X, et al. Deployment and the probability of spousal aggression by US Army soldiers. *Mil Med*. 2000;165:41–44.

30. McCarroll JE, Ursano RJ, Newby JH, et al. Domestic violence and deployment in US Army soldiers. *J Nerv Ment Dis*.2003;191:3–9.

31. Newby JH, Ursano RJ, McCarroll JE, Liu X, Fullerton CS, Norwood AE. Postdeployment domestic violence by USArmy soldiers. *Mil Med.* 2005;170:643–647.

32. Rentz ED, Marshall SW, Loomis D, Casteel C, Martin SL, Gibbs DA. Effect of deployment on the occurrence of childmaltreatment in military and nonmilitary families. *Am J Epidemiol*. 2007;165:1199–1206.

33. Gibbs DA, Martin SL, Kupper LL, Johnson RE. Child maltreatment in enlisted soldiers' families during combat-related deployments. *JAMA*. 2007;298:528–535.

34. McCarroll JE, Fan Z, Newby JH, Ursano RJ. Trends in US Army child maltreatment reports: 1990–2004. *Child AbuseRev*. 2008;17:108–118.

35. Rosen LN, Durand DB. Coping with the unique demands of military family life. In: Martin JA, Rosen LN, SparacinoLR, eds. *The Military Family: A Practice Guide for Human Service Providers*. Westport, Conn: Praeger; 2000: 55–72.

36. Rosen LN, Durand DB. Marital adjustment following deployment. In: Martin JA, Rosen LN, Sparacino LR, eds. *TheMilitary Family: A Practice Guide for Human Service Providers*. Westport, Conn: Praeger; 2000: 153–165.

37. Schumm WR, Hemesath K, Bell DB, Palmer-Johnson CE, Elig TW. Did Desert Storm reduce marital satisfaction amongArmy enlisted personnel? *Psychol Reports*. 1996;78:1241–1242.

38. Karney BR, Crown JS. *Families Under Stress: An Assessment of Data, Theory, and Research on Marriage and Divorce in theMilitary*. Santa Monica, Calif: RAND National Defense Research Institute; 2007. Report No. DRR-4071-OSD.

39. Madhani A. US Army lowers its recruiting standards: more recruits have criminal records, no high school diploma. *ChicagoTribune.* October 11, 2007. Available at: http:/archives.chicagotribune.com/2007/oct/11/news/chi-recruit110ct11.Accessed December 17, 2008.

40. Bachman JG, Segal DR, Freedman-Doan P, O'Malley PM. Who chooses military service? Correlates of propensity andenlistment in the US armed forces. *Mil Psychol*. 2000;12:1–30

Розділ 33

СІМ'Ї ТА ДІТИ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Дуглас Х. Леман[I] · Стефан Дж. Козза[II]

ВСТУП

ВІЙСЬКОВА РЕАКЦІЯ НА СМЕРТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ

ВІЙСЬКОВА КОМАНДА ДОГЛЯДУ

РЕАКЦІЯ НА ГОРЕ

Доросла реакція на горе

Дитяча реакція на горе

Діти і військові похорони

Травматичне горе

Служби підтримки та організації

ОСОБЛИВІ УМОВИ

Смерть, хвороба або травма командира

Самогубство

Зниклі безвісти та військовополонені

Масові жертви

Смерть подружжя або дитини

Засоби масової інформації

ВИСНОВКИ

ДОДАТОК. РЕСУРСИ ДЛЯ СІМЕЙ ПОМЕРЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

[I] Магістр соціальної роботи, ліцензований клінічий соціальний працівник; лікар, Департамент психіатрії та сімейного захисту, Громадський військовий госпіталь Еванс, 7500 Cochrane Circle, Fort Carson,Colorado 80913.

[II] Доктор медицини; полковник у відставці, Армія США; заступник директора Центру з вивчення травматичного стресу і професор кафедри психіатрії, Медичний університет Збройних сил, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; у минулому — начальник департаменту психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC.

ВСТУП

Станом на жовтень 2007 року понад 4000 американських військовослужбовців померло під час виконання службових обов'язків в Іраку і Афганістані. Сорок чотири відсотки військовослужбовців є батьками [1] і належать до відносно молодої групи. Сім'ї військовослужбовців, убитих під час бойових дій, мають дітей різного віку, третина яких — у віці до 5 років. Нерідко у складі цих молодих родин є новонароджені, які ніколи не бачили своїх померлих батьків, або дружини, які були вагітні під час смерті військовослужбовця. Померлі військовослужбовці можуть мати молодших братів і сестер, двоюрідних братів, племінників, племінниць, які хоч і не входять до ядра сім'ї військовослужбовця, але також сумують за загиблим. Турбота про сім'ю після втрати військовослужбовця потребує чутливості і постійності. У цьому розділі основну увагу буде приділено потребам сім'ї загиблих з особливим акцентом на потребах дітей і програмах для задоволення цих потреб.

ВІЙСЬКОВА РЕАКЦІЯ НА СМЕРТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ

Починаючи з 1950 року армія публікує інструкцію для надання допомоги сім'ям полеглих воїнів [2]. «Інструкція для рідних померлих військовослужбовців» (Guide for the Survivors of Deceased Army Members) описує процес повідомлення і доступні послуги для задоволення потреб сімей, які горюють. Теми варіюють від обговорення ролі офіцера з допомоги постраждалим (CAO — Casualty assistance officer), який надає послуги у разі нещасних випадків, до організації похорон і процедур після похорон. Армійська інструкція 600-8-1 «Програма нещасних випадків в Армії» [3] (Army Casualty Program) докладно описує обов'язки і послуги, які армія надає сім'ям загиблих, розширюючи межі допоміжної програми, ролі та обов'язки CAO. Форма повідомлення сім'ї про смерть у бою змінилася в минулому столітті. Під час Другої світової війни військові сім'ї отримували повідомлення про смерть військовослужбовця телеграмою від військового генерал-ад'ютанта. У телеграмі, яка зазвичай надходила через тиждень після смерті, давалась коротка фактична інформація про смерть і висловлювалось співчуття. Лист з військовим співчуттям та інформацією про пенсію приходив після телеграми. До кінця Корейської війни армія прагнула поліпшити цей процес, зробивши повідомлення більш персоналізованим. Телеграма надходила, як і раніше, але за нею прибував офіцер Армії США, який відвідував будинок, підтверджував смерть і надавав додаткові відомості. Особистий візит мав продемонструвати вдячність і повагу до самопожертви загиблого солдата і сімейної втрати [4]. Істотна зміна в процесі повідомлення сталася під час війни у В'єтнамі, коли найближчі родичі отримували новину про смерть від офіцера, який «повідомляє про нещасні випадки», з рівним або вищим рангом, ніж у загиблого. Після цього надходила телеграма з підтвердженням. Оповіщення про смерть роблять тільки офіцери з рівним статусом, старші офіцери або уорент-офіцери. Щоб мінімізувати сімейний шок, повідомлення про смерть робиться тільки між 6:00 і 20:00. Розширена програма допомоги періоду війни у В'єтнамі була схожа на поточну форму надання повідомлень і стандартів [4]. Інша істотна зміна сталася 1970 року, коли

додалось оповіщення вторинних родичів, яких називали найближчими, наприклад колишньої дружини, бабусь і дідусів або друзів. САО пропонував допомогу родині в цей важкий час.

Після В'єтнаму відбулися інші зміни в формі повідомлення та допомоги сім'ї. Після авіакатастрофи в Гандері в Ньюфаундленді 1985 року, в якій загинуло 248 солдатів і 8 членів екіпажу, роль САО була розширена. Відтоді вони надають допомогу найближчим родичам і підтримують більш далеких. Ці зміни передбачали регулярні брифінги з САО, а також фінансовану урядом поїздку на похорони і поминальну службу та назад для деяких членів родини [4]. Нещодавно було зроблено розмежування між індивідуальним (або командним) повідомленням сім'ї про смерть солдата і САО, який надає тривалу підтримку родині. Це розмежування визнається важливим через негативні асоціації з повідомленням про смерть. Після оповіщення сім'ї розповідають про роль САО, і офіцер зв'язується з родиною, щоб запропонувати допомогу і підтримку [4].

У результаті обстежень військово-морських сімей співробітниками Служби допомоги при нещасних випадках (CACO — Casualty Assistance Call Officers) [5] з 2003 року повідомлення про смерть змінилося. За даними опитування CACO, 95 % сімей померлих військових моряків були дуже задоволені послугами, які вони отримали. Респонденти вказали на необхідність проходження навчання для підвищення рівня знань про послуги та обов'язки служби допомоги. Працівники CACO відчували, що вони мають продовжувати займатися з родинами упродовж більш тривалого періоду, а також потребували більше знань про пенсії. У результаті навчання моряків збільшилося з одного до двох днів, був розширений інтернет-доступ, індивідуальні послуги стали доступними 24 години на день, 7 днів на тиждень. Військово-морський флот реагує на нещасні випадки наданням програм телефонної допомоги та призначенням координатора програми. До останніх змін у допомозі із втрати годувальника належать можливість проживання дружини та дітей загиблого в армійському корпусі протягом цілого року після смерті солдата (порівняно з 6 місяцями, як це було раніше, до початку політики Глобальної війни з тероризмом) і збільшення грошової пенсії до 400 000 доларів при паралельному наданні інших послуг. Ще одна зміна вимагає, щоб всі звіти про смерть розглядав офіцер, який має бойовий досвід, або офіцер вищого рангу. Таке правило впровадили для забезпечення точності деталей і зниження ймовірності пізніших змін у звіті, що може призвести до помилкових інтерпретацій смерті.

З 2006 року Закон про національну оборону США (National Defense Authorization Act) встановив, що всі служби збирають дані «про нещасні випадки і якість допомоги родичам загиблих, включаючи їх опитування, та цивільних службовців, які працюють з нещасними випадками» [6]. У відповідь на закон Центр першої допомоги сім'ям у разі нещасних випадків (Army's Families First Casualty Call Center) створив опитувальник, який збирає інформацію з вихідних дзвінків і поштових анкет. Опитувальник був розроблений, щоб отримати зворотний зв'язок від близьких родичів про рівень задоволення допомогою. Армійський центр допомоги у разі нещасних випадків і з похоронних справ (CMAOC — Army's Casualty and Mortuary Affairs Operation Center) отримав завдання збирати й аналізувати дані, отримані від проведених опитувань. У 2005 році CMAOC розпочав опитування найближчих родичів за 33 питаннями, пов'язаними з чотирма основними напрямами: 1) повідомлення, 2) ефективність САО, 3) діяльність у зв'язку з нещасним випадком та похоронами і 4) заходи після поховання. Результати опитування, які представлені нижче, були зібрані від сімей військовослужбовців, загиблих між березнем 2005 року та березнем 2006 року (приблизно 1000 виявлених контактів). Результати показують, що сім'ї були значною мірою задоволені діяльністю CMAOC. Робоча група з перевірки якості визначила ключові сфери, в яких Центр отримав принаймні 90 % задоволення від респондентів:

- 97 % заявили, що САО виявили/висловили достатньо співчуття до їхньої втрати,
- 93 % заявили, що САО вважали їхню родину пріоритетною і були чуйними до їхніх потреб;
- 93 % заявили, що САО пояснили всі варіанти організації поховання й отримання допомоги для цього;
- 92 % заявили, що САО пояснили про всі державні витрати на похорони;

- 91 %відповіли, що САО розповіли їм усе про кваліфіковану допомогу та пільги.

Робоча група також запропонувала такі процедурні зміни для вирішення потреб, визначених в опитуванні:

- Командування має вважати пріоритетним надання перед розгортанням інформації про пільги, заповіт, права і форми.
- Процес анкетування має бути стандартизованим перед розгортанням, звіти військових суддів мають визначити, чи військовослужбовець завершив анкетування до розгортання.
- Протягом усього процесу допомоги САО сім'ї мають отримати поновлену інформацію про заходи у зв'язку із втратою годувальника.
- САО мають виконати завершальний огляд придатних допоміжних заходів і пенсій для сімей до закінчення їх призначення (що визначено в списку для перевірки).
- САО мають інформувати сім'ї загиблих про послуги, доступні від центрів допомоги у разі нещасних випадків.
- Потрібно розробити навчальний модуль щодо роботи з індивідуальними випадками, і САО мають пройти навчання в цій сфері.

На додачу до цих інструментів Управління міністра оборони США розробило універсальний опитувальник для оцінювання задоволеності процесом допомоги, який був поширений серед найближчих родичів всіма службами, починаючи з першого кварталу 2007 року.

ВІЙСЬКОВА КОМАНДА ДОГЛЯДУ

Концепція команди догляду розроблена за проектом «Військове подружжя» Військового коледжу Карлайсл, Пенсильванія (Spouses Project at the Army War College) [7]. Команда зазвичай складається з дружин волонтерів з раніше сформованої групи сімейної готовності того ж батальйону або роти, до яких належав і померлий військовослужбовець. Тренінги команди догляду віддзеркалюють тренінги для САО, хоча вони були формалізовані різними способами на місцях. Наприклад, «Військове подружжя» у Форт Карсоні (штат Колорадо) розробило і використовувало Керівництво з навчання «Розумна книга» [8]. У багатьох інших місцях практики команди догляду були реалізовані з менш розвинутими формальними процедурами.

Команда догляду пропонує короткостроковий перепочинок і підтримувальну допомогу сім'ям загиблих, а також допомагає родинам тяжкопоранених солдатів. Команда призначена для допомоги в тимчасовий перехідний період, поки не почне діяти головна структура допомоги. Кожна команда догляду складається з керівника та інших учасників. Вона працює з командою повідомлення про нещасний випадок, якщо сім'я того, хто вижив, згодна з цим. Учасники команди допомоги активують плани з надання допомоги членам сім'ї, координують більш ефективне використання ресурсів військової спільноти, а також розробляють додаткові персоналізовані ресурси, щоб допомогти членам сім'ї вцілілого. Команди догляду домоглися успіху в персоналізації повідомлення і первинній підтримці сім'ї постраждалого. Команди також знижують навантаження на подружжя волонтерів, більше спираючись на сили команди і не переобтяжуючи окремих осіб.

РЕАКЦІЯ НА ГОРЕ

Реакція дорослих на горе

Скорбота і смуток — це реакція людей на втрату в їхньому житті. Горе спричиняє низку реакцій, які варіюють залежно від типу втрати, конкретних обставин і досвіду людини. Коли люди сумують, вони погоджуються з втратою, яка змінює життя. Здорова скорбота дає змогу почати пошук нового способу життя, поки люди долають нестачу, створену втратою. Горе не має обмеження за

часом. Фази, наведені в таблиці 33.1, описують загальну часову шкалу, яку може переживати дорослий. Однак люди нерідко рухаються вперед і назад між фазами або проявляють реакції, притаманні декільком фазам одночасно.

Кожен переживає горе фізично, емоційно, психологічно, соціально і часто духовно. Фізичними реакціями можуть бути біль, запаморочення, задишка і порушення сну (сонливість чи безсоння). Дорослі в скорботі можуть відчувати різноманітні емоційні реакції, зокрема плаксивість, страх, гнів і заздрість. Дорослі іноді мають змішані або суперечливі думки. Вони можуть почуватися винними, очікувати повернення небіжчика або переживати порушені спогади та мрії. У соціальному сенсі люди в скорботі, найімовірніше, почуваються самотніми або ізольованими і можуть потребувати перегляду чи відновлення стосунків. Ті, хто перебуває в скорботі, можуть виявити, що духовні або релігійні практики дуже корисні і дають надію. Іноді смерть коханої людини здатна призвести до того, що людина піддає сумніву основи своєї релігійної віри.

Горе може проявлятися такими симптомами, як пригнічуване почуття втрати з сильним почуттям туги або бажання повернути кохану людину. Родичі загиблого можуть переживати глибоке почуття порожнечі і відчувати, що частина їх померла. Ті, хто тужать за померлим, часто говорять про генералізований біль або тяжкість у грудях. Вони можуть почуватися пригніченими, без надії дивляться в майбутнє. Те, що колись було важливим, втрачає значення. Ті, хто страждають через втрату, здатні легко розплакатися і втратити цікавість до їжі; вони можуть відчувати розлад шлунку, головний біль і почуття занепокоєння. Часто вони прагнуть зберегти пам'ять про своїх близьких і віру в те, у що вірили їхні близькі, вони намагаються знайти сенс у військовій місії загиблого. Політичні, культурні й економічні сфери перетинаються в цих подвійних фокусах [9].

Дитяча реакція на горе

Діти відчувають раптову і глибоку зміну життя, коли втрачають батьків у бою. У кожному випадку смерть одного з батьків відбувається надто рано для віку та стану здоров'я цієї людини, а також стосунків з дитиною. З 2001 року тисячі дітей втратили батьків-військовослужбовців у бойових операціях в Іраку та Афганістані. Смерть військовослужбовців вплинула на безліч інших дітей, для кого загиблі в бою були братами, сестрами, кузе-

ТАБЛИЦЯ 33.1

ЧАСОВА ШКАЛА ДОРОСЛОГО ГОРЯ

Фаза	**I**	**II**	**III**	**IV**
Опис	Реакція може бути результатом повідомлення і відбутися одразу ж після повідомлення	Реакція містить уникання і плутанину	Реакція містить адаптацію до смерті	Реакція характеризується реконструкцією і примиренням
Реакція	«Боротьба або втеча»	Гнів, страх, почуття провини	З'являються позитивні думки	Надія
Думки	Онімілість або дезорієнтація	Двозначність і невизначеність	Вирішення проблем	Консолідація вирішених проблем
Напрям	Пошук втраченого об'єкта	Намагання примиритися, відірваність, депресія	Пошук нового об'єкта	Нова прихильність
Пошукова поведінка	Згадування	Приголомшеність і сканування	Акцент на дослідженні нового	Перевірка реальності
Потрібне керівництво	Прийняття почуттів	Спрямування на завдання	Підтримка та духовне прозріння	Прорив і відновлена надія

нами, тітками, дядьками або іншими членами великої родини. Ці втрати можуть бути настільки ж глибокими.

Так само, як і дорослі, діти сумують через смерть близьких. Смерть в сім'ї вражає дітей різного віку: від немовлят і дітей ясельного віку до підлітків (див. додаток 33.1). Діти, як і дорослі, переживають глибоке почуття втрати або смуток, коли любима людина вмирає. Багато хто вважає, що діти не розуміють смерть точно так само, як дорослі, тому вони мають меншу емоційну реакцію. Але це не так. Смерть близьких, найімовірніше, сильно впливає на дітей, але вони не в змозі повною мірою висловити незрозумілі думки і почуття. Тимчасом як багато дітей можуть висловити сум, плакати або стати замкнутішими, інші виражають свої емоції, повернувшись до поведінки, притаманної більш ранньому дитинству. Немовлята і малюки, імовірно, переживають смерть через емоційні реакції чи зміни в наявності важливих дорослих у їхньому житті та реагують на ці зміни. Дуже маленькі діти демонструють зміни в звичках сну або їжі, частіше мають істерики або гіперактивну поведінку. Діти шкільного віку можуть висловити емоційні проблеми через фізичні скарги, як-от біль у животі чи головний біль. Підлітки часто хочуть видаватися незалежними, ніби вони не потребують допомоги дорослих. Їхні похмурість чи вдавану відірваність не потрібно помилково сприймати як відсутність емоційної реакції на смерть. Поведінкові зміни в дитини, яка переживає горе, найшвидше, викликані емоційною реакцією, а не дисциплінарними проблемами.

Діти, які втрачають військових членів родини під час війни, схожі на інших дітей у скорботі у багатьох проявах. Попри це, у деяких аспектах втрата військового члена сім'ї вирізняється. Військовослужбовці можуть перебувати на розгортанні протягом тривалого періоду до смерті, і діти можуть звикнути до фізичної відсутності померлого батька/матері або члена сім'ї, що робить складнішим прийняття постійності втрати. Оскільки військові смерті у воєнний час розглядаються як суспільна подія, сімейна конфіденційність під час скорботи може бути зменшена. Члени родини й громади мають допомогти захистити дітей від тривожного впливу засобів масової інформації або інших небажаних впливів на процес скорботи. Сім'ї загиблих, що живуть на військових об'єктах, будуть, імовірно, оточені підтримкою та увагою громади. Зазвичай родини цінують допомогу і вдячні за таку увагу до себе. Утім, можливо, сім'ям буде потрібно встановити межі, щоб гарантувати, що увага не стане обтяжливою. Сім'ї Резерву й Національної гвардії або тих, хто живе за межами військових містечок, можуть відчути, що цивільні сім'ї тих, хто живе по сусідству, гірше розуміють їхнє горе. Діти, які відвідують школи з кількома іншими військовими дітьми, можуть виявитися ізольованими в своїх переживаннях втрати. Нарешті, не всі військові смерті однакові: деякі діти втрачають близьких у бою, а інші — у результаті нещасного випадку або з інших причин.

Реакція дитини на смерть батьків пов'язана з реакцією того з батьків, хто вижив: «Діти опиняються в небезпеці через труднощі, які виникають одразу чи пізніше у тій мірі, у якій вони мають більш високу ймовірність неадекватної батьківської поведінки або інших характеристик оточення як до, так і після втрати когось з батьків» [10, с. 431]. Двовимірний і багатовимірний аналізи показують, що здоров'я батьків, які вижили, безпосередньо пов'язане з тим, наскільки добре дитина буде адаптуватись [11]; проте навіть «здорова» батьківська реакція не гарантує «здорової» реакції дитини. Навіть якщо здається, що дитина добре проходить період горя, буде корисно повідомити про смерть іншим дорослим у житті дитини. Викладачі, тренери, медики, духовні та релігійні лідери часто пропонують підтримку дітям, які переживають втрату, у контексті щоденної взаємодії.

Діти дуже обізнані про взаємини, поведінку і емоції дорослих, яких вони бачать навколо себе. Батьки й вихователі мають допомогти дітям зрозуміти, що вони, найімовірніше, побачать, як люди сумують. Діти здатні заспокоїтися, коли зрозуміють, що прояв емоцій, зокрема печалі, є природним способом показати, як сильно люди піклувались про покійного і як їм його бракуватиме. Діти почуваються більш упевнено, коли бачать, як дорослі впоруються з емоційно хворобливою ситуацією без втрати контролю. Сльози і сум слід очікувати. Проте дорослі мають захищати дітей від того, щоб вони стали свідками неконтрольованих проявів емоцій, які здатні налякати.

ДОДАТОК 33.1

ДИТЯЧІ ЕМОЦІЙНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РЕАКЦІЇ НА СМЕРТЬ

Немовлята і малюки:
- плачуть
- шукають батьків/вихователів
- чіпляються
- змінюють звички, пов'язані зі сном та їжею
- регресують до більш ранньої форми поведінки (наприклад, нічне нетримання сечі, смоктання пальця)
- повторно відтворюють ігрові дії або розмови

Дошкільнята (3–5 років):
- бояться розділення (наприклад, з батьками чи тими, кого люблять)
- чіпляються
- стаються істерики, дратівливі спалахи
- б'ються
- плачуть
- спостерігається відсторонення
- регресують до більш ранньої форми поведінки (наприклад, нічне нетримання сечі, смоктання пальця)
- спостерігаються труднощі зі сном (нічні кошмари, важко засипати на самоті)
- підвищується частота звичайних страхів (наприклад, темрява, монстри)
- з'являється магічне мислення, вважають, що людина може знову з'явитись
- діють і говорять так, ніби людина не хвора або досі жива

Діти молодшого шкільного віку (6–9 років):
- гніваються, брешуть, залякують
- заперечують
- роздратовуються
- звинувачують себе
- спостерігається коливання настрою
- бояться розділення, самоти або відчуття повторюваності подій
- відсторонюються
- регресують до більш ранньої форми поведінки
- спостерігаються фізичні скарги (біль у животі, головний біль)
- з'являються проблеми в школі (прогули, труднощі в навчанні, труднощі з концентрацією уваги)

Діти середнього шкільного віку (9–12 років):
- плачуть
- прагнуть до того, хто помер
- діють агресивно, роздратовано, залякують
- відчувають обурення
- відчувають смуток, замкнутість, відчуження
- мають побоювання, неспокій, біль
- придушують емоції, заперечують, уникають
- звинувачують себе, відчувають провину
- спостерігається порушення сну
- турбуються про фізичне здоров'я і мають фізичні скарги
- знижується успішність, дисципліна, відвідування, погіршується пам'ять
- повторно думають і говорять
- висловлюють істеричні побоювання і потребують допомоги

Ранні підлітки і підлітки (13–18 років):
- відчувають обурення, втрату довіри
- відчувають провину, сором
- відчувають депресію, мають суїцидальні думки
- дистанціюються, спостерігається відчуженість, паніка
- змінюється настрій, з'являється дратівливість
- відчувають занепокоєння, паніку, дисоціацію
- відчувають гнів
- поглиблюються себе
- спостерігається перебільшена ейфорія
- прикидаються (беруть участь у ризикованій, антигромадській або незаконній поведінці)
- зловживають наркотиками або алкоголем
- з'являється страх подібних подій, хвороб, смерті, майбутнього
- змінюється апетит, сон
- відчувають фізичні проблеми або зміни
- знижується успішність у навчанні, відмовляються йти в школу

Якщо подібна ситуація виникає, дорослі мають поговорити з дітьми про те, що вони бачать. Таким чином подія стане більш зрозумілою і менш страшною.

Дуже мало було написано про дітей, які переживають втрату батьків у середовищі воєнного часу; однак переважна кількість літератури досліджує питання горя в дітей, що зазнають травматичної втрати або смерті одного з батьків за інших обставин.

Ця відмінність важлива, щоб розуміти, як смерть і втрата рідної людини посилюється при подальших соціальних, освітніх і фінансових змінах, які переживає військова сім'я в результаті

втрати усталеного способу життя і порушення повсякденності [11].

Здебільшого це молода сім'я, у якої змінюються соціальний статус (з військового на цивільний) і місце проживання, погіршуються фінансові обставини. Переїзд родини, імовірно, призводить до змін у громадах, школах, групах однолітків і формах активності. Отже, зміни в сім'ї здатні обмежити системи підтримки дітей. Такі переходи зазвичай украй складні як для дітей, так і для батьків і можуть певним чином стати найскладнішими аспектами смерті для дітей.

На навчальному брифінгу для команди догляду капелан Джеймс Еллісон з Форт Карсона просить слухачів подумати про те, скільки разів вони пережили смерть близького члена родини, і відзначити, як це змінило їхнє життя. Потім він обговорює, як діти, які пережили смерть одного з батьків, отримали «досвід, що змінює життя» на трьох рівнях:

1) втрата одного з батьків;
2) втрата сталих стосунків з тим із батьків, хто вижив;
3) втрата почуття сімейного устрою.

Діти і військові похорони

Військові традиції та ритуали слідують за смертю військовослужбовця від прибуття формальної команди повідомлення про смерть до військового вшанування над могилою. Члени сім'ї можуть вирішувати, до якої міри вони будуть включати військову традицію в свій траур. Багато дітей і сімей вважають військові церемонії заспокійливими, інші — ні. Традиції військових похорон мають довгу історію і містять заходи та ритуали, які здатні викликати різні реакції. Діти мають різні рівні інформації про природу смерті, і сімейні похорони можуть стати першим знайомством дитини з поховальними церемоніями. Труна, військові мундири, стрільба зі зброї і складання прапора — усе це може викликати подив, цікавість, а іноді плутанину і страх. Допомагаючи дітям підготуватися і зрозуміти ці події, ми також допомагаємо їм інтегрувати складний і емоційно заряджений досвід військового поховання. Хоча похорони є часом сімейного болю, вони також є часом збору родини. Контакти з іншими членами сім'ї та близькими друзями до, під час і після церемонії спроможні заспокоювати дітей і показувати, що їм не потрібно переживати свою печаль на самоті. Діти і члени родини можуть висловлювати гордість життям померлого, згадати про досвід, яким він ділився, або не говорити взагалі нічого. Діти цінують силу оповідань. Особливо корисними є історії, які викликають позитивні спогади про померлого. Найкраще дозволити дітям установити їхній власний рівень комфорту та участі в похованні. М'яке заспокоєння, яке дають дітям дорослі, дуже корисне. Проте недоцільно змушувати дітей відвідувати прощання або ритуальні послуги, коли вони демонструють значний дискомфорт у цих ситуаціях. Якщо сім'я вибирає відкриту труну для прощання, діти можуть захотіти або не захотіти дивитись на покійного. Вони ніколи не повинні відчувати себе змушеними підходити або торкатися тіла; їм не потрібно забороняти наближатися до труни, якщо вони того побажають. Коли діти вирішують наблизитися, дорослі мають стежити за маленькими дітьми, заспокоювати їх, якщо це необхідно, і відповідати на будь-які питання, які вони могли б мати. Правильно підготовлені діти зазвичай не відчуватимуть значного дискомфорту під час участі в панахиді.

У дітей має бути змога поводитися як діти. Їхня участь і діяльність під час похорону може відрізнятися залежно від віку. Старші здатні проявляти зацікавленість або нудьгу на церемонії, але насправді вони можуть намагатись спостерігати і усвідомлювати те, що відчувають. Деякі малі діти здаються відстороненими або бігають навколо та створюють завади в церемонії. Така активність може бути здоровим проявом нормальної дитячої поведінки чи проявом їхньої тривоги. Руйнівна, неслухняна і неповажна поведінка, найімовірніше, буде ознакою того, що діти перевантажені і потребують перерви, аби побути в тиші осторонь від церемонії. Похорон зазвичай не є вдалим часом для того, щоб дисциплінувати дітей.

Травматичне горе

Смерть у сім'ї — завжди болісний досвід. Як сім'ї поліцейських і пожежників, родини військово-

службовців знають про ризики, властиві службі в далекому та небезпечному місці. Попри це, військові смерті є болісними і зазвичай раптовими та несподіваними.

> Бойові (пов'язані з боєм) і смерті, які відбулися під час тренувань, — усі вони є раптовими і травматичними та особливо важкими для військових вдів (сімей). Ці смерті часто завдають значної шкоди тілу, роблячи неможливим дивитись на нього або виправити його [12, с. 50].

Травматичні смерті відрізняються від передбачуваних смертей, і їхній вплив на подружжя, сім'ї, дітей і громади може бути глибоким. Нижче наведені загальні характеристики травматичної смерті, яка може:

- статися раптово, непередбачувано заздалегідь, без можливості підготуватися або попрощатися;
- бути несвоєчасною, а для когось — бути смертю дитини, незважаючи на вік;
- статися як наслідок насильства і призвести до насильницької шкоди для тіла;
- статися більше, ніж з одною людиною;
- бути результатом ненавмисних дій інших, як-от недбальство.

Багато людей переживають раптову травматичну втрату дорогої людини як якийсь переломний момент в їхньому житті. Такі втрати складно прийняти як дорослим, так і дітям. Громади часто поділяють ці травматичні втрати і переживання.

Слідом за травматичною втратою можуть виникнути травматичні симптоми горя. На відміну від звичайної печалі, травматичні симптоми горя можуть супроводжуватися почуттям жаху і тривоги, емоційного оніміння і відчуття ізоляції. Деякі люди не спроможні згадати значної частини того, що сталося; інші страждають від спогадів або відчуттів, що вони повторно відчувають, або переживають події в болісних спогадах. Травматичні смерті часто зумовлюють крайній стрес, який може істотно перешкоджати виконанню щоденних функцій протягом тривалого періоду.

У тих, хто страждає від травматичної втрати, можуть розвинутися симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР діагностується, коли наявні такі три групи симптомів: 1) повторне переживання травматичної події, зумовлене хворобливими, нав'язливими думками, або уникнення, яке позначається помітними зусиллями триматися подалі від діяльності, місця або речей, пов'язаних зі смертю дорогої людини; 2) емоційне оніміння, зумовлене почуттям відокремленості від інших; 3) труднощі зі сном і концентрацією уваги, дратівливість і схильність легко лякатися і віддалятись від інших. Навіть якщо всі критерії для діагностики ПТСР не були наявні, люди можуть страждати від симптомів, спричинених втратою, наприклад від самозвинувачення і відчуття провини. Вони шукають подумки способи, якими могли б або були зобов'язані запобігти цій втраті, що сталась. Або ж уявляють способи, якими могли б врятувати загиблого, чи мають почуття провини щодо подій, які відбулися до смерті.

Через втрату годувальника травматична смерть часто загрожує відчуттю особистої безпеки, захисту і здатності довіряти іншим. Щоб прийняти реальність раптової втрати, може знадобитися багато часу. Ті, хто залишилися живими, насправді усвідомлюють, що їхня кохана людина померла, але можуть помітити, як чекають на те, що померлий увійде в двері або зателефонує. Втрата коханої людини може бути тяжкою. Вона стає особливо тривожною, якщо тіло не було знайдено. Раптові травматичні втрати часто піднімають екзистенціальні і духовні питання, наприклад нездатність прийняти втрату або відчуття, що людина зраджена Богом [13].

Для деяких дітей ступінь емоційної реакції може бути настільки ж великим, або вони можуть мати труднощі в здорових проявах горя. Деякі діти військових повторно переживають смерть у кошмарах, тривожних спогадах або повторюваній грі. Інколи вони уникають нагадування про людину, яка померла, або, як і раніше, демонструють глибоку печаль чи невтішне занепокоєння незабаром після смерті. У таких обставинах дитина демонструє симптоми травматичної реакції горя, яка вимагає професійної оцінки і лікування. Коли дорослі стурбовані тим, що дитина намагається пристосуватися до смерті, вони мають поговорити з педіатром і шукати допомоги дитячого та підліткового психіатра, психолога або іншого лікаря. Такі стани виліковуються, але вони можуть погіршитися, якщо на них не зважати.

Служби підтримки та організації

Численні громадські і медичні послуги доступні у військових і цивільних громадах по всій країні для задоволення потреб сімей, які втратили військового родича під час служби. Зараз існує кілька організацій, які забезпечують підтримку військових вдів і вдівців, а також дітей військовослужбовців, які втратили батьків. «Дружини Золотої Зірки Америки» (Gold Star Wives of America) є організацією військових вдів і вдівців, чий партнер помер під час дійсної служби або від ран, отриманих на службі. Ця організація допомагає вдовам і вдівцям військовослужбовців, які загинули в усіх конфліктах і від ран, отриманих під час служби, з моменту її заснування в 1945 році.

Програма допомоги в біді для тих, хто втратив близьку людину (TAPS — Tragedy Assistance Program for Survivors), також забезпечує підтримку сімей тих, хто загинув на службі. TAPS спонсорує щорічний дитячий табір у Вашингтоні (округ Колумбія):

> «...проводить кілька групових та індивідуальних заходів, щоб допомоги дітям виразити почуття, незрозумілі й важкі для прийняття людям, які не мають їхнього досвіду. Табір має звичайні соціальні заходи й заходи, які проводяться на відкритому повітрі, сприяють підтримці від однолітків, та групові заняття, що дають змогу дітям провести важливе оброблення власного досвіду і скорботи... (також) є програма, що дає змогу батькам, які залишилися в дитини, провести подібну терапевтичну роботу з іншими батьками, поки діти займаються в таборі» [13, с. 273].

Ряд інших організацій розробили програми допомоги дітям військових із травматичним горем, які втратили батька/матір в бою, через травму або хворобу. Докладніша інформація про програму Національної військової сімейної асоціації (National Military Family Association) «Пройдемо разом з військовими сім'ями» організації «Від нуля до трьох» (Zero to Three's) та про ініціативу «Нове нормальне життя» Дитячого освітнього союзу (Military Child Education Coalition's), а також про інші ресурси міститься в додатках до цього розділу. Із неускладненим горем часто впоруються в межах сім'ї, громади або групи друзів. Для овдовілого подружжя і дітей може бути корисним приєднатися до терапевтичної групи або групи самодопомоги, які зосереджуються на смутку. Зазвичай такі групи складаються з інших людей у скорботі та дають змогу дорослим і дітям взаємодіяти з тими, хто мав подібний досвід. Їх можуть вести консультанти, які працюють з горем, священики, психіатри або координатори з-поміж таких самих членів групи. Для деяких дорослих і дітей індивідуальні консультаційні сесії, присвячені горю, можуть виявитися комфортнішими. І в цьому разі ті самі консультанти, священики, психіатри або інші фахівці спроможні надавати ці послуги. Військове джерело OneSource також є важливим ресурсом для надання сім'ям громадських послуг.

За наявності симптомів травматичного горя, ПТСР чи депресії або коли поведінка містить ризик для здоров'я, як, наприклад, збільшене вживання алкоголю, необхідне направлення на грамотне психологічне лікування. Психіатри, психологи, соціальні працівники і консультанти забезпечують психологічну допомогу у військових медичних закладах, через місцеві громадські психологічні служби та роботу залучених фахівців TRICARE. Проте останнім часом Оперативна група з психічного здоров'я Міністерства оборони виявляє численні бар'єри, які можуть блокувати доступ членам сім'ї загиблого військовослужбовця до необхідних заходів [14]. Необхідно заохочувати вдів і вдівців і дітей відстоювати власні потреби за допомогою відповідних ресурсів. Лікарі, які роблять первинний догляд, священики і громадські фахівці можуть допомогти досягти цієї мети. Медичні та громадські фахівці також можуть допомогти сім'ям, які уникають психологічного консультування через пов'язані з цим асоціації та можливе тавро.

Через зміну культурного статусу сім'ї загиблих можуть почуватися відстороненими від військової спільноти та водночас не знайти комфорту в цивільному співтоваристві, в яке вони переходять. Як зазначено у «Військові вдови: Посібник з виживання», бездітні дружини відчувають, що:

> «навіть якщо ви залишаєтесь військовозобов'язаними, ваш статус в армії змінився. Ви військовозобов'язані, які не мають чоловіка. Ви більше не пов'язані з жодним підрозділом або командою... Мовчазне невизнання або ненадання уваги вдо-

вам у військовій інфраструктурі є ключовим аспектом, який ускладнює горе»[12, с. 108].

Цей досвід ускладнює для сімей можливість звернутись до потрібних їм психологічних служб.

ОСОБЛИВІ УМОВИ

Смерть, хвороба або травма командира

Якщо командир убитий, у підрозділі розгоряються емоції. Певним чином ніхто не очікує, що командир може бути уразливим. Оскільки дружина командира зазвичай допомагає іншим, підрозділу важко визначити, як допомогти їй. Крім того, дружині командира може бути важко прийняти допомогу від підрозділу. Коли вмирає командир, підрозділ раптово втрачає розуміння про напрям дій як для дійсних військовослужбовців, так і для членів їхніх сімей, що приводить до значних змін у житті всіх. Знання про цю особливість може допомогти підрозділу впоратися з втратою.

Самогубство

Для членів сім'ї загиблого переживання наслідків самогубства та скорбота можуть ускладнюватись почуттям невдачі, сорому і провини. Громадський контроль і військовий запит про природу смерті здатні ускладнити нормальну скорботу родини. У таких обставинах сім'ям може бути незручно використовувати військові або сімейні традиції вшанування мертвих. Оскільки дорослі інколи вагаються, чи розповісти про це дітям (навіть якщо ця інформація доцільна і може бути корисною), дітям може бути особливо складно прийняти смерть. Часто вони розуміють характер смерті, але зустрічають мовчання, коли ставлять питання. Чутливість до унікального характеру дитячої втрати допоможе вихователю краще заспокоїти дитину і допомогти їй.

Зниклі безвісти та військовополонені

Сім'ї військовослужбовців, зниклих безвісти в бою, або військовополонених змушені мати справу з невизначеністю статусу коханої людини. Страждання, які, можливо, доведеться терпіти невизначений період, посилюють це дуже емоційне і болісне випробування. Надання постійної емоційної, духовної та матеріально-технічної підтримки сім'ям цих військовослужбовців є унікальним завданням. Потрібно мати на увазі, що потреби і бажання кожної сім'ї визначатимуться її особливою ситуацією; родини потрібно заохочувати просити той вид та обсяг допомоги, якому вони віддають перевагу.

Масові жертви

Множинні травми або смерті, звичайно, є однією з найважчих ситуацій, з якою може зіткнутися військовий підрозділ. Коли одночасно відбувається кілька трагедій, сім'ї постраждалих мають унікальний зв'язок. Після того, як пройде кілька днів або навіть тижнів, вони можуть бути зацікавлені в отриманні зв'язку один з одним. Навіть коли трагедії відбуваються одночасно, не існує двох родин, які реагують на події однаково.

Смерть подружжя або дитини

У багатьох випадках військові підрозділи повторюють такі сімейні характеристики, як згуртованість і виховання. Коли в підрозділі трапляється травма, можливість впливу на багатьох або всіх членів «сімейного підрозділу» може бути далекосяжною, особливо в разі смерті подружжя або дитини військовослужбовця. Втрата подружжя або дитини в будь-яких обставинах є такою, що травмує, але коли це відбувається в згуртованій атмосфері військової частини, наслідки можуть посилюватись. Проте ті ж обставини, які роблять цю втрату такою болісною для підрозділу, є джерелом мобілізації підтримки, забезпечуючи комфорт і створюючи середовище для зцілення тих, хто пережив це.

Засоби масової інформації

Американці особливо пишаються і цікавляться життям своїх військовослужбовців, як чоловіків, так і жінок. У наші дні новини повідомляються аудиторії миттєво по всьому світу. Щоразу, коли вбито або поранено військовослужбовця, американці хочуть знати, «хто, що, коли, де і чому» це сталося, і засоби масової інформації прагнуть повідомити про це. Залучені журналісти можуть забезпечити негайне охоплення підрозділу, яке знаходиться на розгортанні, і нещасні випадки потрапляють у спеціальні доповіді вечірніх новин. З появою мобільних і супутникових телефонів новини про смерть військовослужбовця можуть оминути звичайні канали повідомлення. У найбільш напружені години адаптації до травми в підрозділі представники засобів масової інформації можуть підійти до членів сім'ї загиблого для проведення формального інтерв'ю, отримання неофіційного коментаря або безпосередньої реакції. Офіс зі зв'язків з громадськістю може взяти на себе будь-яку взаємодію з засобами масової інформації, це буде корисно для сім'ї. Також рекомендується повідомляти командування щоразу, коли представники ЗМІ наближаються до членів родини.

ВИСНОВКИ

Сім'ї та діти військовослужбовців, померлих під час виконання службових обов'язків, стикаються зі значними труднощами. Більшість родин військовослужбовців за своєю природою здорові та стійкі, від більшості з них можна очікувати, що вони зроблять перехід від періоду скорботи до нового стану здоров'я в межах цивільної громади, до якої переїдуть. Попри це для всіх сімей, які переживають горе, може бути доречною допомога громади. Фахівці мають пам'ятати про очікувані реакції дорослих і дітей, коли вони долають здорову скорботу. Як зазначено в цьому Розділі, зашкодити здоровій адаптації може розвиток симптомів травматичної реакції горя, ПТСР, депресія або небезпечна для здоров'я поведінка. Фахівцям також необхідно пам'ятати, що діти, які втрачають батьків, опиняються в групі додаткового ризику розвитку поведінкових проблем, порівняно з їхніми однолітками, які не переживають горя. Щоб ліпше розуміти, коли діти добре адаптуються, а коли вони потребують додаткової допомоги, необхідно усвідомлювати вікові відмінності дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. US Department of Defense. *1st Quadrennial Quality of Life Review.* Washington, DC: DoD; 2004.
2. US Department of the Army. *A Guide for the Survivors of Deceased Army Members*. Washington, DC: DA; 1989. DA Pamphlet 608-4.
3. US Department of the Army. *Army Casualty Program*. Washington, DC: DA; 2007. Army Regulation 600-8-1.
4. Ender MG, Bartone PT, Kolditz TA. Fallen soldiers: death and the US military. In: Bryant CD, ed. *Handbook of Death and Dying.* Thousand Oaks, Calif: Sage; 2003: 544–555.
5. Michael Wardlaw, Casualty Assistance Director, US Navy. *Measuring Customer Satisfaction for Navy Casualty Assistance Calls Program (CACP).* Unpublished research proposal; data are from casualty assistance call officers' surveys, 2003.
6. National Defense Authorization Act. 10 USC §1475. Available at: http://uscode.house.gov/download/pls/10C75.txt. Accessed March 25, 2011.
7. Army War College Spouses' Project. *A Leaders Guide to Trauma in the Unit*. Carlisle Barracks, Penn: Army War College; 2004: 6. Available at: http://www.carlisle.army.mil/usawc/dclm/docs/traumapdf.pdf. Accessed December 12, 2009.

8. Roy C. *Care Team Smart Book* [unpublished manual]. Fort Carson, Colo: Family Readiness Center; 2005.

9. Deb Busch, founder of Helping Unite Gold Star Survivors at Fort Hood, Texas. Personal communication, December 13, 2007.

10. Tremblay GC, Israel AC. Children's adjustment to parental death. *Clin Psychol: Sci Pract*. 1998;5:424–438.

11. Katler N, Lohnes K, Chasin J, et al. The adjustment of parentally bereaved children: factors associated with short-term adjustment. *Omega: J Death Dying*. 2002–2003;46(1):15–34.

12. Steen JM, Asaro MR. *Military Widow: A Survival Guide*. Annapolis, Md: Naval Institute Press; 2006.

13. Hardaway T. Treatment of psychological trauma in children of military families. In: Webb NB, ed. *Mass Trauma and Violence: Helping Families and Children Cope*. New York, NY: Guildford Press; 2004: 259–282.

14. Department of Defense Task Force on Mental Health. *An Achievable Vision: Report of the Department of Defense Task Force on Mental Health*. Falls Church, Va: Defense Health Board; 2007. Available at: http://www.health.mil/dhb/mhtf/MHTF-Report-Final.pdf. Accessed November 5, 2009.

ДОДАТОК

РЕСУРСИ ДЛЯ СІМЕЙ ПОМЕРЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Організації та програми

Меморіальний проект Національного кладовища Арлінгтон

У 2009 році Меморіальний проект Національного кладовища Арлінгтон у партнерстві з Річем Кларксоном із колегами та Національним географічним товариством видали спеціальну меморіальну подарункову книгу. Вона призначалася для дітей, які після 11 вересня 2001 року втратили близьких людей, які проходили службу та поховані на Національному кладовищі Арлінгтон. «Для дітей доблесті: Національне кладовище Арлінгтон» видано для того, щоб допомогти цим дітям зрозуміти та пережити своє горе. У книгу також включено керівництво щодо допоміжних ресурсів для батьків.

Єдине військове джерело (Military OneSource)

Єдине військове джерело — це послуга, яка надається Міністерством оборони безкоштовно військовослужбовцям дійсної служби, Національної гвардії, Резерву та членам їхніх сімей. Єдине військове джерело доступне по телефону, через інтернет і особисто через приватні консультаційні сесії в місцевій громаді. Його висококваліфіковані консультанти надають допомогу з догляду за дітьми, особистими фінансами, емоційну підтримку під час розгортання, інформацію стосовно переїзду і ресурси, необхідні для особливих умов. Допомога передбачає індивідуальні консультації з конкретних питань, таких як освіта, особливі потреби і фінанси, а також детальний розгляд громадських ресурсів і відповідного військового спрямування. Доступ за адресою: http://www.militaryonesource.com. Доступно з 19 серпня 2009 року.

TRICARE

TRICARE — це програма охорони здоров'я військовослужбовців дійсної служби, Національної гвардії та Резерву, пенсіонерів, членів їхніх сімей і родичів загиблих по всьому світу. Як основний компонент військової системи охорони здоров'я TRICARE об'єднує військові медичні ресурси і доповнює їх мережами громадських медичних працівників, установ, аптек і постачальників, щоб забезпечити доступ до високоякісних медичних послуг при збереженні можливості підтримки військових операцій. Доступ за адресою: http://www.tricare.mil. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Військовий домашній фронт (Military Homefront)

Військове життя має унікальні проблеми: від покупок у військовому магазині до переїзду в інші країни. Достовірна інформація про те, як упоратися з цими проблеми, може перетворити стрес на успіх. Військовий домашній фронт забезпечує точну й актуальну інформацію про програми Міністерства оборони для військових команд та їхніх сімей. Доступ за адресою: http://www.militaryhomefront.dod.mil. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Ініціатива «Нове нормальне життя» Військового дитячого освітнього союзу (The Military Child Education Coalition's Living in the New Normal Initiative)

Турбота про дітей військових, які переживають хворобу, травму або смерть одного з батьків, надихнула Дитячий освітній Союз (MCEC — Military Child Education Coalition) розробити ініціативу «Нове нормальне життя» (LINN — the Living in the New Normal). Це допомога процвітанню дітей у добрі та в погані часи у межах співпраці експертів у галузі травми та горя, стійкості, охорони здоров'я і розвитку дитини. LINN заохочує сім'ї докладати зусиль, щоб їхні діти мали інструменти для долання викликів, які відбуваються в їхньому житті, а також сприяє зусиллям військової сім'ї у підтримці дітей. Окрім того, ініціатива надає педагогам та іншим зацікавленим дорослим інформацію, яка допоможе їм підтримувати дітей у часи невизначеності, травми і горя. Зусилля LINN ґрунтуються на переконанні, що діти мужні та стійкі і що ці властивості можуть бути посилені за допомогою навмисного

стимулювання дорослими в їхньому житті. Доступно за адресою: http://www.militarychild.org/linn.asp. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Національна військова сімейна асоціація (National Military Family Association)

Національна військова сімейна асоціація присвячена наданню інформації і вираженню інтересів членів сімей військовослужбовців. Її веб-сайт надає багато інформації для сімей військовослужбовців і співробітників служби підтримки. Асоціація видає щомісячний інформаційний бюлетень, а також щотижневий законодавчий електронний бюлетень «Уряд і ваші інтернет-новини». Доступ за адресою: http://www.nmfa.org. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Ініціатива «Пройдемо разом із військовими сім'ями» організації «Від нуля до трьох» (Zero to Three's Coming Together Around Military Families Initiative)

Ініціатива «Пройдемо разом із військовими сім'ями» некомерційної організації «Від нуля до трьох» збільшує знання про вплив травми, горя і втрати на дуже маленьких дітей через спеціалізоване навчання і допомогу фахівцям, які підтримують сім'ї військовослужбовців у військових установах і цивільних установах місцевої громади, що мають високу частоту участі в розгортанні. Особливий акцент робиться на спеціальних обставинах сімей, що переживають травму та втрату члена сім'ї, який був на розгортанні. Доступ за адресою: http://www.zerotothree.org/military. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Програма допомоги в біді (Tragedy Assistance Program for Survivors)

Програма допомоги в біді (TAPS) була заснована в результаті військової трагедії, після якої члени сім'ї загиблих у бою зрозуміли, що їхній досвід відрізняється від інших видів втрат. Ці сім'ї переживали водночас гордість за те, що їхні кохані служили Америці, та величезний сум через їхню загибель. У TAPS працюють досвідчені, чуйні соціальні працівники, які є зв'язком з федеральними, державними і приватними установами в наданні допомоги членам родини. Доступ за адресою: http://www.taps.org. Доступно з 19 серпня 2009-го.

Дружини Золотої Зірки Америки (Gold Star Wives of America)

Заснована в 1945 році, спільнота «Дружини Золотої Зірки Америки» є організацією військових вдів і вдівців, чиї члени подружжя померли під час виконання службових обов'язків або через отримані травми. «Дружини Золотої Зірки» отримали федеральний статус від Конгресу 4 грудня 1980 року. Доступ за адресою: http://www.goldstarwives.org. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Центр з вивчення травматичного стресу Медичного університету Збройних сил (Uniformed Services University of the Health Sciences Center for the Study of Traumatic Stress)

Центр з вивчення травматичного стресу проводить дослідження, консультації та навчання з підготовки для реагування на психологічні наслідки та вплив на здоров'я травматичних подій, у тому числі природних (урагани, повені і цунамі) і антропогенних (автомобільні аварії і авіакатастрофи, війна, тероризм і біотероризм). Робота центру охоплює дослідження генетичної уразливості до стресу, індивідуальної та громадської реакції на тероризм, політичні рекомендації для допомоги нації та її військовим і цивільним громадам. Доступ за адресою: http://www.centerforthestudyoftraumaticstress.org. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Національна мережа дитячого травматичного стресу (The National Child Traumatic Stress Network)

Заснована Конгресом в 2000 році, Національна мережа дитячого травматичного стресу є унікальною співпрацею академічних і громадських сервіс-центрів, чиє завдання полягає у підвищенні рівня медичної допомоги та розширенні доступу до послуг для травмованих дітей та їхніх сімей по всій території Сполучених Штатів. Поєднання знань про розвиток дитини, експертиз всього діапазону травматичного досвіду дітей і уваги до культурних особливостей робить мережу національним ресурсом для розробки та поширення науково обґрунтованої інформації про лікування травми, громадської та професійної освіти. Доступ за адресою: http://www.nctsn.org. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Американська академія дитячої та підліткової психіатрії (***American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)***

Заснована в 1953 році, Американська академія дитячої та підліткової психіатрії є провідною національною професійною медичною асоціацією, що опікується лікуванням і поліпшенням якості життя дітей, підлітків і сімей, постраждалих від психічних розладів. Академія є членською організацією, в яку входять понад 7500 дитячих і підліткових психіатрів та інших зацікавлених лікарів. Її члени активно досліджують, оцінюють, діагностують і лікують психічні розлади, спрямовуючи і швидко реагуючи на нові розробки в задоволенні медичних потреб дітей та їхніх сімей. Академія поширює інформацію з метою заохочення розуміння психічних захворювань і усунення асоціацій (тавра), пов'язаного з ними, проводить профілактику психічних захворювань і забезпечує належне лікування та доступ до послуг для дітей і підлітків. Доступ за адресою: http://www.aacap.org. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Американська академія педіатрії (American Academy of Pediatrics)

Американська академія педіатрії є організацією 60 000 педіатрів, які прагнуть досягти оптимального фізичного, психічного і соціального здоров'я і добробуту для всіх немовлят, дітей, підлітків і молодих дорослих. Військовий підрозділ академії був заснований в 1959 році для поліпшення здоров'я немовлят, дітей, підлітків і молодих дорослих, які обслуговуються медичними працівниками Армії США, ВМС, Військово-повітряних сил і громадськими закладами охорони здоров'я. Цей підрозділ проводить унікальні освітні форуми для вирішення глобальних питань військової педіатрії. Доступ за адресою: http://www.aap.org. Доступно з 19 серпня 2009 року.

Рекомендована література і довідник з ресурсів Військового дитячого освітнього союзу

Військовий дитячий освітній союз (MCEC — Military Child Education Coalition) рекомендує використовувати ці книги дітьми, які переживають і долають травму, горе і втрату, тільки під прямим наглядом батьків або під керівництвом та з підтримкою інших дбайливих дорослих. Цей список був складений комітетом радників MCEC, що представляють різні сфери: психологів, педагогів, військових сімей, фахівців, які працюють з горем, і професійних розробників. Відтворюється з дозволу MCEC. Викладені у списку джерела ґрунтуються на поглядах і керівних принципах MCEC та не призначені для всеосяжного огляду літератури, а є лише керівництвом.

Ранній початковий рівень

- *«Букет з повітряних кульок»,* Дороті Фергюсон. (*A Bunch of Balloons,* by Dorothy Ferguson).
  Стислий огляд. Автор обговорює втрати і горе, розповідаючи історію про маленьку дитину, яка втрачає повітряну кулю. Потім автор вводить тему смерті і горя та веде читача через різні дії, використовуючи повітряні кулі, щоб змалювати те, що втрачено, і те, що залишається в житті дитини, яка в скорботі. Метою є допомогти дітям у скорботі визнати, що вони втратили, і відзначати те, що вони мають, як і раніше, навіть коли хтось, кого вони любили, помер.

- *«У мене був друг на ім'я Пітер: розмова з дітьми про смерть друга»,* Дженіс Кон. (*I Had a Friend Named Peter: Talking to Children About the Death of a Friend,* by Janice Cohn).
  Стислий огляд. Маленька дівчинка дізнається про раптову смерть свого шкільного друга, Пітера, який випадково потрапив під машину, біжучи за м'ячем. Неперевершений початок допомагає дорослим зрозуміти багато питань, які виникають у дітей після смерті любимої людини. Вмирання і похорони обговорюються прямою мовою. Також у книзі описується шкільна установа з вчителем та класом. Книжка з картинками.
  Навчальні моменти. Дитина розповідає спогади про померлого, те, що подобалось і не подобалось у ньому. У разі раптової смерті дітей запитують, як би вони попрощались з людиною.

- *«Хороший день»,* Кевін Хенкес. (*A Good Day,* by Kevin Henkes).

  Стислий огляд. Чотири маленькі істоти стикаються з дилемою в один день. Використовуючи їхні ситуації, схожі на ті, з якими стикаються маленькі діти, ця історія дає просте послання впевненості в часи печалі, розчарування і самотності. Ця книга надихає до надії і стійкості та пропонує обговорити з дітьми їхні власні ситуації.

- *«Спогади Ганчірного хвоста — Історія, яка допомагає дітям зрозуміти почуття провини»,* Ліз Дакворт. (*Ragtail Remembers—A Story That Helps Children Understand Feelings of Guilt,* by Liz Duckworth).

  Стислий огляд. Це історія про смерть старого кота, який був грайливим компаньйоном і хорошим другом оповідача — миші на ім'я Ганчірний хвіст. Історія написана простою і прямою мовою, яка спонукає до відкритого обговорення почуттів і емоцій, що виникають, коли відбувається смерть і втрата. Книга розповідає про важливість друзів, допомоги через зображення мудрого зимородка, який діє як вірний порадник і вчитель, стаючи новим другом і приятелем для миші. Твір також розповідає про пошану і пам'ять про померлого.

- *«Падіння листа Фредді»,* Лео Баскаглій. (*The Fall of Freddie the Leaf,* by Leo Bascaglia).

  Стислий огляд. Фредді дізнається про цикл життя з листа від свого друга по імені Деніел. Фредді коментує власні думки з приводу смерті свого наставника, а потім своєї власної смерті.

  Увага: переконайтеся, що дитина розуміє, що смерть не є сном і це назавжди.

- *«Стіна»,* Ів Бантінг. (*The Wall,* by Eve Bunting).

  Стислий огляд. У цій мультиплікаційній мальованій книзі маленький хлопчик і його батько відвідують Меморіал ветеранів В'єтнаму («Стіна»), щоб знайти ім'я діда хлопчика. Вони зауважують деталі: предмети, залишені для спогадів, однорідність написів, вигравіруваних на могилах, ветерана, який є інвалідом, і багато іншого. Разом вони труть долонею ім'я діда, що є популярною традицією.

- *«Коли динозаври вмирають: керівництво до розуміння смерті»,* Марк Браун і Лорі Красні. (*When Dinosaurs Die: A Guide to Understanding Death,* by Marc Brown and Laurie Krasney).

  Стислий огляд. У книзі за допомогою динозаврів пояснюється простою мовою почуття людей стосовно смерті близьких і способів вшанування пам'яті тих, хто помер. У творі немає історії, він звертається до страхів, інтересу, звичаїв і визнання військової смерті і війни.

  Увага: хтось може образитись, що смерть тварини представлена як рівна до смерті людини.

  Навчальні моменти. Динозаври вимерли (це може викликати окреме обговорення). Приділіть увагу рисункам, які визначають деталі, пов'язані з дитячими питаннями.

Середній та початковий рівень

- *«Прощання Еверетта Андерсона»,* Люсіль Кліфтон. (*Everett Anderson's Goodbye,* by Lucille Clifton).

  Стислий огляд. Віршована і прекрасно ілюстрована малюнками, зробленими вугіллям, ця книга розповідає про маленького афроамериканського хлопчика, батько якого помер. Теорія стадій горя побачена очима маленького хлопчика через його важку втрату. Різні теорії відрізняються в описі горя через його етапи, фази або процеси. Етапи передбачають лінійну прогресію. Це дослідження підкреслює горе як процес із фазами, які люди можуть відчувати в різний час.

- *«Ранок герані»,* Сенді Пауелл. (*Geranium Morning,* by Sandy Powell).

  Стислий огляд. Дві маленькі дитини, хлопчик і дівчинка, втрачають одного з батьків — батька і мати відповідно. Батько раптово помирає в результаті нещасного випадку, а мати вмирає від хвороби. Діти допомагають один одному подолати горе; історія описує важливість обміну досвідом як джерела відновлення.

Навчальні моменти. Розмова про користь розділеної дружби з кимось, хто мав подібний досвід.
Примітка: друкованої версії цієї книжки немає, але копії можуть бути доступні в інтернеті.

- *«У мене більше немає дядька Філа»,* Марджорі Пеллегріно. (*I Don't Have an Uncle Phil Anymore,* by Marjorie Pellegrino).

  Стислий огляд. Коли дядько маленького хлопчика вмирає, він сідає в літак і летить на похорони. Хлопчик згадує веселі часи, які він переживав зі своїм дядьком Філом, в які ігри вони грали разом та які особливі речі робили з дядьком Філом і двоюрідною сестрою. Він турбується про свою двоюрідну сестру і тітку та про те, хто буде грати з його дядьком тепер. Хлопець спостерігає підтримку колег дядька, пожежників, коли похоронна процесія проходить пожежну. Хлопчик називає це сумним парадом. Він обіймає свою двоюрідну сестру Дженні і втішає її, коли, граючи, вона вигукує: «У мене більше нема тата».

- *«Я сумую за тобою — перший погляд на смерть»,* Пат Томас. (*I Miss You — A First Look at Death,* by Pat Thomas).

  Стислий огляд. Історія написана простою, лагідною, прямою та зрозумілою мовою і розповідає про дівчину. Вона пояснює смерть як природну частину життя, коли після смерті тіло перестає працювати. У книзі розглядаються похорони і обговорюються різні культурні практики та вірування щодо смерті. Питання: «А як же ви?», яке з'являється в нижній частині деяких сторінок, стимулює обговорення питань, які дитина може мати про смерть, почуттів та емоцій, що можуть виникнути у дитини, і складність розуміння. Наприкінці твору є пропозиції з використання книги, які є корисними і повчальними. Надається список пропонованих книг і ресурсів, досить короткий глосарій.

  Увага: фраза «душі інших людей, які померли», що відрізняється від всього тексту, який є заснованим на фактах і реалістичним протягом всієї повісті.

- *«Стрічка пам'яті»,* Ів Бантінг. (*Memory String,* by Eve Bunting).

  Стислий огляд. Мати маленької дівчини вмирає, і мачуха допомагає їй згадати любов, яку вони відчували одна до одної, використовуючи ґудзики як засіб для згадування. Підкреслюється корисна роль мачухи.

  Навчальні моменти. Зберіть ґудзики, у тому числі військові ґудзики та відзнаки, щоб робити стрічки пам'яті. Обговоріть значення кожного ґудзика і те, чому він має таке значення.

- *«Герой в моїй кишені»,* Марлен Лі. (*The Hero in My Pocket,* by Marlene Lee).

  Стислий огляд. Брат і сестра, 10 і 7 років, пережили втрату батька, який помер на службі в Американській армії. Заохочується прогрес в переживанні горя і позитивне відновлення дітей.

  Навчальні моменти. Щоб виявити свої думки та почуття, діти можуть писати або малювати свою частину історії на сторінках книги. Обговоріть подарунок, який дитина може мати (або хоче) на згадку про померлого (95 % дітей мають предмет на згадку [перехідний об'єкт, що зв'язує з померлим] від померлих батьків, який вони тримають у своїх кімнатах). Зберіть «пам'ятні листи» або запросіть клас написати «листи на згадку».

- *«Що це означає? Словник смерті, вмирання і скорботи, терміни для дітей у скорботі та тих, хто їх любить»,* Гарольд Сміт і Джой Джонсон. (*What Does That Mean? A Dictionary of Death, Dying and Grief Terms for Grieving Children and Those Who Love Them,* by Harold Smith and Joy Johnson).

  Стислий огляд. Більше енциклопедія, ніж словник, розумний формат слова, вимови, визначення і прикладів або цитат, іноді з відомої літератури, може бути хорошим ресурсом для класу.

- *«Оуен і Мзі»,* Ізабелла Хаткоф, Крейг Хаткоф і Паула Кахумбу. (*Owen & Mzee,* by Isabella Hatkoff, Craig Hatkoff, and Paula Kahumbu).

  Стислий огляд. Це історія про маленького бегемотика на ім'я Оуен і його друга Мзі, 130-річного черепахи-гіганта. У результаті цунамі 2004 року в Південно-Східній Азії Оуен залишився сиротою. Ця глибока справжня історія нагадує, що навіть перед обличчям трагедії сила дружби допомагає триматись і що наші найважливіші друзі іноді ті, від кого ми найменше цього очікуємо. Істинна демонстрація стійкості і «нового нормального» життя.

- *«Енні втрачає ногу, але знаходить свій шлях»,* Сандра Дж. Філіпсон і Роберт Такач. (*Annie Loses Her Leg but Finds Her Way,* by Sandra J Philipson and Robert Takatch).

  Стислий огляд. Жалісна і водночас смішна історія, заснована на реальному випадку, розповідає про 9-річного англійського спрингер-спанієля, який втрачає свою передню лапу через рак. Двоє дітей, Енні і її жвавий брат Макс, по-різному переживають хворобу тварини та зцілення. Макс заперечує її, а Енні знаходиться в стані сумного прийняття. Це книга про кохання, втрату, дружбу й оптимізм.

Початковий і ранній підлітковий рівень

- *«Смак ожини»,* Доріс Б'юкенен Сміт. (*A Taste of Blackberries,* by Doris Buchanan Smith).

  Стислий огляд. Два підлітки, кращі друзі, планували «весело провести літо», але раптово один хлопчик помирає. Роман розкриває думки, емоції і дії хлопця, який втратив кращого друга.

- *«Справляючись зі смертю і горем»,* Мардж Ітон Хігаард. (*Coping With Death and Grief,* by Marge Eaton Heegaard).

  Стислий огляд. Вісім історій, в яких смерть людини впливає на дітей. Кілька різних видів смерті і стосунків проілюстровані в зручному для читання форматі, з подальшим обговоренням питань горя, змін у взаєминах, реалій щоденного буття і багатьох інших аспектів. Описуються військові похорони і шкільні установи, в тому числі обговорення смерті в класі.

  Навчальні моменти. Обговоріть поняття горя як реального факту, нормального аспекту людського буття, та як взаємини з кимось є основним чинником в переживанні горя.

- *«Що відчуваєш, коли хтось з батьків вмирає»,* Джилл Кременць. (*How It Feels When a Parent Dies,* by Jill Krementz).

  Стислий огляд. Вісімнадцять дітей, юнаків та дівчат віком від 7 до 16 років, написали есе про власний досвід і почуття з приводу смерті їхніх батьків. Представлені різні типи втрати, а також ряд звичайних почуттів: туга, почуття провини, сплутаність свідомості, гнів, розповідається про життя дитини після смерті батька.

  Навчальні моменти. Книга показує, що почуття горя і реакція на нього настільки ж індивідуальні, як і люди. Поговоріть з підлітками про те, які аспекти роблять їх індивідуальними (вік на момент смерті, склад сім'ї, тип смерті).

- *«Частина мене також померла: розповіді про зусилля для виживання дітей і підлітків у скорботі»,* Вірджинія Лінн Фрай. (*Part of Me Died, Too: Stories of Creative Survival Among Bereaved Children and Teenagers,* by Virginia Lynn Fry).

  Стислий огляд. Розповіді від першої особи, зроблені дітьми різного віку, які пережили смерть коханої людини (батька, матері, подруги, іншого родича), яка відбулася у різний спосіб (раптова смерть, тривала хвороба або самогубство). Вони описали свої реакції і наслідки цієї смерті. У змісті книги перелічено типи смерті і вік дітей, щоб читач міг одразу перейти до потрібного розділу. В епілозі діти аналізують свої розповіді і говорять про те, як вони живуть зараз. Також надається перелік пропозицій стосовно читання.

Навчальні моменти. Обговоріть, як книга показує, що почуття горя і реакція на нього настільки ж індивідуальні, як і люди. Поговоріть з підлітками про те, які аспекти роблять їх індивідуальними (вік на момент смерті, склад сім'ї, тип смерті).

- *«Що ми робимо, коли хтось помирає»,* Керолайн Арнольд. (*What We Do When Someone Dies,* by Caroline Arnold).

  Стислий огляд. Книга заснована на фактах; надає словник, пов'язаний з чиєюсь смертю та тим, що відбувається потім (некрологи, відспівування та ін.). Обговорюються теми, починаючи з концепції про те, що всі живі істоти повинні померти, до того, що відбувається з тілом, та похоронних ритуалів і після них. Визнається мультикультурність вірувань і звичаїв. Обговорюються бойові смерті, День пам'яті і Національне кладовище Арлінгтон.

  Навчальні моменти. Обговоріть військові традиції (ветеранське кладовище, прапори та ін.). Визначте, як знання фактів допомагає полегшити деякі страхи, пов'язані з важкою темою смерті (страх невідомого, страх заборонених тем тощо). Далі обговоріть повагу до культури і традицій різних релігій та національностей, надайте дитині можливість вибрати теми для подальшого обговорення, оскільки книга заснована на фактах.

Підлітковий рівень

- *«Вогонь у моєму серці, лід у моїх венах». Журнал для підлітків, які переживають втрату,* Енід Самуель Трайсман. (*Fire in My Heart, Ice in My Veins—A Journal for Teenagers Experiencing Loss,* by Enid Samuel Traisman).

  Стислий огляд. Робочий зошит, який дає змогу підліткам описати свої почуття і думки у зв'язку зі смертю близької людини. У верхній частині сторінки дається короткий виклад теми, з якої надається кілька реакцій, які виражаються в письмовій формі або малюнках, що згадують і шанують померлого. Реакції дуже провокативні, вони дають змогу підлітку бути відкритими і відвертими в своїх почуттях.

  Навчальний момент. Дає цінну можливість для обговорення між дорослими і підлітками, які переживають втрату.

- *«Підліток у скорботі: керівництво для підлітків та їхніх друзів»,* Хелен Фіцджеральд. (*The Grieving Teen: A Guide for Teenagers and Their Friends,* by Helen Fitzgerald).

  Стислий огляд. Написане про підлітків та для підлітків, це керівництво охоплює широкий спектр ситуацій і тем, надає пропозиції підліткам, які знаходяться в скорботі, та тим, хто піклується про них. Голоси підлітків лунають із книги. Не обговорюється смерть військовослужбовців, але обговорюються вторинні втрати і ускладнювальні чинники, як-от спілкування з пресою і раптова смерть.

  Навчальні моменти. Обговоріть, які вторинні втрати або ускладнювальні чинники пережили підлітки.

- *«Зцілення твого скорботного серця». Журнал для підлітків,* Алан Волфелт і Меган Волфелт. (*The Healing Your Grieving Heart Journal for Teens,* by Alan Wolfelt and Megan Wolfelt).

  Стислий огляд. Журнал заохочує підлітків до самопізнання через самовираження. Розроблений як доповнення до книги «Зцілення твого скорботного серця для підлітків: 100 практичних ідей». Корисний через тижні, місяці або навіть роки після смерті любимої людини.

- *«Коли помирає друг: книга для підлітків про скорботу і зцілення»,* Мерилін Гутман. (*When a Friend Dies: A Book for Teens about Grieving and Healing,* by Marilyn Gootman).

  Стислий огляд. Книга про прийняття і співчуття. Орієнтована на відповіді на питання про смерть, які ставлять підлітки та діти молодшого шкільного віку.

- *«Ти не один: розповіді підлітків про життя після втрати одного з батьків»,* Лінн Хьюз. (*You Are Not Alone: Teens Talk About Life After the Loss of a Parent,* by Lynne Hughes).

  Стислий огляд. Автор Лінн Хьюз — засновник табору «Зона комфорту» для дітей, які горюють через втрату батьків, брата чи сестри або особисто пережили смерть своїх батьків у ранньому віці. Розповіді підлітків, які відвідували табір, дають ілюстративне розуміння того, як молоді люди переживали втрату. Як і передбачає назва, підлітки заохочуються звертатись по допомогу і дізнаватися, що є інші, з якими можна поділити почуття безмірної втрати.

- *«Пошук власного шляху: керівництво для підлітка, як жити з батьками, які пережили травму»,* Мішель Д. Шерман і Діана Шерман. (*Finding My Way: A Teen's Guide to Living With a Parent Who Has Experienced Trauma,* by Michelle D Sherman and DeAnne Sherman).

  Стислий огляд. Інтерактивний формат книги надає підліткам практичні інструменти та інформацію про посттравматичний стресовий розлад і інші реакції на травму. Написана чітко і лаконічно, вона закликає підлітків вирішувати свої емоційні проблеми і ключові питання у стосунках з батьками, які пережили травму. Обережне керівництво, яке відкрито і стисло пропонує цінні інструменти для подолання, виявлення мереж соціальної допомоги і взаємодії з друзями. Пропонує великий перелік ресурсів, глосарій і, на завершення, розділ найпоширеніших питань.

- *«Переживаючи зміни: "розвалитись" та "зібратись" знову в підлітковому віці»,* Донна О'Тул. (*Facing Change: Falling Apart and Coming Together Again in the Teen Years,* by Donna O'Toole).

  Стислий огляд. Базуючись на переконанні, що молоді люди здатні приймати ефективні рішення, які можуть перетворити біль на подолання, автор дає велику кількість інформації і варіантів подолання, що допоможуть цьому процесу. Книга про втрату, зміни і можливості.

Для дорослих взагалі

- *«Неоднозначна втрата: вчимося жити з невирішеною скорботою»,* Полін Босс. (*Ambiguous Loss: Learning to Live With Unresolved Grief,* by Pauline Boss).

  Стислий огляд. Пропонує бачення сенсу і впливу неоднозначної втрати, дає пропозиції для подолання стресу. Автор спирається на власні дослідження, у тому числі інтерв'ю з дружинами військовослужбовців, які зникли безвісти або потрапили в полон. «Неоднозначну втрату» можна пропонувати сім'ям, члени якої пережили поранення, страждають від хвороби Альцгеймера чи зникли безвісти.

- *«Допомога дітям впоратися із втратою любимої людини: керівництво для дорослих»,* Вільям Кроен. (*Helping Children Cope With the Loss of a Loved One: A Guide for Grownups,* by William Kroen).

  Стислий огляд. Відповіді на питання щодо стадій розвитку з використанням прикладів, практичних і теоретичних порад.

- *«Життя і втрата: керівництво з допомоги дітям, які переживають скорботу»,* Лінда Голдман. (*Life and Loss: A Guide to Help Grieving Children,* by Linda Goldman).

  Стислий огляд. Інструменти, ідеї й методи для педагогів та інших членів громади, які можна використовувати при допомозі дітям, які пам'ятають втрату. Обговорюються різні види дитячих втрат, книга уникає кліше та надає приклад концепції «громадської команди догляду», яка допомагає дітям у скорботі.

- *«Виховуючи наших дітей стійкими»,* Лінда Голдман. (*Raising Our Children to Be Resilient,* by Linda Goldman).

  Стислий огляд. Ресурс для дорослих, який пояснює, як діти відчувають травматичні події та стають більш стійкими.

- *«Виховання емоційно здорової дитини, коли батьки хворі»,* Паула К. Раух і Ганна С. Мюріель. (*Raising an Emotionally Healthy Child When a Parent Is Sick,* by Paula K Rauch and Anna C Muriel).

  Стислий огляд. Зручний і доступний порадник у спілкуванні з дітьми про хвороби, смерть і вмирання. Допомагає батькам у розумінні унікального темпераменту дітей і дає практичні поради і приклади того, як створити та організувати систему підтримки сім'ї.

- *«Військова вдова»,* Джоанн М. Стін та Регіна Асаро. (*Military Widow,* by Joanne M Steen and Regina Asaro).

  Стислий огляд. Перспективи розуміння і переживання смерті військовослужбовця, а також наслідки для дітей. Корисна суміш особистого досвіду і професійних знань і досліджень. Висвічує унікальні аспекти і проблеми військових вдів.

- *«Справжнє щастя: використання нової позитивної психології для розуміння свого потенціалу для довготривалих досягнень»,* Мартін Е. Пю Селігман. (*Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment,* by Martin EP Seligman).

  Стислий огляд. «Позитивна психологія» — це новий підхід до психології, який робить акцент на психічному здоров'ї, а не на психічній хворобі. Читачі дізнаються, що щастя може культивуватись через виявлення і використання сильних рис, якими вони вже володіють. Спираючись на ці сильні риси у всіх важливих аспектах життя, людина розвиває «буфери» проти нещастя і негативних емоцій. Звільнення від вивченої безпорадності до вивченої впевненості сприяє підвищенню стійкості.

- *«Порадник для батьків із підвищення стійкості дітей і підлітків: дати дитині коріння і крила»,* Кеннет Р. Гінзбург. (*A Parent's Guide to Building Resilience in Children and Teens: Giving Your Child Roots and Wings,* by Kenneth R Ginsburg).

  Стислий огляд. Це практичний посібник допомагає батькам пояснити своїм дітям, як бути більш стійкими в ситуації складного стресу, використовуючи стратегії його подолання. Доктор Гінзбург знайомить батьків із сімома «критичними компонентами»: 1) компетентність, 2) упевненість у собі, 3) зв'язок, 4) характер, 5) зусилля, 6) подолання і 7) контроль — і з тим, як вони працюють разом, допомагаючи дітям від 18 місяців до 18 років оговтатися і управляти стресом.

Дорослі — акцент на навчанні

- *«Горе приходить до класу: порадник педагога»,* Маджел Гліко-Брадо. (*Grief Comes to Class: An Educator's Guide,* by Majel Gliko-Brado).

  Стислий огляд. Короткий порадник, який чітко, по пунктах представляє результати дослідження, проведеного в освітньому коледжі Університету штату Монтана, яке визначило сприйняття і почуття дітей з приводу тяжкої втрати. Погляди вчителів, батьків і дітей представлені в обговоренні навколишнього середовища, культури, особистості і обставин. Приклади досвіду дітей перемежовуються в тексті, вони особливо корисні в розділі, який описує вікові особливості розвитку дітей, особливо приділяючи увагу підлітковому горю. У розділі «Що ви можете зробити, аби допомогти» запропоновано зразки листів і заходів у класі з батьками/учителями/студентами з обговоренням планів, які можна змінювати та персоналізувати.

- *«Допомагаючи дітям грати і зростати. Посібник для вихователів»,* Донна О'Тул. (*Helping Children Grieve & Grow—A Guide for Those Who Care,* by Donna O'Toole).

  Стислий огляд. Ця брошура містить корисний, легко зрозумілий конспект, який допомагає дітям пережити горе та рости. Формат є функціональним, книга містить короткий виклад інформації з практичними рекомендаціями щодо розуміння реакцій і порадами, як заохочувати дітей. Вона розповідає про стійкість у дітей і пропонує доступні ресурси на національному та місцевому рівнях. Мова співчутлива і демонструє великий досвід автора в цій галузі.

Посилання для дорослих

- *«25 корисних дій: заходи з надання допомоги дітям, які страждають через втрату або зміну»,* Лорі А. Кайнер. (*25 Things to Do: Activities to Help Children Suffering Loss or Change,* by Laurie A Kanyer).

  Стислий огляд. Практичні і прості заходи роботи з дитиною, яка страждає через хворобливу втрату або зміну. Творчий, чутливий «пан Роджерс» є прикладом для батьків і вихователів. Книга охоплює широкий спектр втрат, з якими можуть зіткнутись діти, зростаючи: від втрати домашнього улюбленця до розлучення батьків або смерті близької людини.

- *«35 способів допомогти дитині, яка переживає горе»,* Догі центр: Національний центр дітей та сімей, які переживають горе. (*35 Ways to Help a Grieving Child,* by the Dougy Center: The National Center for Grieving Children and Families).

  Стислий огляд. Заснована на розповідях, пропозиціях і осяяннях дітей і членів їхніх сімей в Догі центрі, ця книга досліджує поведінку і реакції дітей різного віку і рівнів зрілості. Обговорюються засоби, за допомогою яких діти можуть безпечно виражати свої думки і почуття; і способи надавати підтримку у важкі часи, як-от поминальна служба, ювілей або свято.

- *«Як жити, коли померла близька тобі людина»,* Тереза А Рандо. (*How to Go on Living When Someone You Love Dies,* by Terese A Rando).

  Стислий огляд. Покрокова інструкція для дорослих, яка пояснює, як говорити про смерть з дітьми різного віку, щоб зрозуміти, що вони думають, як вони себе почувають і що вони розуміють. Прямо пояснюється, як дорослі можуть допомогти, надаються контрольні запитання, сценарії і швидка довідкова інформація.

- *«Як ми скажемо дітям: допомагаючи дітям зрозуміти і впоратися з чиєюсь смертю»,* Ден Шафер і Христина Лайонс. (*How Do We Tell Children: Helping Children Understand and Cope When Someone Dies,* by Dan Schaefer and Christine Lyons).

  Стислий огляд. Написана колишнім директором похоронного бюро, який мав справу з тисячами сімей, книга допомагає дорослим зрозуміти, як говорити з дітьми про смерть відкрито. Відповідає віковому діапазону від 2 років до підліткового віку. Допомагає дорослим зрозуміти, що діти можуть і не можуть усвідомити на певному етапі розвитку.

- *«Втрата батьків у ранньому віці»,* Алісія Ліберман. (*Losing Parents to Death in the Early Years,* by Alicia Lieberman).

  Стислий огляд. Книга написана одним із найповажніших фахівців у галузі ранньої травми/втрати. Автор пояснює, якими вразливими можуть бути діти, враховуючи їхню незрілість. Відповідає на складні питання, які виникають в результаті смерті на військовій службі або через соціально несприятливі причини.

- *«Лікування травми і травматичної реакції горя у дітей і підлітків»,* Джудіт Коен. (*Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents,* by Judith Cohen).

  Стислий огляд. Ця книга описує впровадження мистецтва когнітивно-поведінкової терапії, що використовується в лікуванні дітей, які переживають травму і травматичну смерть. Зорієнтована здебільшого на терапевтів і лікарів, які працюють з цією групою дітей, вона також є гарним орієнтиром для тих, хто хоче зрозуміти найефективніші, науково обґрунтовані підходи щодо допомоги дітям і підліткам, які страждають від порушень, пов'язаних із травмою.

Розділ 34

ОРГАНІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ШОФІЛДСЬКИХ КАЗАРМАХ

Майкл Е. Фаран[I] · Альберт Ю. Сайто[II] ·
Ейлін У. Годінес[III] · Венді М. Вейтс[IV] ·
Вікторія В. Олсон[V] · Крістін М. Пайпер[VI] ·
Маргарет А. МакНалті[VII] · Крістофер Г. Івані[VIII]

ВСТУП

ПОПЕРЕДНІ ДОСЯГНЕННЯ

ЦЕНТР ДОПОМОГИ СОЛДАТАМ ТА ЇХНІМ СІМ'ЯМ

Розробка концепції, структурної схеми і фінансування

Рекрутування, реклама і впровадження

Результати і поточні заходи

ОСНОВИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ШКОЛІ

Рання історія

Оцінка програми і демографічної картини учнівської аудиторії

Майбутні напрями

ПРОЕКТ ЗВ'ЯЗКУ З ПСИХІАТРИЧНИМИ СЛУЖБАМИ

Підтримка служб побутового забезпечення військовослужбовців у розгортанні 2004–2005 років

Підтримка перед розгортанням

Забезпечення під час розгортання

Передислокація та реінтеграція

Отримані уроки

ВИСНОВКИ

[I] Доктор філософії, доктор медицини; полковник у відставці, Армія США; директор, Захист психічного здоров'я дитини, підлітка та сім'ї, Військово-медичний центр Медіган, Madigan Annex Building 9913A, Ramp 2, McKinnley Road, Tacoma, Washington 98431; у минулому — директор служби шкільної, дитячої та підліткової психіатрії, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii.

[II] Доктор медицини; клінічний директор служби дитячої та підліткової психіатрії, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu,Hawaii 96859-5000; у минулому — психіатр відділення дитячої психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii.

[III] Доктор філософії; головний інспектор, Відділ інспекції та пропагандистської діяльності, Європейське командування США, CMR 480, Box 1865, APO AE 09128; у минулому — начальник відділу аналізу та інтеграції планів, гарнізон Армії США, Hawaii.

[IV] Доктор медицини; підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник Стаціонарної психіатричної служби, Управління психіатрії, 1 Jarrett White Road, Room 4B106, Tripler Army Medical Center, Hawaii 96859-5000; у минулому — співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii.

[V] Магістр ділового адміністрування; виконавчий директор Військового музейного товариства, Post Office Box 8064, Honolulu, Hawaii 96830-0064.

[VI] Сертифікована головна медсестра, бакалавр; полковник у відставці, Армія США; коучинг-тренер/інструктор, "LivingWorks, Inc"; у минулому — начальник Центру допомоги солдатам і сім'ям, казарми Шофілд, Hawaii.

[VII] Доктор філософії; капітан у відставці, ВМС США; доцент кафедри сестринської справи, Муніципальний коледж Капіолані, 4303 Diamond Head Road, Honolulu, Hawaii 96816.

[VIII] Доктор медицини; майор, Медичний корпус, Армія США; психіатр, Департамент психічного здоров'я, Військово-муніципальний госпіталь Еванс, Building 7500, 1650 Cochrane Circle, Fort Carson, Colorado 80913; у минулому — військовий психіатр, 4-та піхотна дивізія, Fort Hood, Texas.

ВСТУП

У 2003 році члени чотирьох американських бойових підрозділів піхоти (три підрозділи Армії й один — Морської піхоти) взяли участь в анонімному опитуванні щодо стану психічного здоров'я, яке проводилося або перед розгортанням, або через 3–4 місяці після повернення [1]. Кількість солдатів і морських піхотинців, чиї відповіді збіглися з критеріями наявності депресії, генералізованої тривожності, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або зловживання алкоголем, була значно більшою після служби в Іраку (15,6 % — 17,1 %), ніж після служби в Афганістані (11,2 %). Особливо це стосувалось показників ПТСР, частота якого була така сама, що й у В'єтнамі, і призвела до того, що багато солдатів стали інвалідами. Армійці і морські піхотинці, чиї відповіді вказували на психічні розлади, удвічі частіше не довіряли психіатрам, вважаючи психологічну допомогу загрозою для своєї кар'єри і неефективною взагалі. Тавро шукача допомоги збільшується з наявністю психічних розладів. Попри існування тавра, ветерани операції «Іракська свобода» (OIF) частіше зверталися по психологічну допомогу протягом першого року після розгортання, ніж ветерани операції «Непохитна свобода» (OEF) в Афганістані чи після інших розгортань. Близько третини ветеранів OIF шукали психологічної допомоги протягом першого року порівняно з 22 % для OEF і 24 % для інших регіонів [2]. Останні дослідження припускають, що розгортання також значно збільшує ризик розладів психічного здоров'я у дітей військових, насильства в сім'ї та розлучення. Окремі повідомлення з цієї сфери припускають, що солдати, які непокояться про свої сім'ї, не здатні зосередитися на місії. Упевненість у міцності сім'ї є важливим чинником, що сприяє боєготовності і подовженню строку служби. Натомість рівень ризику виснаження у солдатів, які мають проблеми з психічним здоров'ям, є особливо високим. Ходж [2] і його колеги виявили, що виснаження з будь-якої причини протягом першого року після розгортання в OEF спостерігалось у 17 %, а ті, хто повідомляв про психологічний неспокій, значно частіше залишали службу. Інші дослідження повідомили, що 47 % всіх солдатів, госпіталізованих уперше через будь-який психічний розлад, залишили Армію протягом 6 місяців [3]. Для вирішення цих та інших завдань, які постали перед військовими волонтерами, для задоволення потреб військовослужбовців та їхніх сімей потрібні нові ініціативи в галузі психічного здоров'я.

Цивільна охорона психічного здоров'я в Армії має багату історію від часів Другої світової війни, коли лікарі й командири визнали, що зі зміцненням морального духу військ випадки психіатричних хвороб рідшають [4]. Психіатри усвідомили важливість лікування солдатів у межах їхніх соціальних структур і зміцнення власної ідентифікації з підрозділами, що сприяє згуртованості з товаришами по службі і лідерами підрозділу. Коли лікарі визнали солдатів частиною взаємозалежної мережі соціальних сил, вони зрозуміли, що їхнє лікування здебільшого передбачало втручання в якусь частину соціальної структури і що психіатри були погано обізнані для вирішення цих завдань [5]. Люди в громаді — соціальні працівники, священики і подружжя військових дійсної служби на волонтерських позиціях — менше зіштовхувалися з тавруванням і були краще обізнані з окремими підрозділами, а також мали доступ до ширшого кола програм громади, ніж психіатри в лікарнях. Коли психіатри впровадили багатопрофільні підходи, лікування вийшло за межі медичних центрів і інтегрувалось з військо-

вими соціальними мережами, змістивши акцент на профілактику та громадську систему охорони психічного здоров'я.

Поштовх для розширення громадської психіатрії для членів сімей військовослужбовців, особливо під час розгортань, спирається на збільшення віри в те, що значна соціальна підтримка зміцнює психологічний добробут того з батьків, хто залишається дома. Це, своєю чергою, запобігає психопатології в дітей. Дослідження показало, що проблеми з дитячою поведінкою поглиблюються (особливо у хлопчиків), коли той з батьків, хто залишився вдома, страждає від психопатології [6]. Практичні засоби, як-от сильна підтримка подружжя і сім'ї; спілкування хлопчика з чоловічою групою (наприклад, у межах програми «Великий брат» або з членами родини); освітні програми для подружжя, які розповідають про розлуку і возз'єднання; регулярне спілкування з тим із батьків, хто знаходиться на розгортанні, вимагають втручання на рівні громад [6]. Тилові підрозділи, клуби для дружин, школи, групи догляду за дітьми та інші громадські організації можуть суттєво сприяти підвищенню стійкості членів сім'ї. Психіатри мають унікальні навички для виявлення окремих проблемних сфер, але їхнє втручання є найбільш ефективним при поєднанні з роботою громадських груп, які підтримують сім'ї. Аналогічно психіатри, що працюють у міждисциплінарних клініках, розташованих поблизу військових мікрорайонів, краще можуть реалізувати плани лікування, які містять ці життєво важливі системи соціальної підтримки, ніж ті, хто працює в програмах, які проводяться на базі лікарень.

Відповідальність за турботу про фізичні й емоційні потреби військовослужбовців та їхніх сімей поділяють численні військові, федеральні та державні органи. Кожна з цих установ має власну ділянку спільної турботи, але історично функціонувала самостійно. Часто агентства стійко захищають власні проблемні сфери, що, на жаль, може призвести до неефективного та вартісного дублювання послуг і персоналу. Це є значною проблемою для інтеграції інституцій у спільній меті. Венгер і Сіндер (Wenger і Synder) [7] описали нову концепцію «громадської практики» та обговорили, як розрізнені групи, об'єднані загальною метою, можуть зібратися разом, вчитися один в одного і розвивати стратегії, які працюють на досягнення спільної мети. Велика кількість корпорацій та урядових установ успішно застосовують ці принципи; однак багато організацій потребують додаткового керівництва, щоб полегшити співпрацю та взаємодію.

Метою цього розділу є опис розвитку багатопрофільної комплексної системи підтримки психічного здоров'я та догляду в казармі Шофілд в Оаху (Гаваї) під час розгортання 25-ї легкої піхотної дивізії (25 ID), спрямованої на сприяння стійкості та добробуту армійської громади. Основна увага приділятиметься Центру допомоги солдатам та їхнім сім'ям (SAFAC — Soldier and Family Assistance Center), з подальшим коротким обговоренням ініціативи шкільної служби психічного здоров'я [8], психологічної допомоги групам готовності родин (FRGs), що складаються з дружин військових, які надають підтримку сім'ям, і Служби побутового забезпечення військовослужбовців (ACS — Army Community Service). Обговорення останньої програми будуть зосереджені на тому, як ці зусилля збіглися в догляді за солдатами і членами сім'ї в районі Шофілд під час OIF та OEF. (Цей розділ не міститиме докладного обговорення Програми захисту сім'ї (Family Advocacy Program) і Програми позбавлення наркотичної залежності в Армії (ASAP — Army Substance Abuse Program). Програма захисту сім'ї надає послуги, коли насильство в сім'ї виявлено, а ASAP забезпечує широкий діапазон послуг з профілактики й лікування від алкоголізму і наркоманії). Загальний розвиток системи охорони психічного здоров'я громади Шофілд представлений у хронологічному порядку, щоб підкреслити важливість процесу, оскільки він розвивався в межах усієї громади.

ПОПЕРЕДНІ ДОСЯГНЕННЯ

Казарма Шофілд, у тому числі військовий аеродром Вілер, розташована в центрі Оаху на близько 1000 га землі. Вона є домівкою для 25 ID і утримує приблизно 14 500 солдатів, які проходять

службу. Крім того, у Шофілд працюють приблизно 9500 цивільних службовців і 3000 співробітників за контрактом. Функціонують три початкові і середня школа, які підпорядковуються Департаменту освіти (DoE — Department of Education) Гаваїв. Крім звичайних чинників стресу для сімей військовослужбовців, зокрема частих переїздів і змін, присутні додаткові потрясіння життя на Гаваях: висока вартість проживання, турботи батьків про освіту дітей і культурні відмінності. Як і в інших віддалених місіях, більшість військовослужбовців та працівників, які живуть на Гавайях, ізольовані від своїх сімей на тривалий час та нерегулярно відвідують своїх родичів через транспортні витрати. Військова громада отримує первинну медичну допомогу в клініці казарми Шофілд. Спеціалізована допомога надається у військово-медичному центрі Тріплер (TAMC — Tripler Army Medical Center), розташованому приблизно в 30 кілометрах від Шофілд, дорога до нього в час пік становить більше години. Перед створенням SAFAC майже всі психологічні служби для дітей, підлітків і дорослих (крім послуг для військового персоналу) надавались у TAMC.

У червні 2003 року керівництво 25 ID почало підготовку до розгортання бригадної бойової групи (BCT — brigade combat team) в Афганістані. До початку осені того ж року графік ротації підрозділу був розширений і передбачав розгортання всієї 25 ID у Шофілд. Друга BCT призначалася для розгортання в Іраку в січні/лютому 2004 року, а 3-тя BCT і штаб дивізії — в Афганістані в період між лютим і травнем. У той час 25 ID була єдиним підрозділом, який проходив розгортання на двох окремих театрах бойових дій. Дивізія була також закликана до мобілізації Резерву Армії США і Національної гвардії Гаваїв як частини розгортання.

Об'єднаними зусиллями 25 ID, гарнізону Шофілд і TAMC одразу були складені плани для солдатів, сімейної готовності та допомоги під час циклу розгортання, який являв значні виклики для цих організацій. Понад 11 000 солдатів 25 ID було залучено до розгортання, удома залишилося 25 000 членів сім'ї, у тому числі — майже 800 вагітних жінок. Завдяки доступності медичної допомоги в TAMC підрозділ мав більшу кількість сімей з «особливими членами родини» (людей з особливими медичними та психологічними потребами, які вимагали спеціалізованого догляду), ніж зазвичай. Протягом першого розгортання 80 % сімей солдатів вирішили залишитись на Гаваях, а не повернутись додому на материк під час розгортання, через що збільшилась потреба в психіатричній допомозі. Підготовка солдатів і їхніх сімей до розгортання почалася в листопаді 2003 року з координації послуг різних агентств: тих, що знаходились у межах і поза межами підрозділу. Психологічна допомога вже починала інтегруватись із залученням FRGs, шкіл і ACS. Наприклад, з 2001 року Дитяча і підліткова психіатрична служба (CAPS — Child and Adolescent Psychiatry Service) при TAMC вже були залучені до шкільної програми психічного здоров'я в Шофілд.

Улітку 2004 року стало зрозумілим, що розгортання OIF та OEF призвели до значних психічних проблем [1]. FRGs, CAPS і ACS почали обговорювати способи реагування на прогнозоване збільшення потреби в підтримці та охороні психічного здоров'я всієї громади і повідомили командира 25 ID генерал-майора Еріка Олсона про своє занепокоєння. У грудні 2004 року начальник медичної служби 25 ID повернувся з Афганістану, щоб зустрітися з командиром медичної клініки казарми Шофілд і керівниками служб психічного здоров'я TAMC. У результаті цієї зустрічі було прийнято зобов'язання розвивати ініціативу психологічного захисту здоров'я, яка пізніше стала Центром допомоги солдатам та їхнім сім'ям (SAFAC).

ЦЕНТР ДОПОМОГИ СОЛДАТАМ ТА ЇХНІМ СІМ'ЯМ

Розробка концепції, структурної схеми і фінансування

Метою SAFAC було виконати план, який забезпечував би підтримку психічного здоров'я солдатів, які повертаються з розгортання, і членів їхніх сімей. На початку процесу було вироблено шість керівних принципів розвитку SAFAC:

1. Різноманітні ресурси психічного здоров'я будуть розроблені та впроваджені в рам-

ках єдиної організації для сприяння координації служб і збільшення потужності й гнучкості в наданні цих послуг.
2. Буде створено єдину точку входу, щоб доступ до медичного догляду був легким і простим.
3. Психіатричні ресурси 25 ID будуть об'єднані з ресурсами медичної громадської клініки казарми Шофілд.
4. Фінансування SAFAC буде розподілено між медичною клінікою казарми Шофілд і 25 ID.
5. Керівництво для новостворених клінік може бути обрано зі співробітників як 25 ID, так і медичної клініки казарми Шофілд.
6. Буде докладено всіх зусиль, щоб зменшити тавро для тих, хто шукає допомоги в галузі психічного здоров'я.

Деякі з цих принципів були унікальними для військового досвіду, зокрема 3, 4 і 5 пункти. Відповідальність і керівництво SAFAC були розподілені так, що 25 ID мала законний інтерес в керуванні та успіху цієї ініціативи. Команда, що займалась цим процесом, була створена під головуванням командування тилового відділу 25 ID. Її учасники зустрічались раз на місяць, аби оцінити прогрес і нові ініціативи або значні зміни в керівництві. Робоча група на чолі з командиром медичної клініки казарми Шофілд зустрічалась щотижня, щоб планувати наступні кроки і оцінювати прогрес.

Першим завданням робочої групи було оцінити кількість різних фахівців, потрібних SAFAC, щоб адекватно задовольнити потреби громади. Цей процес вимагає оцінки вихідних показників захворюваності у солдатів і членів сімей в мирний час, а також під час розгортання. Попередні оцінки для солдатів, направлених в OIF та OEF, базувались на дослідженнях Ходжа та його колег [1], і робоча група припустила, що не всі солдати, які мають проблеми, звернуться по допомогу. Ходж та ін. [1] повідомили, що частота ПТСР була нижчою в OEF, ніж в OIF. Солдати 25 ID брали участь у розгортанні як в OIF, так і в OEF. Частота ПТСР для солдатів, за прогнозами, була близькою 8 % — 11 %. Частота іншого виду тривоги/депресії оцінювалась у 5 % — 7 %, серйозне домашнє насильство — у 8 %, помірне домашнє насильство — у 22 %, розлучення — у 10 %, а діти з проблемами психічного здоров'я — у 25 %. Прогнози частоти проблем із психічним здоров'ям у дорослих членів сім'ї були засновані на їхній частоті в солдатів. Оскільки SAFAC мав піклуватися не лише про наявну кількість солдатів дійсної служби, а також про солдатів Резерву та Національної гвардії, які перебували на розгортанні, і членів їхніх сімей, фактичні цифри стосовно всього населення були недоступні.

Не було жодного алгоритму для оцінки необхідної кількості лікарів з кожної спеціальності для громади; військова система розподілу ресурсів не ґрунтувалася на емпіричних даних. Для створення алгоритму, який надалі можна протестувати, необхідно було створити кілька припущень. Цими припущеннями стали: а) про те, що кожна людина робить середню кількість візитів до лікаря на рік, б) про пропорцію осіб, яким потрібні ліки, в) про число пацієнтів, які, імовірно, можуть прийти до фахівця протягом року, г) про пропорцію пацієнтів, які можуть бути прийняті медсестрою, психіатром або іншим лікарем. Алгоритми, які потім отримали уточнення, були розроблені, ґрунтуючись на цих припущеннях і тих, що ще будуть перелічені нижче.

Додаток 34.1 надає передбачену кількість відвідувань лікарів різних спеціальностей за рік і формулу для розрахунку. Наприклад, передбачалося, що психіатр для дорослих буде в змозі впоратися з 3290 відвідуваннями на рік, приймаючи пацієнтів 7 годин на день, двох пацієнтів на годину, 5 днів на тиждень, протягом 47 тижнів щороку. Кожен пацієнт, який приходить до цих трьох клінік, потребує в середньому шість прийомів на рік. Потребуватимуть ліків 80 % дорослих, які приходять до Центру допомоги солдатам (SAC — Soldier Assistance Center) або Центру допомоги дорослим членам сім'ї (AFMAC — Adult Family Member Assistance Center), та приблизно 50 % пацієнтів віком до 18 років, які приходять до Центру допомоги дітям і підліткам (CAAC — Child and Adolescent Assistance Center). На кожну практикуючу медсестру буде три психіатри для дорослих та один дитячий і підлітковий психіатр. Співвідношення соціальних працівників і психологів становитиме шість до одного. Пропорція дитячих психіатрів,

ДОДАТОК 34.1

АЛГОРИТМИ РОЗРАХУНКУ КІЛЬКОСТІ ЛІКАРІВ

Візитів на лікаря протягом року

- Психіатр: 3290[1]
- Соціальний працівник: 1645[2]
- Психолог: 1645[2]
- Практикуюча медсестра: 3290[1]
- Дитячий психолог або практикуюча медсестра по догляду за дітьми: 2467[3]
- Психолог: 1645[2]

[1] 7 год × 2/год × 5 днів/тиждень × 47 тижнів = 3290
[2] 7 год × 1/год × 5 днів/ тиждень × 47 тижнів = 1645
[3] 7 год × 1,5/год × 5 днів/ тиждень × 47 тижнів = 2467

Формули розрахунку кількості потрібних практиків

- Психіатри і практикуючі медсестри: кількість людей × 6 відвідувань/пацієнт/рік × 0,8 потребують ліків ÷ 3290 відвідувань/психіатр/рік
- Соціальні працівники та психологи: кількість людей × 6 відвідувань/пацієнт ÷ 2209 відвідувань/соціальний робітник/рік
- Практикуючі медсестри: кількість людей × 6 відвідувань/пацієнт × 0,8 потребують ліків ÷ 3290 відвідувань/рік
- Дитячі психіатри: кількість людей × 6 відвідувань/пацієнт × 0,5 потребують ліків ÷ 2467 відвідувань/рік
- Практикуючі медсестри по догляду за дітьми: кількість людей × 6 відвідувань/пацієнт × 0,5 потребують ліків ÷ 1645 відвідувань/рік
- Дитячі психологи: кількість людей × 6 відвідувань/пацієнт ÷ 1645 відвідувань/рік

Пропоноване співвідношення

- Психіатри для дорослих до практикуючих медсестер = 3: 1
- Соціальні працівники до психологів = 6: 1
- Дитячі психіатри до практикуючих медсестер по догляду за дітьми = 1: 1

практикуючих медсестер по роботі з дітьми і дитячих психологів буде рівною. Цей алгоритм може бути уточнений при збиранні фактичних даних і легко модифікований, щоб застосовуватись в інших клініках чи установах.

До січня 2005 року було виявлено п'ять сфер догляду (додаток 34.2) і визначені терміни для організації клінік. У додатку 34.1 наведено прогнози щодо кількості солдатів у розгортанні та оцінка необхідної кількості лікарів у кожній з п'яти сфер, розраховані з використанням різних алгоритмів. Система охорони психічного здоров'я мала єдину точку доступу (24 години на день), відому як Центр сортування (Triage Assistance Center). Інші сфери догляду полягали в створенні трьох нових клінік і розвитку Центру допомоги шлюбу та сім'ї (Marriage and Family Assistance Center) і ASAP. Нові клініки отримали назви Центр допомоги солдатам (SAC), Центр допомоги дорослим членам сім'ї (AFMAC) і Центр допомоги дітям і підліткам (CAAC). Назва «Центр допомоги» використовувалась, щоб зменшити тавро, яке супроводжує психологічну допомогу.

Фінансування було схвалено того ж місяця. Попередня оцінка вартості SAFAC за один рік становила $5,4 мільйона. 25 ID погодилася фінансувати приблизно 20 % від загальної суми. Туди входило поновлення підлоги в клініці, яка розміщає AFMAC, наймання трьох лікарів для збільшення тривалості лікування від алкоголізму членів сімей і шістьох соціальних робітників для підтримання AFMAC і Центру допомоги шлюбу та сім'ї. Решта фінансування була надана TAMC. 25 ID також відіграла активну роль у розвитку SAFAC, забезпечуючи додаткове керівництво, допомогу військовому лікарю і технічну підтримку, відрядивши власного офіцера відділу матеріально-технічного забезпечення.

Рекрутування, реклама і впровадження

Реорганізація Муніципальної психіатричної клініки (Community Mental Health Clinic) і пси-

ДОДАТОК 34.2

П'ЯТЬ СФЕР ДОГЛЯДУ ЦЕНТРУ ДОПОМОГИ СОЛДАТАМ ТА ЇХНІМ СІМ'ЯМ

1. Телефонна лінія Центру сортування (24 години на добу, 7 днів на тиждень)
2. Центр допомоги солдатам
3. Центр допомоги дорослим членам сім'ї
4. Центр допомоги дітям і підліткам
5. Центр допомоги шлюбу та сім'ї

хіатричного відділу в SAC відбулася без затримок, і Центр відкрився на другий тиждень січня 2005 року. Попит із самого початку переважав над доступністю, тому одразу виникла необхідність у додаткових лікарях. У лютому головний психіатр TAMC полковник К. Діболд (CJ Diebold) і директор програми ординатури полковник Девід Орман (David Orman) дозволили своєму персоналу і резидентам працювати в SAC в межах програми вищої медичної освіти. Це проміжне рішення було необхідним для підтримки функціонування SAC, поки шукали та наймали лікарів. Експерти різних спеціальностей медичної клініки казарми Шофілд проводили інтерв'ю потенційних кандидатів і надавали рекомендації щодо найму. До квітня 2005 року, по суті, всі позиції були заповнені.

Хоча SAC вже приймав деяких членів сімей в обмеженій кількості, AFMAC і Центр сортування відкрились 15 березня. У квітні психіатри підрозділу повернулись з OEF та OIF, серед них — начальник майор Брайан Бекон, який був призначений начальником SAC, і психолог підрозділу капітан Річард Шобіц (Richard Schobitz), який став головою AFMAC та CAAC. Відкриття CAAC було затримане на місяць через труднощі в наборі дитячих психологів, але вже в травні 2005 року всі клініки працювали, маючи оптимальну або навіть більшу кількість персоналу.

На початку становлення програми організатори ініціювали активну кампанію для зменшення тавра, пов'язаного з пошуком психологічної допомоги в SAFAC, та підвищення обізнаності лікарів про психологічні травми, пов'язані з війною. Ходж з колегами [1] визначили: що більшою є імовірність травми, то більшим є тавро через пошук допомоги.

У лютому 2005 року була розпочата рекламна кампанія, яка просувала SAFAC та його ресурси по всій громаді. Було випущено десять тисяч магнітів на холодильники, які містили інформацію про місію та послуги SAFAC, а також доступний цілодобово номер телефону Центру сортування. Телевізійний канал гарнізону також просував нові ресурси і заохочував людей, які мали в цьому потребу, звертатись по допомогу. Командування проінформувало командирів підрозділу про те, що будь-який солдат, який виявляє ознаки емоційних труднощів, має отримати можливість відвідати SAFAC. Командири підрозділу регулярно зустрічались до і після зміни місця розгортання, аби впевнитись, що солдати, які підпадали під групу ризику, були визначені.

Казарми Шофілд доручили Національному центру з ПТСР (National Center for PTSD) інструктувати лікарів на первинному прийомі про те, як розпізнавати психічні порушення, пов'язані з війною, та навчати психіатрів когнітивно-поведінковій терапії з ПТСР. Співробітник Національного центру з ПТСР Мет'ю Фрідман (Matthew Friedman), доктор медицини та директор центру, Фредерік Гузман, магістр соціальної роботи, Юлія Веалін (Julia Whealin), доктор філософії, та Грегорі Лескін (GregoryLeskin), доктор філософії, провели триденні курси для співробітників медичної клініки Шофілд і TAMC. Доктор Веалін продовжувала приходити раз на тиждень, щоб допомагати вести групи з ПТСР у SAC. Робота Центру збільшила

ТАБЛИЦЯ 34.1

ПРОГНОЗОВАНА ПОТРЕБА В ЛІКАРЯХ, ЗВАЖАЮЧИ НА КІЛЬКІСТЬ НАСЕЛЕННЯ

	Психіатри	Психологи	Практикуючі медсестри	Соціальні робітники
Центр допомоги солдатам	4,1	1,95	1,37	11,72
Центр допомоги дорослим членам сім'ї	2,41	1,15	0,8	6,88
Центр допомоги дітям і підліткам	1,06	2,13	1,06	0
Центр допомоги шлюбу та сім'ї	0	0	0	8,07

знання лікарів, які надають первинну допомогу, про ПТСР і депресію та стала дуже корисною для всієї громади казарми Шофілд. Неможливо визначити ефективність цієї кампанії в зниженні таврування; проте потреба послуг SAFAC, особливо на початкових етапах, вже знижується.

Однією з перших спроб SAFAC стала Програма готовності солдатів (SRP –Soldier Readiness Program), в якій психіатри опитували кожного військовослужбовця до і після зміни місця розгортання.

У результаті цього опитування ті, хто мав серйозні проблеми або просив про допомогу, відразу ж були спрямовані до лікаря. Відділення психології та психіатрії в TAMC надало додатковий персонал для SRP, поки SAFAC не був повністю готовий до роботи (зараз більша частина відбору персоналу SRP проводиться в SAFAC).

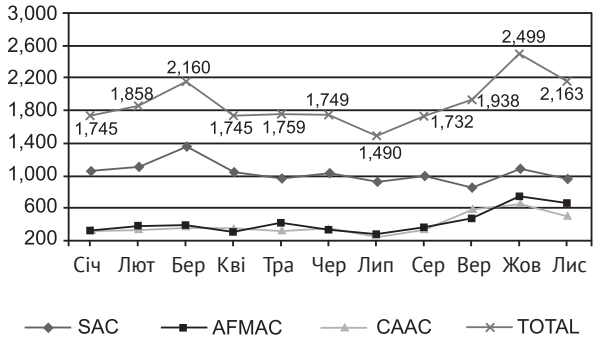


Рис. 34.1. Кількість візитів пацієнтів або клієнтів в три клініки Центру допомоги солдатам та їхнім сім'ям на місяць, дані за період із січня 2005 року до листопада 2006 року.

AFMAC: Центр допомоги дорослим членам сім'ї
CAAC: Центр допомоги дітям і підліткам
SAC: Центр допомоги солдатам
TOTAL: Загалом

Результати і поточні заходи

Гнучкість є ключем успішності команди SAFAC. В умовах регулярного переміщення активного військового персоналу, контрактів, які потребують щорічного повторного укладання, і розгортання гнучкість персоналу є вирішальною для того, щоб задовольнити попит поточної ситуації. Надання послуг клініками організовано таким чином, щоб давати змогу співробітникам переміщатися між клініками для задоволення мінливих потреб населення. Наприклад, коли деякі з солдатів 25 ID були на розгортанні влітку 2006 року, співробітники переміщалися від SAC до AFMAC. У такий спосіб було збільшено можливість надавати послуги для членів сім'ї, поки солдати були на розгортанні. Крім того, два соціальні працівники перейшли від AFMAC до Центру допомоги шлюбу та сім'ї, відповідаючи на зростання потреби.

Нещодавно ASAP мала двомісячне перенавантаження, яке було полегшене, коли SAC створив групу з проблемною поведінкою спеціально для клієнтів ASAP.

У вересні 2005 року відкрилися вечірні години CAAC для роботи з дітьми, що полегшило доступ для батьків, які працюють. Було введено нову посаду, аби провести підсумкові дослідження щодо ефективності SAFAC. Попри незначні коливання в штатному розкладі протягом довгого часу в кожній клініці, початкові оцінки загальної чисельності різних лікарів виявилися досить точними. Рис. 34.1 ілюструє кількість прийомів у трьох клініках із січня 2005 року до листопада 2006 року.

SAFAC долучається до різних заходів у громаді казарм Шофілд. Співробітники проводять заняття та семінари в ACS. Команда, яка складається з дитячого психолога AFMAC і соціального працівника ACS, проводить у районних школах брифінги з питань, пов'язаних з дітьми військових, за такими темами, як «Наслідки розгортання для дітей», «Діти і передислокація» і «Розвиток стійкості». Кожен підрозділ, який повертається з OIF або OEF, бере участь у брифінгу з реінтеграції в SAFAC. Додатково проводяться щомісячні збори команди вихователів, присвячені поліпшенню роботи з населенням, підтримці сім'ї і роботі з кризою.

З часу розгортання підрозділів Резерву Армії на Гаваях і Національної гвардії надійшли численні прохання стосовно надання послуг на інших островах Гаваїв, а також на Алясці, Самоа, Гуамі і Сайпані. Команда SAFAC була призначена для надання послуг у цих географічно віддалених районах протягом довгих періодів роботи в кожному з них.

ОСНОВИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ШКОЛІ

У партнерстві з початковою школою Соломона в казармах Шофілд CAPS розробила модель для шкільної профілактики психічних проблем, раннього втручання, оцінки і лікування дітей військових. Доктор Марк Вейст (Mark Weist), директор Центру шкільної психіатрії в університеті штату Меріленд, проводив консультації під час організації Програми Соломона з навчання здорового способу життя (SWEP — Solomon Wellness Educational Program). Програма була започаткована в 2001 році з метою сприяти легкому доступу студентів до психологічної допомоги [8]. Спочатку проект поширювався на чотири школи. Подальше обговорення стосується тільки початкової школи Соломона, оскільки вона має найдовшу історію і отримала найвищу оцінку. Хоча це не обговорюється тут, програми в трьох інших закладах ще тривають і високо цінуються кожною школою.

Початкова школа Соломона є муніципальним навчальним закладом, який був заснований і фінансується Департаментом освіти Гаваїв. Адміністратори, вчителі, консультанти і допоміжний персонал є державними службовцями. Сьогодні в школі навчається близько 830 учнів, 99 % з яких належать до військових сімей. Учні походять здебільшого із родин молодших військовослужбовців, які перебувають на дійсній службі і зазвичай призначені на трирічну службу на Гаваях. Із цих учнів принаймні третина міняється (виїжджає з розташування) щороку. Значна частина цих сімей має маленьких дітей. Це підтверджує наявність восьми груп дитячих садків, восьми перших класів, шести других класів, п'яти третіх класів, чотирьох четвертих класів і чотирьох п'ятих класів. На пільгове або безкоштовне харчування мають право 49 % учнів школи Соломона. Для 51 маленької дитини з важкими розладами в комунікаційній сфері, аутизмом, затримкою загального розвитку або важкими поведінковими розладами працюють додатково сім окремих дошкільних класів за спеціалізованою спрямованістю. Ще 69 особливих учнів навчаються в групах від дитячого садка до п'ятого класу. Три окремі шкільні класи виділені для 12 учнів з важкими поведінковими розладами у віці від 5 до 11 років.

Рання історія

Із 1985 року існувала Формальна угода між початковою школою Соломона і Дитячою психіатричною службою в ТАМС. Психіатри, які працюють зі школярами, що залишилися на другий рік, по півдня на тиждень протягом 6 місяців проводили консультації з тими дітьми, яких відправляли до них шкільні консультанти. Після спостерігання за дітьми та обговорення причин занепокоєння консультанта вони проводили сортування дітей. Діти, які потребували допомоги, направлялись до ТАМС або до цивільного фахівця, який працював з ними через TRICARE — військову програму медичного страхування.

У 2000 році CAPS вирішила розширити послуги, відправляючи своїх психіатрів у школу на повний день щотижня протягом усього навчального року. Процес направлення дітей до фахівця залишився колишнім, але повна оцінка тепер надавалась у школі.

Цей попередній досвід допоміг сформувати концепцію і цілі всеосяжної, інтегрованої програми психологічної роботи в школі.

Концепція: розробити та реалізувати всеосяжний масив шкільних програм і послуг для підтримки учнів, сім'ї та громади.

Цілі:

- Забезпечити повний простір дій стосовно психічного здоров'я, у тому числі застосування програм і послуг, спрямованих на раннє виявлення, профілактику, оцінку та лікування.
- Усунути бар'єри на шляху навчання і підвищення успішності учнів.
- Підвищити ефективність захисних чинників, які впливають на учнів, сім'ї та шкільну спільноту.
- Підвищити якість життя і добробут військових сімей.
- Забезпечити навчання, розвиток персоналу і можливості науково-дослідної діяльності для поліпшення психічного здоров'я і освіти дітей [8].

Одночасно було розроблено кілька принципів для керування програмними рішеннями. Перший принцип визначав, що SWEP є спільною програмою, спрямованою на задоволення потреб зацікавлених сторін. Консультативна рада, яка складається з різних зацікавлених сторін у школі та громаді, збирається щомісячно. Обов'язок ради — стежити за психічним здоров'ям учнів, учителів, батьків і громади. Наприклад, щоб вирішити збільшену кількість міжособистісних проблем учнів на канікулах, рада розробила програму структурованих ігор і конкурсів, після застосування яких кількість направлень у центр зменшилася. Інший приклад — регулярна публікація бюлетеня для вчителів про психічне здоров'я. Під час першого розгортання 25 ID в OIF консультативна рада провела зустрічі з батьками в школі, щоб допомогти батькам, які залишились удома, і дітям успішно впоратися із ситуацією. Рада також розробила план подолання кризи, аби надати скоординовану та емпатичну допомогу дітям і родинам солдатів, які були вбиті або важко поранені. План передбачав перевірку всієї інформації до втручання, а потім створення чітко визначеного, диференційованого підходу до ретельного задоволення потреб сім'ї.

Другий принцип потребував, щоб всі програми та послуги для дітей і сімей були скоординовані. Необхідно було інтегрувати політику DoE і TAMC, а потім підтримувати постійний і чіткий зв'язок. Для цього проводилися щотижневі збори, де розглядався алгоритм, за яким дитина передавалась для оцінки та надання допомоги. На зборах були присутні лікарі, консультанти, шкільний психолог, координатор шкільних служб, директор школи і медичний директор. Після отримання згоди батьків інформація про дитину і сім'ю розповсюджується серед зацікавлених сторін, координується, а потім розробляється міждисциплінарний план лікування.

Оцінка програми і демографічної картини учнівської аудиторії

SWEP працює над постійним удосконаленням продуктивності з метою забезпечення своєчасності та якості послуг, для чого, зокрема, нещодавно проводився огляд 133 закритих учнівських карт за оцінкою, проведеною з серпня 2001 року по лютий 2007 року. Зі 133 дітей, яких було направлено в SWEP, дев'ять не з'явилися на свій первинний огляд, що становить 7 % неузгодженості. 113 зі 124 оцінюваних були на огляді протягом 4 тижнів з дати направлення, причому більше однієї третини дітей були на огляді протягом 10 днів з дати направлення. Одинадцять дітей були на огляді через більш ніж 4 тижні після направлення: троє з них затримались через те, що батьки скасували прихід, і четверо — через шкільні канікули, зокрема зимові, коли школа була закрита протягом 2 тижнів. Переважна частина оцінюваних — це діти віком від 7 років і менше (рис. 34.2). Більшість дітей мали екстерналізацію розладів із співвідношенням хлопчиків і дівчат близько чотирьох до одного. Форми лікування в школі передбачали індивідуальну та групову терапію, сімейну терапію, керівництво батьками і фармакотерапію. Зі всіх дітей, які проходили терапію, лише четверо потребували втручання більш високого рівня, у тому числі такого, що вимагало спеціальної сертифікованої освіти. У трьох з цих дітей було діагностовано біполярний розлад (маніакально-депресивний психоз), і одна дитина (обидва батьки якої були на розгортанні) мала гострий дефіцит уваги, гіперактивність і опозиційно-зухвалу поведінку.

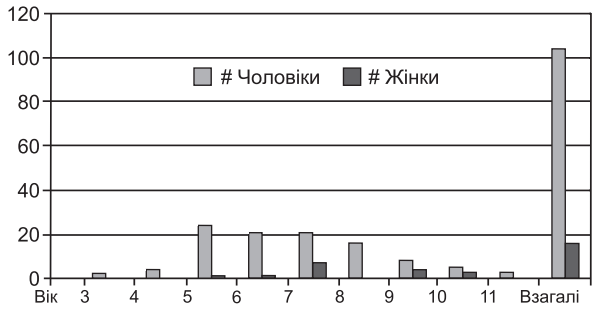


Рис. 34.2. Вік і стать дітей, які оцінювались в Початковій школі Соломона в Програмі Соломона з навчання здорового способу життя з серпня 2001 року по лютий 2007 року (всього: 133)

Інші послуги, які надавались SWEP, — це щоквартальні семінари для вчителів і семінари для батьків щодо впливу на поведінку та нещодавно ініційована програма виявлення та профілактики

знущання. Протягом останніх трьох років лікарі SWEP проводили щотижневі консультації для Програми адаптації до початкової школи, яка проводить нагляд за всіма молодшими дітьми і визначає тих, хто має проблеми з адаптацією до шкільного середовища. Після цього два практичні фахівці пропонують цим дітям індивідуальну допомогу або роботу в малих групах. Фахівці з дитячої психології допомагали батькам, надаючи їм поради та інструкції щодо розвитку дитини та пропонували семінари для батьків. Додатково були започатковані групи підтримки для дітей, чиї батьки розійшлись або розлучились.

Можливості проходити тренінг для психіатрів, які працюють з дітьми в межах TAMC, завдяки SWEP були розширені і тепер передбачають підготовку студентів з Університету Гаваїв, які навчаються за програмою соціальної роботи. Був підписаний офіційний меморандум про угоду, у результаті чого студенти магістратури проходили практикум в SWEP під наглядом медичного директора, дитячих психологів і шкільних соціальних робітників DoE. Проходячи практикум, студенти проводили прийоми та пропонували індивідуальну і сімейну терапію, керівництво батьків і групову терапію. Подібна спільна угода була укладена з відділенням консультування з питань освіти університету, чиї студенти під час практики проводили прийоми, терапію та проходили тренінг із психологічного тестування.

Майбутні напрями

Вживаються заходи для того, щоб проводити оцінювання до і після участі в програмі для перевірки прогресу учнів. Щоб визначити ефект від лікування, вчителям і батькам пропонували заповнити опитувальник для виявлення переваг і проблем [9] до та після програми через певні проміжки часу. Крім того, приклади психологічних проблем, з якими звертались до консультантів або проректора, були проаналізовані до і після лікування, аби визначити, чи впливало лікування на дисциплінарне направлення. Плануються подальші зусилля з метою визначити стреси, пов'язані з розгортанням, у батьків і дітей, у тому числі наслідки возз'єднання й адаптації після розгортання.

ПРОЕКТ ЗВ'ЯЗКУ З ПСИХІАТРИЧНИМИ СЛУЖБАМИ

У лютому 2004 року програма ординатури TAMC запустила проект зв'язку з психіатричними службами (BHL — behavioral health liaison) за зразком аналогічної програми, проведеної у Військово-медичному центрі Леттермана в Сан-Франциско (штат Каліфорнія) у 1988–1989 рр. Завданням проекту було ознайомити студентів ординатури з оперативними підрозділами Армії [10]. Хоча організатори й не знали про це, проект був схожий на програму, яку в той же час впроваджував ACS у 1-й бронетанковій дивізії, в межах якої консультації проводили соціальні працівники. Пізніше цей проект отримав широке визнання як Програма консультування солдатів та їхніх сімей (або Військове сімейне консультування).

Програма BHL відрізняється, однак, тим, що психіатри працювали з тиловою частиною збройних сил, які знаходились на розгортанні. Вона передбачала як надання послуг, так і навчання, що забезпечувало профілактику та консультативну психологічну допомогу в тилових підрозділах частин і групах готовності родин (FRG), а також ознайомлювала студентів ординатури з цими підрозділами та їхньою щоденною роботою. Команда BHL складалася з 17 психіатрів TAMC різного рівня підготовки, а також психіатра, який проводив супервізію.

Усі психіатри були призначені до 25 ID для підтримки: молодші психіатри — до бригад. У ході 12-місячного циклу розгортання BHL проводили навчання з відповідних психосоціальних проблем у тилових підрозділах і для лідерів FRG і полегшували доступ до психологічної допомоги солдатам і членам їхніх сімей.

Перші труднощі складались з того, щоб активізувати цікавість психіатрів і мінімізувати додаткові вимоги до їхнього, вже обтяжливого академічного розкладу. Як мінімум психіатри були зобов'язані звертатися до лідерів FRG, до яких вони

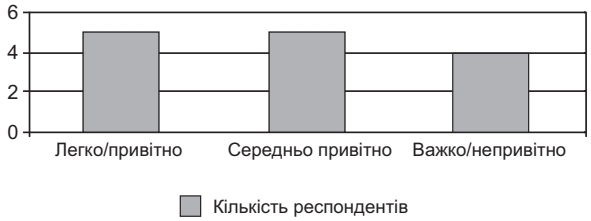


Рис. 34.3. Якість запрошення підрозділом у проекті зв'язку з психіатричними службами

були приписані, і запропонувати групі початковий освітній брифінг. Крім того, віталось, але не було обов'язковою вимогою, щоб вони були присутніми на щомісячних зборах своєї FRG та надавали додаткове навчання і консультації за вимогою.

Пізніше результати показали, що майже рівно третина психіатрів вважала, що підрозділи сприймають їхнє запрошення «легко/привітно», третина — «посередньо», третина — «важко/непривітно» (рис. 34.3).

Хоча ці взаємини не були об'єктивно виміряні, спостерігалась пряма кореляція між відкритістю, з якою підрозділи зустрічали своїх BHL, та кількістю контактів, що BHL згодом мали з підрозділами, до яких були приписані. Так, незацікавлені підрозділи не отримали стільки відвідувань або освітніх брифінгів, як підрозділи, які активно шукали допомоги. Кожен зацікавлений підрозділ отримав початковий інструктаж від свого BHL на емоційному циклі розгортання згідно із концепцією, спочатку описаною Пінкусом і його колегами [11]. Теми, які порушені в подальших брифінгах, перелічені в додатку 34.3. Крім першого контакту, психіатри мали значну гнучкість у виборі, як працювати зі своєю FRG і зберігати зв'язок із групами різними способами. Дехто з них відвідував засідання FRG щомісяця, підтримуючи тісний зв'язок з їхніми керівниками, і брав участь у різних заходах підрозділу. Інші займали пасивнішу позицію, залишаючись доступними для лідерів FRG, коли необхідно було вирішити проблеми, які виникали в умовах розгортання.

Коли програма закінчилася, більшість лідерів FRG мали позитивні почуття щодо програми. Вони одностайно вважали, що програму варто продовжити після подальшої передислокації.

ДОДАТОК 34.3

ТЕМИ БРИФІНГІВ ГРУП ГОТОВНОСТІ РОДИН

- Ознайомлення зі зв'язком з психіатричними службами
- Емоційний цикл розгортання
- Загальні психічні захворювання
- Бойовий стрес/посттравматичний стресовий розлад
- Діти і розгортання
- Відпочинок і відновлення сил посеред відрядження
- Втрата і горе
- Возз'єднання та реінтеграція

Психіатри, проте, мали неоднозначну реакцію. У підсумку програма була припинена і замінена обов'язковою 2-місячною ротацією старших психіатрів SAC з проведенням супервізії психіатром 25 ID або психіатром громади, яка перебуває на дійсній службі.

Підтримка служб побутового забезпечення військовослужбовців у розгортанні 2004–2005 років

Розгортання другої BCT в Іраку в січні 2004 року з наступним розгортанням третьої BCT в Афганістані в березні 2004 року стимулювало подальші зусилля громади для підготовки і підтримки солдатів 25 ID та їхніх сімей. ACS взяла на себе керівну роль у забезпеченні підготовки й навчання солдатів 25 ID і їхніх сімей, щоб вони могли впоратися з викликами протягом довгих і складних 18 місяців. Спочатку ACS зосередилася на підготовці сімей 2-ї BCT, потім — 3-ї BCT, після чого почала активну програму підтримки сімей протягом розгортання. Нарешті, ACS розробила надійну програму передислокації, яка стратегічно розглянула питання реінтеграції.

Підтримка перед розгортанням

Військова громадська служба ACS розробила чотири напрями підходу до підтримки перед розгортанням, у тому числі: 1) поширення інформа-

ції, 2) навчання та освіта, 3) охоплення громади, 4) інтеграція служб охорони психічного здоров'я. Значному охопленню громади сприяли три інформаційні ярмарки, присвячені розгортанню. У них взяло участь понад 20 сервісних товариств громади, зокрема організації допомоги з фінансами, юридичними питаннями та житлом, TRICARE, центри розвитку дитини та SAFAC. Військові та цивільні організації відповідали на запитання і надавали інформацію, яка допомагала солдатам та їхнім сім'ям прийняти особисті рішення стосовно розгортання. Ярмарки були відкриті для всієї громади; місцеві спонсори пропонували вхідні призи і прохолодні напої. Три ярмарки відвідало понад 2500 солдатів, членів сім'ї та громади.

Окремий ярмарок вакансій проводився програмою сприяння зайнятості громади, яка ознайомлювала подружжя військовослужбовців з можливостями працевлаштування. Багато хто з подружжя вагалися, чи слід залишатися на Гаваях, чи повернутися на материк під час розгортання. ACS працювала в партнерстві з більш ніж 30 місцевими підприємствами та організаціями, щоб розширити можливості для працевлаштування подружжя військових. Більше 250 дружин/чоловіків військовослужбовців взяли участь у ярмарку.

На загальних зборах, проведення яких розпочалось за кілька місяців до розгортання, пропонувалась найновіша інформація від численних громадських служб і командира дивізії про стан розгортання. Командир дивізії та його колеги завжди були доступні, щоб відповісти на питання, аби вчасно запобігти будь-яким чуткам або дезінформації. Загальні збори продовжувались щомісяця протягом усього терміну обох розгортань. Організація безкоштовного догляду за дітьми під час зібрань забезпечила їх високу відвідуваність. Крім того, у партнерстві з CAPS було проведено понад 30 шкільних брифінгів для вчителів, шкільних адміністраторів, консультантів і батьків стосовно питань розгортання, які стосувалися дітей.

Навчальні й освітні можливості ACS передбачали:

- підготовку і керівництво для лідерів FRG як в індивідуальній формі, так і в класах, присвячені тому, як краще підтримати себе і сім'ї під час розгортання;
- навчання командирів тилових підрозділів дивізії (які не перебувають на розгортанні) у співпраці з навчальними ресурсами дивізії;
- курси з фінансової готовності для солдатів і їхніх сімей, що давали впевненість у вирішенні фінансових питань під час розгортання;
- оздоровчі курси для сімей, які вели дитячі і підліткові психіатри TAMC, співробітники SAFAC і священики.

ACS провела понад 58 сесій тренінгу з фінансової готовності. Інші численні курси для сімей розглядали такі теми: «Вплив розгортання на дітей», «Як допомогти дітям упоратися зі стресом» і «Робота з чутками». Декілька курсів були присвячені проблемі стосунків батьків і важливості значимого спілкування під час розлуки подружжя. ACS винайняла за контрактом докторів Джона і Джейн Кові, щоб навчити 27 співробітників ACS і капеланів для отримання сертифікації за темою «Сім звичок високоефективної сім'ї». Стажисти, своєю чергою, провели понад два десятки 1-денних занять для військових пар.

ACS разом із SRP запропонували солдатам багато інформації, а також провели збір даних про військовослужбовців і членів їхніх сімей. ACS розробила інформаційні аркуші, які поширювались між усіма військовослужбовцями перед розгортанням з метою зібрати інформацію про військових і членів сімей, їхні потреби, потенційні проблеми і необхідну допомогу. ACS зібрала дані, щоб визначити, де будуть проживати дружини/чоловіки під час розгортання і які особливі потреби вони можуть мати. Неодруженим солдатам було запропоновано надати адресу батьків або друзів, яких вони б хотіли інформувати про себе під час розгортання. Після заповнення форми було зібрано і введено в базу даних більше 8500 записів. Демографічні дані, такі як адреса подружжя або батьків, вагітність, члени сім'ї з особливими потребами, подружжя, що не розмовляють англійською, і заплановані переїзди, були використані для розробки конкретних програм розгортання для цільових аудиторій. Приблизно 22 % дружин/чоловіків переїхало на материк, 9 % заміжніх жінок були вагітними, для 13 % подружжя англійська

не була рідною мовою, 15 % мали члена сім'ї з особливими потребами, 56 % солдатів були одружені, і 69 % з тих, хто був одруженим, мали дітей. Інформаційний бюлетень розгортання публікувався раз на два місяці та розсилався поштою більш ніж 8000 дружинам/чоловікам, батькам і друзям солдатів. Бюлетень містив інформацію про громадські послуги Армії, доступні для сімей, і телефонні номери важливих ресурсів.

Забезпечення під час розгортання

Для забезпечення доступності якісних послуг для подружжя ACS розширила свою діяльність до 7 днів на тиждень. Продовжувались курси і тренінги для керівників FRG і членів сімей, також постійно проводились семінари на такі теми, як «Пристосування до розгортання», «Турбота за тими, хто доглядає за дітьми» і «Турбота про себе». ACS запропонувала проводити щочетверга «вечірні виходи в світ для подружжя» з піцою і безалкогольними напоями, що надавались спонсорами, а також цікавими заходами і безкоштовним доглядом за дітьми (що також було доступно на щотижневих зустрічах FRG по середах). Запрошені лектори, майстер-класи, ігрові вечори, групи підтримки тощо пропонувалися протягом 52 щотижневих сесій. Крім того, ACS надавали 20 годин у місяць безкоштовного догляду за дітьми для дружин/чоловіків, щоб дати їм можливість поїхати у відрядження або відпочити. Однак 88 % працівників із догляду за дітьми були подружжям солдатів, які перебували на розгортанні, тому вигорання і стрес серед них було поширеним явищем. Озираючись назад, можна зробити висновок, що безкоштовний догляд за дітьми був надмірним і створював проблеми для наступного розгортання, коли очікування не могли бути задоволеними через знижене фінансування.

ACS працювала безпосередньо зі 125-м батальйоном зв'язку, щоб надавати можливість солдатам спілкуватися з їхніми сім'ями за допомогою обладнання для відеотелеконференції (VTC), доступного 7 днів на тиждень. Подружжя вважали, що бачити своїх чоловіків/дружин, які перебували на розгортанні, та спілкуватись з ними віч-на-віч було розрадою, але для дітей досвід VTC був складним. Молодші діти іноді помітно засмучувались, побачивши маму чи тата на екрані, тоді як інші використовували можливість тримати своїх батьків у курсі шкільних і домашніх подій. Загалом VTC-сесії виявились дуже цінними для сімей.

Передислокація та реінтеграція

У грудні 2004 року ACS розробила семінар для підготовки подружжя та сімей до возз'єднання після розгортання. ACS знову запросила докторів Джона і Джейн Кові. До семінару були залучені місцеві професіонали, які запропонували такі курси, як «Наслідки бойового стресу для сімей», «Допомагаючи дітям підготовитись до возз'єднання» і «Зробити привітання дійсно привітним». Семінари мали циклічний формат, що надавало подружжю можливість відвідати три з п'яти сесій. У них взяло участь більше 150 дружин/чоловіків. Після семінару із запрошеними доповідачами пройшла серія програм, які відбувались вечорами раз на два тижні. Психіатри, священики та соціальні працівники розповідали про возз'єднання та реінтеграцію.

ACS розробила DVD «Готові до возз'єднання», що складалось із трьох частин, які розглядали возз'єднання і реінтеграцію. У першій частині, виданій ACS за допомогою місцевих волонтерів і дитячих психологів TAMC, увага акцентувалась на дітях і розгортанні. Дві інші частини були взяті з матеріалів «Операції готовності» («Operation Ready») (www.mwrarmyhawaii.com/acs/managing_deployment.asp). DVD розсилалося поштою до 6000 членів сімей, що мало за мету: 1) охопити максимально можливу кількість дружин/чоловіків, як тих, хто залишився на Гаваях, так і тих, хто повернувся на материк; 2) забезпечити подружжя інформацією про возз'єднання в їхніх власних будинках; 3) збільшити розуміння процесу реінтеграції після розгортання і заохотити подружжя скористатись тренінгами та службами, які були доступні для них. DVD успішно підсилили цікавість до тренінгів про возз'єднання і згодом були викладені на веб-сайті ACS (http://www.mwrarmyhawaii.com/).

Для полегшення реінтеграції 25 ID планувалось надати солдатам та їхнім сім'ям всебічну підготовку до передислокації, починаючи за

90 днів до повернення до дому і закінчуючи через 30 днів після.

Як результат, навчальний центр 25-ї піхотної дивізії, який має назву «Університет "Тропічна блискавка"» (Tropic Lighting University), заснований на базі Університету «Залізний кінь» (Iron Horse University) в Форт Худі (штат Техас), запровадив триступеневу програму, розроблену спеціально для інтенсивного тренінгу возз'єднання для солдатів та їхніх дружин.

Перший етап передбачав інтенсивну підготовку до возз'єднання подружжя, яка починалась за 90 днів до повернення на батьківщину. На другому етапі проводився 3-денний цикл програм підтримки, затверджений Армією, який містив низку брифінгів, перевірок психічного здоров'я і медичних оглядів. Подружжя запросили взяти участь у брифінгах цього етапу. Третій етап відбувся одразу ж після 30-денного періоду відпустки солдатів і складався із курсів по 2,5 дня. Було визначено чотири цільові аудиторії для навчання: 1) самотні солдати, 2) самотні солдати з дітьми, 3) одружені солдати, 4) одружені солдати з дітьми. Протягом всієї програми підтримувалась цілісність підрозділу. «Університет "Тропічна блискавка"» підготував більше 10 000 солдатів. Навчальний план мав такі елементи:

- управління стресом (2 години) для всіх солдатів,
- управління гнівом (1 година) для всіх солдатів,
- управління грошима (1,5 години) для всіх солдатів,
- семінар для самотніх батьків (1,5 години),
- семінар для самотніх солдатів (1,5 години),
- семінар про питання шлюбу (3 години),
- спілкування з дітьми (1 година),
- відновлення після розлучення (2 години) для солдатів, які проходять через розлучення.

Отримані уроки

- Партнерство з психіатричною громадою було неоціненним і має бути відображене у всіх військових установах.
- Кошти, виділені на Глобальну війну з тероризмом, надали ACS необхідні фінансові ресурси, щоб забезпечити широкий спектр послуг під час розгортання.
- Двадцять годин на місяць безкоштовного догляду за дітьми було надмірним і створило високі очікування, які важко виконати.
- Персонал ACS і служби догляду за дітьми переживав вигорання. Багато годин і додаткові вимоги щодо догляду за дітьми створили велику напругу для співробітників, багато з яких були подружжям солдатів, які перебували на розгортанні.
- Підтримка поінформованості громади і розбудова взаємин зі школами допомогли визначити потенційні родинні проблеми та сім'ї, які належали до групи ризику, і засоби зв'язку сімей з наявними ресурсами до того, як проблеми ставали явними. Громади стали очима й вухами ACS.

Відповідальність за піклування про фізичні й емоційні потреби військовослужбовців і їхніх сімей поділяють численні військові, федеральні та державні органи. Кожна з цих установ отримувала певну частку спільної турботи, але значною мірою функціонувала самостійно.

Часто агентства стійко захищали свої проблемні ділянки («захищали свою територію»), що, на жаль, могло призвести до дублювання послуг і персоналу. Подібні моменти не тільки були неефективними і дорогими, а й створювали бар'єри для догляду через відсутність координації послуг та існування декількох порталів доступу.

Важливим завданням є поєднати агенції задля спільної мети. Венгер і Сіндер (Wenger і Synder) [7] описали концепцію «практикуючих громад» як «організаційних кордонів», визначили їх як розрізнені групи, які мають «спільний порядок денний» і можуть працювати разом, вчитися один у одного і розвивати стратегії, що працюють для досягнення спільної мети.

Велика кількість корпорацій та урядових установ успішно застосовують принципи, втілені в концепції «практикуючих громад». Однак у багатьох організаціях є потреба схвалення ідеї керівництвом.

ВИСНОВКИ

Швидкий розвиток і успіх SAFAC пов'язаний із сильним керівництвом у 25 ID та TAMC. Так само сильне керівництво командування гарнізону Шофілд, Національного центру ПТСР і директора Міністерства освіти Гаваїв сприяли зближенню різних установ, шкіл і SAFAC для максимізації використання ресурсів і співпраці. Наприклад, SAC складається з об'єднаних ресурсів психіатричного відділу 25 ID Муніципальної психіатричної клініки, що значно збільшило можливості і доступ до лікування для солдатів, які повернулись з OIF та OEF. Така співпраця значно розширює можливості армії для забезпечення охорони психічного здоров'я військовослужбовців. Ще одним важливим принципом є необхідність надання психологічної допомоги в громаді. Охорона психічного здоров'я в школі наближає ці послуги до дітей, надаючи їх там, де вони проводять більшу частину дня. Це часто буває більш зручним для батьків і має менший ефект таврування як для дітей, так і для батьків порівняно з тим, що вони відчували б, звернувшись до психіатричної клініки. Поширення роботи у співпраці з ACS допомагає освіті громади і далі зменшує ефект тавра. Використання психіатричних ресурсів у межах FRG забезпечує пряму підтримку подружжя під час розгортання та робить звернення по допомогу легкодоступним.

Поодинокі конфлікти в програмі Шофілд мали негативний вплив на послуги. Складними можна визначити такі сфери, як спрямування і контроль ресурсів соціальної роботи та, меншою мірою, інтеграція ресурсів роботи зі зловживаннями (алкоголізмом чи наркоманією), зокрема тих, які були спрямовані на допомогу членам сімей. Ці проблеми не були повністю подолані.

Ґрунтуючись на досвіді з інтеграції психіатричних ресурсів у військових громадах, таких як казарми Шофілд, рекомендується таке.

- Управління і контроль психіатричних ресурсів повинні бути визначені і проводитися чітко в межах єдиної контролюючої організації. Поєднання всіх психіатричних ресурсів у межах однієї організації значно полегшує інтеграцію та координацію послуг. Відмова інтегрувати такі послуги створює численні і вартісні проблеми навіть у мирному оточенні. Якщо психологи, психіатри та соціальні робітники мусять реагувати на кризу як команда, то ці органи мають бути організовані як команда з лідером.
- Наявна система обліку часу психіатрів має бути змінена, щоб відобразити важливість програм профілактики та раннього виявлення. За нинішньої системи бухгалтерського обліку програми, які роблять акцент на профілактиці та ранньому виявленні, не вважаються доглядом за пацієнтом і фактично сприймаються як «непродуктивна» робота. Так само робота з населенням не вважається продуктивним робочим навантаженням.
- Армійські бойові одиниці, як-от 25 ID, мають відігравати важливу роль у будь-якій ініціативі психологічної допомоги. Загальна відповідальність психіатричних відділів і бойових підрозділів значно підвищує турботу про військовослужбовців та їхні сім'ї.

Іншою важливою проблемою є виділення психіатричних ресурсів у рамках військової системи. Традиційно, принципи підбору кадрів в армії такі: один психіатр на 7000 дорослих і один дитячий психіатр на 18 000 дітей віком до 18 років. Досвід, викладений у цьому розділі, а також емпіричні дані показують, що один психіатр потрібен на 3000 дорослих і один — на 3300 дітей. Це більше ніж двократне збільшення лікарів для дорослих і майже п'ятикратне збільшення лікарів для дітей. Навіть у цьому разі такий штатний розклад не бере до уваги кількість дітей, які отримують догляд через школи або лікуються у TAMC. Крім того, ці дані описують систему, яка надає доступ до медичної допомоги. Для скорочення витрат у SAFAC практикуючим медсестрам було доручено виписувати ліки як в дорослій, так і дитячій клініках. Припущення, зроблені в алгоритмах, які описані в цьому розділі, потребують подальшого тестування. Проте передбачувана формулами кількість лікарів здається досить точною і здебільшого не переоцінює потребу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(1):13–22.
2. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006;295(9):1023–1032.
3. Hoge CW, Lesikar SE, Guevara R, et al. Mental disorders among US military personnel in the 1990s: association with high levels of health care utilization and early military attrition. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1576–1583.
4. Jones FD. From combat to community psychiatry. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing in Peace for War*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1994: 230–235.
5. Satin DG. Allocation of mental health resources in a military setting: a community mental health approach. *Mil Med*. 1967;132:698–703.
6. Jensen PS, Grogan D, Xenakis SN, Bain MW. Father absence: effects on child and maternal psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28:171–175.
7. Wenger E, Snyder WM. Communities of practice: the organizational frontier. *Harvard Bus Rev*. Jan–Feb 2000;139–145.
8. Faran ME, Weist MD, Saito AY, Yoshikami L, Weiser JW, Kaer B. School-based mental health on a United States Army installation. In: Weist M, Evans SW, Lever NA, eds. *Handbook of School Mental Health: Advancing Practice and Research*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003: 191–214.
9. Violence Institute of New Jersey at UMDNJ. Strengths and Difficulties Questionnaire. Available at: http://www.sdqinfo.com/. Accessed January 4, 2010.
10. Leamon MH, Sutton LK. Graduate medical educators and infantry commanders: working together to train Army psychiatry residents. *Mil Med*. 1990;155:430–432.
11. Pincus SH, House R, Christenson J, Adler LE. The emotional cycle of deployment: a military family perspective. *US Army Med Depart J*. 2001;PB 8-01-4/5/6:15–23.

ЧАСТИНА СЬОМА

ОПЕРАТИВНЕ ПОВЕДІНКОВЕ (ПСИХІЧНЕ) ЗДОРОВ'Я

Розділ 35

ПСИХІАТРІЯ В УМОВАХ КАТАСТРОФ

Артін Терхакопіан[I] · Девід М. Бенедек[II] · Елспет Кемерон Річі[III]

ВСТУП

ІСТОРИЧНЕ ПІДҐРУНТЯ

НЕЩОДАВНІ МІСІЇ

Терористична атака на Пентагон 11 вересня 2001 року

Цунамі в Південно-Східній Азії 26 грудня 2004 року

Урагани Катріна і Ріта в 2005 році

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, майор, Медичний корпус, Армія США; Керівник стаціонарного психіатричного відділення, відділ психіатрії, Військово-медичний центр Вільяма Бомона, 5005 North Piedras Street, El Paso, Texas 79920; у минулому — начальник психіатричного відділення, 10-й польовий госпіталь, Baghdad, Iraq.

[II] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; професор і заступник голови відділу психіатрії Військово-медичного університету силових структур ЗС США, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814.

[III] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника військово-медичної служби армії США з психіатрії і директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

ВСТУП

Військовослужбовці США зробили значний внесок у надання медичної допомоги постраждалим у багатьох руйнівних катастрофах у всьому світі. Нещодавно військові психіатри та працівники охорони психічного здоров'я відіграли ключову роль у проведенні цих рятувальних операцій. Цей розділ окреслює основні принципи психіатрії катастроф та ілюструє використання цих принципів на прикладі військової психіатрії для постраждалих від масових катастроф.

Сфера психіатрії катастроф продовжує розвиватись і надавати нові концептуальні уявлення стихійних лих та їхніх наслідків для психічного здоров'я. Знання відповідних психіатричних втручань на момент катастрофи є надзвичайно важливими. Загалом військові психіатри добре натреновані під час війни чи гарно обізнані на військовій психіатрії та використанні принципів PIES «близькість, невідкладність, очікування та простота» (proximity, immediacy, expectancy, simplicity). Попри це, багато військових психіатрів та їхніх колег-цивільних менш обізнані в роботі з травмованими пацієнтами поза межами стандартного стаціонару чи психіатричного відділення. Значна частина психіатрів можуть мати більше досвіду в керуванні таких станів, як гострий стресовий розлад чи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), в медичному закладі, аніж в аскетичному та зруйнованому оточенні. Лікування порушень психічного стану через стихійні лиха може похитнути психіатричні концепції щодо інтрапсихічних детермінант психічних розладів [1] та межі «психіатр—пацієнт» (наприклад, проживання у наметі з пацієнтом) [2]. Знання щодо індивідуально пережитих травм, таких як зґвалтування чи автомобільні аварії, та розуміння військової психіатрії здатні допомогти обрати принцип психологічного лікування під час катастрофи. Психіатричні реакції на катастрофи, де вони неминучі, неочікувані чи колективно пережиті у травматичних подіях великого масштабу, можуть бути різними. У результаті атаки 11 вересня 2001 року, руйнівного цунамі в Індійському океані 2004 року й урагану Катріна 2005 року було зроблено багато висновків. Участь військових психіатрів у командах допомоги під час цих подій надала унікальну можливість відпрацювати план дій при катастрофах, оцінити наявні знання психіатрії катастроф та обдумати можливі зміни та покращення на майбутнє.

У цьому розділі будуть викладені історичні передумови для нинішніх принципів психіатрії катастроф. Описи реагування військової психіатрії на атаку 9/11 на Пентагон, цунамі в Індійському океані й урагани Катріна і Ріта проілюструють не лише застосування принципів психіатрії катастроф, а також те, що військові психіатри мають очікувати під час катастрофи і як вони можуть найкращим чином полегшити стан пацієнтів та прискорити одужання. Наприкінці зазначено напрямки подальших досліджень та зроблено особливий наголос щодо тренувань.

ІСТОРИЧНЕ ПІДҐРУНТЯ

На сьогодні накопичено значну кількість даних про організацію медичного забезпечення населення в умовах катастроф. Однак мало що відомо про потреби охорони психічного здоров'я та від-

повідні психіатричні послуги. Попри це, інформацію про природу і масштаб психіатричних потреб населення, що постраждало внаслідок катастроф, і відповідне психіатричне лікування було належним чином викладено у повідомленнях про організацію охорони здоров'я населення в умовах надзвичайних ситуацій природного, техногенного та воєнного походження.

Під час катастроф багато осіб переживають горе і депресію, занепокоєння, соматичні та дисоціативні реакції [3–6]. Стресові реакції на катастрофи: можуть відобразитись фізіологічними симптомами залежно від специфіки характеру катастрофи, наприклад, здавленість у грудях, нудота та страх можуть бути наслідком вибуху вантажівки, що перевозила хлор. Цей феномен ускладнює оцінку та лікування населення, що зазнало катастрофи, та потребує спільної праці психіатрів та інших медичних працівників. Серед осіб із попередньо наявними медичними розладами занепокоєння та соматичні реакції ускладнюються страхами щодо руйнування поселень, доступності медичного догляду та можливості забезпечення лікарськими засобами.

Психологічна реакція на катастрофу може вплинути на підхід до лікування; цей факт задокументований в літературі. Так, під час війни у Перській затоці (1990–1991 рр.) близько 40 % ізраїльських громадян біля місць шквалу ракетних ударів повідомили про симптоми, що збігалися з наслідками вибуху хімічної зброї, незважаючи на її відсутність [7]. Подібний феномен спостерігався у 1995 році під час газової атаки зарином у метрополітені Токіо [8–10]. У перехресному оцінюванні стану 182 осіб, що пережили бомбування Оклахома-Сіті у 1995 році, через 6 місяців після катастрофи Норт (North) і колеги виявили підвищений рівень ПТСР (15 % перед катастрофою і 22,5 % опісля катастрофи) та депресію (12,6 % перед катастрофою і 22,5 % опісля катастрофи) [11]. П'ять кабінетів невідкладної допомоги у нижньому Манхеттені біля зруйнованого Всесвітнього торгового центру мали значний наплив пацієнтів як наслідок катастрофи 9/11. Із 950 пацієнтів, оглянутих під час перших 48 годин у цих кабінетах, 14 % повідомили про кардіологічні, неврологічні та психіатричні проблеми [12]. У наступні кілька місяців після знищення Центру всесвітньої торгівлі опитування жителів Коннектикуту, Нью-Джерсі та Нью-Йорку виявили підвищене збудження, занепокоєння, проблеми зі сном та підвищене вживання алкоголю і паління як наслідок атак [13].

Терористичні атаки із застосуванням збудника сибірської виразки в окрузі Вашингтон в листопаді 2001 року знову продемонстрували необхідність психологічної, емоційної та психіатричної підтримки для населення. У наступні 2 тижні після цієї атаки на будівлю Сенату імені Харта 1129 пацієнтів звернулись по невідкладну допомогу в госпіталь Інова Ферфакс (Inova Fairfax Hospital), що розташований неподалік, у Північній Вірджинії, з симптомами та занепокоєнням у можливості захворювання на сибірську виразку. Із цих пацієнтів лише у двох було діагностовано інгаляційну форму сибірської виразки [14]. Реакція цивільних осіб на катастрофи дуже подібна до реакції, що задокументована серед військ під час Першої світової [15]. Історично психологічні реакції (як ті, що зазначені вище) були поділені на часові фази катастрофи (перед катастрофою, під час катастрофи й опісля катастрофи). Кожна фаза має свої характеристики. Основна різниця полягає в природі та тривалості катастрофи [16]. Таким чином, емоційні та психічні наслідки можуть спричинювати значні розлади здоров'я та функціонування осіб на суттєвий період часу. Дослідження у галузях соціальних наук, психології, психіатрії та охорони здоров'я населення надали важливу інформацію для покращення стійкості при психологічній роботі з постраждалими у катастрофі та полегшення стану психічних розладів унаслідок травматичного впливу. Ці дослідження узагальнили Урсано, Фулертон, Норвуд, Річі, Вотсон і Фрідман (Ursano, Fullerton, Norwood [6], Ritchie, Watson і Friedman [17]). Було визначено три сфери для широкого психологічного втручання: 1) загальна підтримка, 2) освіта та 3) остаточний медичний і соціальний захист (таблиця 35.1). Вони узгоджуються з давно описаними П'єром Жане [18], Зігмундом Фрейдом [19] та Іваном Павловим [15].

Відповідний баланс підтримки громади, освіта і належний догляд здатні підвищити індивідуальний і груповий потенціал щодо інтегрування травматичних переживань, тим самим знижуючи депресію, неспокій, соматизацію і дисоціацію.

ТАБЛИЦЯ 35.1

НЕОБХІДНІ ЗАХОДИ ПРИ ПСИХОЛОГІЧНОМУ ВТРУЧАННІ ПІД ЧАС КАТАСТРОФ

Загальна підтримка	**Базові потреби:** надати безпеку, охорону, воду, їжу, притулок (житлові умови), можливість переміщення, контакт і/чи можливість спілкування з родиною та друзями
	Психологічна перша допомога: мінімізувати подальшу шкоду здоров'ю; зменшити психологічне збудження та фізичний біль; мобілізувати підтримку; підтримувати родинний зв'язок і допомогти родинному об'єднанню; надати інформацію та освіту; сприяти спілкуванню щодо ризиків; розглянути необхідність перекладачів
	Необхідна оцінка: оцінити нинішній статус; знати докатастрофні обставини; оцінити стан «мовчазних» осіб, таких як діти та інваліди; обдумати потреби на трьох рівнях: 1) загальне населення, 2) групи та 3) особи
	Моніторинг: прислухатися до осіб, що перебували під впливом катастрофи; зважати на рівень базових потреб і з'ясувати, наскільки вони задоволені; оцінювати психологічні життєві показники, такі як ставлення до лікування, надія та очікування; перевіряти пацієнта на вживання наркотичних речовин; спостерігати та розвіювати чутки
	Стимулювання психічної стійкості й одужання: заохочувати соціальну взаємодію; дозволити регулярні дії, такі як шкільне навчання чи робота, наскільки це можливо; стимулювати захисні механізми; посилити роль системи; запропонувати загальногромадські дії, щоб зменшити безнадію та вселити віру; будувати взаємини в наявній громаді та на організаційній основі; заохочувати загальногромадські захисні ритуали (промови, церемонії прощання з померлими, похорони), щоб зменшити страждання та посилити згуртованість
Освіта	**Поширення освіти й інформації:** впевнитись у загальному поширенні практичної інформації та практичних інструкцій через засоби масової інформації та надійних місцевих лідерів; постійно та чітко інформувати людей про рекомендації та їх підґрунтя; надавати освітню інформацію щодо агресивної поведінки, ознак та симптомів ненормального функціонування; бути доступними у місцях загальних зборів; надавати неформальні послуги та інформувати про наявні формальні послуги; використовувати термінологію осіб, що зазнали впливу катастрофи
	Надання консультацій і тренувань: розподілити осіб із необхідними навичками до наявних громадських організацій, щоб покращити їхню можливість задовольняти психологічні потреби; навчати представників громад і релігійних, цивільних і бізнес-лідерів; заохочувати місцевих жителів до робіт із відновлення
Остаточний медичний і соціальний захист	**Сортування хворих при прийомі та медичний огляд:** стабілізувати та виявити випадки психічних розладів чи дисфункцій; оглянути найбільш постраждалих; госпіталізувати задля уникнення шкоди
	Лікування: зменшити чи знизити симптоми; покращити функціонування; використовувати психофармакологію та психотерапію (індивідуальні, сімейні та групові медичні втручання); використовувати мультидисциплінарний підхід для координування медичного лікування та турботи з боку духовенства, духовних цілителів, соціальних працівників і роботодавців

Адаптовано з: Ritchie EC, Friedman M, Watson P, Ursano R, Wessely S, Flynn B. Масові насилля та медичне втручання: найкращі практичні методи при хімічних, біологічних і радіологічних атаках. *Mil Med*. 2004;169(8):575–579.

Переваги медичних втручань будуть змінюватись залежно від типу катастрофи, її тривалості та інтенсивності. Також багато з цих зусиль (зокрема, підтримка та освіта) можуть проводитись нетрадиційними працівниками охорони психічного здоров'я: таким чином підкреслюється важливість взаємодії між працівниками охорони психічного здоров'я та рятувальниками, включаючи волонтерів.

Самодопомога та самозаспокоєння також можуть бути підкріплені підтримкою громади, освітою та належним доглядом. Навчання психологічній самодопомозі спроможне зменшити соматизацію, пояснюючи (та нормалізуючи) вплив травматичного стану на особисту психологію, духовність і фізіологічне функціонування. Знання та розуміння стресових реакцій здатні активно підтримувати можливість постраждалих осіб стримувати свою тривогу, контролювати страх, мобілі-

зувати психологічний захист від горя і допомогти сприйняти психологічний вплив катастрофи на їхній емоційний стан. Підтримка та освіта можуть зменшити пов'язаний із катастрофою хаос і таким чином мінімізувати «синдром компенсації», що є причиною підтримки програм посткатастрофної допомоги та громадського відновлення. Програми освіти та підтримки здатні скеровувати осіб, що мали психічне захворювання і пережили катастрофу, до конкретних медичних закладів для вторинного огляду, переоцінки та госпіталізації (чи інших заходів, якщо необхідно). Ці медичні заходи втручання при підтримці, належному нагляді та зусиллях можуть зменшити конверсію вторинних і короткотривалих емоційних симптомів у більш серйозні хронічні психічні проблеми. Загальна підтримка, освіта та остаточний медичний і соціальний захист (якщо вони доступні для тих, хто їх потребує) слугують для покращення можливостей осіб інтегрувати жахливі та спустошувальні епізоди життя у когнітивні, емоційні й поведінкові схеми. З когнітивної та нейробіологічної точки зору ця інтеграція може розглядатись як накопичення «спогадів безпеки», що блокують вираження спогадів пережитих жахів [20].

«Проект Свобода», організація, яка створена після терористичного акту 9/11 і фінансується урядом, ілюструє переваги надання підтримки, освіти й остаточної медичної та соціальної опіки. Ця Програма надавала психологічну підтримку, освіту та послуги з індивідуальної підтримки для 1,2 мільйона осіб протягом 27 місяців опісля катастрофи 9/11 у центрі Нью-Йорка та є прикладом успішної загальної психологічної підтримки, освіти, остаточної медичної й соціальної підтримки. «Проект Свобода» був особливо ефективним у плані полегшення повернення осіб, що пережили катастрофу, до нормального стану і спрямування постраждалих з більш серйозними проблемами, такими як депресія і ПТСР, до клінік для належного лікування [21, 22].

Окремою проблемою психіатрії катастроф стало психічне здоров'я працівників із ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Хоча докази дещо неточні [23, 24], проблеми зі здоров'ям виникають і впливають нерівномірно на працівників, що піддаються психологічно травматичному впливу [25–29]. Травматичний вплив подій може спричиняти довготривалий ефект на волонтерів і рятувальників, здатний погіршити якість виконання їхньої місії. Травматичний вплив під час рятувальних операцій та гуманітарної допомоги в умовах катастроф воєнного походження може містити: «а) мертві тіла; б) дітей, що піддавались насиллю чи осиротіли; в) невпевненість щодо мети місії та г) невпевненість у керівництві» [30, с. 63].

Кожен план ліквідації наслідків стихійних лих має передбачати заходи з охорони психічного здоров'я постраждалого населення, а також враховувати емоційний і поведінковий стан психічного здоров'я рятувальників. Психіатричні аспекти плану з інформування та підготовки рятувальників здатні покращити ефективність місії, посилюючи можливість і бажання працівника виконувати свій обов'язок [31, 32].

В епоху значних досягнень у галузі медицини, зокрема контролю над інфекційними захворюваннями та невідкладної хірургії, розпізнання тягаря довготривалих психіатричних хвороб і вдосконалення психіатричних методів втручання при катастрофах є наступним кроком у зменшенні захворюваності та смертності унаслідок катастрофи.

НЕЩОДАВНІ МІСІЇ

Останні кілька років військові психіатри підтримують різні операції та зусилля з поліпшення стану пацієнтів. Серед них — терористична атака на Пентагон і 9/11, місія на південному сході Азії після цунамі 2004 року та рятувальні операції на узбережжі США після ураганів Катріна та Ріта у 2005 році. Втручання військових фахівців із охорони психічного здоров'я при цих катастрофах було проведено з метою посилити безпеку й охорону, пом'якшити негативні довготривалі психологічні наслідки, зменшити страждання пацієнтів і визначити найкращі клінічні методи психіатричного втручання. Коли це було можливо, встановлювався процес дослідження та пошуку

найпродуктивніших процедур з одужання, ретельно проводились збір та документування набутого досвіду.

Ці операції були успішними значною мірою завдяки готовності військових психіатрів. Вдале виконання місії залежало від їхньої військової та психіатричної підготовки, досвіду і практичних навичок роботи з травмованими солдатами після війни та доступу до консультантів національних зразкових центрів реагування на травми й психологію при катастрофах, таких як психіатричний відділ Військово-медичного університету силових структур ЗС США, що розташований у місті Віфезда (штат Меріленд).

Терористична атака на Пентагон 11 вересня 2001 року

Літак рейсу 77 American Airlines врізався в будівлю Пентагону о 09:43 ранку 11 вересня 2001 року. Одразу після атаки розпочалась швидка, всеосяжна і чітко виконана рятувальна операція. Як частина рятувальної операції всі військові служби, розташовані біля місця аварії, надіслали команди працівників охорони психічного здоров'я до Пентагону. Одна швидко зібрана група керування в кризових ситуаціях прибула з Військово-медичного центру Волтера Ріда (WRAMC). Інші групи управління діями в кризових ситуаціях прибули з авіаційних баз Андрюз, Боллінг та Кіслер (Andrews, Bolling and Keesler Air Force bases). Група психіатричного втручання приїхала з Національного військово-морського медичного центру США, що знаходиться в місті Вифезда [33–36]. Усі ці команди працювали з підтримкою інших працівників, зокрема членів американського Червоного Хреста, Армії спасіння, волонтерів з різних церков, пожежного відділення Міністерства оборони США (МО) і військових капеланів [34].

Незабаром після атаки клініка Ділорензо (DiLorenzo Clinic) у Пентагоні була обладнана як штаб для реагування на катастрофу. Саме там 12 вересня розробили більш точні плани з підтримки психічного здоров'я працівників Пентагону, армія взяла на себе ініціативу докласти зусиль для охорони психічного здоров'я. Оскільки Пентагон не мав власної служби охорони психічного здоров'я для своїх працівників (окрім трьох співробітників допоміжної програми та одного капелана), зусилля Армії та Військово-повітряних сил США були спрямовані на Пентагон. У цей же час Військово-морські сили мали підтримувати Арлінгтонгське крило, штаб ВМС [34], що знаходився за кілька сотень ярдів від місця теракту.

Як відзначалося при інших катастрофах, засмучені, інколи стривожені чи навіть у паніці особи, що вижили в катастрофі, звертались до різних клінік для допомоги та підтримки одразу після трагедії. Для задоволення зростаючих потреб у соціальній та психологічній допомозі 13 вересня в готелі Шератон Сіті було відкрито родинний центр допомоги, розташований недалеко від Пентагону. Ця установа надавала допомогу родинам співробітників Пентагону та родинам екіпажу рейсу 77. Багато співробітників психічного здоров'я Повітряних сил США приєднались до групи працівників охорони психічного здоров'я WRAMC для підтримки місії цього центру, включаючи психологічне консультування осіб, що переживали горе. Центр зачинили через 2 тижні після поминальної служби 11 жовтня, адже потреба у ньому стала значно меншою [36].

Згідно із початковим планом Військово-повітряні сили США створили групи, які допомагали саме персоналу та керівництву Пентагону. Загалом ці групи позмінно працювали у клініці Ділорензо протягом двох тижнів, до 10 грудня [36]. Армія США поділила обов'язки на «внутрішню» та «зовнішню» місії. «Внутрішня» місія передбачала підтримку персоналу Пентагону, а «зовнішня» фокусувалась на загальному населенні, поки перші співробітники рятувально-аварійної служби розташовувались на галявині навколо Пентагону. Психологічна допомога WRAMC базувалась на передумові, що найбільш негативними після катастрофи є «субклінічні» наслідки (тобто тимчасові, як нормальна реакція на травму) [33]. Таким чином, психологічна підтримка WRAMC часто мала вигляд задоволення базових потреб, таких як сон, їжа, вода та контакт із родиною. Допомога також містила м'яке опитування через неформальні розмови й спостереження реакцій на травмувальні події серед працівників Пентагону та співробітників аварійно-рятувальної служби. Цей підхід дозволив надати максимальну підтримку і водно-

ДОДАТОК 35.1.

ЦІЛІ КОНСУЛЬТАТИВНО-МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ДЛЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ПІД ЧАС КАТАСТРОФИ

- взаємодія між медичними працівниками, пацієнтами, командуванням, родинами і друзями
- сприяння лікуванню
- зменшення психолого-психіатричної захворюваності
- підтримка гнучкого підходу до обстеження та лікування
- розпізнавати й підсилювати адаптивні захисні механізми пацієнта
- підтримувати потреби пацієнта
- навчати пацієнтів і працівників

Адаптовано з: Wain HJ, Grammer GG, Stasinos JJ, Miller CM. Робота з пацієнтами на місці: загальна консультація та підтримка травмованих жертв опісля атаки на Пентагон. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):20.

ДОДАТОК 35.2

ЛІКУВАЛЬНІ ЦІЛІ «ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДСУМКОВОГО ОБГОВОРЕННЯ»

- забезпечити підтримку
- зробити підсумкове обговорення постійним превентивним заходом
- наголосити на безпечності навколишнього середовища
- нормалізувати стан і почуття пацієнтів, включаючи комплекс провини осіб, що вижили
- переоцінити втрати, вказавши пораненому пацієнту важливість його жертви
- допомогти пацієнту зрозуміти, що трапилось
- втішити пацієнта
- визначити й посилити захисні механізми
- навчити пацієнта різним технікам, використовуючи візуалізацію, релаксацію чи гумор
- показати та навчити пацієнта, що він може контролювати ситуацію
- заохочувати пацієнта використовувати соціальну підтримку
- нормалізувати режим сну і харчування, якщо тому сприяє медичний стан
- прояснити медичне занепокоєння пацієнта
- розповісти, яку пастку може створити самолікування та зловживання психоактивними речовинами

Адаптовано з: Wain HJ, Grammer GG, Stasinos JJ, Miller CM. Робота з пацієнтами на місці: загальна консультація та підтримка травмованих жертв опісля атаки на Пентагон. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):20.

час, мінімізувати упередження, пов'язані з психіатричним втручанням. За необхідності рекомендувались направлення до клініки для формального огляду та лікування [33].

На додачу консультативно-міждисциплінарна психіатрична служба (PCLS — Psychiatry Consultation Liaison Service) WRAMC надавала підтримку особам, що вижили при атаці та були направлені до місцевих цивільних лікарень. PCLS WRAMC використовувала гнучкий підхід, що не має аналогів, адаптований з моделей дебрифінгу стресу критичних інцидентів, але з більш точним акцентом на огляд психологічного стану кожної травмованої особи. Таким чином ця служба допомогла зменшити психіатричні симптоми, запобігти розвитку психопатології, сприяла лікуванню, швидкості одужання та організувала соціальну підтримку 18 постраждалим з Пентагону, що потребували тривалої госпіталізації [37] (додатки 35.1, 35.2 і 35.3).

Підхід «терапевтичного дебрифінгу» потребує психологічного контакту з усіма пацієнтами, що пережили катастрофу, та нормалізації реакції на катастрофу за допомогою таких лікарських технік, як когнітивне пересприйняття [37]. Тут метою є допомогти пацієнтам інтегрувати їхні спогади таким чином, аби запобігти «переповненню» спогадами про катастрофу, що мінімізує довгострокове захворювання [37]. «Терапевтичний дебрифінг» складався із розслаблюючого дихання, відвернення уваги, гумору та креативної візуалізації, щоб прискорити повернення почуття ідентифікації та контролю пацієнту. Також підкреслюються якість сну, контроль болю та вдоволення медичним обслуговуванням [37]. Підтримка, що надавалась постраждалим з Пентагону, продовжувалась тижнями, тоді як команди лікарів та випускники медичних факультетів продовжували роботу в багатьох округах, звідки й прибували команди втручання [33]. Таким чином, інтерни, які вивчали психіатрію, повідомили, що під час порятунку та лікувальних операцій їхні знання значно покращились завдяки практичному досвіду. Потенційна перевага залучення лікарів-інтернів в аварійні плани при катастрофах була відображена в інших тренувальних програмах щодо постраждалих під час урагану Катріна [38].

ДОДАТОК 35.3

ВИСНОВКИ КОНСУЛЬТАТИВНО-МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ПІД ЧАС АТАК 11 ВЕРЕСНЯ 2001 РОКУ

- за необхідності консультативно-міждисциплінарну службу після катастрофи можна експортувати
- працівники охорони психічного здоров'я мають оглянути всіх пацієнтів, які вижили при катастрофі, відповідно до стандартного протоколу
- реакція пацієнтів, які пережили катастрофу, має сприйматись як нормальна реакція на аномальні події
- працівники охорони психічного здоров'я мають встановити терапевтичний альянс з іншими лікарями та пацієнтами
- необхідно підтримувати психічний захист пацієнта
- психологічні ресурси мають бути доступні для пацієнтів, незалежно від їхнього медичного статусу на поточний момент

Адаптовано з: Wain HJ, Grammer GG, Stasinos JJ, Miller CM. Робота з пацієнтами на місці: загальна консультація та підтримка травмованих жертв опісля атаки на Пентагон. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):21.

Особливо травмувальною була робота команд, які допомагали зібрати останки померлих у перші дні після атаки на Пентагон [39]. Детальний звіт-опис про вплив процесу збору останків людей на 10 працівників сфери охорони здоров'я вказав, що їхня психічна реакція була досить різна та містила гострі, хоча й короткі (по кілька днів), періоди безсоння, кошмарів і спалахів спогадів. Ясність мислення та експектація були описані як методи посилення психологічної адаптації [40].

Таким чином, військове реагування на атаку Пентагону було швидким; чіткі військові зусилля впроваджувались через серії запланованих дій і почались одразу після атаки. Стійка програма психологічної допомоги сприяла максимізації підтримки осіб, що вижили при атаці, та для рятувальників. Підтримка була посилена мультидисциплінарністю працівників аварійно-рятувальної операції, зокрема психіатрів, соціальних працівників і капеланів. «Терапевтичний дебрифінг», описаний Вейн (Wain) та ін. [42], виділяється як перспективна зміна до моделі при гострому стресі, застосовуваної в умовах консультативно-міждисциплінарної психіатрії. Цей підхід PCLS, що використовувався WRAMC при поверненні поранених солдатів, можливо, зробив більший внесок до первинного рівня ПТСР серед поранених в бою солдатів, ніж вважається, та заслуговує подальшого вивчення при аварійно-рятувальних операціях [41, 42].

Детальний огляд рятувальної операції після атаки на Пентагон вказує на деякі недоліки в координації та плануванні рятувальної операції, а також на невизначеність місії [33, 34, 36]. Команди працівників охорони психічного здоров'я, що прибули до Пентагону, не координували свої первинні дії з відповідальним за проведення аварійно-рятувальних робіт [34]. Кожна служба та кожна психологічна організація прибувала з власним теоретичним баченням, планом реагування, пріоритетами, що ускладнювало рятувальну операцію. Багато хто вважає, що варто було б розробити концепцію спільних дій при аварійно-рятувальних ситуаціях. Варто розглянути можливість введення плану в майбутньому, подібного до Національної системи управління інцидентами (NIMS — National Incident Management System), що розробили у Федеральному агентстві управління в надзвичайних ситуаціях (FEMA — Federal Emergency Management Agency) [33, 34, 36, 43]. Окрім того, відсутність адміністративної військової підтримки створювала певні складнощі з координацією [33]. Можливо, саме відсутність адміністративної підтримки стала причиною втраченої можливості військових працівників охорони здоров'я повністю інтегрувати цивільних працівників до спільного плану [33, 34]. Варто розглянути і залучення адміністративної підтримки для груп працівників охорони психічного здоров'я.

Цунамі в Південно-Східній Азії 26 грудня 2004 року

Потужний землетрус вразив басейн Індійського океану 26 грудня 2004 року. Його наслідком стало цунамі, від якого постраждало багато прибережних країн, зокрема Індонезія, Таїланд і Шрі-Ланка. Приблизна кількість загиблих і зниклих людей становить понад 250 000. Постраждалі, навіть якщо вони були фізично неушкоджені, зіштовхнулись із глибоким горем, втратами та почуттям провини [44]. Військові США організу-

вали Операцію комплексної допомоги при катастрофі. Масштаб лиха був настільки великий, що навіть найвпливовішим та незалежним неурядовим організаціям (NGOs — nongovernmental organizations) була необхідна допомога військових США, щоб дійти до спустошених районів [45]. Місія американських військових була поділена на дві групи: одна була направлена до Шрі-Ланки, а інша — до Індонезії. Третя команда, з Науково-дослідного інституту медичних наук Збройних сил США (Armed Forces Research Institute of Medical Sciences), провела оцінку потреб в Таїланді та координувала надання допомоги цій країні [46].

Незабаром опісля цунамі передова група була відправлена до цього регіону, що сприяло координації прибуття військових сил і засобів із відповідних посольств США та інших місцевих і міжнародних гуманітарних організацій. Окрім військовослужбовців, група в Індонезії свідомо залучила цивільних волонтерів, що входили до неурядового Проекту «Здорове життя для людей всього світу» (HOPE — Health Opportunities for People Everywhere), щоб покращити можливості допомоги та задовольнити потреби постраждалих осіб [47, 48]. Ця група була відправлена на госпітальному судні США Mercy до Банда-Ачеха в Індонезії на початку 2005 року, інші групи — повітрям до Шрі-Ланки і Таїланду. Група в Шрі-Ланці, зрештою, працювала у північно-східній частині острова. Прибувши до Таїланду, третя група розпочала виконувати завдання з оцінки втрат в шести прибережних провінціях Таїланду, що постраждали від цунамі.

Як і в усталеній практиці рятувальних і гуманітарних операцій, допомога постраждалим максимально надавалась *на місці* (наскільки це можливо). І лише тих пацієнтів, яких неможливо було лікувати на місці катастрофи, забирали на військове госпітальне судно Mercy. Усі операції проводились «в дусі взаємодії, співпраці, взаємної поваги, підтримки командного духу, довіри, взаємозалежності та досягненні згоди» [49, с. 33]. Хоча лише військовий корабель Mercy мав у штаті працівників охорони психічного здоров'я, всі три групи зважали на психічні потреби постраждалих і співробітників рятувальної служби. Наприклад, обираючи місце проживання для команди рятівників у Шрі-Ланці, планувальники зважали на таку психологічну перевагу, як дистанція від основної концентрації постраждалих людей та фізичного спустошення. Тож членам команди дозволялось мати перепочинок від постійного травматичного впливу [50]. Хоча команда в Шрі-Ланці провела багато втручань, що можуть вважатися благотворними щодо покращення психічного здоров'я, вони уникали конкретної психологічної терапії та формального оцінювання стану. Адже вважалось, що ці послуги не можна надати у відповідній культурній формі [50].

Надана допомога командою, що була надіслана до Шрі-Ланки, не передбачала формального психологічного втручання, однак працівники охорони психічного здоров'я військового корабля Mercy були заплановані та залучались до надання психологічних медичних послуг в Банда-Ачеху (Індонезія). І хоча команда в Таїланді не надавала конкретних психологічних послуг, швидка оцінка потреб попередила представників тайської влади про погану готовність лікарень задовольнити психологічні потреби травмованого населення. Завдяки цьому представники тайської влади прискорили організацію та надіслали психологічні групи до районів катастрофи, розглянули зміни до аварійно-рятувального плану при катастрофах, який раніше не передбачав елементів психологічної допомоги [46]. Команда оцінки в Таїланді також повідомила про інші аспекти стосовно психічного стану при катастрофах, такі як можливість вдоволення базових потреб, та визнали їх добре забезпеченими [46].

Під час операції «Об'єднана допомога» було виявлено цінність телекомунікацій. За допомогою колективних мереж даних та ліній радіозв'язку команда працівників психічного здоров'я військового госпітального судна Mercy отримувала підтримку від віртуальної команди медичних експертів-рятувальників зі всього світу. Ці мережі дозволили команді вдовольнити потреби постраждалих та спланувати хід дій. Коли стало зрозуміло, що діти мали стати центром уваги команди, ті ж мережі стали безцінним джерелом новітньої літератури, консультацій з експертами та розробки плану втручання [51, 52]. З підтримкою консультантів група працівників охорони психічного здоров'я на борту військового госпітального

судна Mercy змогла застосувати програму, що надала більше 80 годин тренувань у 85 сферах контенту, консультації більше 200 дитячих фахівців і 1 200 вчителів у провінції Ацех [53]. Лінії зв'язку та бази даних продовжують покращувати ефективність психологічних втручань в провінції Ацех, адже їх використовують працівники охорони психічного здоров'я в районах, що зазнали впливу стихійного лиха [53].

Одне дослідження роботи рятувальників, які працювали в районі дії цунамі, вказує на важливість проведення певних превентивних заходів, що можуть знизити кількість негативних наслідків серед членів цієї групи: інформувати рятувальників про очікувані травми, різновиди психологічних реакцій і відповідні методи втручань. У цьому досліджені опитування використовувались, аби оцінити стан учасника до місії та через 3 місяці після неї. Попри малу статистичну кількість вибірки, було зроблено важливі висновки стосовно змін загального базового стану здоров'я, депресії, посттравматичного стресового розладу або ризикованої поведінки. Рятувальники надавали перевагу та вважали корисними брифінги про психічне здоров'я та «своєчасні» тренування, що вони отримали у вечір перед відправленням [30].

Таким чином, в операції «Об'єднана допомога» швидко застосувались ратифіковані методи реагування на катастрофу. Зусилля також містили нові компоненти, такі як віртуальний доступ до світових джерел інформації та експертів певних галузей. Ця місія проілюструвала потенціал успішної співпраці між військовим персоналом та цивільними рятувальниками. Стратегії для такого типу місій пізніше були наведені в Постанові 3000.05 Міністерства оборони США «Військові операції для підтримки та забезпечення стабільності, безпеки, переміщення й відновлення» [54]. Галузями, що потребували подальшого дослідження, стали ті, що стосуються оптимального тренування для попередження психологічних травм серед працівників аварійно-рятувальних служб. Однією з можливостей може бути поширення «своєчасних» тренувань та спеціально розробленого тренування для військ — «Battlemind», що використовується перед бойовим розгортанням [55, 56].

Урагани Катріна та Ріта в 2005 році

Ураган Катріна вразив узбережжя Луїзіани та Міссісіпі в понеділок, 29 серпня 2005 року. Унаслідок ураганних вітрів, проливних дощів і величезних хвиль район завбільшки з територію Об'єднаного Королівства сильно постраждав. Як результат, сотні тисяч людей опинилися далеко від своїх домівок у тимчасових прихистках. Тисячі інших, котрим менш пощастило, застрягли в місті, яке скоро стало б затопленим через пробоїни в дамбах. Забруднені води заповнили Новий Орлеан і затопили лікарні, громадські центри психічного здоров'я, аптеки та подібні медичні установи, змушуючи зачинити їх та повністю перемістити пацієнтів і медичних працівників у чотири церковні приходи — Джефферсон, Орлеанс, Плакемінс і Святого Бернарда [57–59]. Багато осіб із хронічними медичними станами, зокрема й найуразливіші щодо психіатричного стану, лишилися без догляду, ліків, медичного приладдя та підтримки. За нормальних обставин Антикризова благодійна лікарня (Charity Hospital's Crisis Intervention) доглядала близько 600 пацієнтів щомісяця. Ці показники допомогли передбачити високу необхідність психологічної підтримки після урагану Катріна [60]. Зазначений потенціал було визначено досить рано військовими психологами, які працюють при стихійних лихах. Вони зв'язалися з планувальниками заходів і фахівцями з догляду за пацієнтами [61, 62].

Національна гвардія була мобілізована за 48 годин до того, як ураган Катріна спричинив зсув. Військове реагування, до якого долучилося загалом понад 60 000 осіб дійсної служби та Національної гвардії, активізувало свої дії впродовж кількох годин опісля зсуву внаслідок урагану Катріна. І це попри те, що половина особового складу Національної гвардії Луїзіани перебувала в Іраку [57, 63, 64]. Укриття було створене на стадіоні Супердоум, доки лікувальну установу не перенесли до конференц-центру через день після зсувів, спричинених Катріною. Також був розгорнутий мобільний госпіталь у Міжнародному аеропорті Луї Армстронга. У середині вересня команди з Армії, Повітряних сил та Військово-морських сил США працювали разом з береговою охороною, санітарно-епідеміологічною службою США, Агент-

ством захисту навколишнього середовища, Центром контролю захворюваності (CDC — Centers for Disease Control and Prevention) та Департаментом управління охорони здоров'я Луїзіани [57]. Перші 72 години після зсувів, спричинених Катріною, були найважчими. Саме в цей час тисячі людей евакуювали з Міжнародного аеропорту Луї Армстронга за надзвичайно прикрих обставин [65].

Огляд стану здоров'я, що CDC проводив 9 вересня (з допомогою військовослужбовців), не виявив спалахів захворювання або небезпечних впливів навколишнього середовища станом до 25 вересня. Попередні опитування виявили 42 випадки навмисного травмування серед 2018 повідомлених травм [66]. Інформація й повідомлення про новини стосовно поширення хвороб і забруднення, як і навчальна інформація про ризики через друковані матеріали та медіа, діяли на одному рівні з працівниками охорони психічного здоров'я, адже заспокоювали людські страхи й стримували розповсюдження чуток. Порятунок жителів міста з дахів вселив надію та зміцнив віру в прибуття допомоги. Надія на допомогу ззовні (у межах збільшення медичних операцій) була втілена завдяки кораблю ВМС США USNS «Комфорт». Саме «Комфорт» забезпечував проведення рятувальних операцій в Паскагулі з 9 по 20 вересня й у Новому Орлеані з кінця вересня по 8 жовтня. Військово-морський медичний персонал та волонтери з Проекту «HOPE», що вже мали досвід із цунамі в Індійському океані, допомогли відсортувати постраждалих та вилікувати близько 2000 пацієнтів [67]. Однак плутанина стосовно відповідальних за збір людських останків, безпечних шляхів пересування та створення подальших графічних і медійних зображень лише заважала і створювала хвилювання, посилюючи відчуття безнадії та занедбаності [57, 65].

Коли ситуація в місті стабілізувалась і порядок було відновлено (принаймні почасти), психічний тягар став більш очевидним. За попередніми підрахунками [68], ураган Катріна спричинив понад 1000 смертей; ця кількість збільшилась до 1400 в Луїзіані, коли з'явилась можливість підрахувати точніше [69]. Серед померлих було два поліцейських, що скоїли самогубство [70]. Новини про смерті в поєднанні з реальністю — розкидані родини й втрачені друзі, знищення місця проживання, втрата соціальної і медичної підтримки, економічне спустошення та постійна невизначеність — глибоко непокоїли сім'ї, особливо ті, що мали психічні хвороби. Опитування CDC у жовтні 2005 року показало тягар стресу та дисфункції: 56 % опитуваних мали хронічно хворого члена родини, і з них лише 35 % мали роботу (порівняно з 73 %, що мали роботу до Катріни) [71]. 900 поліцейських із Нового Орлеана та приблизно 500 пожежників, які взяли участь в опитуванні CDC у жовтні та листопаді 2005 року, повідомили про психічні проблеми з симптомами ПТСР та депресії; депресія була присутня більше ніж у чверті осіб з кожної групи (26 % поліцейських та 27 % пожежників) [72].

Більше половини жінок-фахівців із догляду, які проживали в трейлерах чи готелях, наданих FEMA, взяли участь в опитуванні в лютому 2006 року та показали високі рівні клінічно діагностованої депресії, занепокоєння або інших психічних розладів [73]. Не дивно, що відділ коронера в Новому Орлеані повідомив про підвищений рівень суїцидів: від 9 зі 100 000 на рік до 26 зі 100 000 на рік протягом місяців від урагану Катріна до кінця 2005 року [74]. Ці наслідки були посилені знищенням психологічних центрів у великих медичних центрах, зокрема у Тулейнському університеті та Науковому центрі здоров'я Університету Луїзіани, у тому числі проблемами з клінічними записами пацієнтів, що приймають метадон [59, 75]. Допомога людям, що постраждали від урагану Катріна, надалі була ускладнена через ураган Ріта, що розпочався через три тижні.

Проблеми ставали все очевиднішими, тому програми організовувались за підтримки місцевих, федеральних і військових організацій. Соціальні працівники Університету Луїзіани в місті Батон-Руж влаштували допомогу для дітей з особливими потребами, що були переміщені після двох ураганів; працівники охорони здоров'я модернізували процедуру підтвердження атестації й забезпечення ліками для переміщених лікарів чи лікарів-волонтерів [76]. Фінансування FEMA дозволило розпочати Проект «Одужання» в Міссісіпі та підтримати психологів і працівників охорони психічного здоров'я Луїзіани [58, 70]. Проект «Одужання», розпочатий Управлінням служби лікування наркотичної залежності та психічних розладів

(SAMHSA — Substance Abuse and Mental Health Services Administration), надав консультативну допомогу більше 1 000 000 людей, що стало результатом більше ніж 10 000 направлень до служб допомоги при психічних розладах та наркотичній залежності. Інша програма SAMHSA — «Програма допомоги після урагану Катріна» провела тисячі психологічних консультацій [58]. Попри ці зусилля, складність хронічних психіатричних хвороб у місті до початку урагану Катріна (зокрема, вживання наркотиків), могли подовжити «процес примусового лікування», через який пройшло багато постраждалих [70]. На щастя, завдяки лікувальним програмам в Новому Орлеані, що ґрунтувались на літературі про рятувальні операції, люди змогли швидко повернутись до міста, відновити спілкування, подолати невпевненість, використовуючи методи академічної гнучкості [77]. Рятувальна та лікувальна операції на узбережжі затоки тривають і далі, як і визначення психологічних травм унаслідок цього стихійного лиха та пошук більш ефективної рятувальної парадигми.

ВИСНОВКИ

У психіатрії катастроф переважна частина інформації скоріше має доказовий характер, а не ґрунтується на фактичних даних. Нагляд та досвід військових психіатрів формує більшу частину керованих дій при психологічній роботі з населенням під час стихійних лих і масового насилля.

Існує значна кількість знань про психологічний вплив катастроф, але значно менша кількість є підтвердженою на практиці під час нещодавніх рятувальних операцій. Складнощі існують в проведенні досліджень щодо відбору відповідних питань для визначення травмувальної події. Невелику кількість катастроф можна чітко передбачити, ще менша кількість розгортається повільним темпом. Подальші зусилля військових і цивільних дослідників мають містити довгострокові дослідження з вихідною відміткою характеристики населення та повного огляду стану здоров'я з постійними оцінюваннями стану осіб, що пережили катастрофу. Оцінка симптомів стану до й опісля психологічного втручання з контрольованим порівнянням стану населення (якщо це є етичним) допоможе виявити ефективність програм втручання та допомогти відділити причину від ефекту і модифікатори від медіаторів.

Іншим напрямком може стати освіта психіатрів, які працюють в умовах катастроф. Багато з напрацьованого під час ліквідації наслідків масштабних катастроф було втрачено через їхню рідкість. Програми навчання для психіатрів, які працюють в умовах катастроф, можуть допомогти зберегти досягнення у галузі психіатрії катастроф і налагодити організацію функціонування колективної пам'яті й ресурсів, що за необхідності можна буде використовувати. Такі тренувальні програми повинні підкреслювати й розвивати моделі співпраці та координування серед різних агенцій, таких як FEMA, Національний центр ПТСР, SAMHSA, Військово-медичний університет силових структур ЗС США, Національні інститути охорони психічного здоров'я та Проект «HOPE». Програми рятувальних операцій також мають намагатись ефективніше залучати різноманітних професіоналів (наприклад, психіатрів, фельдшерів швидкої допомоги, працівників охорони здоров'я та місцевих політиків) до підготовки, реагування та зусиль з ліквідації наслідків катастрофи.

Конкретні напрями дій для підтримки військовими психіатричними закладами академічних центрів і досліджень у цій галузі передбачають:

- розвиток загальної доктрини ліквідації наслідків стихійних лих; можливо, подібної до Національної системи управління інцидентами (NIMS — National Incident Management System);
- включення психіатрії катастроф до програми вторинної підготовки лікарів-фахівців і можливе залучення лікарів, які проходять ординатуру, до операцій з ліквідації наслідків катастроф;
- подальшу інтеграцію психіатричних консультацій і налагодження зв'язку з наданням медичної допомоги для підвищення охоплення осіб, які постраждали в катастрофі для зменшення упередження;

- подальший розвиток концепцій стресу та психологічної стійкості, пошук шляхів захисту працівників від стихійних лих.

Прямі військові вказівки можна переглянути в цілях програми «Battlemind» — у додатках до розділу 4 «Контроль бойового стресу» цього видання.

ЛІТЕРАТУРА

1. McCarroll JE, Ursano RJ. Consultation to groups, organizations, and communities. In: Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ, eds. *Interventions Following Mass Violence and Disasters*. New York, NY: Guilford Press; 2006: 194–195.
2. Croarkin P. Group therapy in a combat zone? *Am J Psychiatry*. 2005;162(8):1504–1505. Available at: http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/162/8/1504.pdf. Accessed July 7, 2010.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Available at: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_11.aspx. Accessed May 25, 2010.
4. Fetter JC. Psychosocial response to mass casualty terrorism: guidelines for physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7(2):49–52.
5. Foa EB, Stein DJ, McFarlane AC. Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(suppl 2):15–25.
6. Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE, eds. *Terrorism and Disaster Individual and Community Mental Health Interventions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2003.
7. DiGiovanni C Jr. Domestic terrorism with chemical or biological agents: psychiatric aspects. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1500–1505.
8. Okumura T, Suzuki K, Fukuda A, et al. The Tokyo subway sarin attack: disaster management, III: national and international responses. *Acad Emerg Med*. 1998;5(6):625–628.
9. Okumura T, Suzuki K, Fukuda A, et al. The Tokyo subway sarin attack: disaster management, II: hospital response. *Acad Emerg Med*. 1998;5(6):618–624.
10. Okumura T, Suzuki K, Fukuda A, et al. The Tokyo subway sarin attack: disaster management, I: community emergency response. *Acad Emerg Med*. 1998;5(6):613–617.
11. North CS, Nixon SJ, Shariat S, et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*. 1999;282(8):755–762.
12. Rapid assessment of injuries among survivors of the terrorist attack on the World Trade Center—New York City, September 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002;51(1):1–5.
13. Psychological and emotional effects of the September 11 attacks on the World Trade Center—Connecticut, New Jersey, and New York, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002;51(35):784–786.
14. Howell JM, Mayer TA, Hanfling D, et al. Screening for inhalational anthrax due to bioterrorism: evaluating proposed screening protocols. *Clin Infect Dis*. 2004;39(12):1842–1847.
15. Weisaeth L. The European history of psychotraumatology. *J Trauma Stress*. 2002;15(6):443–452.
16. Jones FD, Harris P, Koshes R, Fong YH. Military psychiatry and disasters. In: Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, eds. *Military Psychiatry: Preparing in Peace for War*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of MilitaryMedicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General and Borden Institute; 1994:239–249.

17. Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ, eds. *Interventions Following Mass Violence and Disasters*. New York, NY: GuilfordPress; 2006.

18. Van der Kolk BA, van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*. 1989;146(12):1530–1540.

19. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med*. 1995;40(8):1073–1082.

20. Quirk GJ, Milad MR, Santini E, Lebron K. Learning not to fear: a neural systems approach. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Barad M, eds. *Understanding Trauma Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2007: 548.

21. Donahue SA, Jackson CT, Shear KM, Felton CJ, Essock SM. Outcomes of enhanced counseling services provided to adults through Project Liberty. *Psychiatr Serv*. 2006;57(9):1298–1303.

22. Donahue SA, Lanzara CB, Felton CJ, Essock SM, Carpinello S. Project Liberty: New York's crisis counseling program created in the aftermath of September 11, 2001. *Psychiatr Serv*. 2006;57(9):1253–1258.

23. North CS, Tivis L, McMillen JC, et al. Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *J Trauma Stress*. 2002;15(3):171–175.

24. Slottje P, Witteveen AB, Twisk JW, et al. Post-disaster physical symptoms of firefighters and police officers: role of types of exposure and post-traumatic stress symptoms. *Br J Health Psychol*. 2008;13(2):327–342.

25. Galea S. The long-term health consequences of disasters and mass traumas. *CMAJ*. 2007;176(9):1293–1294.

26. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:78–91.

27. Hearns A, Deeny P. The value of support for aid workers in complex emergencies: a phenomenological study. *Disaster Manag Response*. 2007;5(2):28–35.

28. Morren M, Dirkzwager AJ, Kessels FJ, Yzermans CJ. The influence of a disaster on the health of rescue workers: a longitudinal study. *CMAJ*. 2007;176(9):1279–1283.

29. Van den Berg B, Grievink L, Yzermans J, Lebret E. Medically unexplained physical symptoms in the aftermath of disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:92–106.

30. Benedek DM, Ritchie EC. "Just-in-time" mental health training and surveillance for the Project HOPE mission. *Mil Med*. 2006;171(10 suppl 1):63–65.

31. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ*. 2004;170(5):793–798.

32. Koh D, Lim MK, Chia SE, et al. Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? *Med Care*. 2005;43(7):676–682.

33. Cozza SJ, Huleatt WJ, James LC. Walter Reed Army Medical Center's mental health response to the Pentagon attack. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):12–16.

34. Geiling JA. Overview of command and control issues: setting the stage. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):3–5.

35. Grieger TA, Lyszczarz JL. Psychiatric responses by the US Navy to the Pentagon attack. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl): 24–25.

36. Tarpley AA. A perspective on the Air Force's mental health response to the Pentagon. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl): 26–30.

37. Wain HJ, Grammer GG, Stasinos JJ, Miller CM. Meeting the patients where they are: consultation-liaison response to trauma victims of the Pentagon attack. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):19–21.

38. McClain TC, Hamilton FC, Clothier J, McGaugh J. Opportunity missed: a lesson learned from evacuating mentally ill patients following Hurricanes Katrina and Rita. *Acad Psychiatry*. 2007;31(3):188–189.

39. Edmondson MW. Professionalism, honor, and respect on September 11th: a historical view of the Initial Response and Recovery Mortuary Team. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):6–7.

40. Keller RT, Bobo WV. Handling human remains following the terrorist attack on the Pentagon: experiences of 10 uniformed health care workers. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):8–11.

41. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry*. 2006;163(10):1777–1783.

42. Wain H, Bradley J, Nam T, Waldrep D, Cozza S. Psychiatric interventions with returning soldiers at Walter Reed. *Psychiatr Q*. 2005;76(4):351–360.

43. Powers R. Help in troubled times: chaplain comments concerning Operation Noble Eagle. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):17–18.

44. Frist WH. Recovering from the tsunami. *N Engl J Med*. 2005;352(5):438.

45. VanRooyen M, Leaning J. After the tsunami—facing the public health challenges. *N Engl J Med*. 2005;352(5):435–438.

46. Guerena-Burgueno F, Jongsakul K, Smith BL, Ittiverakul M, Chiravaratanond O. Rapid assessment of health needs and medical response after the tsunami in Thailand, 2004–2005. *Mil Med*. 2006;171(10 suppl 1):8–11.

47. McCartney SF. Combined Support Force 536: Operation Unified Assistance. *Mil Med*. 2006;171(10 suppl 1):24–26.

48. Peake JB. The Project HOPE and USNS Mercy tsunami "experiment" / *Mil Med*. 2006;171(10 suppl 1):27–29.

49. Llewellyn M. Perspectives from MTF USNS Mercy. *Mil Med*. 2006;171(10 suppl 1):30–33.

50. Lane DA. Medical support to Sri Lanka in the wake of tsunamis: planning considerations and lessons learned. *Mil Med*. 2006;171(10 suppl 1):19–23.

51. Center for the Study of Traumatic Stress. Teachers helping students: listening and talking. Available at: http://www.cstsonline.org/csts_items/CSTS_teachers_helping_students.pdf. Accessed May 25, 2010.

52. Lehmann C. APA begins major outreach to tsunami-devastated nations. *Psychiatr News*. February 4, 2005: 1.

53. Reissman DB, Schreiber M, Klomp RW, Hoover M, Kowalski-Trakofler K, Perez J. The virtual network supporting the front lines: addressing emerging behavioral health problems following the tsunami of 2004. *Mil Med*. 2006;171(10 suppl 1):40–43.

54. US Department of Defense. *Military Support for Stability, Security, Transition, and Reconstruction (SSTR) Operations*. Washington, DC: DoD; 2005. DoD Directive 3000.05.

55. Castro C. How to build battlemind: 10 tough facts about combat and what leaders can do to mitigate risk and build resilience. *NCO J*. 2004;14(2):23–24.

56. Munsey C. Armor for the mind. *Monitor on Psychology*. 2007;38(9):45. Available at: http://www.apa.org/monitor/oct07/armor.html. Accessed November 27, 2009.

57. Winslow DL. Wind, rain, flooding, and fear: coordinating military public health in the aftermath of Hurricane Katrina. *Clin Infect Dis*. 2005;41(12):1759–1763.

58. Weisler RH, Barbee JG 4th, Townsend MH. Mental health and recovery in the Gulf Coast after Hurricanes Katrina and Rita. *JAMA*. 2006;296(5):585–588.

59. Osofsky HJ. In the eye of Katrina: surviving the storm and rebuilding an academic department of psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2007;31(3):183–187.

60. Townsend MH. Medical student education in psychiatry after Katrina: disaster and renewal. *Acad Psychiatry*. 2007;31(3):205–210.

61. Kaplan A. Helping Katrina survivors: psychiatrists provide insider views. *Psychiatric Times*. November 1, 2005. Available at: http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/52736?verify=0. Accessed November 27, 2009.

62. Center for the Study of Traumatic Stress. Hurricane Katrina: evacuee mental health and care. Available at: http://www.cstsonline.org/resources/resource-2_hurricane_katrina_evacuee. Accessed May 25, 2010.

63. Miles D. More active, Guard troops join Katrina response. *American Forces Press Service*. September 3, 2005. Available at: http://www.defenselink.mil/news/newsarticle.aspx?id=17417. Accessed November 27, 2009.

64. Miles D. Military response to Katrina intensifies. *American Forces Press Service*. September 7, 2005. Available at: http://www.defenselink.mil/news/newsarticle.aspx?id=17389. Accessed May 25, 2010.

65. Klein KR, Nagel NE. Mass medical evacuation: Hurricane Katrina and nursing experiences at the New Orleans airport. *Disaster Manag Response*. 2007;5(2):56–61.

66. Surveillance for illness and injury after Hurricane Katrina—New Orleans, Louisiana, September 8–25, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005;54(40):1018–1021.

67. Military Sealift Command. MSC supports Hurricane Katrina relief efforts. Available at: http://www.msc.navy.mil/comfort/katrina. Accessed May 25, 2010.

68. Cerise FP. Updated number of deceased victims recovered following Hurricane Katrina. Louisiana Department of Health and Hospitals Bureau of Media and Communications News Release. October 21, 2005. Available at: http://www.dhh.louisiana.gov/news.asp?ID=1&Detail=720&Arch=2005. Accessed May 25, 2010.

69. Louisiana Department of Health and Hospitals. Hurricane Katrina reports of missing and deceased. August 2, 2006. Available at: http://www.dhh.louisiana.gov/offices/page.asp?ID=192&Detail=5248&Print=1. Accessed May 25, 2010.

70. Lamberg L. Katrina survivors strive to reclaim their lives. *JAMA*. 2006;296(5):499–502.

71. Assessment of health-related needs after Hurricanes Katrina and Rita—Orleans and Jefferson parishes, New Orleansarea, Louisiana, October 17–22, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55(2):38–41. Available at: http://www.medscape.com/viewarticle/523049. Accessed November 27, 2009.

72. Health hazard evaluation of police officers and firefighters after Hurricane Katrina—New Orleans, Louisiana, October17–28 and November 30–December 5, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55(16):456–458. Available at: http://www.cdc.gov/mmWR/preview/mmwrhtml/mm5516a4.htm. Accessed November 27, 2009.

73. The Children's Health Fund. *Responding to an Emerging Humanitarian Crisis in Louisiana and Mississippi: Urgent Need for a Health Care "Marshall Plan"* / New York, NY: Columbia University Mailman School of Public Health; April 17, 2006.Available at: http://www.ncdp.mailman.columbia.edu/files/marshall_plan.pdf. Accessed May 25, 2010.

74. Saulny S. A legacy of the storm: depression and suicide. *New York Times*. June 21, 2006. Available at: http://www.nytimes.com/2006/06/21/us/21depress.html. Accessed May 25, 2010.

75. Winstead DK, Legeai C. Lessons learned from Katrina: one department's perspective. *Acad Psychiatry*. 2007;31(3):190–195.

76. Connelly M. IMERT deployment to Baton Rouge, Louisiana in response to Hurricane Katrina, September 2005. *Disaster Manag Response*. 2006;4(1):4–11.

77. Kahn MJ, Markert RJ, Johnson JE, Owens D, Krane NK. Psychiatric issues and answers following Hurricane Katrina. *Acad Psychiatry*. 2007;31(3):200–204.

Розділ 36

ТЕРОРИЗМ: ХІМІЧНІ, БІОЛОГІЧНІ, РАДІОАКТИВНІ, ЯДЕРНІ ТА ВИБУХОВІ РЕЧОВИНИ

Росс Х. Пастел[I] · Елспет Кемерон Річі[II]

ВСТУП

ТЕРМІНОЛОГІЯ

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО МОЖЛИВІ РИЗИКИ ТА СПРИЙНЯТТЯ ІНФОРМАЦІЇ НАСЕЛЕННЯМ

Попередження населення про небезпеку

Сприйняття ризику

Засоби масової інформації

ПРІОРИТЕТНІСТЬ ПІД ЧАС СОРТУВАННЯ ХВОРИХ І ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ

Психологічні симптоми

Оцінка психологічних травм

СИЛЬНІ ПСИХІЧНІ ВПЛИВИ

Масова паніка

Страждання і спалахи множинних симптомів невстановленої етіології

Психічні розлади

ДОВГОТРИВАЛІ НАСЛІДКИ

Страждання і хронічні спалахи множинних симптомів невстановленої етіології

Психічні розлади

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник відділу травм мозку, відділ управління дослідженнями, Зразковий центр психічного здоров'я і травм мозку, 1335 East-West Highway, Suite 900, Silver Spring, Maryland 20910; у минулому — професор і заступник завкафедри психіатрії, Військово-медичний університет, Bethesda, Maryland.

[II] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант із питань психіатрії при начальнику військово-медичної служби, Армія США, директор відділу охорони психічного здоров'я Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia.

ВСТУП

Хімічні, біологічні, радіоактивні, ядерні та вибухонебезпечні (CBRNE — chemical, biological, radiological, nuclear, and explosive) речовини привертають підвищену міжнародну увагу впродовж останніх 20 років. У 1992 році президент Росії Борис Єльцин вперше визнав, що Радянський Союз продовжував створювати агресивну програму розробки біологічної зброї після підписання СРСР Конвенції про біологічну зброю у 1972 році [1]. У 1995 році світ був шокований масштабними терористичними атаками. У березні секта «Аум Сінрікьо» реалізувала масштабну атаку зарином у системі метрополітену Токіо. У квітні два доморослі американські терористи, Тімоті МакВей і Тері Найчелс, атакували федеральну будівлю Марра в Оклахома-Сіті (штат Оклахома) за допомогою вибухового пристрою, закладеного в автомобіль. На початку нового тисячоліття, 11 вересня 2001 року, терористична група «Аль-Каїда» атакувала Пентагон і башти-близнюки Всесвітнього торговельного центру. Хоча поштові атаки збудником сибірської виразки відбулись того самого тижня, вони не були визнаними до жовтня, доки не захворіла перша жертва. У розпал цих терористичних атак спалахує нове інфекційне захворювання, що отримало назву «синдром атипової пневмонії» (SARS — severe acute respiratory syndrome). Цей синдром спричинив велику кількість захворювань і смертей у всьому світі, включаючи Китай, Тайвань, Гонконг, Сінгапур, В'єтнам і Канаду. Хоча SARS і не є терористичною атакою, проте епідемія була подібною до того, що могло б трапитись при терористичній атаці збудником такого інфекційного захворювання, як віспа.

CBRNE — це вже не лише зброя держав; ці речовини стали доступні й терористам. Багато експертів вважають, що масштабні атаки з використанням CBRNE — лише питання часу. Окрім цього, надзвичайно важливо, щоб працівники охорони психічного здоров'я знали про можливі психологічні наслідки після атаки CBRNE.

Психологічний вплив відрізняється від інших тим, що не потребує фізичного впливу певних речовин для виявлення симптомів. Психологічні впливи можуть спричинювати симптоми, що імітують ранні симптоми впливу CBRNE речовин. На щастя, гострі довготривалі наслідки після атак CBRNE речовинами не мають вигляд очевидних психологічних розладів, проте вони існують після природних стихійних лих чи бризантних вибухових речовин [2]. Психофізіологічні наслідки, типові синдроми чи симптоми, незрозумілі з медичної точки зору, імовірно, домінуватимуть у довгостроковому періоді [3], а їхнє лікування може бути складним через ураження пацієнта та складнощі у стосунках «пацієнт—лікар» [4]. Цей розділ не є всеосяжним оглядом літератури; скоріше, він вказує лікарю на потенційні проблеми після атаки CBRNE речовинами. Розділ коротко розповідає про деякі унікальні аспекти таких атак, що можуть посилити психологічний вплив, і розглядає гострі та довгострокові наслідки такого впливу.

ТЕРМІНОЛОГІЯ

Термінологія дуже важлива для сприйняття. Наявність назви у будь-чого припускає присутність розуміння. Термінологія може бути позитивною, нейтральною чи негативною, залежно від су-

путніх відтінків значення та контексту. Одним із важливих феноменів колективної поведінки була масова істерія, яку також називали «епідеміологічна істерія» та «масове психогенне захворювання» [5–7]. На жаль, ці терміни мають зневажливе значення. Наприклад, слово «істерія» походить від грецького «hystera», що означає «матка». Таким чином, коли використовується термін «масова істерія» (mass hysteria) для опису незрозумілих з медичної точки зору фізичних симптомів, одразу припускається, що здебільшого йдеться про жінок. Загальне значення істерії передбачає надто емоційну реакцію на події, що і є пейоративним (зневажливим) значенням. Використання словосполучення «масова істерія» медичними працівниками, ЗМІ або чиновниками може призвести до негативного сприйняття цих осіб людьми, які зазнали впливу певної події, та навпаки. Подібним чином у терміні «масове психогенне захворювання» («mass psychogenic illness») «psyche» — стосується розуму, а «genic» — генезису та зародження. Мається на увазі, що ці симптоми «зароджуються в голові», отже, термін не є правильним. Кращий термін — «спалах множинних симптомів невстановленої етіології» (outbreak of multiple unexplained symptoms — OMUS) [7]. Хоча цей термін дещо громіздкий, проте він відносно нейтральний. OMUS є також описовим терміном: симптоми реальні та, хоча не пояснені детально, все-таки кращі, ніж ті, що «зароджуються в голові».

Інший поширений термін, що використовується при CBRNE наслідках — «стурбовані здорові». Цей термін передбачає, що «стурбовані здорові» не страждають від справжнього біологічного впливу через CBRNE речовини, а просто стурбовані тим, що можуть мати захворювання. Однак після впливу CBRNE речовин багато людей можуть мати клінічні симптоми: страждати чи мати болі. Як же називати їх «здоровими»? Знову ж, «стурбовані здорові» — це пейоративний термін, і від нього варто відмовитись. У 1950-ті роки почали використовувати більш влучний термін — «виснаження в умовах катастрофи». Цей термін з'явився через виснаження у військовослужбовців (зараз його називають «бойова стресова реакція»). Під час Другої світової війни бойове виснаження спочатку називали «невроз військового оточення» або «психоневроз» (що також мало негативне значення для солдатів).

Паніка — ще один загальновживаний термін, що зазвичай використовується стосовно широких мас, тобто «масова паніка». У точному значенні масова паніка означає гостру реакцію у вигляді жаху, із втратою самоконтролю, після якої виникає асоціальна та відчайдушна втеча [8]. Втеча може бути нормальною реакцією на присутність безпосередньої небезпеки. Масова паніка стосується лише випадків, коли величезна кількість людей вдається до панічної втечі, не зважаючи на інших, намагаючись уникнути небезпеки. Таким чином, називати «панікою» поведінку людей після атаки сибірською виразкою в 2001 році або спалаху вірусу Західного Нілу в Нью-Йорку було б неправильним. Адже в жодному з міст не було масової втечі, як і чіткої небезпеки, від якої можна втекти. Більш точним терміном буде «масове занепокоєння».

Терористичні атаки та випадки атак CBRNE речовинами (під час війни чи терористами) є найпоширенішими подіями, що призводять до масової кількості постраждалих (MCE — mass casualty events). Однак MCE дуже відрізняються за кількістю та складністю постраждалих й можливістю місцевих навколишніх умов відреагувати на подію. Було запропоновано використовувати зручні терміни/поняття, що класифікують MCE як надзвичайні обставини, лиха і катастрофи. Ці поняття базуються на необхідних ознаках події (кількість людей, які потребують порятунку, укриття або медичного лікування) та можливості проведення рятувальної операції [9].

Лихо — це події, за яких необхідний доступ до місцевих рятувальних сил (наприклад, атака на Всесвітній торговий центр у 2001 році). Хоча надзвичайні обставини можуть мати високі вимоги, вони не є лихами, бо місцеві рятувальні сили здатні впоратись самостійно (наприклад, атака на Пентагон у 2001 році). Катастрофи — це події, з якими не спроможні впоратись місцеві рятувальні сили, коли завдається суттєва шкода інфраструктурі, що має долучатись до рятувальної операції (землетрус в місті Кобе в Японії у 1995 році).

Стійкі ідеопатичні (незрозумілі з медичної точки зору) симптоми, що підштовхують пацієн-

тів звертатись по медичну допомогу [4], зазвичай містять синдром хронічної втоми, фіброміалгію та множинну хімічну чутливість. Ці синдроми мають поєднані групові симптоми та можуть бути виявлені точніше при спеціалізованому лікуванні лікарем, аніж за симптомами, що проявляє пацієнт.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО МОЖЛИВІ РИЗИКИ ТА СПРИЙНЯТТЯ ІНФОРМАЦІЇ НАСЕЛЕННЯМ

Попередження населення про небезпеку

Імовірно, що при CBRNE атаці рівень небезпеки неможливо визначити негайно, особливо у випадках із застосуванням хімічної, біологічної, радіоактивної та ядерної (CBRN — chemical, biological, radiological, and nuclear) зброї. Державні органи охорони здоров'я та чиновники намагатимуться визначити ступінь загрози й проінформувати ЗМІ та якомога більшу кількість людей. Мер Нью-Йорка Рудольф Джуліані після подій 11 вересня 2001 року діяв дуже активно, продемонструвавши важливість проведення (один або два рази на день) регулярних інформаційних прес-конференцій для населення. Було опубліковано багато інформації, у тому числі узгоджені повідомлення компетентного та авторитетного чиновника, аби уникнути занепокоєння населення про приховування масштабу небезпеки.

Опісля будь-якого випадку з викидом отруйних речовин чи терористичної атаки багато людей будуть хвилюватись щодо потенційного впливу CBRN на їхнє здоров'я. Такі хвилювання можуть бути примножені, якщо у ЗМІ з'являтимуться описи потенційних спустошувальних наслідків. Опісля подій 2001 року страхи були посилені припущеннями на кшталт: під час атаки збудником сибірської виразки «ваш наступний подих може вас вбити».

Чиновникам варто провести чітке та зрозуміле оповіщення про небезпеку та реальні дії, аби люди могли захистити себе та свої сім'ї. За одним із методів попередження про можливі ризики створена формула: ризик = небезпека + безчинство [10].

Небезпека оцінюється науково обґрунтованими ризиками, проте безчинство — це поєднання великої кількості невизначених чинників, пов'язаних із занепокоєнням народу та сприйняттям подій. Безчинство, за яким слідує атака з використанням зброї масового знищення, може значно вплинути на гострі та довгострокові психологічні наслідки.

Центр зміцнення здоров'я та профілактичної медицини Армії США (US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine) має більш деталізовану інформацію та тренувальні курси, доступні на інтернет-сторінці Центру (http://usachppm.apgea.army.mil/risk/). Центри з профілактики та контролю захворюваності (CDC — Centers for Disease Control and Prevention) розробили курс з підготовки інформації про ризики надзвичайних ситуацій (інтернет-сторінка CDC: http://www.cdc.gov/cdcynergy/emergency/).

Сприйняття ризику

Сприйняття ризику — важливий компонент інформування про ризики, що може стати причиною безчинств. Використання CBRN речовин має кілька чинників, що можуть збільшити ризик в очах людей. Багато CBRN речовин невидимі та не мають запаху (радіація, біологічні та деякі хімічні речовини), що створює проблеми при виявленні впливу речовини та її кількості. У багатьох випадках неможливо дізнатись про вплив речовини, доки у пацієнтів не з'являються симптоми. Однак ці речовини можуть спершу викликати неспецифічні симптоми (наприклад, втому, головний біль, нудоту, важке дихання, запаморочення, біль у м'язах та суглобах). Незалежно від захворювання, хімічні речовини та радіоактивне опромінення також викликатимуть страхи щодо довгострокового впливу й захворювань у майбутньому.

У літературі про керування ризиками певні чинники означені як такі, що збільшують сприйняття ризику, включаючи потенційні смертельні

хвороби, мимовільний контакт (втрата контролю), катастрофічну подію, наявність невідомого винуватця, пізнє виявлення й повільну реакцію органів влади та потенційний вплив на майбутні покоління [11, 12]. Особливо поширеним є страх перед радіацією, головним чином через невігластво та дезінформацію. Думки та образи, що зазвичай асоціюються з радіоактивним опроміненням, — це смерть, рак, безпліддя та острах за майбутні покоління. Деякі чинники можуть і надалі збільшувати сприйняття ризиків: пошук винуватця, недовіра до державних і галузевих експертів, галас у новинах і дезінформація.

Засоби масової інформації

Гострі та довгострокові наслідки тероризму та впливу CBRNE атак формуються через сприйняття ризику. Сприйняття ризику, хоча б частково, формується засобами масової інформації. ЗМІ завжди відігравали важливу роль у різноманітних надзвичайних ситуаціях [13]. ЗМІ — важливий посилювач ризику, тому що саме вони обирають, як донести повідомлення про ризик, аби поінформувати людей. Напружені репортажі (або медіагалас) можуть створювати безперервні хвилі новин [13].

Силу ЗМІ можна побачити завдяки дослідженням, що проводились після вибухів в Оклахома-Сіті та подій 11 вересня 2001 року. В опитуванні понад 2000 учнів середньої школи за 7 тижнів опісля вибухів в Оклахома-Сіті було виявлено, що через емоційний вплив та телевізійні трансляції діти мали симптоми, пов'язані з посттравматичним стресом [14]. Діти, що не зазнавали прямого (відчули чи почули вибух) або емоційного (знали когось, хто загинув чи поранений) впливу, були поділені на групи високого та малого впливу телевізійних трансляцій; діти у групі з високим телевізійним впливом мали вищі показники посттравматичного стресу [14]. Телефонне опитування, проведене в межах 3–5 днів опісля подій 11 вересня, виявило, що 44 % опитаних людей мали один або більше вагомих симптомів посттравматичного стресу, включаючи проблеми зі сном, роздратованість чи гнів, труднощі з концентрацією, тривожні думки, спогади та сни [15]. Люди, що взяли участь в опитуванні, не були присутні при цих подіях. Таким чином, більшість із того, що вони знали, очевидно, базувалось на повідомленнях ЗМІ.

При спалахах інфекційних захворювань інформація стає надзвичайно важливою. Люди прагнуть інформації, і їм необхідно дізнатись про застереження та запобіжні заходи. У Гонконгу більшість учасників опитування повідомили, що активно щодня шукали інформацію про атипову пневмонію і більше довіряли ЗМІ (телебаченню, газетам та радіо), аніж медичним працівникам, друзям та інтернету [16]. Значна кількість неправдивої інформації та помилкових переконань існували серед дорослого населення Гонконгу навіть на пізній стадії епідемії атипової пневмонії, і це попри постійні повідомлення та соціальну рекламу [17]. Рекомендовані заходи не вживались за єдиним принципом. Багато людей не розуміли шляхів передачі збудника хвороби; лише одна третина опитуваних уникала прямого контакту із зараженими предметами (фомітами), менше половини застосовували п'ять–сім із рекомендованих запобіжних заходів.

ПРІОРИТЕТНІСТЬ ПІД ЧАС СОРТУВАННЯ ХВОРИХ І ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ

Після атаки на Ізраїль ракетами «Скад» було зроблено вагомий висновок: дуже важливо відділити стресовий центр в лікарнях, щоб психологічних постраждалих можна було перенаправити з пункту першої допомоги та доставити до менш стресового оточення. Лише нещодавно психоневрологічних постраждалих було включено до сортувальної категорії [18]. Коли Ізраїль було атаковано ракетами «Скад» під час війни в Перській затоці в 1991 році, велику кількість людей було перепроваджено до пункту першої допомоги на лікування [19, 20]. Дослідження свідчать, що приблизно 70–80 % пацієнтів на початку атаки мали симптоми, пов'язані зі стресом.

Психологічні симптоми

Багато симптомів, що зазвичай є результатом атаки CBRNE речовинами (втома, нудота, блювання, головні болі та анорексія), також поширені в бойовому оточенні [21] та можуть вказувати на гостру променеву хворобу (ARS — acute radiation sickness), вплив хімічної зброї або продромальний синдром впливу різноманітних біологічних речовин і токсинів [22]. Більшість CBRN речовин є невидимими, тому багато солдатів можуть відчувати симптоми їхнього впливу, незалежно від фактичного впливу і дози. Ці пацієнти не є «стурбованими здоровими». Вони схвильовані, і часто не без причини, проте вони не є здоровими, якщо вони страждають чи відчувають біль.

Деякі CBRN речовини здатні напряму посилювати психологічний вплив на додачу до медичного (наприклад, речовини нервово-паралітичної дії спроможні спричинювати тривогу) [23]. В інших випадках симптомам можуть передувати певні ознаки; зокрема, якщо пацієнти мали вплив збудника легеневої форми антраксу (чуми), то спершу матимуть утруднене дихання без будь-яких фізичних ознак [24]. Амбулаторні випадки з помірними симптомами або уявним впливом будуть становити труднощі для сортування пацієнтів після атаки CBRN речовинами.

На жаль, більшість катастроф із CBRNE речовинами чи інші надзвичайні ситуації спричиняють психологічні травми. Без відповідного тренування, що базується на справжніх випадках атак CBRNE речовинами, надзвичайних ситуаціях та катастрофах, працівники охорони здоров'я будуть непідготовленими до раптового напливу пацієнтів з помірними психологічними симптомами, які прибуватимуть до лікарні раніше за важкопостраждалих.

Оцінка психологічних травм

Спираючись на історичний досвід Другої світової війни, організатори військово-медичного забезпечення можуть приблизно передбачити кількість постраждалих від бойового виснаження чи психічної напруги бою, зважаючи на кількість поранених (WIA — wounded in action), залежно від типу бою [25, 26]. У Другій світовій війні співвідношення постраждалих від психічної напруги бою до WIA становило від 1:10 до 1:2 [25, 26]. Серед цивільних осіб відношення постраждалих із психологічними порушеннями (PC — psychological casualty) до WIA під час першої атаки на Ізраїль ракетами «Скад» становило 16:1 (якщо PC були поєднані з непідтвердженими ін'єкціями атропіну) або 8:1 (якщо враховувати лише PC). У разі радіоактивного забруднення 1987 року в місті Гоянія (Бразилія), де не було вибуху, відношення PC до WIA становило 500:1 (WIA визначались за наявністю зовнішнього або внутрішнього радіоактивного забруднення) або 2500:1 (WIA визначались опісля заключного медичного огляду).

Обидва приклади стосуються цивільних осіб двох зарубіжних країн, тому екстраполювати їх на громадян США чи військовослужбовців досить важко.

Доступні дані вказують: досить малоймовірно, що відношення PC до WIA унаслідок атаки чи нещасного випадку CBRNE речовин буде подібним до 1:10 чи 1:2, як у Другій світовій війні. Нижня межа може збігатися зі статистикою Другої світової, але верхня спроможна піднятись значно вище, залежно від характеристик атаки CBRNE. Під час підготовки до аварійних ситуацій і CBRNE атак варто зважати на те, постраждалих з психологічними порушеннями буде вкрай багато.

СИЛЬНІ ПСИХІЧНІ ВПЛИВИ

Масова паніка

Загальний образ поведінки під час катастрофи або після неї — це масова паніка, що описується як «надзвичайно дезорганізований натовп, яким керують істеричні особи, що біжать в паніці, побачивши реальну чи потенційну небезпеку» [27, с. 68]. Під час холодної війни планувальні органи цивільної оборони боялись масової паніки унаслідок ядерної атаки. Однак дослідження катастроф і війн за останні 50 років засвідчило, що дезорганізований натовп (масові занепокоєння) — доволі рідкісне явище [28–30]. Кілька випадків масової паніки були незначними і характери-

зувались обмеженими шляхами втечі з можливістю потрапляння в пастку, відчуттям колективного безсилля й особистої ізоляції [27, 29, 31]. Найчастіше в історії зустрічаються такі приклади масового занепокоєння, як пожежі, обвалення шахт та потопаючі кораблі. Масова тривога — це *не* масова паніка.

«Повномасштабна, сліпа, заразлива паніка охопила частину лінії фронту» за першого використання хлору на Західному фронті Німеччиною в 1915 році [32, с. 91]. Однак жодної паніки не спостерігалось за межами лінії фронту, де газу не було чи було зовсім мало. Наступні шість атак газом не спричинили жодної паніки, хоча захисне обладнання не було ефективним чи широко доступним. Лише чотири інші паніки задокументували під час Першої світової війни.

Жертвами атаки зарином в системі метрополітену Токіо здебільшого стали офісні працівники, що їхали на роботу в центр Токіо. Попри натовп під час години пік та обмежені шляхи евакуації, не було жодних звітів про масову паніку. Один пожежник повідомив про «розгублене мовчання» на місці події: ніяких розмов, лише кашель жертв, доки вони очікували медичну допомогу [33].

Страждання і спалахи множинних симптомів невстановленої етіології

Прояви впливу CBRNE речовин можуть стати причиною появи симптомів, які важко відрізнити від помірних симптомів, очікуваних від фактичного впливу. Таким чином, «спалах множинних симптомів невстановленої етіології» (OMUS) може відбутись незалежно від або в поєднанні з CBRNE впливом. Однак під час застосування CBRNE речовин не всі постраждалі перебували під впливом токсичних речовин [34]. Симптоми психологічного походження також можуть бути виявлені у постраждалих, які дійсно перебували під впливом CBRNE речовин. Це може створити певні перешкоди під час лікування (коли постраждалі дізнаються, що заражені смертельною хворобою, такою як сибірська виразка чи віспа, навряд чи вони залишаються спокійними). Варто зважати на симптоми болю та страждання пацієнта, незалежно від того, чи дійсно мав місце шкідливий вплив. Одночасно необхідно виявити вплив отруйних речовин на пацієнта.

Військовослужбовці США мали кілька випадків OMUS. Під час Першої світової війни застосування газу викликало газову істерію, у деяких солдатів були виявлені симптоми отруєння газом (важке дихання, кашель, опіки на шкірі) без клінічного впливу газу [35]. В одному випадку 500 військовослужбовців, які побували в бою, звернулись до пунктів медичної допомоги протягом одного тижня після безсистемного обстрілу газом. Вони мали болі в грудях, втому, важке дихання, кашель, хриплий голос та невизначені симптоми подразнення очей — всі симптоми, пов'язані з хімічним отруєнням [36]. Проте дивізійний офіцер-токсиколог не виявив жодних доказів вдихання газу.

У 1988 році було евакуйовано 1800 чоловіків-новобранців із бараків через епідемію кашлю, важкого дихання та болю в грудях, яка спалахнула у навчальному центрі [37]. Симптоми скидалися на отруєння хімічними речовинами чи токсинами. Новобранці та медичний персонал підозрювали, що токсин знаходився в повітрі, проте нічого не виявили. Ці приклади OMUS вказують, що уявний вплив може викликати симптоми, які збігаються з дійсним отруєнням.

Радіоактивне забруднення в Гоанії — це жахливий приклад збігу подій OMUS і CBRNE. Понад 125 000 осіб вимагали огляду на предмет радіоактивного опромінення після новин про радіаційну аварію [38]. Огляд виявив, що лише 249 осіб зазнали впливу радіоактивного забруднення. Але 5000 осіб з перших 60 000 оглянутих мали симптоми, що збігаються з променевою хворобою (блювання, діарея та/або висипання на обличчі й шиї). Жодна людина з тих, хто мав симптоми, не була опромінена.

Хімічні отруйні речовини

Під час війни у Перській затоці Ізраїль зазнав 18 атак ракетами «Скад», а отже, мав ефекти реактивних вибухів та очікування можливих атак отруйними речовинами нервово-паралітичної дії. Дослідження пацієнтів, які прибували до відділків першої допомоги 11 місцевих лікарень в Ізраїлі [19], виявило, що 332 із 773 постраждалих (43 %) мали психологічні травми, ще 209 (27 %)

зробили собі ін'єкцію атропіну, бо боялись, що ракети містили речовину нервово-паралітичної дії. Після першої атаки ракетами «Скад» було 365 постраждалих: 172 — з психологічними травмами (47 %), 171 випадок невиправданого використання атропіну (47 %) і лише 22 випадки фізичних травм (6 %). Інше дослідження [20] стосувалось пацієнтів, які звернулись до приймального відділення лікарні Тель-Авіва впродовж 8 годин після атаки ракетами «Скад». Зі 103 пацієнтів у 70 встановили діагноз психічного розладу (68 %), 19 невиправдано використали ін'єкцію атропіну (18 %), і лише 9 мали безпосередні ураження (9 %). Всі ці дослідження стосуються цивільного населення, а не солдатів.

Після атаки зарином у системі метрополітену Токіо в 1995 році [33, 39] понад 5500 людей звернулись до 280 медичних закладів в день атаки та впродовж наступного тижня. Із них 1046 осіб госпіталізували. Міжнародна лікарня святого Луки оглянула більшість пацієнтів: 641 пацієнта в перший день та 349 протягом тижня [39]. Із 641 пацієнта, які прибули у приймальне відділення в перший день, 111 госпіталізували до лікарень (4 тяжкі випадки, 107 — середньої важкості), 530 пацієнтів з ураженнями легкого ступеня оглянули впродовж 6 годин і відпустили. Пацієнти з ураженнями легкого ступеня здебільшого страждали від симптомів подразнення очей. За даними літератури важко визначити, у скількох уражених легкого ступеня були психологічні травми.

Біологічні речовини

У 1994 році в Індії трапилось два спалахи чуми: спалах бубонної чуми в Махараштрі, за 1 місяць по якому стався спалах легеневої чуми за 500 кілометрів, в місті Сурат [40]. Із 5000 випадків, у яких підозрювали чуму, 167 підтвердилися та 55 виявилися смертельними [41]. На жаль, відсутні дані про психологічні реакції чи швидкість їхнього прояву. Однак спостерігався помітний вплив на поведінку населення. Місцеві засоби масової інформації спричинили тривогу, перебільшуючи масштаб події [41, 42]. Приблизно від 400 000 до 600 000 людей залишили Сурат, зокрема працівники лікарень, приватні лікарі та муніципальні працівники [43, 44]. У Делі, за 1200 кілометрів від Сурата, люди виготовляли маски з доступних матеріалів, багато хто купляв та накопичував тетрациклін — антибіотик, що використовується для лікування чуми [45].

У 2001 році, після атак 11 вересня та до першого з 23 випадків виявлення збудника сибірської виразки [46], засоби масової інформації одразу почали повідомляти про збільшення обсягу закупівлі протигазів та ципрофлоксацину (антибіотика для лікування сибірської виразки). Після поштових атак збудником сибірської виразки був підвищений попит на ципрофлоксацин серед пацієнтів, є поодинокі звіти щодо збільшення призначень цього препарату [47]. Лікарні повідомляли про заповнені пункти першої допомоги людьми, що були перелякані й стривожені через сибірську виразку, багато з них вимагали лікування.

Спалах атипової пневмонії, нового гострого інфекційного захворювання, спричинив значне занепокоєння та страх. У Пекіні закрили школи й університети, сотні компаній зачинили свої двері, деякі навколишні селища не допускали жодних контактів [48]. Чутки про можливість запровадження карантину спричинили накопичення запасів харчових продуктів. Хоча чиновники просили людей уникати подорожей, тисячі бізнесменів, робітників-мігрантів і студентів коледжів покинули Пекін. У Тайвані 160 лікарів і медичних сестер залишили роботу в різних лікарнях, остерігаючись самої хвороби та неналежних методів контролю за розповсюдженням інфекції [50]. Пацієнтів із атиповою пневмонією часто ізолювали (разом з медичними працівниками), вони були позбавлені сімейних візитів. Це призвело до скарг на тривогу, нудьгу, самотність та невстановлений гнів і розчарування [51, 52]. Страх і тривога часто посилювались чи послаблювались через лихоманку [51].

Одне дослідження психосоціального впливу атипової пневмонії на персонал в лікарні Торонто проводилось за допомогою анкетного опитування [53]. Майже дві третини опитуваних повідомили про занепокоєння щодо здоров'я своїх родин. Чинниками, що асоціюються з підвищеним занепокоєнням, є: розуміння високої імовірності смертельного результату від атипової пневмонії; проживання з дітьми чи в родині, на чиє життя дуже вплинув спалах хвороби; інше ставлення

людей через роботу в лікарні. Емоційний розлад був у майже 30 % з усіх опитуваних та у 45 % медичних сестер, що мали найвищий ризик зараження. Фактори, що вказували на значний емоційний розлад, — це робота медичною сестрою, статус неповної зайнятості, вплив атипової пневмонії на стиль життя і можливість виконувати свою роботу залежно від запобіжних заходів.

Радіоактивні речовини

Аварія на АЕС Три Майл Айленд (TMI — The Three Mile Island) 1979 року в Пенсильванії продемонструвала значення психологічного впливу після CBRNE катастрофи. Згідно з висновком комісії президента, що вивчала аварію, єдиним виявленим біологічним впливом став психічний розлад [54]. Не було жодних випадків гострої променевої хвороби (ARS — Acute radiation sickness). Доза опромінення людей, які проживали в межах 10 миль від TMI, була приблизно такою ж, як і при звичайній рентгенографії, та значно нижчою, ніж щорічна доза природного радіаційного фону [55]. Серед населення найбільший психологічний удар отримали працівники TMI, сім'ї з дітьми дошкільного віку та люди, що жили в межах близько 7 кілометрів від TMI. При огляді працівників TMI не виявили довготривалих ефектів, лише гострі короткострокові. Персонал АЕС повідомляв про нудоту, проблеми зі шлунком, головні болі, діарею, неспокійний сон та втрату апетиту з більшою частотою, ніж контрольна група. Ці симптоми є поширеними продромальними ознаками ARS, але персонал TMI не отримав достатньо високої дози радіації, що могла б її спричинити.

На відміну від аварії на TMI, під час аварії 1986 року на Чорнобильській АЕС в Україні стався викид значної кількості радіоактивних речовин. Приблизно 135 000 осіб евакуювали з 30-кілометрової зони впродовж перших двох тижнів опісля аварії. Більшість людей було вивезено і переселено назавжди. Крім того, майже від 600 000 до 800 000 «ліквідаторів» було залучено до участі в ліквідації наслідків надзвичайної ситуації та подальших операціях із очищення [56]. Хоча було зафіксовано понад 200 випадків ARS, основним впливом на здоров'я людей визначили психологічне страждання [57, 58].

У 1987 році в Гоанії два шукачі металевого лому демонтували телетерапевтичну установку цезій-137 із покинутого інституту рентгенотерапії [59]. Під час демонтажу установки вони випадково розірвали капсулу, що містила радіоактивний порошок цезію-137. Коли про аварію стало відомо, через загрозу радіоактивного зараження більше 120 000 людей (приблизно 10 % населення міста) впродовж 6 місяців прийшли на огляд щодо можливого зараження [60]. Жителі міста в цей час відчували ризик, тому брали вихідний на роботі або приходили на медичний огляд у вихідні дні [38, 61]. Приблизно 5000 (8 %) з перших 60 000 людей мали симптоми, подібні до ARS (наприклад, висипання навколо шиї та по верхній частині тіла, блювання, діарея), але жодна людина не була заражена [38]. Лише у 249 осіб зафіксували радіоактивне забруднення.

Вибухові речовини

В одному дослідженні гострий психологічний вплив мав місце у 50 % пацієнтів, поранених унаслідок вибуху бомби [62]. Інше дослідження виявило, що приблизно 12 % постраждалих мали емоційний розлад, а інші 6 % — медичне порушення здоров'я (ангіна, діабет, головний біль чи астма) [63].

Психічні розлади

Хімічні отруйні речовини

Більшість пацієнтів із Токіо, яких було направлено до лікарні після атаки зарином, були госпіталізовані впродовж кількох днів. Деякі з них повідомили про проблеми зі сном, нічні жахи та занепокоєння. Невідомо, були ці симптоми наслідком гострого стресового розладу чи зараження нервово-паралітичними речовинами. У дослідженнях, проведених через 1 місяць після події, майже 60 % постраждалих повідомили, що зазнають мук від поставарійних симптомів, включаючи страх перед користуванням метро, неспокійний сон, жахливі спогади, депресію, нічні кошмари, роздратованість, головні болі, погане самопочуття, фізичну напругу, емоційну нестійкість та роздратованість [33, 39]. Подальші опитування через 3 і

6 місяців засвідчили незначне зниження у відсотковій кількості симптомів. На жаль, важко визначити, до якої міри ці симптоми були наслідком психологічного впливу і чи були вони (та якою мірою) наслідками холінергічних ефектів ураження зарином. Більшість постраждалих з Міжнародної лікарні Святого Луки мали ураження легкого ступеня (здебільшого симптоми подразнення очей), тому можливо, що більшість поставарійних симптомів були психологічними.

Радіоактивні речовини

Більшість із 20 госпіталізованих пацієнтів в Гоанії страждали від депресії та тривоги [64]. Одинадцятьох жертв, які постраждали найбільше, було відправлено до лікарні, де їх утримували в ізоляції через імуносупресію. Медичні працівники, які лікували цих пацієнтів, вдягали захисні маски. Обидва заходи посилювали стрес пацієнтів. Невпевненість щодо майбутнього стану здоров'я також посилювала стрес, як і відсутність інформації про тривалість лікування та довгострокового прогнозу.

Ядерна зброя

Із усіх CBRNE речовин ядерна зброя має найсильнішу руйнівну силу — це квінтесенція зброї масового знищення. Атомні бомби, скинуті на Хіросіму та Нагасакі, призвели до неймовірних спустошень, місцевих спалахів пожеж, величезної кількості померлих, вмираючих і поранених [65].

При опитуваннях після війни приблизно дві третини людей, які пережили катастрофу, описували такі психологічні порушення, як сильний страх, емоційно-нервове потрясіння чи депресію. Однак було повідомлено лише про один випадок масової паніки у Хіросімі: велика група наляканих людей у парку виштовхнула кількох осіб у річку, і деякі з них померли [66].

Упродовж кількох наступних тижнів люди, які вижили після катастрофи, бачили поранених і постраждалих від опіків та уражень ударною хвилею. На додачу були присутні спалахи ARS. Тривалі спостереження за спустошенням та людськими стражданнями посилювали психологічний вплив події на стан людей [65].

ДОВГОТРИВАЛІ НАСЛІДКИ

Страждання і хронічні спалахи множинних симптомів невстановленої етіології

Хоча гострі OMUS широко вивчались, можливість існування тривалих і масштабних синдромів було визнано лише нещодавно [67]. За останні роки виявлені різні хронічні синдроми (зокрема, синдром хронічної втоми, екзогенний синдром соматизації, синдром множинної хімічної чутливості та синдром хворої будівлі). Усі вони характеризуються множинними невстановленими симптомами (втома, головні болі, проблеми зі сном, нудота, запаморочення, болі у м'язах та суглобах, проблеми з концентрацією та запам'ятовуванням), що не пов'язані з конкретними інфекційними збудниками чи отруйними речовинами [68–70]. У кожному з цих синдромів пацієнти сприймають невидимого забруднювача чи інфекцію як причину своїх симптомів.

Військовий досвід

Військовослужбовцям відомі кілька синдромів OMUS, включаючи синдром «Агент Оранж», синдром «атомного ветерана» та синдром війни у Перській затоці [3]. Синдром «Агент Оранж» був виявлений опісля опублікування даних про зв'язок між епідемією захворювань на рак і народженням дітей з вродженими дефектами розвитку та ветеранами, що воювали у В'єтнамі та потрапили під вплив «Агента Оранж». Епідеміологічні дослідження, що проводили Центри з профілактики та контролю захворюваності, не виявили зв'язку підвищеної захворюваності на рак й вроджених дефектів розвитку із цією групою [71–73]. Проте збільшились випадки депресії, тривоги, зловживання алкоголем та алкогольної залежності, посттравматичного стресового розладу серед ветеранів війни у В'єтнамі (порівняно з військовими, що не воювали у В'єтнамі) [71]. Інше дослідження

показало, що симптоми психологічних страждань були значною мірою пов'язані з впливом гербіциду в пацієнтів, які звернулись по медичну допомогу самостійно. Ця група мала більше симптомів, ніж працівники Військово-повітряних сил США, які брали активну участь в аерооприскуванні гербіцидами [74]. Це засвідчує, що синдром «Агента Оранж» радше пов'язаний зі сприйняттям, аніж з дійсним впливом речовини.

Близько 200 000 співробітників Міністерства оборони США (як цивільних, так і військових) залучались до надземних ядерних випробувань США [75]. Дози опромінення, отримані цими «атомними ветеранами», в середньому сягали 0,5 бер, хоча багато хто з них взагалі не мав опромінення. Лише 1 % отримали дозу в понад 5 бер (максимально можлива річна доза опромінення). Кілька досліджень виявили в «атомних ветеранів» довготривале психологічне страждання [76, 77]. Спершу, під час тестування військовослужбовців (тест «Кам'яна пустеля-V» — Desert Rock V test), здавалось, що вони тримаються зібрано та врівноважено [78]. Проте багато років потому поодинокі дослідження виявили, що ветерани добре пам'ятають атмосферу напруги й страху на випробувальному полігоні й свої думки про власну погану підготовку [76].

У «атомних ветеранів» була наявна група активних симптомів соматизації, яка отримала назву «синдром реакції на опромінення» (Radiation response syndrome) [77]. Цей синдром має два компоненти:

1) глибока віра в те, що радіація спричинила фізичну шкоду;
2) функціонуючий синдром соматизації, який є виявом цієї віри.

Система вірувань синдрому реакції на опромінення містить такі погляди: «люди помирають; від лікарів мало допомоги; можливо, існує лише один лікар, який може допомогти; держава відповідальна за їхню хворобу; люди вважають їх божевільними через те, що вони бачать причиною своїх хвороб опромінення» [77, с. 182]. Синдром реакції на опромінення подібний до ПТСР уповільненого типу, але замість переживання травми, як при ПТСР, ветерани хвилюються про вплив радіації на їхнє життя.

Бойові хімічні речовини

Через три роки після Першої світової війни близько половини отруєних газом ветеранів висловлювали суб'єктивні скарги під час медичних оглядів [79]. Однак жодних об'єктивних підстав для відповідних висновків не виявили, пенсії та компенсації не виплачувались, а скарги не були включені до статистики з постійної інвалідності. З'явились повідомлення про велику кількість чоловіків, які одужали після гострого отруєння газом і мали гарні фізичні показники, проте страждали від серйозних наслідків, зокрема таких, як швидка втомлюваність та утруднення дихання при фізичному навантаженні [80]. Цей стан був широко відомий як синдром невпорядкованої роботи серця (Disordered Action of the Heart Nevrosi cardiaca) та нейроциркуляторна астенія. Хронічні ураження отруйним газом часто викликали гострі напади задухи вночі, нічні кошмари; також пацієнти часто повідомляли про безсоння та не відчували сил після пробудження [80].

Тривале дослідження отруєних зарином пацієнтів, госпіталізованих до лікарні Святого Луки, виявило, що соматичні та психологічні симптоми лишалися упродовж 5 років опісля події [81]. Було повідомлено про високий рівень симптомів невстановленої етіології. Проблеми з очима, втомлюваність, ригідність м'язів і головні болі були наявні у понад 10 % досліджуваної групи.

Біологічні речовини

Незрозумілі довгострокові ефекти спостерігались в осіб, що пережили атаки збудником сибірської виразки у 2001 році. Газети повідомляли, що в них й надалі спостерігались симптоми втоми, задишки, болю в грудях, проблеми з пам'яттю, нічні кошмари та гнів впродовж 6–12 місяців опісля захворювання [82]. Тільки один хворий із тих, хто вижив опісля легеневої форми сибірської виразки, почувався достатньо добре, щоб продовжувати працювати під час дослідження. В одному з опублікованих досліджень через рік після атаки збудником сибірської виразки багато з тих, хто залишився в живих, повідомили про погіршення якості життя через захворювання та психологічне страждання [83].

Радіоактивні речовини

Жодного повідомлення про випадок довгострокового психологічного стресу в працівників АЕС TMI не було [84]. Однак у жителів TMI, порівняно з контрольною групою, виявили значну кількість випадків стресу за різними показниками протягом 6 років після катастрофи (активність та загальна діяльність; тривога, депресія та соматичні скарги; фізіологічні показники норепінефрину, епінефрину та кортизолу в сечі; неспокійний сон; зміни в імунній системі) [85–87]. Симптоми після катастрофи TMI були не наслідком опромінення, а результатом сприйняття самої можливості опромінення. Це демонструє, що страх радіоактивного опромінення може призводити до значних страждань та викликати стресові симптоми, здатні імітувати симптоми справжнього радіаційного опромінення.

Велика кількість людей (близько 10 000), які жили або працювали в межах 300 метрів від забрудненої зони Гоянії, виказували страх, мали психоматичні реакції, острах щодо майбутнього, відчуття небезпеки, невпевненість в ефективності заходів лікування, впроваджених державою [88]. При опитуванні населення, що проводилось через 6 місяців після катастрофи [88], виявили, що дві третини жителів Гоянії та контрольна група, яка проживала далеко від забрудненої території, вважали Гоянію забрудненою зоною. Результати дослідження, проведеного через 3 місяці, засвідчили, що показники стресу були підвищеними. Але активність впала як в неопромінених осіб, які вважали себе опроміненими (люди, що проживали в межах 1 км від місця, де зберігались радіоактивні відходи після катастрофи), так і в опромінених людей з Гоянії [89].

Різноманітність психоневрологічних синдромів була описана як наслідки Чорнобильської аварії в російській літературі [90–92]. Ці синдроми характеризуються множинними симптомами невстановленої етіології, включаючи втому, перепади настрою та неспокійний сон, головні болі, погіршення пам'яті та концентрації уваги, болі у м'язах та суглобах. Вони були наявні як у тих ліквідаторів, хто хворів на ARS, так і у тих, хто на них не хворів [90, 92]. За даними обстеження, не було знайдено жодних істотних взаємозв'язків між фізичними симптомами та дозами радіації [92].

Ядерна зброя

Постраждалі, які пережили атаку Хіросіми та Нагасакі, були сильно стигматизовані, особливо ті пацієнти, що мали сильні опіки і, як результат, шрами та колоїдні рубці. Ліфтон описав «неврастенічний синдром пережитої катастрофи», який характеризується «постійними симптомами відчуження від соціального життя, безсонням, нічними кошмарами, хронічними депресивними та тривожними реакціями й масштабними соматичними порушеннями <…>, на додачу — втомою, емоційною нестабільністю, втратою ініціативи, поганою особистою, соціальною та сексуальною адаптацією» [93, с. 504]. Дослідження більше 7000 пацієнтів опісля вибуху атомної бомби в Нагасакі через 15 років виявило довгострокові психологічні наслідки приблизно у 7 %. Більшість оглянутих скаржились на втому, недостатню жвавість, погану пам'ять та інтроверсивність [94]. Ці симптоми вдвічі частіше зустрічались у пацієнтів, що мали симптоми ARS або тяжкі симптоми, подібні до ARS.

Психічні розлади

Хімічні отруйні речовини

ПТСР був виявлений в американських ветеранів Другої світової війни, що перебували під впливом іприту під час польових випробувань та випробувань у приміщенні [95]. Відповідно до досліджень наслідків атаки зарином у Токіо, що проводились Агентством національної поліції та Національним науково-дослідним інститутом поліції через 3 і 5 років після події, були зафіксовані такі скарги: перенапруження очей, погіршення зору та швидка втомлюваність. Ці скарги лишались відносно стабільними, починаючи від гострої стадії і до наступних подальших станів [33]. Симптоми ПТСР і далі наявні у 14–18 % досліджуваних пацієнтів: це повторне переживання події, острах перед метрополітеном, сильні страждання при згадуванні атаки та уникання думок про атаку.

Постраждалих, яких приймала лікарня Святого Луки, опитали через 2, 3 і 5 років, використовуючи перелік питань щодо 14 фізичних, 8 очних та 11 психологічних симптомів (симптоми реакції

уникання, перезбудження та повторного сприйняття подій) [81]. Найпоширенішими (протягом всіх часових періодів) були очні симптоми: перенапруження очей (33–39 %), слабкий зір (23–26 %) та утруднене фокусування (17–21 %). Фізичні симптоми (втомлюваність, втома, біль у м'язах, головний біль) також були поширені. Більшість психологічних симптомів лишалися стабільними впродовж трьох часових проміжків, з рівнями у 10–16 %; на позначці 5 років спостерігаються труднощі з пам'яттю, депресивний настрій, уникнення згадування катастрофи, повторне переживання події, острах перед метрополітеном чи місцем атаки. Частота ПТСР, як визначено критеріями в «Статистичному та діагностичному довіднику психічних розладів, 4-те видання» [96], лишалася стабільною; лише 2–3 % пацієнтів відповідали критеріям під час трьох часових позначок. Випадки часткового ПТСР (один симптом із кожної категорії) різнилися від 7 % до 9 %. Через постійність фізичних симптомів було розроблено модифікований комплекс критеріїв ПТСР (з додаванням мінімум одного симптому невстановленої етіології при діагностуванні); з цією модифікацією від 10 % до 14 % пацієнтів відповідали критеріям. Фізичні критерії погіршувались унаслідок повторного переживання події та покращувались при психіатричній терапії. Жертви продовжували страждати від стресу через відсутність державної підтримки, обмежені ресурси для подальшої медичної допомоги та відчуття соціально-психологічної дискримінації.

Біологічні речовини

Спалахи тяжких інфекційних хвороб призводили як до ПТСР, так і до погіршення якості життя, пов'язаної зі станом здоров'я. Наприклад, більшість людей, що пережили спалах хвороби легіонерів, повідомляли про втому, неврологічні та нейромускулярні симптоми впродовж 17 місяців після встановлення діагнозу [97]. Якість життя, обумовлена здоров'ям, була погіршена за сімома із восьми критеріїв, ПТСР був виявлений у 15 % пацієнтів. Подібним чином пацієнти, що пережили синдром гострої дихальної недостатності, також мали ПТСР та погіршення якості життя через здоров'я [98, 99]. Оскільки більшість біологічних речовин категорії А (засоби біологічної війни) спричинюють синдром гострої дихальної недостатності, варто очікувати подібні довготривалі наслідки.

Радіоактивні речовини

Дослідження, що проводилось через 8 років після Чорнобильської катастрофи, виявило, що 44 % з 1412 ліквідаторів з Латвії мали психічні та психосоматичні розлади: депресію (невротичну депресію та коротку депресивну реакцію), збій функціонування фізіологічної системи через психологічні чинники або неуточнені розлади вегетативної нервової системи [100]. Справжня кількість психічних і психосоматичних розладів могла бути більшою, але тривога, ПТСР і неспокійний сон не досліджувались через використання системи кодування [101]. Два інші дослідження чорнобильського опромінення виявили ПТСР і симптоми ПТСР [102, 103].

Епідеміологічне дослідження більше 4700 естонських ліквідаторів виявило підвищення кількості самогубств, проте не зафіксувало зростання рівня захворюваності на рак, лейкемію та загальної смертності [104]. Самогубства становили 20 % смертності серед ліквідаторів. Причини збільшення кількості суїцидів наразі не відомі. Однак дані щодо ветеранів війни у В'єтнамі демонструють збільшений ризик травматичної смерті, включаючи суїциди [105]. Інші дослідження демонструють різноманітність психологічних розладів серед ліквідаторів Чорнобильської аварії та підтримують гіпотезу, що страх опромінення міг призвести до депресії, ПТСР та інших розладів, пов'язаних зі збільшенням рівня самогубств. Основною отруйною речовиною виявляється страх, а не радіація.

Вибухові речовини

Стало відомо про тривалі психологічні наслідки після терористичних атак із вибуховими речовинами. Після вибухів в Оклахома-Сіті 45 % населення страждали на посткатастрофний психологічний розлад, включаючи 34 % з ПТСР [106]. Інше дослідження повідомило про 50 % пацієнтів через 6 місяців після вибухів [107]. Пацієнти з ПТСР мали середню оцінку за шкалою тяжкості травм (1,2), на

відміну від пацієнтів без ПТСР (6,6). Іншим дослідженням визначено, що майже один із п'яти цивільних, які вижили при терористичних атаках (18 %), страждав від глибокої депресії [108]. Якщо розподілити за важкістю фізичних травм, ПТСР був наявний у 31 % тяжко поранених, але лише в 11 % неушкоджених та 8 % помірно травмованих. Середній коефіцієнт поширеності для ПТСР (тяжко поранених/інших) складав 4,2. Так само глибока депресія була в 22 % тяжко поранених, але лише у 9 % помірно поранених чи неушкоджених [108].

ВИСНОВКИ

Масова паніка є малоймовірною під час подій із використанням CBRNE речовин. Хоча масова паніка присутня в ситуаціях з обмеженими шляхами втечі, однак її виникнення — досить рідкісний випадок. Психологічний вплив здатний спричинити велике число постраждалих унаслідок атак з використанням CBRNE зброї.

Початковий прояв може бути подібним до стресових розладів або містити ряд неуточнених симптомів, зокрема таких, як утруднене дихання, запаморочення, втома, головний біль, неспокійний сон. Встановлення черги при наданні допомоги постраждалим під час початкового етапу інколи є проблематичним. Кількість психологічно постраждалих може збільшитись залежно від можливого поширення в засобах масової інформації інформації про ризики. На відміну від більшості фізичних травм і захворювань через CBRNE речовини, психологічний вплив здатний бути заразливим. Зважаючи на історію постбойових синдромів, наявність довгострокових ефектів є також дуже імовірною; окрім цього, такі ефекти буде важко діагностувати та вилікувати. Ці хронічні синдроми OMUS також виникатимуть під впливом сприйняття ризику та повідомлень засобів масової інформації.

ЛІТЕРАТУРА

1. General Accounting Office. *Biological Weapons: Effort to Reduce Former Soviet Threat Offers Benefits, Poses New Risks*. Washington, DC: GAO; 2000. GAO/NSIAD-00-138.
2. Scharf T, Vaught C, Kidd P, et al. Toward a typology of dynamic and hazardous work environments. *Hum Ecol Risk Assessment.* 2001;7(7):1827–1841.
3. Hyams KC, Wignall FS, Roswell R. War syndromes and their evaluation: from the US Civil War to the Persian Gulf War. *Ann Intern Med.* 1996;125(5):398–405.
4. Engel CC Jr, Adkins JA, Cowan DN. Caring for medically unexplained physical symptoms after toxic environmental exposures: effects of contested causation. *Environ Health Perspect.* 2002;110(suppl 4):641–647.
5. Boss LP. Epidemic hysteria: a review of the published literature. *Epidemiol Rev.*1997;19:233–243.
6. Colligan MJ, Pennebaker JW, Murphy LR. *Mass Psychogenic Illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1983.
7. Pastel RH. Collective behaviors: mass panic and outbreaks of multiple unexplained symptoms. *Mil Med.* 2001;166(suppl12):44–46.
8. Schultz DP. *Panic Behavior: Discussion and Readings*. New York, NY: Random House; 1964.
9. Glass TA. Emergency, disaster, and catastrophe: a typology with implications for terrorism response. In: Wessely S, Krasnov VN, eds. *Psychological Responses to the New Terrorism: A NATO-Russia Dialogue*. Amsterdam, Netherlands: IOS Press, 2005: 25–36.
10. Sandman PM. Bioterrorism risk communication policy. *J Health Commun.* 2003;8(suppl 1):146–147.

11. Brecher RW, Flynn T. Principles of risk communication: building trust and credibility with the public. In: Haschek WM, Rousseaux CG, Wallig MA, eds. *Handbook of Toxicologic Pathology*. New York, NY: Academic Press; 2002.

12. Covello VT, Peters RG, Wojtecki JG, Hyde RC. Risk communication, the West Nile virus epidemic, and bioterrorism: responding to the communication challenges posed by the intentional or unintentional release of a pathogen in an urban setting. *J Urban Health*. 2001;78(2):382–391.

13. Vasterman P, Yzermans CJ, Dirkzwager AJ. The role of the media and media hypes in the aftermath of disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:107–114.

14. Pfefferbaum B. Impact of the Oklahoma City bombing on children in the community. *Mil Med*. 2001;166(suppl 2):49–50.

15. Schuster MA, Stein BD, Jaycox L, et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med*. 2001;345(20):1507–1512.

16. Lau JT, Yang X, Tsui H, Kim JH. Monitoring community responses to the SARS epidemic in Hong Kong: from day 10 to day 62. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(11):864–870.

17. Leung GM, Lam TH, Ho LM, et al. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(11):857–863.

18. Burkle FM. Triage of disaster-related neuropsychiatric casualties. *Emerg Med Clin North Am*. 1991;9(1):87–105.

19. Bleich A, Dycian A, Koslowsky M, Solomon Z, Wiener M. Psychiatric implications of missile attacks on a civilian population. Israeli lessons from the Persian Gulf War. *JAMA*. 1992;268(5):613–615.

20. Rotenberg Z, Noy S, Gabbay U. Israeli ED [emergency department] experience during the Gulf War. *Am J Emerg Med*. 1994;12(1):118–119.

21. Stouffer SA, Lumsdaine AA, Lumsdaine MH, et al. *The American Soldier: Combat and its Aftermath*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1949.

22. Anno GH, Baum SJ, Withers HR, Young RW. Symptomatology of acute radiation effects in humans after exposure to doses of 0.5–30 Gy. *Health Phys*. 1989;56(6):821–838.

23. DiGiovanni C. Domestic terrorism with chemical or biological agents: psychiatric aspects. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1500–1505.

24. US Army Medical Research Institute of Chemical Defense. Chemical Casualty Care Division. *Medical Management of Chemical Casualties Handbook*. 3rd ed. Aberdeen Proving Ground, Md: USAMRICD; 2000.

25. Levin SG. *Estimating Battle Fatigue Casualties in Tactical Nuclear Combat*. Washington, DC: Defense Nuclear Agency; 1991. DNA-TR-90-114.

26. Vineberg R. *Human Factors in Tactical Nuclear Combat*. Alexandria, Va: George Washington University, Human Resources Research Office; 1965. HumRRO Technical Report 65–2.

27. Quarantelli EL. Images of withdrawal behavior in disasters: some basic misconceptions. *Soc Problems*. 1960;8:68–79. 28. Caldwell JM, Ranson SW, Sacks JG. Group panic and other mass disruptive reactions. *U S Armed Forces Med J*. 1951;2:541–567.

29. Smelser NJ. *Theory of Collective Behavior*. New York, NY: The Free Press; 1962.

30. Glass TA, Schoch-Spana M. Bioterrorism and the people: how to vaccinate a city against panic. *Clin Infect Dis*. 2002;34(2):217–223.

31. Quarantelli EL. The nature and conditions of panic. *Am J Sociology*. 1954;60:267–275.

32. Hammerman G. The psychological impact of chemical weapons on combat troops in World War I. In: Young RW, Drum BH, eds. *Proceedings of the Defense Nuclear Agency Symposium/Workshop on the Psychological Effects of Tactical NuclearWarfare*. Washington, DC: Defense Nuclear Agency; 1987: 84–108.

33. Asukai N, Maekawa K. Psychological and physical health effects of the 1995 sarin attack in the Tokyo subway system. In: Havenaar JM, Cwikel JG, Bromet EJ, eds. *Toxic Turmoil: Psychological and Societal Consequences of Ecological Disasters*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002: 149–162.

34. Singer JE. Yes Virginia, there really is a mass psychogenic illness. In: Colligan MJ, Pennebaker JW, Murphy LR, eds. *Mass Psychogenic Illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1982: 127–135.

35. Hulbert HS. Gas neurosis syndrome. *Am J Insanity.* 1920;77:213–216.

36. Salmon TW, Fenton N, eds. *Neuropsychiatry in the American Expeditionary Force*. In: *The Medical Department in the United States Army in the World War*. Vol 10. Washington, DC: Government Printing Office; 1929.

37. Struewing JP, Gray GC. An epidemic of respiratory complaints exacerbated by mass psychogenic illness in a military recruit population. *Am J Epidemiol.* 1990;132(6):1120–1129.

38. Petterson JS. Perception vs. reality of radiological impact: the Goiania model. *Nuclear News.* 1988;31(14):84–90.

39. Ohbu S, Yamashina A, Takasu N, et al. Sarin poisoning on Tokyo subway. *South Med J.* 1997;90(6):587–593.

40. John TJ. Learning from plague in India. *Lancet.* 1994;344(8928):972.

41. Mavalankar DV. Plague in India. *Lancet.* 1994;344(8932):1298.

42. Madan TN. The plague in India, 1994. *Soc Sci Med.* 1995;40(9):1167–1168.

43. Kumar S. Plague in India. *Lancet.* 1994;344(8927):941–942.

44. Ramalingaswami V. Plague in India. *Nat Med.* 1995;1(12):1237–1239.

45. Ramalingaswami V. Psychosocial effects of the 1994 plague outbreak in Surat, India. *Mil Med.* 2001;166(suppl 12):29–30.

46. Centers for Disease Control and Prevention. Update: investigation of bioterrorism-related inhalational anthrax—Connecticut, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2001;50(47):1049–1051.

47. Steinhauer J. Hysteria can be hazardous. *New York Times*. October 21, 2001. Available at: http://www.nytimes.com/2001/10/21/business/money-medicine-hysteria-can-be-hazardous.html. Accessed August 11, 2009.

48. Pomfret J. SARS inciting "mass panic" in Beijing. *Washington Post*. May 1, 2003:A11.

49. Eckholm E. Illness psychological impact in China exceeds its actual numbers. *New York Times*. April 24, 2003:A13.

50. McNeil DG. SARS fears shake Taiwan medical staffs. *New York Times*. May 21, 2003:A14.

51. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ.* 2003;168(10):1245–1251.

52. Avendano M, Derkach P, Swan S. Clinical course and management of SARS in health care workers in Toronto: a case series. *CMAJ.* 2003;168(13):1649–1660.

53. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ.* 2004;170(5):793–798.

54. Kemeny JG, Babbitt B, Haggerty PE, et al. *The Need for Change, the Legacy of TMI: Report of the President's Commission on the Accident at Three Mile Island*. New York, NY: Pergamon Press; 1979.

55. Fabrikant JI. Health effects of the nuclear accident at Three Mile Island. *Health Phys.* 1981;40(2):151–161.

56. Organisation for Economic Co-operation and Development Nuclear Energy Agency. *Chernobyl: Assessment of Radiological and Health Impact. 2002 Update of Chernobyl: Ten Years On*. 3–155. Paris, France: OECD; 2002.

57. Gonzalez AJ. Chernobyl—ten years after. *IAEA Bull.* 1996;38:2–13.

58. Ginzburg HM. The psychological consequences of the Chernobyl accident—findings from the International Atomic Energy Agency Study. *Public Health Rep.* 1993;108(2):184–192.

59. International Atomic Energy Agency. *The Radiological Accident in Goiania*. Vienna, Austria: International Atomic Energy Agency; 1988.

60. Lipsztein JL, Cunha PG, Oliveira CA. The Goiania accident: behind the scenes. *Health Phys.* 1991;60(1):5–6.

61. Rosenthal JJ, de Almeida CE, Mendonca AH. The radiological accident in Goiania: the initial remedial actions. *Health Phys.* 1991;60(1):7–15.

62. Hadden WA, Rutherford WH, Merrett JD. The injuries of terrorist bombing: a study of 1532 consecutive patients. *Br J Surg.* 1978;65(8):525–531.

63. Carley SD, Mackway-Jones K. The casualty profile from the Manchester bombing 1996: a proposal for the construction and dissemination of casualty profiles from major incidents. *J Accid Emerg Med.* 1997;4(2):76–80.

64. Brandao-Mello CE, Oliveira AR, de Carvalho AB. Psychological effects of the Goiania radiation accident on the hospitalized victims. In: Ricks RC, Berger ME, O'Hara FM, eds. *Medical Basis for Radiation-Accident Preparedness III: ThePsychological Perspective*. New York, NY: Elsevier, 1991: 121–129.

65. Janis IL. *Air War and Emotional Stress: Psychological Studies of Bombing and Civilian Defense*. New York, NY: McGraw-Hill; 1951.

66. Hersey J. *Hiroshima*. New York, NY: Knopf; 1946.

67. Showalter E. *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Culture*. New York, NY: Columbia University Press; 1997.

68. Gothe CJ, Molin C, Nilsson CG. The environmental somatization syndrome. *Psychosomatics.* 1995;36(1):1–11.

69. Rothman AL, Weintraub MI. The sick building syndrome and mass hysteria. *Neurol Clin.* 1995;13(2):405–412.

70. Weiss B. Neurobehavioral properties of chemical sensitivity syndromes. *Neurotoxicology.* 1998;19(2):259–268.

71. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. Health status of Vietnam veterans. I. Psychosocial characteristics. *JAMA.* 1988;259(18):2701–2707.

72. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. Health status of Vietnam veterans. II. Physical health. *JAMA.* 1988;259(18):2708–2714.

73. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. Health status of Vietnam veterans. III. Reproductive outcomes and child health. *JAMA.* 1988;259(18):2715–2719.

74. Decoufle P, Holmgreen P, Boyle CA, Stroup NE. Self-reported health status of Vietnam veterans in relation to perceived exposure to herbicides and combat. *Am J Epidemiol.* 1992;135(3):312–323.

75. Johnson AA, Goetz JL, McRaney WK. *For the Record: A History of the Nuclear Test Personnel Review Program, 1978–1986*. Washington, DC: Defense Nuclear Agency; 1986. DNA 6041F.

76. Garcia B. Social-psychological dilemmas and coping of atomic veterans. *Am J Orthopsychiatry.* 1994;64(4):651–655.

77. Vyner HM. *Invisible Trauma. The Psychosocial Effects of Invisible Environmental Contaminants*. Lexington, Mass: Lexington Books; 1988.

78. White BW. *Desert Rock V: Reactions of Troop Participants and Forward Volunteer Officer Groups to Atomic Exercises*. Alexandria, Va: George Washington University, Human Resources Research Office; 1953.

79. Wachtel C. *Chemical Warfare*. Brooklyn, NY: Chemical Publishing Co, Inc; 1941.

80. Haldane JS. Lung-irritant gas poisoning and its sequelae. *J Roy Army Med Corps.* 1919;33:494–507.

81. Kawana N, Ishimatsu S, Kanda K. Psycho-physiological effects of the terrorist sarin attack on the Tokyo subway system. *Mil Med.* 2001;166(12 suppl):23–26.

82. Stolberg SG. For anthrax survivors, a halting, painful recovery. *New York Times.* May 7, 2002:F1.

83. Reissman DB, Whitney EA, Taylor TH Jr, et al. One-year health assessment of adult survivors of *Bacillus anthracis* infection. *JAMA.* 2004;291(16):1994–1998.

84. Parkinson DK, Bromet EJ. Correlates of mental health in nuclear and coal-fired power plant workers. *Scand J Work Environ Health.* 1983;9(4):341–345.

85. Baum A, Gatchel RJ, Schaeffer MA. Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(4):565–572.

86. Davidson LM, Fleming R, Baum A. Chronic stress, catecholamines, and sleep disturbance at Three Mile Island. *J Human Stress.* 1987;13(2):75–83.

87. McKinnon W, Weisse CS, Reynolds CP, Bowles CA, Baum A. Chronic stress, leukocyte subpopulations, and humoral response to latent viruses. *Health Psychol.* 1989;8(4):389–402.

88. Curado MP, Costa Neto SB, Helou S. Psychological aspects of the radiation accident in Goiania: a general overview on victims and population. In: Ricks RC, Berger ME, O'Hara FM, eds. *Medical Basis for Radiation-Accident Preparedness III: The Psychological Perspective.* New York, NY: Elsevier; 1991: 143–154.

89. Collins DL, de Carvalho AB. Chronic stress from the Goiania 137Cs radiation accident. *Behav Med.* 1993;18(4):149–157.

90. Novikov VS, Tsygan VN, Borisova ED, Rybina LA. Changes in cerebral bioelectric activity in the Chernobyl NPP accident liquidators. *Hum Physiol.* 1997;23(5):542–546.

91. Pastel RH. Radiophobia: long-term psychological consequences of Chernobyl. *Mil Med.* 2002;166(12 suppl):134–136.

92. Torubarov FS. Psychological consequences of the Chernobyl accident from the radiation neurology point of view. In: Ricks RC, Berger ME, O'Hara FM Jr, eds. *The Medical Basis for Radiation-Accident Preparedness III: The Psychological Perspective.* New York, NY: Elsevier Science Publishing; 1991: 81–91.

93. Lifton R. *Death in Life: Survivors of Hiroshima*. New York, NY: Random House; 1967.

94. Nishikawa T, Tsuiki S. Psychiatric investigations of atomic bomb survivors. *Nagasaki Med J.* 1961;36:717–722.

95. Schnurr PP, Ford JD, Friedman MJ, Green BL, Dain BJ, Sengupta A. Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(2):258–268.

96. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.

97. Lettinga KD, Verbon A, Nieuwkerk PT, et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder among survivors of an outbreak of Legionnaires disease. *Clin Infect Dis.* 2002;35(1):11–17.

98. Schelling G, Stoll C, Haller M, et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med.* 1998;26(4):651–659.

99. Weinert CR, Gross CR, Kangas JR, Bury CL, Marinelli WA. Health-related quality of life after acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med.* 1997;156(4 Pt 1):1120–1128.

100. Viel JF, Curbakova E, Dzerve B, Eglite M, Zvagule T, Vincent C. Risk factors for long-term mental and psychosomatic distress in Latvian Chernobyl liquidators. *Environ Health Perspect.* 1997;105(suppl 6):1539–1544.

101. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.* Vol 1. 9th rev. Geneva, Switzerland: WHO; 1977.

102. Cwikel J, Abdelgani A, Goldsmith JR, Quastel M, Yevelson II. Two-year follow-up study of stress-related disorders among immigrants to Israel from the Chernobyl area. *Environ Health Perspect.* 1997;105(6 suppl):1545–1550.

103. Tarabrina N, Lazebnaya E, Zelenova M, Lasko N. Chernobyl clean-up workers' perception of radiation threat. *Radiat Protection Dosimetry.* 1996;68:251–255.

104. Rahu M, Tekkel M, Veidebaum T, et al. The Estonian study of Chernobyl cleanup workers: II. Incidence of cancer and mortality. *Radiat Res.* 1997;147(5):653–657.

105. Bullman TA, Kang HK. Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. In: Fullerton CS, Ursano RJ, eds. *Posttraumatic Stress Disorder: Acute and Long-Term Responses to Trauma and Disaster*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1997: 175–189.

106. North CS, Nixon SJ, Shariat S, et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA.* 1999;282(8):755–762.

107. Curran PS, Bell P, Murray A, Loughrey G, Roddy R, Rocke LG. Psychological consequences of the Enniskillen bombing. *Br J Psychiatry.* 1990;156:479–482.

108. Abenhaim L, Dab W, Salmi LR. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982–1987). *J Clin Epidemiol.*1992;45(2):103–109.

Розділ 37

ОПЕРАЦІЯ «ІРАКСЬКА СВОБОДА» 05-07. МЕДИЧНІ ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВІ ОПЕРАЦІЇ: НАБУТИЙ ДОСВІД ПРИ НАДАННІ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Джефрі С. Ярвіс[1]

ВСТУП

ПЕРЕДМОВА

СПІВПРАЦЯ З УРЯДОВИМИ ТА НЕУРЯДОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ

ВИСНОВКИ

[1] Магістр соціального управління, доктор філософії, підполковник, Медичний корпус, Армія США; керівник із охорони психічного здоров'я, відділ психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington DC 20307; у минулому — директор соціальної роботи, Військово-медичний університет, Bethesda, Maryland.

ВСТУП

Головним завданням 30-ї оперативної медичної бригади (Task Force 30th Medical Brigade — TF 30) є забезпечення охорони здоров'я військовослужбовців. Під час операції «Іракська свобода» (OIF) TF-30 врятувала життя 96 % поранених солдатів, яким надавала допомогу. Це — безпрецедентний випадок. Також історичне значення мали методи, які застосовував командир, знаходячи унікальні навички у кожного з працівників охорони психічного здоров'я для успішного проведення цивільно-військових операцій бригади.

Медичні бригади зі штатними клінічними й оперативними підрозділами, військовим і цивільним персоналом є сильними та надійними командами в галузі суспільної охорони здоров'я. Вони не мають рівних собі навіть серед команд, що входять до складу цивільної адміністрації. Майже половина постраждалих в лікарнях коаліції були іракцями; щоб передати історії хвороби в Ірак, необхідно покращити іракські цивільні та військові медичні можливості [1]. TF 30 об'єдналась з Держдепартаментом США, Міжнародними коаліційними силами в Іраку (MNF–I — Multi-National Force–Iraq), неурядовими організаціями (NGO), приватними компаніями та Цільовою групою стабілізації Багатонаціонального корпусу — Ірак (MNC–I — Focused Stabilization Task Force of the Multi-National Corps — Iraq) з метою проведення медичних цивільно-військових операцій (CMO — Civil Military Operations). TF 30 також сприяла наданню гуманітарної допомоги для постраждалого населення Іраку.

У фінансовому 2005 і 2006 роках TF 30 допомогла залучити понад 70 мільйонів доларів задля підтримки гуманітарних потреб, включаючи створення відділень невідкладної медичної допомоги; покращення якості очищення води та стічних вод, оснащення поліклінік, лікарень і шкіл; сприяння сільськогосподарським проектам за допомогою результативного планування з місцевими та регіональними урядовцями країни перебування військ. Ці зусилля зміцнили легітимність місцевих медичних працівників, відкрили лінії зв'язку між місцевим населенням і місцевими лідерами іракського національного уряду, створили доступ до медичної допомоги і засобів існування. Через нестабільність ситуації в Іраку TF 30 також підтримувала поточні заходи профілактичної медицини для надання гуманітарної допомоги вимушеним переселенцям (IDP — Internally displaced person). Цей розділ розглядає медичні цивільно-військові уроки, отримані TF 30 під час OIF 05-07.

ПЕРЕДМОВА

Війська США постійно здійснюють медичні гуманітарні місії. Ці місії передбачають всі аспекти: від медичної підтримки до надання допомоги місцевому населенню, нарощування потенціалу або розширення проектів, великих воєнних операцій. Користь державній політиці від військових медичних сил, які надають підтримку іншій нації під час конфлікту, здається очевидною. Допомога постраждалим, хворим та пораненим, а також доступ до лікування для вимушених переселенців також здається корисною. Однак Річі та Мот (Ritchie і Mott) [2] вказують на багато прихованих моментів, пов'язаних з наданням допомоги. У минулому література стосовно підводних каменів

військової гуманітарної допомоги здебільшого була пов'язана з етичними питаннями її надання, які не можуть підтримуватись в країні, що її приймає. Наслідком цього може бути «більше шкоди, ніж користі». Ця шкода зазвичай асоціюється з медичними правилами застосування сил і засобів, які Армія США використовує для підтримки військ у театрі бойових дій. Однак часто забувають, як місії з надання медичної гуманітарної допомоги пов'язані зі стратегічним кінцевим станом операції і як вони можуть сприяти або протидіяти операції [3].

Для чіткого окреслення воєнних місій із надання гуманітарної допомоги необхідно повернутися до мети всіх операцій — створення безпечного середовища, в якому може тривати політичний та економічний розвиток. Таким чином, завершення всіх операцій в Іраку (включаючи медичні цивільні та воєнні місії) має бути направлене на створення легітимних місцевих і провінційних урядів Іраку, здатних продовжувати політичний і економічний розвиток. Більше того, щоб стабілізувати уряд Іраку, необхідно мінімізувати будь-які повстанські дії. Повстання — це як політичне, так і воєнне явище. Повстанці будуть розчаровані, якщо уряд має компетентну і сильну адміністрацію, яка розподіляє обов'язки та ефективно координує численні питання політики, економіки та безпеки. В Іраку доступ до медичної допомоги є реальним нагадуванням про те, що уряд функціонує. Ці функції також експлуатуються бунтівниками. Якщо бунтівники чи їхні спонсори контролюватимуть міністерства, які мають надавати послуги, то іракці віритимуть, що ці послуги надають повстанці. Іншими словами, охорона здоров'я — це послуга, яку можуть використовувати як Армія США, так і повстанці. Чиннний уряд Іраку реагує на потреби свого народу — це ключова змінна в досягненні воєнно-політичних цілей США.

Президент Джордж Буш розумів важливість охорони здоров'я в досягненні військово-політичних цілей, коли сказав:

> «Зараз Америка має меншу загрозу від завойовницьких країн, аніж від країн, що занепадають... Америка має вкладати час і ресурси в будівництво міжнародних відносин і закладів, що можуть допомогти скеровувати місцеві кризи, коли вони виникають... Ми використовуватимемо нашу економічну взаємодію з іншими країнами, щоб підкреслити переваги політики, яка створює більш високу продуктивність і стійке економічне зростання, зокрема... інвестиції в охорону здоров'я і освіту, які покращують самопочуття і навички робочої сили і населення загалом» [4].

Томі Томпсон (Tommy G. Thompson), колишній секретар Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення, зазначив, що військові місії повинні містити медичні стратегії. Він заявив, що «найефективніший арсенал проти терористів передбачає освіту, співчуття та медицину» [5]. Він також сказав: «Найкращий шанс перемогти терористів — зробити це шляхом розширення нашої медичної та гуманітарної допомоги» [5]. Історія підтверджує ефективність таких стратегій. Під час Другої світової війни США застосовували військову гуманітарну допомогу на Філіппінських островах. Надалі допомога надавалась на Гаїті та в Боснії із дотриманням етичних вимог та на підтримку тилового забезпечення [2].

Воєнні операції, окрім проектів мирного часу, що представляли велику частину воєнних гуманітарних місій у 1990-ті роки, суттєво відрізняються від місій, які проводяться сьогодні в Іраку й Афганістані. В Іраку, наприклад, війна почалась із кінетичної боротьби — під час збройної атаки знищувалась інфраструктура, що траплялась на шляху. Із наближенням Сполучених Штатів до перехідної фази операцій під час OIF 05-07 зусилля було переорієнтовано на створення проектів відновлення основних служб охорони здоров'я і вирішення проблем у цій сфері. Ці проекти були спрямовані на пом'якшення наслідків результатів кінетичної боротьби для здоров'я.

Тепер, коли застосовуються некінетичні методи боротьби, мета полягає в збереженні наявних будівель, розвитку можливостей і цільових ключових структур, критично важливих для охорони здоров'я у «просторі для ведення бойових дій». Опісля трьох–чотирьох ротацій в Іраку медичні цивільно-військові операції були включені в усі операції перехідного періоду: від початку і на всіх рівнях планування — стратегічного, оперативного і тактичного. Неконструктивною є концепція

очікування закінчення кінетичної боротьби, аби розпочати планування та впровадження цивільно-воєнних проектів [6]. Спільне проведення цивільно-воєнних операцій представляє зміни в оперативних зусиллях бойових операцій, спрямованих на протидію кінетичним атакам. Оскільки фаза переходу продовжувалась, цивільний сектор ставав частиною основного зусилля. Слідом за успіхами у сфері безпеки необхідна конструктивна взаємодія, щоб відшкодувати збитки і почати будувати на досягнутих успіхах. Це є тим довгостроковим успіхом, який забезпечить справжній перехід до громадянського контролю. Річі та Мот [2] зазначили, що місцеве управління/керівництво цивільної сфери має сконцентруватись на цих аспектах і керуватись правилом: об'єкт/оцінка критичної інфраструктури та ремонту; оцінка критичних потреб (здоров'я, безпека та ін.). До того ж цивільно-військові медичні операції TF 30 залучали нетрадиційних дійових осіб у процес планування та виконання, таких як NGO та міжнародні організації.

Як уже зазначалося, програми надання медичної допомоги цивільному населенню (MEDCAPs — medical civic action programs) та інші медичні військові проекти з надання гуманітарної допомоги мають очевидні переваги, адже вони «підкорюють серце та розум». Однак в Іраку сталося інакше; очевидні переваги такої медичної допомоги не були реалізовані, оскільки ці місії не були безпосередньо прив'язані до операцій та стратегічних військово-політичних цілей. Окрім того, цінність медичного персоналу США не була очевидною. Необхідність переходу пацієнтів назад, до незалежної і сильної медичної системи країни, що приймає, лягла на плечі MEDCAPs. Кінцеве завдання медичних цивільно-військових операцій 18-го повітрянодесантного корпусу під час OIF 04-06 було визначено так: «Для виконання спільних скоординованих медичних зобов'язань провести роботу на місцевому рівні для зміцнення управління та переходу напрямку операції на підтримку плану кампанії і цілей США в Іраку загалом» [7]. У цій заяві місії не було жодних чітких визначень остаточної мети. Попередні оперативні цивільно-військові операції і плани неефективно розвивали потенціал управління в провінціях. Окрім того, не існувало організацій із координування та підтримки медичних цивільно-військових операцій на національному рівні. Під час OIF 05-07 стало очевидним, що необхідні були фундаментальні зміни в поведінці, структурі й організації для усунення прогалин серед медичних цивільно-військових кадрів, їхнього набору навичок на оперативному і стратегічному рівнях. Неувага до цих прогалин призвела до суперечливих і «обмежених» MEDCAPs, які мали незначну довгострокову вигоду і не могли бути визначені кількісно з точки зору критеріїв ефективності.

Щоб впровадити національну стратегію перехідної фази операцій в Іраку та досягти військово-політичних цілей, викладених командувачем MNF–I, медичною групою цивільно-військових операцій США були зроблені такі сім припущень:

1. Задля розвитку стійкості та стабільності урядів провінцій необхідна допомога та підвищення рівня управлінського потенціалу.
2. Наявні команди громадської охорони здоров'я будуть підтримувати поточний потенціал у провінціях, поки не будуть створені повністю скоординовані, спільні медичні цивільно-військові команди.
3. Існує потреба в розробленні формалізованого механізму для координації діяльності у провінціях і підтримки у Державному департаменті та MNF–I.
4. Можливість надавати посилену підтримку урядам провінцій щодо охорони здоров'я має утримуватись поза межами виборів.
5. Національний уряд Іраку має підтримувати поширення медичного охоплення на обласному та районному рівнях.
6. Будуть доступні коаліційні ресурси, необхідні для підтримки будь-яких нових медичних зусиль цивільно-військових операцій.
7. Медичні цивільно-військові заходи можуть бути спеціально розроблені для вдоволення потреб і безпеки в кожній провінції. Істотні можливості для провінційних урядів будуть розроблені в межах двох років, що дозволить перейти до більш традиційних механізмів надання допомоги Агентством США з міжнародного розвитку (USAID), міжнародними організаціями,

урядовими та неурядовими організаціями в провінційних і місцевих органах влади протягом ще 2 років.

З огляду на ці припущення було поставлено такі завдання для медичних цивільно-військових операцій:

- Допомогти провінційним директорам охорони здоров'я Іраку розробити прозорий і стійкий потенціал для підтримки громадського здоров'я та забезпечити підготовку провінційних адміністрацій для задоволення основних медико-санітарних потреб населення.
- Забезпечити своєчасну і відповідну оцінку інфраструктури охорони здоров'я та політичних подій в Міністерстві охорони здоров'я на місцевому рівні, а також сприяти управлінню Коаліції та розвитку потенціалу в цій галузі.

Для реалізації місії були визначені такі завдання:

1. Сприяти досягненню цілей коаліції в Іраку шляхом розширення можливостей іракського сектора охорони здоров'я від районного рівня у межах Міністерства охорони здоров'я і рівня батальйону в межах Міністерства оборони.
2. Сприяти реформі охорони здоров'я на рівні провінцій.
3. Надавати допомогу місцевим представникам Міністерства та лікарям Армії Іраку в розробці всеосяжної стратегії, яка зможе допомогти створити сильне і підзвітне місцеве самоврядування.
4. Надавати допомогу урядам провінцій у виявленні та визначенні пріоритетності потреб своїх громадян і задовольняти ці потреби за допомогою уряду Іраку, коаліції, донорів, а також ресурсів NGO.
5. Оцінити можливості охорони здоров'я провінційних урядів і розробити спільний план дій зі збільшення цих можливостей з акцентом на здатність до подальшого самодостатнього розвитку.
6. Надати допомогу провінційним урядам у розробці короткострокових і довгострокових цілей для програм громадської охорони здоров'я, а також надавати допомогу в їх реалізації.
7. Координувати дії з іншими основними підлеглими командами для синхронізації управління медичними операціями щодо забезпечення стабільності.
8. Координувати дії зі службою зв'язків із цивільною адміністрацією і населенням для оцінки подій в секторі охорони здоров'я на місцевому рівні, а також для пропаганди цілей і завдань коаліції.

Визначені завдання були доповнені деякими ідеями мирного часу для цивільно-військових операцій, зазначених Річі та Мотом [2]. Ці ідеї полягали в тренуванні, навчанні та наставлянні місцевих урядових медичних закладів для розвитку їхнього потенціалу з метою:

- розвивати ключові характеристики і стандарти медичної допомоги;
- встановити ефективні зв'язки з міністрами і центральним урядом;
- допомогти іракським чиновникам охорони здоров'я визначити і спланувати пріоритетність спрямування діяльності;
- підготувати перелік гострих потреб, виявити потреби у фінансуванні, а також визначити ресурси;
- визначити потреби у персоналі і допомагати чиновникам охорони здоров'я вирішувати їх із міністром вищого рівня або іншою посадовою особою.

G-5 (офіцер із цивільно-військових операцій) TF 30 також розглядає системні прогалини в діяльності з розвитку ресурсів для MNC–I. Зокрема, TF 30: а) координувала підтримку донорів і NGO; б) спілкувалась із зацікавленими сторонами щодо громадських справ і діяльності інформаційних операцій; в) надавала і посилювала надання медичних послуг у провінційних і муніципальних закладах, включаючи служби невідкладної медичної допомоги; г) створювала підпорядковані робочі групи медичних цивільно-військових операцій і ґ) залучала до діяльності з відновлення медичної допомоги медичні контакти країни, що приймає, для забезпечення культурної вагомості всіх проектів TF 30. Усі ці

зусилля варті серйозної уваги, тому надавались якісні та кількісні показники успіху порівняно зі встановленими критеріями.

Участь іракських посадовців охорони здоров'я в TF 30 у медичному плануванні цивільно-військових операцій здається очевидною, однак вона зазвичай ігнорувалась у попередніх ротаціях. При здійсненні медичної стратегії цивільно-військової взаємодії TF 30 іракці були частиною зустрічей на всіх рівнях планування. Участь посадовців мала ключове значення для зміни системи від MEDCAP як основного напряму медичної гуманітарної допомоги до всеосяжного процесу, названого «спільним медичним зобов'язанням». Спільні медичні зобов'язання — це конкретні можливості з надання гуманітарної допомоги на чолі з іракським цивільним або військовим медичним персоналом, для яких участь США є другорядною за загальним залученням. Кожне спільне медичне зобов'язання повинно бути сконцентроване на допомозі системі охорони здоров'я та органам правопорядку Іраку для забезпечення цивільного населення. Проекти мають просувати цілі безпеки; поліпшувати доступ (для регіонів та всього населення країни); зміцнювати безпеку і стабільність; викликати добру волю для підвищення здатності США формувати сприятливе навколишнє середовище. Ці проекти мають гуманітарний характер і доповнюють стратегічні цілі та завдання Міністерства охорони здоров'я. Медичні правила участі та неправильного використання допомоги MEDCAP передбачають такі вимоги: спільні медичні зобов'язання не дають змоги надавати безпосередню допомогу народу Іраку, окрім тих випадків, коли допомога стосується загрози для життя, травми кінцівок або органів зору. Начальник медичної служби корпусу координує та затверджує повноваження для всіх спільних медичних зобов'язань.

Вісімнадцятого серпня 2005 року Міністр оборони США Вінкенверд (Winkenwerder) заявив: «Основна мета уряду США в питаннях щодо світової охорони здоров'я полягає в створенні можливостей і потенціалу, щоб суспільство могло задовольнити свої потреби в цій сфері». Спільні медичні зобов'язання просувають цю концепцію. Початкові зусилля з відновлення були розроблені для створення цілісної системи охорони здоров'я для іракців, проте без їхнього залучення. Згідно із даними Державного департаменту США [7], для розвитку сектору охорони здоров'я було надано 786 мільйонів від міжнародних та американських джерел. Проте у переході охорони здоров'я назад до іракців та розширенні доступу до медичної допомоги було досягнуто лише деяких суттєвих успіхів. Цілі TF 30 були скромнішими. Зокрема, надати допомогу ключовим медичним системам до стабілізації ситуації в Іраку або, спираючись на наявні платформи, визначити медичні системи, які допомогли б країні, що приймає, на перехідному етапі через партнерство з силами безпеки Іраку і об'єктів TF 30.

У Директиві 3000 Міністерства оборони США вказується: «Спільні цивільно-військові зусилля — ключ до успішних операцій щодо забезпечення стабільності» [8]. Виконання цієї директиви означало її реалізацію на місцевому та регіональному рівнях, а також надання можливості чиновникам нижчої ланки говорити про потреби з Національним міністерством охорони здоров'я у культурно прийнятний спосіб. Такі відкриті лінії комунікації і системної співпраці по всій країні посилили легітимність всіх органів та чиновників охорони здоров'я, що беруть участь у програмі. Залучення іракців на підставі спільних медичних зобов'язань допомагає вирішувати питання, що ставляться MEDCAPs. Річі та Мот [2] описують приховані перешкоди проектів залучення в мирний час. Ось деякі з них: короткострокова ціль, неадекватне планування, порушення роботи місцевої системи охорони здоров'я, а також підвищені очікування щодо медичної допомоги. Все це було реальними проблемами, що підривали довгострокові воєнно-політичні цілі в Іраку. Наприклад, багато медичних цивільних команд громадської охорони здоров'я проводили «MEDCAP раз на тиждень» без будь-якої видимої причини. На додачу до проблем, зазначених Річі та Мотом [2], MEDCAP також утворили паралельні системи, або ж певний «вакуум» медичної системи. У таких випадках медичні засоби були переміщені на поле бою і викликали невдоволення серед іракських чиновників, які часто не мали можливості ознайомитись з даними щодо цих проектів та визначити, чи була необхідність у втручанні США, чи досить надати необхідні кошти для підтримки зу-

сил США, коли було відізвано медичну допомогу. TF 30 та управління начальника медичної служби були сповнені рішучості домогтися хоч невеликих, але стабільних і очевидних результатів.

Малі проекти сталої гуманітарної допомоги принесли відчутні результати, збільшуючи легітимність іракської медичної системи та управління, створюючи потенціал для зростання іракських систем у відповідній культурній площині. Використовуючи «Дев'ять принципів реконструкції та розвитку» Натціос (Natsios) [9] та зважаючи на формування державності, TF 30 мала успіх при проведенні спільних операцій із надання гуманітарної допомоги, залучення іракців на тактичному, оперативному і стратегічному рівнях (додаток 37.1).

Ці дев'ять принципів мають направляти розробників планів медичного забезпечення на адресність під час проведення медичних СМО та місій гуманітарної допомоги. Таке планування узгоджується з головним планом проведення воєнних операцій, який формує весь спектр операційних систем на полі бою і не обмежується лише медичним забезпеченням. Використовуючи ці принципи, СМО мають спрямовувати всі зусилля на досягнення цільових ефектів, які підтримують місію, затверджену вищим командуванням, а також національну стратегію втручання в Іраку. Крім того, важливо зрозуміти, що ці поняття є відходом від цивільно-військової доктрини [10].

СПІВРАЦЯ З УРЯДОВИМИ ТА НЕУРЯДОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ

TF 30 не змогла б досягти оптимальних результатів без координації і синхронізації зусиль із NGO, такими як Міжнародний медичний корпус, Центр надання допомоги мааданам (Marsh Arabs) та біженцям і американські урядові організації, зокрема USAID. Ці організації мають великий досвід в управлінні ефектами бойових дій другого порядку і мають суттєві зв'язки в Іраку, які часто започатковувались задовго до OIF.

За відсутності власної Програми реагування командира на надзвичайні ситуації (Commander's Emergency Response Program) TF 30 покладалась на ресурси MNC–I та NGO. Своєю чергою, NGO покладались на технічну експертизу, засоби безпеки, а також на здатність ефективного розвитку партнерських відносин між військово-медичною спільнотою Іраку, цивільно-медичною спільнотою та Коаліцією всіх медичних спільнот для виконання місії з надання гуманітарної допомоги. Наприклад, TF 30 сприяла виявленню та передачі гуманітарної допомоги (медичного призначення) вартістю понад 60 мільйонів до лікарень і центрів первинної медичної допомоги Іраку; допомога надійшла від благодійних центрів Кувейту та США (через програму Denton Amendment) [11]. Робоча група гуманітарної допомоги MNC–I керувала TF 30 щодо медичних питань, аби відповідати потребам медичної системи Іраку з наявними медичними засобами та сконцентрувати медичні зусилля всіх організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я. Ця координація TF 30 дала можливість побачити реальну ситуацію на оперативно-фактичному рівні сфери охорони здоров'я і, таким чином, надати цінну оперативну інформацію для аташе Держдепартаменту США, який співпрацював з Національним міністерством охорони здоров'я Іраку.

Співробітництво було сконцентровано не лише на доставці товарів медичного призначення. Надання матеріальних засобів вкрай важливе з точки зору демонстрації того, що Ірак спроможний забезпечити своїх людей, є лише одним із багатьох питань.

Співпраця з NGO також передбачала обмін технічними знаннями та системами, що сприяють розвитку системи охорони здоров'я і наданню послуг. Результатом декількох довгострокових проектів стало створення трьох опікових центрів та національного навчального центру лікування травм приблизною вартістю 2 млн доларів. Такі програми дають лікарням Коаліції можливість навчати та ділитися досвідом з іракськими партнерами й одночасно розвивати потенціал ключових іракських закладів. Це поступово дасть іракцям змогу повністю перейняти на себе галузь охорони здоров'я та можливість надавати медичну допомогу в критичних районах. Водночас лікарні Коаліції зможуть займа-

ДОДАТОК 37.1

ДЕВ'ЯТЬ ПРИНЦИПІВ РЕКОНСТРУКЦІЇ ТА РОЗВИТКУ

У 2005 році Ендрю Натціос (Natsios)[1] окреслив дев'ять принципів, які спрямовують співтовариства зовнішньої допомоги з боку США, у тому числі Армію США, під час надання допомоги в різних країнах протягом війни.

У період розширення співпраці між цими двома організаціями (військових і USAID) важливо, щоб військові отримали глибше розуміння того, як Агентство США з міжнародного розвитку (USAID — US Agency for International Development) і агентства з розвитку в цілому підходять до своєї роботи та як ці дві організації можуть вигідно опиратись на цю співпрацю... Коли іноземні агентства допомоги дотримуються Дев'яти принципів, це значно підвищує ймовірність успіху. І навпаки, недостатність уваги до Дев'яти принципів під час проектування й управління програмою збільшує ризик її зриву... Подібно до того, як особливо вправний полководець на полі бою може порушити один або два з принципів війни і все одно перемогти, офіцер із планування розвитку може порушити один або два з принципів розвитку, та все одно домогтись успіху. Але, як правило, агентства з розвитку ігнорують ці принципи, створюючи великий ризик, особливо в таких країнах, як Ірак, Афганістан і Судан, де проводяться основні заходи з реконструкції [1, с. 5].

У цій таблиці наведені дев'ять принципів для успішної співпраці між Армією США та іншими установами, а також військовий досвід США в Іраку з використанням цих принципів. Перші два стовпці взяті зі статті Ендрю Натціоса (Natsios); третій стовпець окреслює, як TF 30 інтерпретувала та застосувала «Дев'ять принципів» в Іраку.

Принцип	Опис	Досвід в Іраку
Принцип 1: Власна життєва позиція. *Покладатись на керівництво, співучасть і прихильність країни та її народу.*	Перший принцип розвитку і, можливо, найважливіший — активна життєва позиція. Цей принцип говорить про те, що країна має керуватись власними потребами і пріоритетами в галузі розвитку.	Лідерство, участь, відданість країни, що приймає. Заходи мають підвищити легітимність країни, що приймає.
Принцип 2: Розвиток потенціалу *Зміцнення місцевих установ, навчання технічних навичок, а також сприяння належній політиці.*	Розвиток потенціалу передбачає передачу технічних знань і навичок особам і установам, щоб вони мали довгострокову здатність створювати ефективну політику та надавати якісні державні послуги.	Види діяльності, які підвищують легітимність місцевих професіоналів через акредитовані навчальні моделі і програми сертифікації. Види діяльності, що передбачають самостійну оперативну можливість, такі як тренування з використання бюджету та логістичних систем. Види діяльності, які сприяють особистій відповідальності і власній життєвій позиції: як процесу, так і результату.
Принцип 3: Самодостатній розвиток *Розроблення програм і забезпечення довготривалості їхнього впливу.*	Суть принципу самодостатнього розвитку полягає в тому, що агентства з розвитку мають розробляти програми таким чином, щоб їхній вплив тривав і після закінчення проекту.	Вплив має бути безперервним; наприклад, TF 30 створила першу самостійну іракську медичну асоціацію в Іраку. Ризик в разі ігнорування: відчуження місцевого населення.
Принцип 4: Вибірковість *Виділення ресурсів відповідно до потреб, зобов'язань на місцевому рівні, а також зовнішньополітичних інтересів.*	Принцип вибірковості направляє підтримку та двосторонню допомогу американських організацій, ґрунтуючись на трьох поняттях: гуманітарна потреба, зовнішньополітичні інтереси Сполучених Штатів, а також прихильність країни та її керівництва до реформ.	Оцінка потреб і воєнно-політичних цілей не має потребувати багато часу і грошових інвестицій[2]. Наприклад, втрати від хвороб і небойових поранень (DNBI — disease nonbattle injuries) у таборах сил безпеки Іраку збільшились під час Рамадану. Саме в цих іракських таборах (вузлових пунктах) було проведено кампанію: видано плакати про важливість миття рук та стрічки для тестування води, що коштувало менше $50/табір. Через 2 місяці DNBI, що поширювались через воду та їжу, знизились із приблизно 300 іракських солдат в місяць до 0. Набутий досвід: не довелося створювати цілу програму профілактичної медицини для вирішення деяких короткострокових і потенційно довгострокових проблем[3].

Принцип	Опис	Досвід в Іраку
Принцип 5: Оцінка *Провести ретельне дослідження, адаптувати кращі підходи практики, а також адаптувати їх до місцевих умов.*	Одне із найважливіших завдань, що має виконати агентство з розвитку (до розробки і реалізації програми), — провести комплексну оцінку місцевих умов.	Дослідження кращих практик, створених для місцевих умов. Неурядові організації (NGO) можуть вже мати цю інформацію. Наприклад, Міжнародний медичний корпус проводив медичну гуманітарну допомогу в Іраку протягом майже 30 років.
Принцип 6: Результати *Спрямувати ресурси для досягнення чітко визначених, виміряних і стратегічно орієнтованих завдань.*	Принцип результатів є наслідком принципу оцінки. Це означає, що, перш ніж благодійна організація прибуває в ту чи іншу країну, вона спочатку визначає свої стратегічні цілі	Результати вимірюють за допомогою стандартів, показників і ефективності. *Вимірювання стандартів*: якісні або кількісні. Приклад якісних стандартів: збільшення використання машин швидкої допомоги країни, що приймає, для очищення поля бою та перевезення іракських постраждалих безпосередньо до медичних закладів цієї країни. *Показники продуктивності (процесу):* зниження тривалості перебування іракських пацієнтів на цільових об'єктах США (вузлових пунктах) на 70 % протягом одного року. *Показники впливу:* покращення допомоги для опікових хворих країною, що приймає, у межах проектів розширення потенціалу лікарень Іраку. *Показники ефективності:* поєднання ключових взаємозалежних і багатосекторних показників більш ефективне в тривалих місіях; корисні для визначення критеріїв ефективності перехідного періоду; необхідно співпрацювати з цивільними відомствами, щоб мати достовірні показники.
Принцип 7: Партнерство *Тісно співпрацювати з урядами, спільнотами, благодійними організаціями, некомерційними організаціями, приватними добровільними організаціями, міжнародними організаціями та університетами.*	Принцип партнерства є центральним елементом бізнес-моделі USAID; він полягає в тому, що благодійні організації повинні тісно співпрацювати на всіх рівнях з організаціями-партнерами: від місцевих підприємств і приватних добровільних організацій до урядових міністерств.	Співпрацювати не тільки з представниками охорони здоров'я і міністерством країни, що приймає, але і з неурядовими організаціями та міжнародними організаціями.
Принцип 8: Гнучкість *Пристосовування до мінливих обставин, використання можливостей і максимальне збільшення ефективності.*	Допомога з метою розвитку загрожує невизначеністю і мінливими обставинами, які вимагають постійної оцінки поточних умов і коригування дій належним чином.	Пристосовуватися до мінливих обставин. Бути в курсі подій культурного й політичного середовища.
Принцип 9: Підзвітність *Створення підзвітної і прозорої системи, побудова ефективних систем стримувань і противаг для захисту від корупції.*	Є два важливі аспекти принципу підзвітності: благодійні організації повинні працювати, щоб боротися з корупцією в країнах, де вони працюють; також благодійні організації повинні впевнитись, що програми, які вони реалізують, є прозорими і підзвітними.	Прозорість (в певних межах з причин безпеки). Уникання корупції. Повне сприйняття.

1 Natsios A. Дев'ять принципів реконструкції та розвитку. Parameters. 2005:5–20.

2 Bonventre G. Нарощування потенціалу в галузі охорони здоров'я. Презентація на конференції командування військових лікарів. December 2005. Washington, DC.

3 Yarvis JS. Соціальні працівники в ролі офіцерів по зв'язках між цивільними й військовими органами: цивільні медичні справи в Іраку. Надано в: «Дієві стратегії для турботи за військовослужбовцями, ветеранами та нашою країною». Представлено на 112-й щорічній зустрічі Асоціації військових лікарів Сполучених Штатів (AMSUS). San Antonio, Tex. November 2006.

тись тяжкохворими та пораненими іракськими жителями і солдатами. Прикладом успіху у сфері розвитку потенціалу Іраку свідчила їхня здатність «очистити» або евакуювати свої жертви з оперативних та цивільних районів, незалежно від евакуаційних засобів Коаліції. Наприклад, під час ротації 05-07 іракські медичні установи очистили «поле бою», покращивши рівень швидкості очистки з 41 % до 81 %, та самостійно, без допомоги медичних активів Коаліції, доглядали постраждалих. А це означало, що іракці самостійно прибрали 81 % своїх постраждалих.

Іншим прикладом успіху стало зниження «тривалості перебування» іракських військових і цивільних осіб в медичних установах США. Тривалість перебування визначалась кількістю днів, що особа займала ліжко.

За 7 місяців нарощування потенціалу тривалість перебування в ліжку медичного закладу США зменшилася в середньому до 6 днів. Подібне значне зниження відбулось тому, що іракські лікарні могли відтепер приймати підвищену кількість пацієнтів завдяки покращенню іракських медичних закладів, евакуаційних закладів і тренованості медичних працівників. Такі індикатори нарощування потенціалу зараз використовуються військовими лікарями MNC–I, щоб оцінити влив та досягнення оперативних і стратегічних цілей.

NGO були міцно усталені у всіх 18 провінціях Іраку і, отже, мали зв'язки та довіру з боку країни, що приймає. Оскільки NGO є нейтральними, вони можуть зв'язатись з членами Міністерства охорони здоров'я Іраку, що менш охоче йдуть на контакт. Для ефективності NGO мають підтримувати видимість нейтралітету; військове партнерство з ними менш формальне і не використовується в межах військової кампанії зв'язків із громадськістю. Під час надання гуманітарної допомоги є багато можливостей зробити гарні фото, але кращі приклади та суспільно-політичні історії виникають, коли програми досягають успіхів.

Показовим прикладом невдачі у сфері охорони здоров'я є заклади, побудовані Сполученими Штатами для Іраку, які стоять порожні чи використовуються противником для інших цілей. Такі невдачі можуть підірвати американські інформаційні операції. Типові програми, сконцентровані на гуманітарній допомозі у сфері охорони здоров'я, загалом є успішними, адже залучають місцевих підрядників і працівників та передбачають навчання місцевих чиновників співробітниками програм та медичних закладів. Як правило, ці проекти дещо обмежені, тобто базуються на рівні місцевої громади, людських і природних ресурсах та фінансовому рівні. Крім того, американські медичні проекти СМО були пов'язані з іншими проектами щодо цивільних адміністрацій і населення, щоб зробити їх більш поширеними. Профілактичні та ветеринарні заходи TF 30 також містили проекти щодо каналізаційних колекторів, води, електропостачання та прибирання сміття (SWET — sewer, water, electricity, and trash). Після збільшення гуманітарної допомоги за проектами SWET значно зменшилась кількість повстанських виступів у районах Іраку. Ключовий досвід партнерства NGO полягає в усвідомленні того, що для досягнення успіху програми необхідні не просто гроші та розвиток інфраструктури, а дещо більше.

ВИСНОВКИ

TF 30 має успішний досвід проведення цивільно-військових операцій і переходу цих операцій до 3-го Медичного командування під час OIF 06-08. Визнаючи важливість СМО і гуманітарної допомоги для стабільності, безпеки та операцій з відновлення, 3-тє Медичне командування використало успіх TF 30 для розгортання потужніших СМО. Однак сьогодні дуже мало медичних працівників Армії США мають досвід надання гуманітарної допомоги, відсутні ініціатори гуманітарної допомоги серед військово-медичного управління Армії США. Під час бойових дій необхідно планувати проведення заходів у цивільному секторі. Щоб сприяти обізнаності організаторів медичного забезпечення у важливості СМО, необхідно розробити основні положення та курси для задоволення потреб командирів бойових частин на сучасному полі бою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Swann S, Berry T. Task Force 30th medical brigade commander's overview: OIF 05-07. Presented at: The Medical Service Corps Conference; November 2006; Grassau, Germany.
2. Ritchie EC, Mott R. Military humanitarian assistance: the pitfalls of good intentions. In: Beam TE, Sparacino LR, eds. *Military Medical Ethics*. Vol 2. In: *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: US Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2004: Chap 25.
3. Ritchie E, Mott R. Caring for civilians during peacekeeping missions: priorities and decisions. *Mil Med.* 2002;167 (3 suppl):14.
4. Bush GW. *In the National Security Strategy of the United States of America*. September, 2002. Available at: http://georgewbush-whitehouse.archives.gov/nsc/nss/2002/index.html. Accessed July 28, 2010.
5. Thompson TG. The cure for tyranny. *The Boston Globe.* October 24, 2005. Available at: http://www.boston.com/news/globe/editorial_opinion/oped/articles/2005/10/24/the_cure_for_tyranny/. Accessed July 28, 2010.
6. Bonventre G. Capacity-building in the health sector. Presented at: The Combatant Command Surgeons Conference; December 2005; Washington, DC.
7. Bowersox J. Health sector update. Presented at: Task Force 30th Medical Brigade Commander's Conference; December 2005; Baghdad, Iraq.
8. Department of Defense. *Military Support for Stability, Security, Transition and Reconstruction (SSTR) Operations*. September 16, 2009. DoD Directive 3000.05. Available at: http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/300005p.pdf. Accessed July 28, 2010.
9. Natsios A. Nine principles of reconstruction and development. *Parameters*. Autumn, 2005. Available at: http://www.carlisle.army.mil/usawc/parameters/Articles/05autumn/natsios.pdf. Accessed July 28, 2010.
10. Department of the Army. *Civil Affairs Operations*. Washington, DC: DA; 2000. Field Manual 41–10.
11. Information on the Denton Amendment is available at: http://www.usaid.gov/our_work/cross cutting_programs/private_voluntary_cooperation/dentonguidelines.html. Accessed July 26, 2010.

Розділ 38

ПИТАННЯ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ГУМАНІТАРНИХ І ВІЙСЬКОВИХ ОПЕРАЦІЯХ: ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ В УМОВАХ СКЛАДНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Томас Ф. Діцлер[1]

ВСТУП

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ: СФЕРА ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЇЇ УЧАСНИКИ

Міжнародні співтовариства

Неурядові організації

Військова підтримка для інших учасників

ПРИНЦИПИ ТА ПРАКТИКА ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВОГО СПІВРОБІТНИЦТВА У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Потреби безпеки та обмін інформацією

Практичні рекомендації

ОСОБЛИВОСТІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СКЛАДНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Чинники, що впливають на психічний стан осіб, які пережили катастрофу

Глибокі психічні впливи

Екологічні загрози

ПРИНЦИПИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ГУМАНІТАРНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Гостра фаза складної надзвичайної ситуації

Фаза консолідації

ВИСНОВКИ

[1] Доктор філософії, директор із досліджень, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859.

ВСТУП

Надання своєчасної, ефективної та компетентної допомоги службою охорони психічного здоров'я має вирішальне значення на всіх етапах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Історично склалося так, що для планування і управління наданням гуманітарної допомоги всі надзвичайні ситуації розділили на три основні категорії: 1) природні, 2) техногенні та 3) складні. Природні лиха — це загальні геологічні та метеорологічні події, такі як повені, циклони, землетруси, виверження вулканів і цунамі. Для тих, хто перебуває під прямим впливом цих подій, вони можуть бути катастрофічними, проте не становлять значної політичної загрози для загалу. Те ж саме можна сказати про більшість техногенних аварій (наприклад, хімічна аварія 1984 року в м. Бхопал, Індія) або катастрофічні збої в інфраструктурі (зокрема, вибух ядерного реактора Чорнобильської АЕС 1986 року в Радянському Союзі). Ці катастрофи часто є результатом помилки, викликаної людським чинником, однак вони здебільшого не є актами політичних дій або навмисного злочинного наміру. Місцеві команди тренованого персоналу зазвичай проводять операцію з реагування на ці події, використовуючи місцеві чи національні сили відповідно до вимог ситуації. Але при дуже великих чи регіональних природних катастрофах, таких як цунамі в Індійському океані 26 грудня 2004 року, або при складних надзвичайних ситуаціях, пов'язаних безпосередньо з політичною безпекою та матеріально-технічними проблемами, як у конфліктах у Сомалі чи колишній Югославії, операційне середовище може потребувати комплексного багатонаціонального цивільно-військового реагування [1].

Нещодавні події дали змогу перевірити можливості й обмеження цивільно-військового співробітництва при ліквідації наслідків стихійних лих загалом [2] та, зокрема, при наданні психологічної підтримки [3]. Зважаючи на організаційні та матеріально-технічні складнощі масштабних і складних надзвичайних ситуацій, цивільні та військові працівники охорони психічного здоров'я повинні мати систематизовані знання про загальний робочий простір та учасників, які допомагають формувати контекст надання допомоги. Цей розділ розглядає: а) гуманітарну сферу та її учасників, б) переваги і труднощі ефективного цивільно-військового співробітництва, в) особливості надання психологічної допомоги при складних ситуаціях, г) принципи, що продемонстрували корисність при наданні допомоги постраждалому населенню, та повернення пацієнтів до їхнього докатастрофного стану.

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ: СФЕРА ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЇЇ УЧАСНИКИ

Знання організації та матеріально-технічних аспектів спільних зусиль при ліквідації наслідків катастроф надзвичайно важливі для ефективного надання медичної допомоги. Робочі умови зазвичай називають «гуманітарною сферою»; її було описано в функціональному плані як середовище з незалежністю, гнучкістю і свободою дій, необхідних для отримання доступу і надання гуманітарної допомоги за надзвичайних ситуацій. Для багатьох цивільних працівників, включаючи

міжнародні та неурядові організації (NGO), гуманітарний простір досягається завдяки прийняттю і дотриманню гуманітарних принципів неупередженості, нейтральності та незалежності, що моделюються Міжнародним комітетом Червоного Хреста (ICRC — International Committee of the Red Cross) [4]. Це означає, що допомога надається всім особам, незалежно від раси, віросповідання чи національності; допомога не використовується для подальшої конкретної політичної або релігійної позиції; гуманітарні установи та агентства з надання допомоги не діють у ролі інструментів певної держави або політики.

Оскільки військові організації з ліквідації наслідків катастроф за визначенням не є неупередженими, нейтральними чи незалежними, виникло питання з приводу використання терміна «гуманітарний» стосовно військової підтримки в деяких контекстах. Постійний міжвідомчий комітет Організації Об'єднаних Націй (ООН) надає корисні вказівки з цього приводу у довідковому документі «Цивільно-військові відносини при складних надзвичайних ситуаціях» [5]. Зокрема, Комітет рекомендує, щоб військові зусилля називали «операціями з підтримки», а не «гуманітарними операціями». Різниця в термінології — не лише академічна: безпека і матеріально-технічна підтримка, яку надають військові, може мати вирішальне значення для успіху спільних гуманітарних зусиль; однак цивільні працівники з надання гуманітарної допомоги висловлюють стурбованість тим, що сприйняття їх приналежності до військових може вплинути на їхню власну безпеку та можливість доступу до уразливих груп населення.

Добре скерована цивільно-військова допомога може мати великі переваги, проте такі зусилля потребують ретельного планування, чіткого розуміння ролей цивільних і військових працівників, а також ефективної взаємодії між цими двома групами. Ця взаємодія особливо важлива при наданні психологічної допомоги через сильний вплив соціально-культурних питань. При наданні психологічної підтримки після катастроф надзвичайно необхідна культурна компетентність. Особливо важливо при катастрофах великого масштабу, щоб працівники охорони психічного здоров'я знали супутній стан надання допомоги: які інші агентства та дії мають місце, як спектр надання допомоги узгоджується і який персонал та програми доступні.

Перше завдання для військовослужбовців — це зрозуміти типи організацій і персоналу, наявних в оточенні, — це так звані «учасники». Персонал, який прибуває до місця катастрофи, має розуміти, що на місці гуманітарної допомоги присутнє широке розмаїття «акторів» (більшість літератури з прикладної соціології та психології в політичному середовищі акцентує увагу на особливих труднощах при тероризмі, дослідженні місцевості та складних надзвичайних ситуаціях, особливо коли оточення складається з широкого спектру груп; у цьому випадку — це активні воюючі сторони, військовослужбовці, громадські установи та міжнародні організації), тобто вельми різноманітні організаційні культури і ролі, а також постраждале населення. На додачу до різних сил і засобів країни, що приймає, основними дійовими особами за масштабної гуманітарної допомоги часто є урядові організації й агенції, оперативні органи ООН, NGO, Міжнародний рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, інші міжнародні та регіональні організації, а також ЗМІ. Деякі з цих організацій можуть надавати допомогу при гострих психічних захворюваннях, проте їхня мета полягає в створенні довгострокових, самодостатніх програм як складових частин нарощування потенціалу і розвитку. Успішна система з надання психологічної допомоги безпосередньо пов'язана з фізичною, соціальною, психологічною та духовною підтримкою, що надаються цими програмами.

Міжнародні співтовариства

Головними благодійними організаціями серед міжнародної спільноти є Бюро Європейського співтовариства з гуманітарної допомоги, Японське агентство з міжнародного співробітництва, Австралійська рада з міжнародної допомоги, Міністерство міжнародного розвитку Великобританії, Агентство міжнародного розвитку США й Агентство Канади з проблем міжнародного розвитку. До них належать також установи, фонди і програми ООН. Хоча жодна установа не ставить охорону психічного здоров'я за свою головну мету,

багато видів діяльності ООН внесли значний вклад в сферу охорони психічного здоров'я шляхом прагнення надання фізичної безпеки, стабільності, санітарії, житла, програм розвитку для дітей, а також іншої необхідної підтримки. Зокрема, Програма ООН з розвитку працює для зниження рівня бідності, цілей розвитку, демократичного управління, запобігання кризі, розвитку інформаційних і комунікаційних технологій, лікування та профілактики вірусу імунодефіциту людини/синдрому набутого імунодефіциту (ВІЛ/СНІД) і впровадження дій проти використання протипіхотних мін у 166 країнах. Управління Верховного Комісара Організації Об'єднаних Націй у справах біженців (UNHCR — UN High Commissioner for Refugees) має допомагати та захищати біженців відповідно до міжнародного права, як зазначено в Конвенції про статус біженців від 1951 року [6]. Основна увага концентрується на забезпеченні продуктами харчування, житлом та іншими предметами першої необхідності; ця підтримка особливо важлива в умовах, коли у групах постраждалих є біженці, внутрішньо переміщені особи та мігранти, та в ситуаціях, що можуть завдати додаткових страждань навіть у стабільних умовах. UNHCR має приблизно 5000 працівників у 120 країнах, поточне робоче навантаження складає понад 20 мільйонів людей у всьому світі.

Усесвітня продовольча програма є найбільшим постачальником продовольчої допомоги в системі ООН; вона має забезпечувати як надзвичайні потреби, так і довгострокові цілі економічного та соціального розвитку. У 2004 році програма годувала 113 мільйонів людей у 80 країнах. Працюючи в понад 140 країнах, Дитячий фонд ООН приділяє особливу увагу освіті дівчат, розвитку дітей раннього віку, імунізації, захисту від насильства та експлуатації, програмам харчування для дітей та вагітних жінок, послугам у сфері лікування та профілактики ВІЛ і СНІДу, а також правам дітей. В останні роки програма також працювала для демобілізації та реінтеграції колишніх дітей-комбатантів через зусилля на рівні співтовариств [7].

ООН створила Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) у 1948 році; її конституційною метою є «досягнення всіма народами найвищого з можливих рівня здоров'я». У разі катастроф ВООЗ надає медичну оцінку, а також навчання та тренування для працівників охорони здоров'я як частину програми з нарощування потенціалу. На ВООЗ працює близько 3500 фахівців зі сфери охорони здоров'я та інших фахівців, що працюють у штабі організації (Женева, Швейцарія) та у шести регіональних офісах і країнах усього світу. ВООЗ активно підтримує відносини з NGO для просування своєї політики, стратегій і заходів.

Загальною рисою складних надзвичайних ситуацій гуманітарного характеру (CHE — complex humanitarian emergencies) є психологічні травми, викликані нездатністю підтримувати основні права людини. UNHCR як секретаріат всіх органів ООН із прав людини гарантує, що дотримання прав людини є основним з усіх інших видів діяльності ООН. На додачу до створення національного потенціалу UNHCR підтримує присутність спостерігачів і контролерів із дотримання прав людини.

Міжнародні організації працюють у тісній співпраці з ООН та іншими учасниками за встановленими договорами. Міжнародна організація з міграції, створена в 1951 році для сприяння руху переміщених осіб в Європі, є провідним міжурядовим об'єднанням у сфері міграції і в теперішній час працює по всьому світу. Вона має 120 держав-членів, відділення в понад 100 країнах. Міжнародна організація з міграції діє в тісній співпраці з урядовими, міжурядовими та неурядовими партнерами щодо управління рухом мігрантів, біженців і переселенців із третіх країн, їх повернення до рідних країн, а також боротьби з торгівлею людьми. Міжнародний рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця є найбільшою гуманітарною мережею в світі, адже вони присутні та діють майже в кожній країні. Рух складається з трьох окремих суб'єктів: 1) ICRC, що знаходиться в Женеві, направляє і скеровує міжнародні зусилля з надання допомоги в ситуаціях конфлікту, сприяє зміцненню гуманітарного права (Женевських конвенцій) і універсальних гуманітарних принципів; 2) Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця виступає як офіційний представник національних членів товариств, спрямовує та координує зусилля з надання міжнародної допомоги окремими товариствами;

3) окремі Національні співтовариства Червоного Хреста і Червоного Півмісяця надають широкий спектр допомоги при катастрофах щодо розвитку і нарощування потенціалу для національних органів влади в своїх країнах. Хоча офіційно він не є частиною ООН, Рух має статус спостерігача в штаб-квартирі ООН в Нью-Йорку.

Неурядові організації

Термін «NGO» визначає різноманітну групу відповідно до розміру, стилю управління і типу операцій. Всесвітній банк визначає NGO як «приватні організації, які вживають заходи для полегшення страждань, захисту інтересів бідних, охорони навколишнього середовища, забезпечення основних соціальних послуг або здійснення розвитку громад» [8]. Існують десятки тисяч NGO; багато з них консультують уряди й ООН, а деякі — мають вагомий вплив у світових справах. За словами Петера Гал-Джонса (Hall-Jones) [9], сектор NGO сьогодні є восьмою за величиною економікою в світі. NGO, як правило, фінансуються за рахунок грантів або приватних пожертвувань, хоча деякі з них отримують великі пожертвування від урядів. Групи можуть бути національними (корінними) або міжнародними; як правило, вони мають кваліфікованих фахівців, таких як лікарі, медичні сестри, логісти, інженери і юристи. NGO інколи класифікують за їхньою орієнтацією (релігійні або світські); типами місій (оперативна або адвокатська діяльність); конкретними інтересами (медична допомога, захист дітей, надання продуктів харчування) або робочою зоною (на базі національних чи міжнародних громад). Їх розмір варіюється від невеликих громадських груп до великих міжнародних організацій, що мають потужні бюджети.

Багато NGO працюють у конкретних місцях протягом багатьох років, добре обізнані із місцевими умовами і мають доступ до місцевого населення. InterAction — найбільший альянс NGO з питань міжнародного розвитку та гуманітарної допомоги (місце базування — США); має понад 160 членів-організацій [10]. Найбільшою з них за фінансовими активами на сьогодні є Фонд Білла і Мелінди Гейтс з фондом 28,8 мільярда [9].

Військова підтримка для інших учасників

В останні роки збройні сили багатьох країн були задіяні у відповідь на гуманітарні кризи. Ці місії передбачають різні форми матеріально-технічного забезпечення і підтримки для захисту цивільних працівників; також вони організовують надання допомоги тим групам населення, які її потребують. Військову підтримку можна поділити на п'ять загальних видів допомоги, кожен з яких має за основне завдання гарантування безпеки [11]:

1. Пряма допомога: індивідуальний розподіл товарів і послуг (ці послуги часто охоплюють значний компонент безпеки).
2. Непряма допомога: такі види діяльності, як транспортування й охорона вантажів і персоналу для надання надзвичайної допомоги (принаймні за один крок від населення).
3. Підтримка інфраструктури: загальні послуги, зокрема ремонт доріг, управління повітряним простором або постачання електроенергії, що сприяє полегшенню у наданні допомоги; не обов'язково є видимими, але надаються винятково в інтересах постраждалого населення.
4. Місії мирного часу: допомога при масштабних стихійних лих (наприклад, цунамі в Індійському океані).
5. Навчання і вправи, що проводяться в регіоні, де немає ворожих намірів.

«Керівництво ООН щодо використання військових і засобів цивільної оборони в ліквідації наслідків стихійних лих» [1], уперше видане в 1994 році та переглянуте в грудні 2005 року, є основним документом, що зазначає зобов'язання і межі військової підтримки при наданні гуманітарної допомоги. Оскільки перший документ був розроблений на міжнародній конференції в Осло, в Норвегії, його зазвичай називають «Керівництво Осло». Відповідно до цих керівних принципів військові сили і активи цивільної оборони в гуманітарному просторі перебувають під контролем ООН.

Інші мирні операції або місії з підтримки передбачають цілу низку завдань, які виконуються збройними силами, що можуть не перебувати під

командуванням ООН. Це, зокрема, підтримання миру, примус до миру, зміцнення миру й інші операції, розгорнуті відповідно до мінімально необхідних параметрів застосування сили. У деяких випадках гуманітарна місія може виконуватись поряд із традиційними бойовими завданнями, включаючи охорону психічного здоров'я ув'язнених, як в Іраку й Афганістані.

ПРИНЦИПИ ТА ПРАКТИКА ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВОГО СПІВРОБІТНИЦТВА У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Співробітництво цивільних працівників із військовослужбовцями при наданні гуманітарної допомоги не є новою практикою. Останнім часом інтерес до цивільно-військового співробітництва зростає, про що свідчить успіх операції «Забезпечення комфорту» (Provide Comfort Operation) у 1991 році. Тоді NGO та військові, що працювали для досягнення спільної мети, здобули небачений успіх у наданні гуманітарної допомоги для курдів північного Іраку [12]. Відтоді багато військових навчальних закладів розробили навчальні програми, присвячені цивільно-військовим питанням. Цивільні і військові організації істотно відрізняються за своєю культурою. Але кожна група має знання, навички й активи, що в співпраці створюють вигідну взаємодію, якої вони не змогли б досягти окремо один від одного.

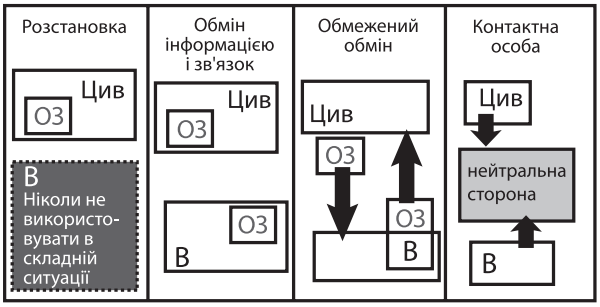
Однак координація цих навичок і активів може бути одним із найважливіших завдань. Беслер і Секі (Bessler і Seki) [13] створили корисний огляд загальних проблем у розвитку цивільно-військового співробітництва в гуманітарному просторі. Вони вказують на те, що, наприклад, цивільні працівники з надання гуманітарної допомоги можуть висловлювати занепокоєння з приводу мілітаризації допомоги, особливо щодо військових проектів, спрямованих на «завоювання сердець і умів» населення. Ці зусилля часто є ключовою частиною процесу реконструкції та мають велике прагматичне значення; також вони здатні створити враження, що гуманітарна допомога може бути використана як де-факто мультиплікатор сили або оператори поля місцевого уряду. Працівники, які надають гуманітарну допомогу, відзначають, що сприйняття військової приналежності може поставити під загрозу їхні принципи неупередженості й нейтралітету та мати негативний вплив на безпеку співробітників чи їхню здатність отримати доступ до постраждалого населення. З огляду на такі проблеми військові та цивільні працівники повинні мати чітке уявлення про потреби одне одного, щоб надавати прагматичну і принципову допомогу.

Потреби безпеки та обмін інформацією

МакХел (McHale) [11] пропонує корисні загальні настанови щодо вимог безпеки та інформаційних вимог до цивільних і військових осіб у гуманітарному просторі. Хоча конкретні потреби учасників гуманітарної допомоги дуже різняться, цивільні працівники зазвичай шукають військової підтримки для:

- безпеки в регіоні, щоб дозволити проводити гуманітарні операції, хоча, як правило, не до такого рівня, щоб забезпечити кожного з працівників окремою охороною;
- сил швидкого реагування, щоб допомогти персоналу в разі небезпеки, коли, можливо, потрібна окрема охорона й евакуація для кожного співробітника гуманітарної допомоги;
- доступу до аеродромів, портів і споруд, якщо вони не відкриті для гуманітарного використання;
- комунікаційних технологій;
- логістики перевезення матеріалів і, можливо, персоналу;
- невідкладної медичної підтримки та можливої евакуації хворого персоналу;
- невідкладного ремонту об'єктів інфраструктури.

МакХел рекомендує військовим операторам у гуманітарному просторі уникати засекреченої інформації, окрім випадків, коли це необхідно для безпеки операцій або персоналу. Військовослуж-



Малюнок 38.1. Цивільно-військова координація: чотири підходи до механізмів зв'язку. **Спільне розташування**: гуманітарні установи і військові підрозділи діють всередині того ж з'єднання. Розуміння того, що цивільні суб'єкти можуть бути пов'язані з військовими, здебільшого має негативні наслідки для безпеки гуманітарного персоналу цивільного агентства. З цієї причини спільне розташування (колокація) рідко використовується і ніколи не має бути задіяне в складних ситуаціях. **Обмін зв'язком**: офіцери зв'язку призначаються і працюють в офісах іншого підрозділу або агентства. **Обмежений обмін**: офіцери зв'язку мають офіс у своїх підрозділах або агентствах, але добираються до офісу іншого органу/установи для організації роботи. **Співрозмовник**: офіцери зв'язку мають офіс в своєму підрозділі або агентстві та здійснюють поїздки на нейтральну територію для ведення роботи, наприклад, взаємодіючи з ООН або місцевими урядовими офісами. Це часто найбезпечніший варіант для цивільного персоналу гуманітарного агентства, що працює в незахищеною середовищі.

бовець може поділитись із NGO такою інформацією:

- деталі про ситуацію щодо безпеки для інформування й оцінки ризиків проведення гуманітарної операції, зокрема й стосовно районів воєнних дій, що тривають, бандитизму або загальної нестабільності;
- стан повітряних і морських пунктів висадки і ліній зв'язку;
- контрольно-пропускні пункти і місця, де відбуваються військові дії; це значно знижує ймовірність випадкових травм персоналу гуманітарних організацій;
- розташування боєприпасів, мін, а також заходи із розмінування;
- рух населення, їхні умови та діяльність;
- види гуманітарної допомоги і проекти, заплановані військовими;
- стан опісля нанесення удару, включаючи місцеперебування вибухонебезпечних предметів та осіб, які потребують допомоги.

ДОДАТОК 38.1

ПРИНЦИПИ РОБОТИ, ЯКІ УСПІШНО ЗАСТОСОВУВАЛИ ЦЕНТРИ ПІД ЧАС ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВИХ ОПЕРАЦІЙ

- Пам'ятати, що координація залежить від особистості та сприйняття.
- Поважати інших учасників та їхню діяльність; ваша особистість і як вас сприймають, сильно впливає на те, чи відбудеться координація.
- Проводити зустрічі під головуванням або спільним головуванням цивільних учасників.
- Розуміти функції, обов'язки і обмеження інших учасників гуманітарних організацій.
- Розуміти, що неурядові організації (NGO) різняться за ступенем комфорту в роботі зі збройними силами; деякі NGO ніколи не відчуватимуть комфорт у роботі з військовими.
- За можливості працювати, створюючи сфери спільної відповідальності.
- Встановити атмосферу відкритого спілкування та обміну інформацією.
- Уникати засекречення інформації, окрім випадків, коли це необхідно.
- Своєчасно надавати інформацію або допомогу.
- Розуміти, що цивільним суб'єктам може бути важко зважитись поділитись інформацією з вами, особливо на відкритому форумі.
- Переконатись у тому, що засоби зв'язку (радіо, мобільні телефони, електронна пошта) сумісні.
- Надавати допомогу, коли це можливо; розуміти, що пропозиції можуть бути відхилені.
- Знати ринкові ціни на місцеві товари і послуги.
- Не спричинювати зростання цін, переплачуючи.
- Працювати з цивільними суб'єктами з метою досягнення консенсусу в операціях.
- Спільний процес може мати переваги завдяки третій стороні, через яку можна обмінюватись інформацією (наприклад, Управління США з координації гуманітарних питань).

Адаптовано з: McHale S. Міжнародне гуманітарне співтовариство: огляд і питання щодо цивільно-військової координації. Документ було представлено на Об'єднаній гуманітарній підготовці, реагуванні та наданні допомоги; 29 липня, 2006 рік; база морської піхоти Японії.

Цивільні гуманітарні організації часто сумніваються, чи варто ділитися інформацією з військовими, через узгодження з військовою розвідкою. Однак військовослужбовці вважають, що безпека

й ефективність покращуються, якщо NGO надають таку інформацію:

- розташування гуманітарного персоналу і проведення операцій, що знижує ймовірність випадкового визначення об'єктів областей, де відбуваються гуманітарні операції або перебувають гуманітарні працівники;
- місця для можливої евакуації гуманітарного персоналу в разі потреби;
- повний перелік гуманітарних проектів, щоб уникнути конкуренції та дублювання.

Практичні рекомендації

Оскільки надання психологічної допомоги є невід'ємною частиною ліквідації наслідків стихійних лих у цілому, працівники охорони здоров'я повинні знати механізми координації та як позиціонувати себе, щоб бути постійною та невід'ємною частиною операції. Найпоширенішим адміністративним механізмом координації є оперативний цивільно-військовий центр (CMOC — Civil-military operations center). Міністерство оборони США визначає CMOC так:

> «Спеціальна організація, що, як правило, створюється місцевим командувачем військ або командувачем об'єднаних сил для надання допомоги в координації дій із залученням збройних сил, а також інших урядових установ Сполучених Штатів, неурядових організацій, приватних добровільних організацій, а також регіональних і міжнародних організацій.
>
> Немає єдиної встановленої структури; її розмір і склад залежать від ситуації» [14].

Центр передового досвіду ліквідації наслідків стихійних лих і гуманітарної допомоги (Center for Excellence in Disaster Management and Humanitarian Assistance) погоджується, що структуру CMOC і механізм взаємодії необхідно визначати на індивідуальній основі в кожному конкретному випадку, спираючись на чотири основні підходи до взаємодії та розміщення (рис. 38.1) [11]. Цивільні та військові керівники виграють від прозорості та доступу до інформації, підзвітності та ретельного вивчення того, як місія сприймається та як наявні проблеми можуть вплинути на безпеку цивільного гуманітарного персоналу й отримувачів допомоги. Центр також пропонує ряд дієвих принципів, отриманих із досвіду успішних операцій CMOC (додаток 38.1) [11].

ОСОБЛИВОСТІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГОЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СКЛАДНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Розуміючи стратегію координації роботи інших учасників надання гуманітарної допомоги, працівники охорони психічного здоров'я розглядають важливі контекстуальні питання, які впливають на надання допомоги. Серед найбільш важливих питань — як психологічний стан середовища СНЕ відрізняється від надзвичайних ситуацій природного і техногенного походження. Хоча СНЕ має кілька визначень, Міжвідомчий постійний комітет ООН (UN Inter-Agency Standing Committee) характеризує цю ситуацію так:

> «Гуманітарна криза в країні, регіоні чи суспільстві, де існує повне або значне падіння влади в результаті внутрішнього або зовнішнього конфлікту, яке вимагає міжнародної відповіді, що виходить за рамки кола обов'язків чи можливостей однієї установи і/або поточної програми країн Організації Об'єднаних Націй» [15].

Багато нещодавніх СНЕ беруть початок у 1940-х і 1950-х роках, коли історично колоніальні держави стали звільнятись від зарубіжного керівництва. Ця тенденція значно посилилась наприкінці Холодної війни, коли світ пережив різке зростання боротьби за автономію серед нещодавно звільнених груп. Ця боротьба часто виникала за етнічними чи релігійними ознаками, що супроводжувались небезпечним поєднанням соціальних, політичних, економічних і культурних чинників, які живили внутрішні конфлікти. Гуманітарні катастрофи, які виникли з цих конфліктів, були подібними до громадянських війн і належали до СНЕ. Як правило, СНЕ характеризуються політично опосередкованою надлишко-

вою смертністю і захворюваністю; недієздатністю поліції та судової влади; масовим переміщенням населення всередині країни (внутрішньо переміщені особи) або через кордони (біженці); знищенням життєво важливої інфраструктури та поширеністю збитків для громадянського суспільства й економіки. Управління СНЕ з координації гуманітарних питань додає, що:

> «...респонденти, як правило, стикаються з необхідністю масштабної і різносторонньої гуманітарної допомоги, при цьому надання допомоги ускладнюється або має політичні чи військові обмеження, у тому числі значні ризики для безпеки гуманітарного персоналу, що надає допомогу» [16].

Часто СНЕ виникають через нестійку політичну інфраструктуру, не здатну протистояти катастрофічним стихійним або економічним катаклізмам. Роз'єднання колишньої Югославії та геноцид в Руанді в 1994 році ілюструють СНЕ на рівні держав. Конкретні напади на цивільних осіб для залякування, усунення та створення психологічного стресу часто є військовою метою в умовах складних надзвичайних ситуацій. Ґарфілд і Нойґут (Garfield і Neugut) відзначили, що Перша світова війна мала рівень смертності цивільних осіб приблизно 14 %; під час Другої світової війни рівень зріс до 67 %. У 1990-ті рівень жертв серед мирного населення сягнув 90 % [17].

Чинники, що впливають на психічний стан осіб, які пережили катастрофу

Працівники охорони психічного здоров'я мають розуміти способи, коли хаотичні аспекти СНЕ створюють психічні середовища, які суттєво відрізняються від тих, що зазвичай пов'язані з природними або техногенними катастрофами. Будь-який суб'єктивний досвід психічного лиха є продуктом складної взаємодії особистісних характеристик особи, що пережила катастрофу, і характеристик травмувальної події. Характеристики осіб, що вижили, можуть містити історію попередньої травми, індивідуальні властивості, фізичне здоров'я, наявність соціально-психологічної підтримки та матеріальні ресурси.

Дві основні характеристики травмувальної події — це сила впливу на особу і величина особистих втрат. Сила впливу визначає, наскільки сильно були травмовані особи: як «близько» це було і скільки разів вони були під впливом події, що травмує. Величина особистих втрат і вплив стосуються комплексності події: особа, що вижила, чула про подію, читала, побачила через ЗМІ чи була свідком? Чи відбулась ця подія із кимсь, кого особа знала? З коханою людиною? Чи пережила особа подію особисто? Скільки разів? У цілому, чим сильніший та більш безпосередній вплив на особу, тим вищий ризик значних психічних проблем зі здоров'ям. У складних надзвичайних ситуаціях, коли втрати були результатом навмисного, опосередкованого людиною насильства, емоційної близькості, широкого охоплення, травми можуть мати руйнівні наслідки для постраждалих і їхніх громад.

Глибокі психічні впливи

Глибина психічного впливу в осіб, що пережили катастрофу, і величина особистих втрат залежать від фізичних, емоційних і екологічних джерел психічної травми СНЕ, які є стійкими і взаємопов'язаними. Конкретними джерелами стресу можуть бути переслідування, пригноблення, випадіння зі свого соціального прошарку, арешт і затримання, позбавлення волі, тортури, спостереження звірств і розлука з близькими. В умовах надзвичайних ситуацій природного або техногенного походження персонал і активи з надання допомоги обмежені, здебільшого, матеріально-технічними ресурсами. Крім того, безпосередня причина загрози, як правило, обмежена в часі (наприклад, циклонний шторм, землетрус). Таким чином, особи, що вижили, можуть отримати допомогу і процес відновлення в досить короткий проміжок часу. СНЕ, однак, часто пов'язані з постійною загрозою збройної агресії, у тому числі ворожим опором як військовій, так і гуманітарній підтримці цивільними працівниками з надання допомоги.

Навіть після офіційного припинення військових дій загрози в умовах СНЕ можуть поширюватися на «постконфліктне» середовище для осіб, які

пережили катастрофу, та працівників, які надають допомогу. Унаслідок складної критичної ситуації особи, що вижили, можуть знати не тільки жертв, а й злочинців. Після геноциду в Руанді 1994 року гуманітарні працівники часто зустрічали тутсі, які вижили та повертались до своїх домівок і там зустрічали тих самих людей, що вбили членів їхніх родин [18]. Каральне насильство також може зберігатися ще тривалий час опісля того, як був оголошений офіційний «мир».

На додачу до наявних фізичних і психічних загроз їхній безпеці й автономії особи, які вижили в умовах СНЕ, часто зазнають значних матеріальних втрат, зокрема втрату будинку, особистих речей, важливих документів, економічних і матеріальних ресурсів, зайнятості, соціального становища чи влади. Ці проблеми посилюються втратою звичних соціальних, психологічних, духовних і культурних установ, які могли б надати підтримку.

Серед найскладніших психологічних проблем при СНЕ — це насилля за ознакою статі. Сексуальне насильство щодо жінок і дівчат, особливо в СНЕ з етнічними конфліктами, часто планується і систематизується як військова зброя, призначена для приниження, викликання страху і дестабілізації суспільства. Хоча одержати достовірні статистичні дані важко, великий обсяг інформації, отриманий від NGO, та міжнародні організаційні дослідження документують проблему. Стосовно тривалого конфлікту в Судані, наприклад, Проект Спостереження зазначає, що насильство за ознакою статі:

> «...пов'язане з конфліктом, зокрема сексуальне рабство жінок і дітей, зґвалтування військовослужбовцями, примус до проституції та шлюбу, як відомо, є поширеною проблемою в Судані. Немає жодних статистичних даних. Діти, особливо дівчатка з цих регіонів, є жертвами сексуальної експлуатації, сексуального рабства, примусового вступу в шлюб, зґвалтування та інших форм насильства після викрадення... ополченцями і опозиційними групами» [19].

Про аналогічне повідомляє Року (Roque):

> «У Боснії, наприклад, публічне зґвалтування жінок і дівчаток передувало втечі або вигнанню всього мусульманського населення з їхніх сіл, а стратегії етнічної чистки передбачали змушені запліднення. У Руанді екстремісти хуту заохочували масові зґвалтування і сексуальну наругу над жінками тутсі як вираження презирства, що іноді включало навмисну передачу ВІЛ» [20].

Окрім травми від самого насильства за ознакою статі, особи також можуть відчувати соціальне відторгнення від своєї групи. У багатьох традиційних колективістських суспільствах, сім'ях, племенах приналежність до групи багато в чому визначає почуття власної гідності і соціальної ролі. Примус жінок народжувати дітей своїх ворогів руйнує соціальну структуру організації спільноти. Ґурєвіч (Gourevitch) описав жінку тутсі, яка пережила різанину хуту в Руанді, та прокоментував її взаємини з відновленим урядом:

> «І вони б сказали: «Якщо вони вбивали всіх, а ви вижили, можливо, ви співпрацювали». Вони будуть говорити це жінці, яку ґвалтували 20 разів на день, день за днем, і яка зараз має від цього дитину» [18].

Ця обставина може розглядатися як міжнаціональне психічне приниження декількох поколінь. Успішне клінічне втручання у таку проблему потребує культурно обґрунтованого довгострокового зобов'язання, добре забезпеченого ресурсами. Під егідою програми ООН із реінтеграції колишніх дітей-комбатантів є можливість забезпечити евристичну модель для розвитку подібних програм.

Екологічні загрози

Екологічні загрози, як прямі, так і непрямі, негативно впливають на суб'єктивне відчуття безпеки і є основним джерелом психічного стресу для особи, що пережила катастрофу. Крім активного збройного конфлікту, прямі загрози можуть бути представлені втратою безпечного укриття або наявністю наземних мін та вибухонебезпечних боєприпасів. Непрямі загрози часто становлять знищену інфраструктуру або її занепад; у тому числі комунальні компанії та засоби громадської охорони здоров'я (пов'язані з транспортуванням), вироблення електроенергії, постачання води, ро-

бота каналізації, а також наявність основних медичних послуг. Для багатьох життєві обставини суворі і затісні. Вплив цих проблем часто змушує травмованих людей жити в безпосередній близькості від інших людей, які в однаково тяжкому становищі і з якими їм, можливо, доведеться конкурувати за обмежені ресурси. Наслідки цієї ситуації особливо шкідливі для вразливих верств населення. До груп високого ризику належать діти (особливо неповнолітні без супроводу дорослих), вагітні та жінки з грудними дітьми, літні люди й інваліди, особи з хронічними захворюваннями, душевнохворі, переміщені особи і біженці.

Під час складних надзвичайних ситуацій визначена «група високого ризику» може збільшуватись через тривалість надзвичайної ситуації. Загалом будь-кого фізично або психологічно уразливого можна розглядати як людину з високим ступенем ризику. Через політичний характер СНЕ групи високого ризику можуть бути визначені за соціальною, релігійною, освітньою чи політичною приналежністю. Наприклад, у багатьох довгострокових СНЕ, таких як громадянська війна в Мозамбіку (1975–1994), підлітки чоловічої статі стали уразливими до викрадення і призову на військову службу до нерегулярних збройних формувань або воєнізованих груп у зв'язку з виснаженням старих солдатів чи їхньою загибеллю в результаті бойових дій. Соціальні та медичні ризики часто відображаються у високій частоті зловживання наркотиками і алкоголем, насильства в родині і пов'язаними з ними патологіями. Ці аспекти психічного середовища СНЕ мають вагомі наслідки для працівників охорони психічного здоров'я, які приділяють увагу потребам як цивільних осіб, що постраждали від катастрофи, так і військовослужбовців, що працюють на полі бою. Майже немає сумнівів у тому, що тяжкість і стійкість травм, завданих людиною в складних надзвичайних ситуаціях, становлять набагато вищий ризик довгострокового психічного впливу, ніж травми від природних або техногенних катастроф [21].

Найпоширеніші психічні діагнози серед тих осіб, які вижили при СНЕ, — це тривожні неврози, особливо гострий і посттравматичний стресовий розлад, а також розлади настрою, зокрема депресії. Ці умови часто супроводжуються цілою низкою соматичних скарг, включаючи болі в тілі, порушення сну і збудження. Нехтування власним здоров'ям є звичайним явищем, як і розлади через вживання психоактивних речовин. Окрім діагностованих розладів, однак, єдиним головним джерелом психічного страждання, як правило, є проблема втрати і горя. Втрата і горе не нові для людського досвіду, але в умовах СНЕ явна величина втрат разом із відсутністю звичайних структур підтримки може становити особливі клінічні труднощі для лікарів. Успішне подолання горя є невід'ємною частиною процесу відновлення; непереможене горе здатне стати чинником, що обмежує можливість повернення до попереднього стану здоров'я як для окремих осіб, так і для суспільства в цілому.

Хоча реакція на страшне горе є унікальною для кожної людини, було висунуто низку описових моделей тяжкої втрати і жалоби, щоб означати загальні теми [22–26]. Для переважної більшості постраждалих початок процесу скорботи складається із втрати людей або речей, почуття глибокої печалі, самотності, страху, безпорадності, гніву, тривоги і відчаю. Центральним компонентом горя є необхідність провести процес жалоби, щоб досягти відповідного полегшення, подолання горя, реінтеграції та повернення до функціонування. У жалобі реальність болю свідомо визначається і відкрито виражається з деяким ступенем необхідності підтримки, психологічного полегшення і відновлення рівноваги. Натомість у разі неоплаканих втрат реальність болю заперечується чи придушується, і біль, як правило, перебуває в початковому стані. Осиротілі мають гостру необхідність своєчасної підтримки, щоб належним чином оплакати свої втрати. Не саме по собі горе, але горе, що не було випущено, пов'язано з розвитком більш серйозних психологічних проблем; вони можуть містити патологічні реакції на горе, депресії та посттравматичний стресовий розлад. Ці серйозні психологічні проблеми особливо виражені в умовах складних надзвичайних ситуацій, де масштаб руйнувань і соціального безладу створює ризик накопичення, адже в осіб, які вижили, немає можливості провести процес жалоби своєчасно і належним чином.

Незважаючи на інтенсивність почуттів, деякі з осіб у скорботі можуть спочатку не звертатись по допомогу через перевантаженість чи скутість

шоком від величини їхніх втрат. Інші можуть фактично відмовлятись від допомоги у спробах зберегти своє почуття незалежності, статусу або гідності. Оскільки соціальні звичаї, релігійні обряди і традиційні ритуали значно впливають на процес жалоби, психологічна підтримка повинна бути інтегрована в інші види діяльності з підтримки та відновлення і має надаватись місцевими працівниками охорони здоров'я й організаціями. Якщо це можливо, працівники охорони здоров'я мають намагатись встановити гарні взаємини з місцевими народними цілителями.

ПРИНЦИПИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ГУМАНІТАРНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Через культурні і матеріально-технічні проблеми застосування багатьох традиційних західних методів втручання в галузі охорони психічного здоров'я може бути обмеженим в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, які потребують багатонаціональних заходів, і особливо в умовах складних надзвичайних ситуацій.

Найбільш ефективні стратегії охорони психічного здоров'я — це шлях інтеграції соціальних, культурних, медичних та психологічних засобів, в ідеалі — на основі співпраці між відповідними організаціями. Практикуючі лікарі менше залучаються до безпосереднього надання медичної допомоги для осіб і невеликих груп, але більше концентруються на підтримуючих і стимулюючих заходах.

Департамент ВООЗ із охорони психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами пропонує деякі загальні принципи для служби охорони психічного здоров'я, які продемонстрували свою корисність в умовах ліквідації наслідків багатьох надзвичайних ситуацій у різних країнах і різних культурах [27].

Якщо тому сприяють обставини, підготовка до ліквідації наслідків катастрофи має містити план, який визначає конкретні завдання, відповідальний персонал, а також докладні стратегії зв'язку та координації для ключових дійових осіб і установ.

Якщо ключовими дійовими особами є міжнародні організації, керівництво повинне пам'ятати, що по можливості персонал (включаючи менеджерів) необхідно наймати з місцевого населення. Ця практика збільшує культурну компетентність медичної допомоги і створює базу для розвитку довгострокових, самодостатніх програм.

Гостра фаза складної надзвичайної ситуації

У гострій фазі складної надзвичайної ситуації загальний коефіцієнт смертності підвищується після втрати джерел задоволення основних потреб населення, включаючи безпеку, харчування, водопостачання і санітарію, а також доступ до основних громадських служб охорони здоров'я. Працівники охорони психічного здоров'я в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій відзначають, що відновлення цих базових послуг має велике значення для надання допомоги особам, які вижили, адже це повертає почуття автономії і ефективного функціонування їхнього середовища. Процес посилюється поширенням інформації про допомогу, у тому числі про розташування організацій з надання допомоги, і, коли це можливо, відомостей про місцезнаходження родичів. Для постраждалих з психічними розладами, викликаними стихією чи іншими чинниками, найкраща психологічна допомога забезпечується за рахунок загальних служб охорони здоров'я або через ресурси первинної медичної допомоги. Крім того, працівники охорони здоров'я повинні забезпечити доступність основних лікарських засобів для невідкладної допомоги особам з гострими психічними станами.

Під час складних надзвичайних ситуацій, коли гостра фаза може бути затяжною, багато постраждалих відповідають принципам надання «першої психологічної допомоги» [28]. Кваліфіковані лікарі можуть застосовувати методи першої психологічної допомоги, щоб забезпечити навчання на робочому місці та нагляд за навичками з надання першої психологічної допомоги іншими медичними працівниками, працівниками соціальних

служб та громадськими діячами. Це навчання розширює можливості наявних медичних працівників, а також сприяє інтеграції охорони психічного здоров'я до системи первинної медичної допомоги на більш тривалий термін. Також корисним є створення підтримки на рівні громад і груп самодопомоги для забезпечення емоційної підтримки і підсилення стратегії виживання, особливо щодо управління горем. Інші корисні зусилля, коли вони можливі, передбачають заохочення відновлення звичних релігійних і культурних заходів, особливо із залученням дітей-сиріт та осіб, які втратили партнерів і свої родини.

Один із найпрактичніших психологічних пріоритетів у галузі охорони здоров'я — відкриття шкіл. Школи нормалізують життя для дітей і надають їм можливість взаємодіяти з іншими людьми в знайомому середовищі. Діти в школі також мають менше шансів на кримінальні або інші зв'язки з високим рівнем ризику і з меншою ймовірністю стають жертвами експлуатації — трагічного поширеного явища після масштабних катастроф. Коли діти перебувають у безпечному середовищі, інші члени родини звільняються від багатьох проблем. Школи є доступними платформами для поширення інформації про охорону психічного здоров'я й соціальної інформації в даному середовищі, яке поєднує багато культур та зберігає почуття гідності. Коротка і зрозуміла емпатична інформація має бути зосереджена на створенні нормальних реакцій, надавати практичні поради, а також конкретні дані про наявність і місцеперебування пунктів охорони психічного здоров'я та ресурсів соціального обслуговування. Ці методи самоствердження забезпечують негайну практичну допомогу, оскільки вони встановлюють шаблони для самостійних, локально керованих програм, які в підсумку можуть служити середнім і довгостроковим потребам спільноти.

Фаза консолідації

У фазі консолідації постраждалі часто стикаються з тривалим періодом адаптації до втрат, які виникли під час катастрофи. Особливо у відповідь на масштабні події значні втрати часто пророкують зростання серйозних проблем із психічним здоров'ям, у тому числі посттравматичних стресових розладів, депресій і суїцидальних думок. Для задоволення довгострокових потреб постраждалих служби охорони психічного здоров'я повинні бути організовані, стійкі та інтегровані в місцеве суспільство.

Національний центр посттравматичного стресового розладу [29] Департаменту США у справах ветеранів вважає, що після катастроф довгострокові завдання для працівників охорони психічного здоров'я повинні передбачати освітню діяльність, спостереження і нагляд, а також, де це необхідно, направлення на лікування.

Навчальні заходи містять програми з покращення самодопомоги і психологічних методів, а також надання інформації про соціальні, фінансові, юридичні та медичні послуги. Ці заходи допомагають постраждалим нормалізувати реакції на травму і розвивати здорові механізми боротьби з травмами. Спостереження і нагляд спрямовані на виявлення тих людей, які перебувають в групі підвищеного ризику негативних психологічних наслідків. Постраждалі з попередньою історією психічного захворювання, психологічної травми або розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, — особливо уразливі, оскільки належать до попередньо відчужених і знедолених груп. Постраждалі, як правило, проходять невелике опитування з працівником охорони психічного здоров'я і заповнюють анкетний бланк з оцінки ризику. Коли це доречно, процес опитування може покладатися на неофіційні джерела, у тому числі на співробітників гуманітарних організацій, друзів або членів родини. На підставі оцінок результатів опитування постраждалих можуть направити на консультування щодо конкретних проблем, таких як зловживання алкоголем чи тяжка втрата, або ж на більш ґрунтовне з медичної точки зору психіатричне обстеження.

Основним завданням охорони психічного здоров'я у фазі консолідації є створення або активізація стійких програм економічної підтримки для реагування на довгострокові наслідки впливу катастрофи. Здатність приносити дохід є важливою сполучною ланкою для емоційного одужання постраждалих, чиї засоби існування до катастрофи залежали від прожиткового мінімуму. У катастрофах, що включають багатонаціональну допомо-

гу, успіх цих проектів вимагає високого ступеня співпраці між державними та приватними програмами як з боку країни, що приймає, так і з боку країни-благодійника. Через уразливість, яка незмінно супроводжує гуманітарну допомогу, уряд країни, що приймає, повинен мати можливість здійснювати максимальний адміністративний вплив на повернення спільноти до попереднього (докатастрофного) функціонування. Ендрю Натціос (Andrew Natsios), колишній голова Агентства США з міжнародного розвитку, описує концепцію з нарощування потенціалу місцевого самоуправління та стійкості як «залізну тріаду» всіх успішних проектів із реконструкції і розвитку; це спостереження узагальнює важливість охорони психічного здоров'я [30].

ВИСНОВКИ

Усталені принципи і розвиток досліджень у галузі реконструкції та розвитку надають інформацію цивільній і військовій спільнотам, зокрема працівникам охорони психічного здоров'я, щодо гуманітарної допомоги. Для працівників охорони психічного здоров'я вирішальне значення має знання ключових учасників у гуманітарному просторі та їхніх відповідних функцій, типових завдань і ставлення одне до одного. Зокрема, це знання вимагає розуміння культури країни, що приймає, проблем і можливостей цивільно-військового співробітництва, а також найкращих механізмів обміну ресурсами і досвідом серед груп, які надають допомогу. Ці знання дозволяють лікарям посилити вплив засобів охорони психічного здоров'я шляхом підтримки громадських психосоціальних і освітніх програм, розвитку інформаційних мереж, а також співпраці із традиційними цілителями та іншими місцевими активами. Найефективніші працівники охорони психічного здоров'я розуміють, яким чином психологічні місцеві впливи в умовах складних надзвичайних ситуацій відрізняються від впливу природних і техногенних катастроф і як ці відмінності впливають на потенційні психологічні травми та інші порушення здоров'я, особливо в реакції на горе.

Найбільший імпульс і фінансування психологічних медичних послуг, як правило, відбувається під час фази реагування на надзвичайну ситуацію. Проте досвід показує, що потреба в психологічних медичних послугах зростає протягом більш тривалого часу і що найбільш актуальні потреби часто випливають після гострого періоду. Найкраща стратегія відповіді на цю проблему полягає в гарантуванні того, що місцеве керівництво знає всі обставини і що працівники охорони психічного здоров'я докладають максимум зусиль для створення культурно компетентних, глибоко керованих програм. Працівники охорони психічного здоров'я мають розпочати навчання і нагляд за місцевим персоналом від самого початку операції, щоб забезпечити довгострокову підтримку психічного здоров'я.

Досягнення успіху служби охорони психічного здоров'я в гуманітарному просторі вимагає високого рівня клінічного досвіду в середовищі, що загрожує виникненням значних проблем. Для вирішення цих завдань працівники охорони психічного здоров'я повинні розвивати навички в різних сферах, від культурної антропології до дипломатії, логістики, економіки та організаційних аспектів поведінки. Успішне застосування цих навичок буде сприяти розвитку своєчасної, ефективної і самодостатньої допомоги з охорони психічного здоров'я для тих, хто її потребує.

ЛІТЕРАТУРА

1. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. *Guidelines on Military and Civil Defence Assets in Disaster Relief—"Oslo Guidelines".* Rev 1. Geneva, Switzerland: UN; 2006.

2. March A. The Australian government's response to the Indian Ocean Tsunami. *Liaison*. 2006;3:50–54.

3. Perez JT, Coady J, De Jesus EL, McGuinness KM, Bondan S. Operation Unified Assistance: population-based programs of the US Public Health Service and international team. *Mil Med.* 2006;171:53–58.

4. International Committee of the Red Cross. *Proclamation of the Fundamental Principles of the Red Cross and Red Crescent*. ICRC Web site. Available at: http://www.icrc.org/web/eng/ siteeng0.nsf/html/p0513. Accessed December 15, 2009.

5. United Nations Inter-Agency Standing Committee Working Group. *Civil-Military Relationship in Complex Emergencies*. Geneva, Switzerland: UN; 2004. Available at: http://ochaonline.un.org/mcdu/guidelines. Accessed December 15, 2009.

6. United Nations. Convention relating to the Status of Refugees; July 28, 1951. UN Office of the High Commissioner for Human Rights Web site. Available at: http://www2.ohchr.org/ english/law/refugees.htm. December 15, 2009.

7. Ditzler T, Hubner M, Batzer W. Caring for former child combatants: evidence-based practices for reintegration. *Aust J Hum Security*. 2005;1:15–12

8. The World Bank. *Involving NGOs in Bank-Supported Activities*. Washington, DC: World Bank, USA; 1989. Operational Directive 14.70.

9. Hall-Jones P. The rise and rise of NGOs. Global Policy Forum Web site. May 2006. Available at: http://www.globalpolicy.org/component/content/article/176-general/31937.html. Accessed December 15, 2009.630

10. InterAction: American Council on Voluntary International Action Web site. Available at: http://us.oneworld.net/member/interaction-american-council-voluntary-international- action. December 15, 2009.

11. McHale S. The International humanitarian community: overview and issues in civil-military coordination. Paper presented at: Combined Humanitarian Assistance Response Training; June 29, 2006. Marine Corps Bases Japan.

12. Successful aspects of the NGO-military interface. In: Davidson L, Daly-Hayes M, Landon J. *Humanitarian and Peace Operations: NGOs and the Military in the Interagency Process*. Washington, DC: National Defense University; 1996. Chapter 3. Available at: http://www.dodccrp.org/files/Davidson_Humanitarian.pdf. Accessed December 15, 2009.

13. Bessler M, Seki K. Civil-military relations in armed conflicts: a humanitarian perspective. *Liaison.* 2006;3:4–10.

14. US military glossary. About.com: US military Web site. Available at: http://usmilitary.about. com/od/theorderly-room/l/blglossasry.htm. Accessed December 15, 2009.

15. United Nations Inter-Agency Standing Committee Web site. Available at: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/default.asp. Accessed December 15, 2009.

16. US Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. *OCHA Orientation Handbook of Complex Emergencies*. New York,NY: UN; 1999. Available at: http://www.reliefweb.int/library/documents/ocha__orientation__handbook_on__.htm.Accessed December 15, 2009.

17. Garfield RM, Neugut AI. The human consequences of war. In: Levy BS, Sidel VW. *War and Public Health*. New York, NY: Oxford University Press; 2000: 27–38.

18. Gourevitch P. *We Wish to Inform You That Tomorrow We Will Be Killed With Our Families*. New York, NY: Picador USA; 1998: 304–308.

19. Watchlist Project. *Watch List on Children and Armed Conflict.* New York, NY: Women's Commission for Refugee Women and Children; 2003. Available at: http://www.womenscommis sion.org/pdf/wl_sd.pdf. Accessed December 15,2009.

20. Roque H. Addressing gender-based violence: if not now, when? *The United Nations Chronicle* [serial online]. 2002;39(3). Available at: http://www.un.org/Pubs/chronicle /2002/issue3/0302p77_gender_based_violence.html. Accessed December 15, 2009.

21. Ditzler TF. *Psychic Trauma in Complex Emergencies: Sources and Interventions. Health Emergencies in Large Populations 2005: A Training Course for the Management of Health Intervention in Armed Conflict [*CD-ROM]. Honolulu, Hawaii: DoDCenter for Excellence in Disaster Management and Humanitarian Assistance and International Committee of the RedCross; 2005.

22. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry.* 1994;151(6 suppl):155–160.

23. Engel GL. Grief and grieving. *Am J Nurs*. 1964;64:93–98.

24. Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. New York, NY: Macmillan; 1969.

25. Bowlby J. *Attachment and Loss.* Vols 1–3. New York, NY: Basic Books; 1979.

26. Westphal R. Dynamic grief model. Paper presented at: Shea-Arentzen Nursing Symposium; "Navigating New Frontiers of Nursing Practice: The Challenges of Health Care Reform", La Jolla, Calif. March 20–24, 1995; La Jolla, Calif.

27. World Health Organization, Department of Behavioral Health and Substance Dependence. *Behavioral Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva, Switzerland: WHO; 2003. Available at: www.who.int/whr/en. Accessed December 15,2009.

28. National Child Traumatic Stress Network, Department of Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. 2nd ed. Washington, DC: DVA; 2006. Available at: http://www.ncptsd.va.gov/. Accessed December 15, 2009. 631

29. Department of Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Secondary behavioral health treatment following disasters. National Center for PTSD fact sheet. Available at: http://www.ncptsd.va.gov/. Accessed December 15, 2009.

30. Natsios AS. The nine principles of reconstruction and development. *Parameters*. 2005;Autumn:4–20.

Розділ 39

ПРОГРАМИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ДИПЛОМАТИЧНІ ПІДХОДИ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я США

Джон Т. Перес[I] · Джефрі Коаді[II] ·
Кевін МакГіннес[III] · Мерріт Шрайбер[IV]

ВСТУП

ЦУНАМІ В ІНДІЙСЬКОМУ ОКЕАНІ ТА ЛІКВІДАЦІЯ НАСЛІДКІВ СТИХІЙНОГО ЛИХА

МОДЕЛЬ MERCY: «ПОЛІТИКА ВІДКРИТИХ ДОЛОНЬ»

СЛУЖБА СУСПІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я США ТА МІСІЯ MERCY: «ВІДПРАВЛЯЙТЕСЯ НА ЗАХІД І ТВОРІТЬ ДОБРО»

Первинні оцінювання і співпраця

Розроблення програми та її впровадження

Останні приготування й остання перешкода

ВИСНОВКИ

ДОДАТОК 1. НАДАННЯ ДОПОМОГИ В РАЗІ ЗЕМЛЕТРУСУ

ДОДАТОК 2. МОДЕЛЬ MERCY

[I] Доктор філософії, капітан, Науковий корпус, Служба суспільної охорони здоров'я США; керівник групи, Служба суспільної охорони психічного здоров'я, Команда II, Департамент охорони здоров'я і соціальних служб, 801 Thompson Avenue, Suite 300, Rockville, Maryland 20852.

[II] Доктор психології, ко́мандер, Науковий корпус, заступник керівника групи, Служба суспільної охорони здоров'я, надзвичайних ситуацій і психічного здоров'я; Команда II, Департамент охорони здоров'я і соціальних служб, 233 North Michigan Avenue, Suite 600, Chicago, Illinois 60601

[III] Доктор філософії, капітан, Науковий корпус, Служба суспільної охорони здоров'я США; директор і медичний психолог, HRSA/БКРС Корпусу національної служби охорони здоров'я, Програма готовності до стихійних лих Департаменту охорони здоров'я і соціальних служб, c/o La Clinica de Familia, 510 East Lisa Drive, Chaparral, New Mexico 88081; у минулому — старший клінічний науковий співробітник охорони здоров'я і соціальних служб Міністерства юстиції США, Бюро в'язниць, Федеральна виправна установа La Tuna, New Mexico.

[IV] Доктор філософії, капітан, Науковий корпус, Служба суспільної охорони здоров'я США (корпус резерву другої черги); старший керівник програми, Центр охорони здоров'я і надзвичайних ситуацій, University of California at Los Angeles Center for the Health Sciences, 1145 Gayley Avenue, Suite 304, Los Angeles, California 90024; керівник проведення операцій Команди II з охорони психічного здоров'я госпітального судна.

Ідіть до людей.
Живіть із ними.
Учіться у них. Турбуйтесь про них.

Почніть із того, що вони знають.
Будуйте з того, що вони мають.
Коли робота буде завершена
І завдання виконані,
Дійсно гарному лідеру
Люди скажуть:
«Ми зробили це самостійно».

Лао-Цзи
(700 років до н. е.) [1]

ВСТУП

Офіцерський корпус (Commissioned Corps) Служби суспільної охорони здоров'я США (USPHS — US Public Health Service) налічує близько 6000 членів [2]. Висококваліфіковані та мобільні медичні фахівці Корпусу реалізовують програми, які сприяють здоров'ю нації та в разі потреби надають медичні та консультаційні послуги під час війни або інших національних чи міжнародних надзвичайних ситуацій.

Під час рятувальної операції після цунамі в Індійському океані 26 грудня 2004 року Корпус продемонстрував відмінні лідерські підходи і методи, які довели свою корисність для невідкладних операцій з участю міжнародних організацій. Кілька з ключових керівних рекомендацій і підходів зараз відомі як «Модель Mercy» і є важливим керівництвом для дипломатичних зусиль USPHS у сфері охорони здоров'я в усьому світі [3].

ЦУНАМІ В ІНДІЙСЬКОМУ ОКЕАНІ ТА ЛІКВІДАЦІЯ НАСЛІДКІВ СТИХІЙНОГО ЛИХА

Цунамі в Індійському океані, також відоме як «Цунамі Суматри», було результатом сильного землетрусу з магнітудою 9,0 балів за шкалою Ріхтера, що стався унаслідок субдукції Індійської та Бірманської тектонічних плит [4]. Хвилі сягали близько 20 метрів. Загинуло близько 230 000 людей, з яких 168 000 — в Індонезії. (Коли землетруси відбуваються на континентах над рівнем моря, їх первинні ефекти відчуваються негайно і запобіжні заходи можуть бути вжиті при очікуванні подальших поштовхів і масштабного руйнування. У додатку 1 до цього розділу наводиться опис ліквідації наслідків наземних землетрусів).

Операція «Комплексна допомога» (OUA — Operation Unified Assistance) була безпрецедентним заходом для підтримки жертв масового стихійного лиха. Госпітальне судно США Mercy відплило з Сан-Дієго 5 січня 2005 року, менш ніж через 3 дні після наказу про надання допомоги, і прибуло в Банда-Ачех (Індонезія) 6 лютого 2005 року. Відтоді і до відплиття 29 квітня 2005 року судно і екіпаж надали медичну допомогу понад 17 500 пацієнтів у регіоні. Було сполучено неперевірені можливості (госпітальне судно Mercy як платформа гуманітарної служби) і неперевірене поєднання силових структур і цивільного персоналу для досягнення всеосяжної гуманітарної місії, яка не була чітко визначена аж до початку її виконання.

Команди OUA були відправлені в зону надзвичайного гуманітарного лиха, де відбувався активний військовий конфлікт, була фактично знищена система охорони здоров'я та діяли некоординовані програми урядових і неурядових організацій (NGO) з дуже різними підходами і можливостями. Перевезення з судна на берег на підйомнику, охоронці, невідомий проміжок часу перебування на станції, обмежене розуміння та дотримання програм для населення ключовим керівним персоналом, а також небажання прийняти допомогу США — все це обмежило попередні дії та майже повністю зупинило роботу програми. На суші команду Mercy зустріли з підозрою, багато людей ставили під сумнів щирість програми США з надання допомоги постраждалим від цунамі в ціло-

му та в наміри команди зокрема. Саме в такому середовищі у результаті спільної роботи та програми загалом було досягнуто успіху; керівництво команди Mercy змогло побудувати правильні підходи для кінцевого успіху.

Хоча він і не є особливо унікальним або новаторським з багатьма індивідуальними особливостями, загальний підхід втручання, розроблений і впроваджений командою психічної охорони здоров'я USPHS, мав значний прогрес для програм психологічної охорони здоров'я при багатонаціональних зусиллях з надання допомоги. Населення і установи провінції Ачех прийняли цей підхід, а також міжнародну спільноту, що допомагала та підтримувала їх. Це істотно змінило уявлення про здатність Сполучених Штатів працювати в комплексних міжнародних програмах з надання допомоги та ліквідації наслідків стихійних лих.

На базовому рівні модель Mercy є провідним підходом у сфері охорони здоров'я, а не програмою чи продуктом. Цей підхід складається з конкретних рекомендованих знань, позицій і співробітництва, які спрямовують зусилля на створення команд і програм. Персонал, який надає допомогу, стикається з середовищами, що відрізняються за своїм характером, небезпекою і складністю. Основні підходи Mercy зарекомендували себе як такі, що здатні допомогти керівництву максимізувати зусилля з доступними ресурсами, а також мобілізувати системи набагато більші, ніж просто координація груп, та створити масштабні програми з покращення стану населення.

Рекомендації добре адаптуються до міжнародних і внутрішніх систем. У формі надання допомоги жертвам цунамі модель Mercy складалась із 21 загальної рекомендації, які сприяли взаємодії між різними організаціями і зацікавленими сторонами (детально — в додатку 2 до цього розділу). Нещодавно практично той же набір рекомендацій застосовувався зі значним успіхом у рятувальній операції під час ураганів Катріна/Ріта (2005 рік), де їх представили в Департаменті освіти в Луїзіані, що зрештою безпосередньо сприяло успішному розробленню соціально-психологічної програми відновлення для понад 200 000 переміщених дітей шкільного віку [5].

Рекомендації моделі Mercy найбільш ефективно застосовувались для полегшення здійснення заходів із поліпшення психічного здоров'я населення. Вони також були адаптовані для використання через масив дисциплін від біомедичної інженерії до надання первинної медичної допомоги.

З огляду на масштаби небезпек, які США має як країна, де у дуже великої кількості населення можуть спостерігатись психічні наслідки в результаті впливу стихійних лих [6], модель Mercy тут вкрай необхідна.

МОДЕЛЬ MERCY: «ПОЛІТИКА ВІДКРИТИХ ДОЛОНЬ»

Модель Mercy призначена для здійснення масштабних, координованих змін у зруйнованих або фрагментованих унаслідок великих катастроф системах шляхом забезпечення спільного керівництва з метою відновлення робочого стану системи. Модель має назву «Політика відкритих долонь» на знак поваги до Лао-Цзи, чия цитата починає цей розділ.

У ній докладно викладені способи і методи роботи в середовищі рятувальної операції, де американські агентства не мають ні повного контролю, ні ресурсів, щоб впливати на односторонні дії або повне виконання місії.

Замість цього стратегія в таких випадках збільшує вплив операції завдяки ефективному освоєнню співпраці з іншими установами, силами, NGO, міжнародними організаціями і навіть країнами.

Це досягається таким шляхом:

- проведення першочергових заходів у сфері охорони здоров'я і втручань на системному рівні;
- забезпечення істотної підтримки керівництва системи охорони здоров'я, пошкодженої в умовах хаосу і важкого часу;
- пошук і заохочення спільних підходів, а не односторонніх дій;
- оцінка потреб системи, швидке визначення найкращого розміщення обмежених ресурсів для максимізації системного впливу;

- партнерські відносини з найбільш перспективними і винахідливими агентствами;
- забезпечення установ-партнерів інструментами з нарощування потенціалу;
- робота з установами-партнерами з концепціями програми шляхом її реалізації;
- виконання всього зазначеного вище в терміни, виміряні днями, а не тижнями або місяцями.

В Індонезії ця модель була використана для сприяння координації у наданні допомоги установам і уряду Індонезії з подолання наслідків стихійного лиха, відновлення інфраструктури і підтримки програми допомоги дітям. Завдяки цій роботі було створено широкий спектр допомоги жертвам цунамі, що в підсумку становило 200 000 дітей шкільного віку по всій провінції Ачех. Не менш важливо те, що цей підхід навчив місцеві агентства методів, які дозволяють самостійно розробляти і надавати власні програми без будь-якої підтримки ззовні.

У межах операції з ліквідації наслідків стихійного лиха після урагану Катріна модель Mercy використовувалась, щоб допомогти Департаменту освіти Луїзіани відновити свою робочу точку опори і створити по всьому штату систему психологічних заходів для студентів, що постраждали від урагану. В Індонезії цей процес, від початкового задуму до реалізації, було завершено всього за 9 днів. У Луїзіані це зайняло 12 днів. Усього безпосередньо до операцій щодо роботи з населенням в Індонезії було залучено сім офіцерів; чотирьох офіцерів було призначено до Департаменту освіти в Луїзіані. Цей підрозділ більш конкретно описує індонезійську місію, але читач має розуміти, що ця операція складається з безлічі місій з аналогічними проблемами керівництва й управління.

Підхід місії Mercy далекий від політики «закритого кулака» — «або по-моєму, або ніяк»; це керівництво «відкритої долоні», створене, аби допомогти витягнути людей і систему з безладу та підготувати на випадок інших катастрофічних руйнувань. Місія Mercy використовує керівні підходи, описані в моделі Роберта Стемберга (Robert Sternberg) WICS («wisdom, intelligence, and creativity, synthesized» — «мудрість, розум і творчість у поєднанні») [7], що створена для досягнення спільного партнерства з метою загального блага. Наступні ситуації з надання допомоги при ліквідації стихійних лих будуть мати багато подібних проблем з управлінням, що були присутні при OUA, а також інші, що не представлені тут. Таким чином, розуміння переходу від хаосу до прозорості, від недовіри до співпраці мають вирішальне значення для розуміння кінцевого успіху місії. Зокрема, було ухвалено рішення та підходи щодо декількох ключових питань, що в разі іншого виконання призвели б до провалу місії. Для подальшого планування важливо в повній мірі оцінити, наскільки крихкими були ситуації і як легко місії могли провалитись. Саме віра команди в те, що підхід успішного управління втілений у моделі «відкритих долонь» Mercy, сприяла цим переходам і мала вирішальне значення для остаточних успіхів міжнародних місій.

Ще один важливий аспект підходу управління передбачає участь команди OUA на борту госпітального судна Mercy і роботу по всьому світу задля підтримки нової програми за межами їхнього традиційного робочого спектра. Міжнародні організації з надання допомоги, багато з яких ніколи не працювали або з підозрою ставилися до працівників США в уніформі, також набули великого значення, оскільки ці організації надавали багато ресурсів, що мали вирішальне значення для успішної реалізації програми. Крім того, науково-дослідні інститути і програми з усього світу надавали великі обсяги інформації, часто в режимі реального часу, за допомогою електронної пошти та інших цифрових технологій на підтримку навчальних зусиль команди, незважаючи на значні відмінності часових поясів [8].

У цій операції Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб з надання допомоги команда Центру з профілактики і контролю захворюваності й Центру управління діями в надзвичайних обставинах полегшила використання інноваційної, швидкої платформи сортування психіатричних хворих — PsySTART («psychological simple triage and rapid treatment» — «просте психологічне сортування та швидке лікування»). Це дало змогу використовувати швидку платформу для

сортування хворих в ураженому районі. Подібна робота почала емпіричну валідацію цього безсимптомного підходу, щоби швидко визначити рівень ризику при масових нещасних випадках. Коли результати сортування PsySTART об'єднують для формування оцінки чисельності населення, вони можуть використовуватись як загальна метрика підходів для моделі Mercy з використанням показників, заснованих на фактичних даних ризику [9, 10]. Модель Mercy і система швидкого психічного сортування PsySTART тепер є ключовими елементами навчальної ініціативи для нових активів — команди ліквідації надзвичайних ситуацій USPHS, — створеними після урагану Катріна.

Підхід моделі Mercy починався без усіх цих елементів на місці. Як оцінювалися люди і процеси, визначалися і скеровувались зусилля — це справжня історія успіху дій команди Mercy та команди USPHS; ці зусилля продовжують розвиватися.

СЛУЖБА СУСПІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я США ТА МІСІЯ MERCY: «ВІДПРАВЛЯЙТЕСЯ НА ЗАХІД І ТВОРІТЬ ДОБРО»

Наказ про загальне завдання полягав у тому, щоб «відправлятися на захід і творити добре». Це означало, що фактично операції будуть розроблені на підставі виявленого тоді, коли госпітальне судно Mercy прибуде на станцію. Визначення місії значно залежало від ресурсів, що були наявні на місці, пріоритетних потреб місцевого індонезійського народу, а також ресурсів, які команда госпітального судна Mercy змогла привезти на місце операції з надання допомоги. Не було жодних завдань місії, адже можна було лише передбачити та здогадуватись про можливі потреби; до прибуття в район операцій не було наявної точної інформації.

Команда госпітального судна отримала наказ місії розробити власні завдання в непередбачуваних обставинах та інтегрувати їх з більшою місією Військово-морських сил, яка розвивалась та змінювалась іноді щохвилинно. Щоб відповідати вимогам місії, команда госпітального судна підготувала кілька оперативних можливостей.

Планування на випадок надзвичайних обставин містило прямі клінічні послуги для персоналу судна і тих пацієнтів, які будуть прийматися на станції; місії з екологічного стану довкілля; місії стосовно біомедичної техніки та стосовно психічного стану населення. Перші три оперативні можливості були одразу очевидні та чітко зрозумілі. Остання ж — ні. Деякі працівники команди госпітального судна хотіли надавати допомогу «за межами судна», тобто зійти на берег та рухатись за межі надання прямої допомоги, щоб включити більш масштабну місію щодо суспільного здоров'я населення [11].

Надаючи пряму медичну допомогу, команда госпітального судна також приносила унікальний досвід для місцевих органів щодо створення програм надання допомоги в разі надзвичайних ситуацій, методів спільної роботи з широким колом операцій з надання допомоги, а також можливості легко інтегрувати операційні системи і структури надання допомоги вже на місці. Однак дехто з представників керівництва вважав ці методи надто незвіданими, а дехто — марними. Надзвичайно важлива підтримка цих можливостей надійшла від контр-адмірала Вільяма Вандерваґена (William C Vanderwagen), начальника команди госпітального судна та представника міністра охорони здоров'я і соціального забезпечення на станції, та капітана Левеліна (DM Llewellyn), начальника лікувального закладу. Від початку вони говорили про підтримку підходів [12] до населення на підставі рекомендацій команди охорони психічного здоров'я госпітального судна. Довіряючи досвіду та порадам команди, вони дозволили місії йти вперед, попри те що такі методи були поза межами нормального робочого спектра лікувального закладу та базувались на попередньо не перевірених впровадженнях. Контр-адмірал Вільям Вандерваґен, зокрема, надавав вирішального значення цьому підходу для будь-якої масштабної операції з надання допомоги, спрямовував команду розвивати його і виступав за нього всупереч думці керівництва з Вашингтона на користь лікувального закладу.

Первинні оцінювання і співпраця

Персонал госпітального судна Mercy прибув до Банда-Ачеха першим гелікоптером і розпочав оцінювання та діяльність зі співпраці. Оперативна оцінка і початкові зусилля зі співробітництва в сфері надання послуг для населення тривали 5 днів. Протягом цього часу індивідуальні зустрічі були заплановані з понад десятком NGO й урядовими агентствами, що займаються психосоціальною діяльністю; відбулося відвідування місцевих шкіл з метою визначити потреби шляхом отримання інформації безпосередньо від вчителів та директорів. Також члени команди Mercy брали участь у різних зустрічах з представниками понад 50 громадських організацій і установ, які забезпечували надання психологічних медичних послуг в провінції.

Дуже швидке оцінювання виявило:

1. Потреби були значно більшими, ніж хто-небудь із команди бачив раніше.
2. Загалом понад 200 агентств/сил/NGO працювали в цій сфері з різними можливостями, обмеженими лише координацією, і з дуже різними підходами до надання допомоги.
3. Команда госпітального судна перебувала безпосередньо в зоні операції протягом невідомого й, імовірно, дуже короткого проміжку часу, можливо лише кількох днів.
4. Із 17 офіцерів госпітального судна для операцій на березі лише семеро могли надавати допомогу у сфері психічного здоров'я; решта персоналу була потрібна для інших місій із надання медичної допомоги на кораблі.

Медичні працівники охорони психічного здоров'я, на відміну від інших працівників на борту судна, зіткнулися з неоднозначною ситуацією, адже із трьох ключових початкових точок прийняття рішення тільки перші дві перебували під їхнім безпосереднім контролем:

1. Що можливо зробити за дні, а не тижні з огляду на величезні масштаби потреб?
2. Що слід запропонувати і кому?
3. Чи хтось потребуватиме допомоги, яку може запропонувати персонал охорони психічного здоров'я?

Настрій у сфері охорони психічного здоров'я був особливо крихким, особливо для членів команди госпітального судна Mercy. Переважне почуття серед NGO в Банда-Ачеху полягало в тому, що госпітальне судно Mercy запізнилося з наданням допомоги. Вважалось, що вони тут лише для того, щоб взяти участь у заходах піару («зв'язків із громадськістю») та, імовірно, намагатимуться «стати керівною ланкою» замість того, щоб «бути частиною та співпрацювати» з наявними програмами. Також очікувалося, що західні психологічні/психіатричні втручання використовуватимуться практично без урахування глибоко укорінених духовних і традиційних систем вірувань, які можуть бути несумісними з ними. Від початку робоче середовище було не надто привітливим, і персонал Mercy та їхні послуги сприймались прохолодно і стримано.

Ситуація почала змінюватися з критичної точки обміну, яка з тих пір стала відомою міжнародним колегам із команди США як «інцидент дипломатичних штанів». У цьому конкретному випадку керівництво продемонструвало «політику відкритої долоні», приділивши особливу увагу саме успіху місії, а не особистим досягненням.

Дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ) та Австралійське Агентство з міжнародного розвитку (AusAID) були саме тими організаціями, з якими команда Mercy вбачала найбільший потенціал при співпраці і в масштабі впливу для цих програм. Високопрофесійні, досвідчені та шановані у сфері надання допомоги, вони мали ресурси, інфраструктуру й персонал і знаходились там протягом тривалого часу. Було проведено три зустрічі з різним персоналом цих установ протягом перших кількох днів опісля прибуття. Перші дві зустрічі, де обговорювалось багато ідей і можливостей для співпраці, виявилися вельми обнадійливими. Під час третьої зустрічі, однак, з'явились тривожні зміни, особливо стосовно допомоги ЮНІСЕФ персоналу госпітального судна.

Команда госпітального судна зіткнулася з критично важливим моментом прийняття рішення. Це стало моментом усвідомлення, що істотно змінило результат всієї місії з охорони психічного здоров'я. Озираючись назад, варто визнати, що на сприйняття команди США впливали тонкі зміни в голосі, фізичній поставі і міжособистісній дистанції; вони виявилася настільки ж важливими

для успіху місії, як і слова, якими обмінювались члени команди та їхні міжнародні партнери. Наступний приклад з практики демонструє важливість подальших розмов у цих обставинах.

Приклад з практики 39.1. Після закінчення формальної зустрічі, коли лише кілька членів команди госпітального судна Mercy знаходились разом, очевидне питання, яке висіло в повітрі, було озвучено:

— Можливо, команда госпітального судна зробила щось образливе?

Співробітники ЮНІСЕФ ввічливо відповіли:

— Чому сьогодні ви одягнені у форму?

Їм відповіли, що члени команди одягнені у форму співробітників Служби суспільної охорони здоров'я Сполучених Штатів. Керівник групи охорони психічного здоров'я продовжував пояснювати, що, хоча команда носила цивільний одяг на попередніх зустрічах, вони одягли форму саме в цей день, тому що лідер команди мав тільки пару цивільних штанів, які він забруднив гідравлічною рідиною гелікоптера, і, не бажаючи бути неввічливим, вирішив носити чисту форму замість брудних цивільних штанів. Його команда вирішила наслідувати його приклад. Відповідь на наступне питання, проте, була трохи складнішою.

— Ви військові?

Їм пояснили, що, хоча команда була призначена ВМС США для цієї гуманітарної місії як офіцери госпітального судна, вони входили до складу Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб та взагалі вважають за краще боротися з хворобою, а не з людьми.

Партнери з ЮНІСЕФ відповіли посмішками полегшення.

— Ми краще обрали би брудні штани, — сказали вони, — адже це суперечить нашому [ЮНІСЕФ] статуту — працювати зі збройними силами, тільки якщо це є абсолютно необхідним.

— Отже, вдягатимемо брудні штани.

Опісля цієї розмови напруга зникла. З'явились запевнення, співпрацю було затверджено, почалися серйозні операції. З розумінням того, що вони стали символом співпраці, керівник групи госпітального судна носив «дипломатичні» (тобто брудні) штани, коли сходив на берег упродовж місії.

Доброзичливий гумор і згладжування гострих моментів були втілені в моделі поведінки і підходів; хоча, здавалося б, вони є вторинними при реалізації програм. Проте це були саме ті процеси, які створили міжособистісне середовище для здійснення програм. Оскільки міжнародне співтовариство з надання допомоги, зокрема провінції Ачех, розглядало персонал США з деякими побоюваннями, пов'язаними із залученням США, надзвичайно важливим було показати себе відкритими, неупередженими і здатними до самопожертви; таким чином завоювати довіру до програми підтримки та допомоги США. Важливість цих підходів і процесів неможливо перебільшити. Сполучені Штати сприймали через людські обличчя і підтримку, допомогу — через підходи, які охопили всю широту послуг, що надавались у всіх лікувальних закладах. У випадку програм для населення працівників із досвідом вітали як друзів, а якщо досвід був відсутнім, то важливими ставали взаємини.

Розроблення програми та її впровадження

Наступним критичним рішенням керівництва було інтегрувати команду госпітального судна з охорони психічного здоров'я (сім осіб) з командою із п'яти осіб, як спершу і планувалось ЮНІСЕФ та AusAID, та створити єдину команду управління. Ця команда, своєю чергою, обирала і розробляла програми, щоб навчати людей надавати психосоціальну допомогу дітям шкільного віку в кожній школі провінції.

Колективний план передбачав для команди госпітального судна один тиждень, щоб:

- розробити тренувальний розклад;
- тренувати персонал ЮНІСЕФ/AusAID щодо впровадження розкладу;
- підготувати і поширити необхідну документацію;
- скерувати персонал 45 урядових і неурядових організацій щодо остаточної програми підготовки 40 контактних годин, що охоплюють 43 області.

Індонезійські колеги не мали певності, чи команда госпітального судна спроможна розробити й упровадити подібну програму за такий короткий час, особливо з індонезійськими перекладачами. Команда запевнила, що впорається. Програма дозволить створити мережу інструкторів, які змо-

жуть продовжити роботу ще довго після того, як місія Mercy буде завершена. Окрім того, її можна впровадити протягом короткого періоду, хоча дехто у приватному порядку вважав, що це був занадто короткий проміжок часу.

Перший важливий крок у розвитку програми передбачав збір, оцінку та підготовку необхідних матеріалів. Використовуючи електронну пошту, інтернет та величезну віртуальну міжнародну команду з наукових та неурядових організацій, команда США майже повністю покладалась на надану інформацію з електронних ресурсів всього світу. Ця інформація була отримана протягом 24 годин опісля першого запиту та мала близько 500 сторінок документації щодо тренувань та заходів втручання.

Наступний критичний момент стався під час планування, коли команди госпітального судна, ЮНІСЕФ/AusAID/Ачех оцінювали тренувальну інформацію. Спочатку концепція місії закликала співробітників госпітального судна надавати навчання з індонезійським перекладом. В індонезійську групу планування, проте, входили професори психології й соціального профілю та інші фахівці вузького профілю. Більшість цих співробітників мали вчений ступінь, були жителями провінції й були дуже здібними тренерами та координаторами.

У розмові під час зустрічі припустили, що кількість навчальної інформації, можливо, потрібно скоротити наполовину, щоб забезпечити достатній час для перекладу під час презентацій. Можливість втрати такої кількості інформації привела до істотної зміни підходу: а що, як міжнародна команда дасть індонезійським членам всю інформацію, співпрацюватиме з ними, доки вони створять власну програму навчання, і наставлятиме їх, щоб вони передавали її індонезійською для індонезійців?

Це був, мабуть, найважливіший і найпотужніший зсув в підході протягом усієї місії. «Чорна хвиля» спустошила людей в провінції Ачех. Життя, нерухомість, інфраструктура і нормальний спосіб життя були знищені. Після фізичного знищення довіра спільноти також була зруйнована арміями персоналу іноземної допомоги, що обрушилися на провінцію і почали «робити справи для» жертв, а не «робити справи разом із» спільнотою. Доки члени команди США не знайшли інший погляд на свій підхід, вони брали участь у такому ж самому руйнівному процесі.

З новою стратегією почала зростати довгострокова потужність програми, і члени команди США були прийняті як колеги, а не зовнішні «експерти». Новий підхід надав механізм для індонезійського народу; так вони змогли взяти на себе відповідальність за психосоціальну допомогу своїй провінції, починаючи зі своїх дітей. Ця зміна зробила індонезійську команду головною. Міжнародна команда, тобто всі інші, стала їхньою командою підтримки. Тепер членам команди США довіряли, і таким чином із незваних гостей вони перетворились на радо прийнятих радників та співпрацівників.

Були додані два дні до часу підготовки, щоб врахувати ці зміни в підході. Ще два індонезійські посередники уклали контракти на допомогу з ЮНІСЕФ. Ця міжнародна група почала розвивати те, що зрештою стало відомо як «конвеєрна лінія» для вибору змісту програми, її негайного перекладу та сортування для поширення. Весь зміст тренувальної програми створювали саме у такий спосіб менш ніж за 5 днів.

Найважливіший аспект моделі медико-санітарної дипломатії, який виник з цієї місії, полягав у тому, що саме модель сприяла різноманітним групам людей з усього світу стати комплексною командою. Значною мірою подібне відбулося як прямий результат зміни в підході. Консенсус став стандартом для програм розвитку: були створені ролі, і люди заповнили їх, виходячи з потреб програми, не обов'язково з професійних можливостей; а ті члени команди, які незабаром мали їхати, трохи відступали та підтримували тих, хто мав лишитися.

Останні приготування й остання перешкода

Коли другий статут Mercy був сформульований («Ми не "профі з Довера"») [13], мались на увазі члени команди госпітального судна. Його змінили, щоб включити «Ми не профі з Джакарти» після того, як останні члени індонезійської команди прибули зі столиці і весь тренувальний

розклад був близький до провалу за два дні до моменту, коли він мав бути зроблений.

Один із нових членів хотів спробувати зовсім інший підхід до кількох аспектів тренування. Індонезійських членів міжнародна команда зустріла з порадами щодо дій. Потім вони зустрілися всією командою, щоб вирішити проблеми, розповісти новим членам про те, чому програма саме така, і привітати їх у процесі. Це спрацювало, консенсус було досягнуто. При цьому були внесені незначні, але дуже корисні корективи, і програма завершилась розподіленням ролей, які чітко окреслили і узгодили. Найголовніше, що команда прийняла нового члена, долучила нові ідеї, не втрачаючи загального підходу, і зробила це без зміни загального узгодженого підходу, що було особливою рисою всього процесу. Самі тренування стали кульмінацією короткого, але інтенсивного періоду розвитку, наповненого глибоким хвилюванням і новим духом сподівань на навчання персоналу та близько 90 осіб з усієї провінції Ачех, які самі стали тренерами. Навчання зібрало широке коло урядового і неурядового персоналу зі всієї північної частини Суматри, надало їм докладний зміст і мережу людей, на яких вони могли покластися, і вселило впевненість у тому, що вони можуть поширити це навчання після повернення до себе додому. На момент написання цього розділу програми і далі працювали, а Університетська лікарня Абідін в Банда-Ачеху для їхньої підтримки виділила місце.

ВИСНОВКИ

Описана в цьому розділі програма виникла з керівного підходу госпітального судна США. Потім, серед безладу з надання допомоги, вона була видозмінена кількома установами міжнародного співробітництва: від програми надання допомоги зовнішніми «експертами» перейшла до однієї сформованої і поширеної програми для населення Індонезії. Команда, що створювала програму, залучила багато тих, хто безпосередньо постраждав і зазнав значних особистих втрат, тоді як інші знали тільки те, що бачили до прибуття через засоби масової інформації. Кілька членів групи не мали ніякого попереднього досвіду з надання допомоги, хоча інші володіли багаторічним досвідом такого роду діяльності. Деякі агентства з надання допомоги ніколи раніше не працювали разом і не працювали безпосередньо з ВМС США або госпітальним судном; деякі рівні підозри щодо мотивів і можливостей надання допомоги були високими. Учасники разом прийшли до духу спільної справи. Це є найкращим свідченням того, що в моменти великих потрясінь, коли особисті інтереси спрямовані на підтримку більшого блага, люди згуртовуються. Саме це забезпечує масштабний успіх.

Успіх цієї програми також демонструє значні переваги, що можуть стати результатом, коли спокійні, але поінформовані принципи керівництва зрозумілі і відповідно вживаються. За відсутності підходу «політики відкритих долонь» не було б співпраці і подальшої програми. Майбутні місії і їхні командири зіткнуться з аналогічним хаосом і невідомим. Але деякі зі статутів, розроблених у моделі Mercy, можуть стати в пригоді при розробці чіткої спільної роботи, необхідної для здійснення змін в масштабі системи охорони здоров'я унаслідок великих пожеж або катастрофічних надзвичайних ситуацій. Додаток 2 до цього розділу містить ці статути саме в такому вигляді, у якому вони були написані командою госпітального судна під час рятувальної операції, як було повідомлено у звіті про результат роботи. Оперативні підходи, такі як швидка платформа для сортування пацієнтів PsySTART, також можуть бути використані як інструменти для досягнення цих цілей. Вони особливо ефективні, коли надання допомоги та ланки реагування розподіляються між установами і силами, а не повністю «належать» до певної структури команд. Ці випадки становлять переважну більшість міжнародних зусиль з надання допомоги. Тому підходи команди Mercy створені, щоб максимізувати ефективність за допомогою більш тісної співпраці, де командування і управління буде або контрпродуктивно, або відкинуто іншими установами, що беруть участь у наданні допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Tzu L, Wieger L, Bryce D. *Tao-Te-Ching: The Classic Chinese Work in English Translation*. New York, NY: Random House; 2005.
2. US Department of Health and Human Services. What is the commissioned corps? United States Public Health Service Web site. Available at: http://www.usphs.gov/aboutus/questions.aspx#whatis. Accessed August 18, 2010.
3. Perez J, Coady J, DeJesus E, McGuinness K, Bondan, S. Operation Unified Assistance population-based programs: US Public Health Service and international team. *Mil Med.* 2006;1:S53–S58.
4. Magnitude 9.1–off the west coast of northern Sumatra 2004 December 26 00:58:53: UTC. US Geological Survey Web site. Available at: http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eqinthenews/2004/usslav/#summary. Accessed September 30, 2010.
5. McGuinness KM, Coady JA, Perez JT, Williams NC, Mcintyre DJ, Schreiber MD. Public mental health: the role of population-based and macrosystems interventions in the wake of Hurricane Katrina. *J Prof Psychol: Res Pract*. 2008;39(1):58–65.
6. Norris F, Murphy A, Baker C, Perilla J. Severity, timing, and duration of reactions to trauma in the population: an example from Mexico. *Biol Psychiatry*. 2003;53(9):769–778.
7. Sternberg R. A systems model of leadership: WICS. *Am Psychol*. 2007:62(1):34–42.
8. Reissman D, Schreiber M, Klomp R, et al. The virtual network supporting the front lines: addressing emerging behavioral health problems following the tsunami of 2004. *Mil Med.* 2006;1:S40–S43.
9. Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkrab M, et al. Thailand Post-Tsunami Mental Health Study Group. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA*. 2006; 296:549–559.
10. Schreiber M. Learning from 9/11: toward a national model for children and families in mass casualty terrorism. In: Daneli Y, Dingman R, eds. *On the Ground After September 11: Mental Health Responses and Practical Knowledge Gained*. New York, NY: Haworth Press; 2005: 605–614.
11. Coady J, Perez J, Schreiber M. The way forward: innovations in disaster mental health. *Calif Psychol*. 2007;40(2):41–44.
12. Schreiber M, Gurwitch R, Coady J, Perez J, Wong, M. *Toward a National Model for Children and Families in Mass Casualty Events*. New York, NY: Springer Publishing; in press.
13. Hooker R. *M*A*S*H.* New York, NY: Simon & Schuster; 1969.

ДОДАТОК 1

НАДАННЯ ДОПОМОГИ В РАЗІ ЗЕМЛЕТРУСУ

Великі землетруси мають достатній потенціал, щоб вважатись одним із найбільш катастрофічних стихійних лих, що стосуються людства; про це свідчать недавні землетруси в Бамі, Ірані, Пакистані та Перу. Землетруси значних розмірів викликають ланцюг подій, які серйозно впливають на здоров'я населення і медичну інфраструктуру регіону. Прискорений процес урбанізації в сейсмічно активних районах світу різко підвищує уразливість цих регіонів. У всьому світі щороку стається понад мільйон землетрусів, причому на дев'ять країн припадає 80 % землетрусів зі смертельними наслідками (Китай, Японія, Пакистан, Чилі, Росія, Туреччина, Перу, Іран та Італія [1–6]). У Сполучених Штатах найбільшу кількість землетрусів зазнає Аляска [1, 2].

На смертність і захворюваність у разі землетрусу впливають численні чинники, зокрема природні, структурні та індивідуальні. Поштовхи викликають особливе занепокоєння, адже можуть відбуватись протягом тривалого періоду часу. Наприклад, під час землетрусу Норсрідж, в Каліфорнії, сталося більше 14 000 поштовхів протягом наступних 5 років [3]. Зсуви і грязьові потоки після землетрусів становлять значну частину захворюваності та смертності. Небезпечні матеріали (хімічні, біологічні, радіоактивні) підвищують ризик після землетрусу через прискорений темп урбанізації. Після землетрусу Лома Прієта в Каліфорнії в 1989 році токсичні матеріали стали причиною 20 % травм. Повені (через структурні пошкодження гребель) і пожежі стали додатковими причинами смертності та захворюваності внаслідок землетрусів [7–9].

Структурні чинники, що впливають на рівень травмувань або смертності, містять обвалення будівель. Фактично близько 75 % смертельних наслідків від землетрусів спричинені обвалами погано зведених або несейсмостійких будівель [10–12]. Індивідуальними чинниками ризику є вік, здоров'я й емоційна стабільність. Демографічні чинники, що мають підвищений ризик смертності та травматизму, — це особи у віці старше 60 років, діти віком від п'яти до дев'яти років і хронічно хворі люди [12]. Підвищена вразливість цих груп полягає у відсутності мобільності, загостренні наявних захворювань, а також нездатності протистояти сильним травматичним ушкодженням. Відчуття перебування в пастці, розміщення мешканців у будівлі, їхня поведінка під час землетрусу та час до моменту порятунку є чинниками, що впливають на смертність і захворюваність.

Логістична підтримка є одним із найважливіших елементів ліквідації наслідків стихійних лих у районах, де переважають військові. Медична допомога при масових ураженнях під час землетрусів складається з чотирьох елементів: 1) пошук та порятунок, 2) сортування та первинна стабілізація, 3) остаточна медична допомога, 4) евакуація [13]. Вимоги до пошуково-рятувальних робіт та надання медичної допомоги, а також необхідність зовнішньої допомоги з боку військовослужбовців і цивільних команд є значно більшими при землетрусах порівняно з іншими стихійними лихами через серйозність поширення пошкоджень і складність травм.

Психологічні травми й інші несприятливі психологічні наслідки часто стають побічними ефектами внаслідок землетрусів із ряду причин. Землетруси відбуваються практично без попередження порівняно з ураганами (відстеження шторму можливе за кілька днів) або навіть торнадо (часто за кілька годин завдяки метеорологічній інформації). Відсутність попередження позбавляє жертв часу, щоб вжити психологічні та фізичні захисні дії; це підсилює почуття втрати контролю над деструктивною подією. Землетруси створюють жертвам серйозну загрозу щодо особистої безпеки, підвищують їхню уразливість перед обличчям майбутніх психологічних симптомів. Один із важливих висновків стосовно медичної допомоги полягає в необхідності налаштувати команду, спираючись на функціональні можливості, а не на професійні звання. Здатність до втручань у галузі психічного здоров'я має вирішальне значення, і команди охорони психічного здоров'я сьогодні включені в більшість цивільних і військових груп з реагування на надзвичайні ситуації в Сполучених Штатах.

Землетруси — основна причина повного спектра травм, як фізичних, так і психологічних; вони часто потребують зовнішньої медичної та громадської допомоги в разі надзвичайної ситуації. Зрештою, ліквідація наслідків стихійних лих буде найважливішим чинником у зниженні смертності та захворюваності через землетруси.

ПОДЯКА

Цей додаток був створений Сюзан Міллер Бріґс (Susan Miller Briggs), лікарем, доктором філософії, доцентом кафедри хірургії Гарвардської медичної школи, директором Міжнародного інституту травматології та стихійних лих, Massachusetts General Hospital, Бостон, штат Массачусетс.

ЛІТЕРАТУРА

1. Noji EK, ed. *The Public Health Consequences of Disasters*. New York, NY: Oxford University Press; 1997. 642 *Combat and Operational Behavioral Health*
2. Hays WW. Perspectives on the international decade for natural education. *Earthquake Spectra*. 1990;6:125–143.
3. Prager EJ. *Furious Earth: The Science and Nature of Earthquakes, Volcanoes, and Tsunamis*. New York, NY: McGraw-Hill;1999.
4. Perez E, Thompson P. Natural hazards: causes and effects. Lesson 2–earthquakes. *Prehosp Disaster Med*. 1994;9:260–271.
5. US Geological Survey. *Scenarios of Possible Earthquakes Affecting Major California Population Centers, With Estimates of Intensity and Ground Shaking*. Menlo Park, Calif: USGS; 1981. Open-File Report 81-115.
6. Blake P. *Peru Earthquake, May 31, 1970. Report of the CDC Epidemiologic Team*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention; 1970.
7. Showalter PS, Myers MF. Natural disasters in the United States as release agents of oil, chemicals, or radiological materials between 1980–1989: analysis and recommendations. *Risk Anal*. 1994;14:169–182.
8. Durkin ME, Thiel CC, Schneider JE, et al. Injuries and the emergency medical response in the Loma Prieta earthquake. *Bull Seismological Soc Am*. 1991;81:2143–2166.
9. Hayes BE, Freeman C, Rubin JL, et al. Medical response to catastrophic events: California's planning and the Loma Prieta earthquake. *Ann Emeg Med*. 1992;21:368–474.
10. Colburn AW, Murakami HO, Ohta Y. *Factors Affecting Fatalities and Injury in Earthquakes. Engineering Seismology and Earthquake Disaster Prevention Planning*. Hokkaido, Japan: Hokkaido University; 1987. Internal Report.
11. EQE Engineering. *The October 17, 1989 Loma Prieta Earthquake: A Quick Look Report*. San Francisco, Calif: EQE Engineering; 1989.
12. Coburn AW, Spence RJS, Pomonis A. *Factors Determining Human Casualty Levels in Earthquakes: Mortality Prediction in Building Collapse*. Reston, Va: US Geological Survey; 1992.
13. Briggs SM, ed. *Advanced Disaster Medical Response Manual for Providers*. Boston, Mass: Harvard Medical International; 2003.

ДОДАТОК 2

МОДЕЛЬ MERCY

Mercy (судно та концепція) була неперевіреною можливістю, що прибула на місце безпрецедентної події. Надзвичайне спустошення, хаос, багато потреб, мало інформації про загальний хід рятувальної операції та, що також важливо, мало відомостей на місцях і між установами про нас: хто ми і що ми могли б зробити. Ми не знали самі, що ми могли б зробити. Був присутній страх, особливо серед міжнародної спільноти в галузі охорони психічного здоров'я, що ми збиралися втручатися або іншим чином діяти в односторонньому порядку без співпраці чи координації. Міжнародне співтовариство з надання допомоги, у тому числі наші організації США, дивились на нас із підозрою. Західні психологічні методи не були цілком зрозумілі або значною мірою прийняті, і наша репутація — реальна чи надумана — полягала в тому, що ми прийшли на кілька днів, оглянемо обмежене число пацієнтів (здебільшого аби потрапити до засобів масової інформації, ніж для реального надання допомоги), отримаємо наші фотографії, привітаємо себе, а потім підемо. Як команда ми припустили, що таке могло б статись, і поклялися не робити нічого подібного. Модель Mercy почалась із цієї обіцянки. Інструкції були сформовані таким чином:

1. «Відправляйтесь на захід і творіть добро...». Це була суть наказу місії, поки корабель не прибув на станцію: наша всеосяжна заповідь повинна була сприяти більшому добру, а не нашій конкретній ролі при наданні допомоги.
2. Ми не «профі з Довера» — цитуючи з книги M*A*S*H [1]. Тут принцип полягає в співпраці, а не в незалежних діях. Власне «я», особисте володіння інформацією та підходами необхідно залишити біля дверей гелікоптера.
3. Ми тут, щоб навчатись у людей і навчитись їхньої культури, ми тут, щоб допомогти, тому що чим краще ми розуміємо, тим краще ми можемо прислужити.
4. Ми працюємо на установи на березі та разом із ними — не навпаки. Ми не працюємо незалежно один від одного, окрім випадків, коли ми маємо можливості, корисні для підтримки тих людей, що вже на місці, або коли з ними мають працювати агентства, з якими ми працюємо.
5. Щодо охорони психічного здоров'я, зважаючи на обмежений час, персонал і ресурси, ми концентруємо увагу на підходах до населення в цілому, аби максимізувати розвиток програми, її проникнення та вплив. Допомагати системі надання психологічної допомоги та потребам інфраструктури — наша основна мета, але не прямий обов'язок. Ми реагуємо на катастрофу безпрецедентного масштабу. Ми можемо обмежити наш загальний вплив лише за допомогою надання прямих послуг або використовувати наші обмежені ресурси та персонал, щоб шукати шлях максимізації та прагматичної роботи нашої системи. Це у певному плані новий підхід, але не безпрецедентний.
6. На початковому етапі робота буде полягати в оцінці інфраструктури охорони психічного здоров'я, програм, агентств і служб, далі — у розвитку взаємин з установами, а не у розробленні програм незалежно від них. Побудова взаємин з іншими агентствами — найбільш важливий крок всього процесу; без них не буде самої програми. Нові відносини з агентствами можуть зустрічатись з підозрами; ми маємо нести цей підхід як можливість, а не як загрозу.
7. Спільне керівництво, консенсусний підхід: координація, а не контроль, розвиток, а не власність, притягати увагу спільноти на інших, а не на себе, а також співпрацювати в команді та командами. Домагатися консенсусу, де це можливо, і покладатись на інших, коли виникає конфлікт або відмінності ставлять під загрозу процес. Використовувати місцевий підхід, коли такий існує. Це прості концепції, хоча їх виконати вкрай важко; вони не повинні бути недооціненими чи втраченими.
8. Ми не обіцяємо нічого, що не можемо виконати, крапка.
9. Члени команди роблять те, що необхідно зробити, незважаючи на їхні посади чи професійний досвід.
10. Заохочувати повагу до різних людей, професій, світоглядів та релігійних вірувань.

11. Необхідно знаходити й вітати «мудреців і старійшин», адже мовне і культурне керівництво мають важливе значення. Ми вчитимемось стільки ж, скільки і навчатимемо.
12. Формування міжнародної команди має вирішальне значення; позитивні міжособистісні стосунки, формування груп, сприяння, заохочення і співпраця є основними завданнями.
13. Увага спрямовується на спрощення процесу створення програм, а не на інструкції; таким чином розвиток програми відбувається за рахунок дій. Завдяки цьому процесу виникають нові керівники, і люди мають більше можливостей.
14. Створювати інструменти для розробки програм і демонструвати, як їх використовувати, а не просто давати програму.
15. Концентруватись на підходах для середнього медичного персоналу і недипломованих фахівців, а не професіоналів, тому що їх надто мало, щоб зробити якусь істотну різницю, або взагалі немає. «Середній медичний персонал» — це знавці культури, також вони сприяють роботі програми. Вони несуть цінні й необхідні навички для тренувань і повинні мати можливість застосовувати програми на практиці.
16. Ми міжнародна команда з місцевою присутністю. Ми у прямому сенсі місцева присутність міжнародної команди та довіри знань, що складається з найкращих працівників із ліквідації наслідків катастроф у світі. Використовуючи цифрові й інші технології, ми всі діємо разом і працюватимемо разом як всесвітня віртуальна команда.
17. Програми мають бути сформульовані щонайшвидше, бути чіткими і обмеженими за часом: ми не знаємо, як довго ми будемо на станції чи в будь-якому іншому призначеному місці, і ми не починатимемо щось, що ми не зможемо закінчити. Таким чином, ми працюватимемо якомога швидше, щоб забезпечити самостійну розробку програм.
18. Мобілізувати місцевий інтелектуальний потенціал і функціональні можливості, коли є слушний випадок; надалі підтримувати його за допомогою програм і максимально поширювати загальний процес, особливо там, де не було застосовано такий підхід раніше. Це було особливо актуально в провінції Ачех, де була обмежена інфраструктура, проте інфраструктура була розвинена після цунамі. Це дало можливість підтримувати нову мережу і можливості такими шляхами, які в іншому випадку не були б можливими.
19. Використовувати програму, створюючи лінійний підхід до максимізації спільної роботи і швидкості розвитку та роботи програми. Саме під час цього процесу виникають стосунки і довіра між організаціями та людьми. Ми робили те, що ми обіцяли зробити, і ми сприяли активній співпраці, а не пасивному прийняттю з метою розвитку програми:
    а. Консенсус групи щодо специфіки програми: ми почали з питання: «Якби ми могли зробити що завгодно, якою була б програма?» Спираючись на цей ідеал, ми запитували себе: «Як це зробити?» — та мобілізували мережу як в провінції Ачех, так і міжнародну, щоб наблизитись якомога ближче до ідеалу. Цього ми навчились від AusAID (Australian Agency for International Development — Австралійське агентство з міжнародного розвитку) та ЮНІСЕФ (United Nations Children's Fund — Дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй).
    б. Збір контенту: збір інформації якомога більше та якомога швидше в заданих областях, потім необхідно зменшити цю інформацію до обсягу довідкового матеріалу, з якого можна вибрати підсумок.
    в. Логістична та ресурсна підтримка: де, як, хто, фінансування, механізми підтримки, подорожі, охорона, місцеві переміщення та розміщення тощо. Повністю керується AusAID та ЮНІСЕФ.
    г. Редакційний/програмний: злагоджена співпраця має базуватись на певному змісті, вся отримана інформація, нарешті, буде використана в презентаціях.
    ґ. Підготовка медіаданих: взяти відібрану інформацію та конвертувати її в належний формат, PowerPoint, довідкові документи тощо для учасників.
    д. Переклад: взяти остаточну навчальну інформацію та перекласти її, передусім з

англійської індонезійською мовою; долучити її до презентації навчального плану і довідкової документації.

е. Підготовка інструкторів: огляд матеріалів з інструктором і пояснення щодо доцільності інформації та методу.

є. Презентація: наскільки це можливо, використовувати місцевих інструкторів та людей для програми. Ми будемо підтримувати і контролювати за необхідності, але це їхня «вистава», а не наша. Ми допомогли створити, але їм «виступати».

20. Оцінка: наразі оцінка проводиться членами ЮНІСЕФ, AusAID, Karinivasu і Центром консультації при кризових ситуаціях для жінок (Women's Crisis Counseling). Оцінка охоплюватиме досвід інших міжнародних агентств у роботі з командою охорони психічного здоров'я та її ролі в співпраці.

21. Нинішня співпраця: якщо програми можуть бути обмежені за часом, то гарні взаємини — ні. Це величезний і цілком реальний потенціал для постійної підтримки та співпраці, особливо з технологіями й цифровими можливостями, щоб обслуговувати і підтримувати їх. Необхідно планувати та сприяти їхньому розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Hooker R. *M*A*S*H.* New York, NY: Simon & Schuster; 1969.

Розділ 40

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СЕРЕД УВ'ЯЗНЕНИХ ОСІБ

Річард Тоє[I] · Маршал Смітт[II]

ВСТУП

ПІДГОТОВКА І ТРЕНУВАННЯ КОМАНДИ

Підготовка до розгортання

Клінічний процес при догляді за ув'язненими

Переміщення підрозділу

ЕФЕКТИВНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПЕРЕКЛАДАЧІВ

СТВОРЕННЯ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ

Принципи психологічної програми управління та надання допомоги

Розподіл і видача лікарських засобів

Обмін даними з іншими сторонами

ОСОБЛИВІ КЛІНІЧНІ ПРОБЛЕМИ

ГОЛОДУВАННЯ: УНІКАЛЬНА КЛІНІЧНА ПРОБЛЕМА

Оцінка

Втручання

Консультації

ВИСНОВКИ

[I] Доктор філософії, підполковник, Медичний корпус, Армія США, Резерв особового складу Армії США; командир роти, 883-тя медична рота (Контроль бойового стресу), 495 Summer Street, Boston, Massachusetts 02210; у минулому — консультант бригади психічного здоров'я, 804-та Медична бригада, Fort Devens, Massachusetts.

[II] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; керівник відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр Ландштуль, CMR 402, Box 1357, APO AE 09180; у минулому — начальник амбулаторного відділення охорони психічного здоров'я, Регіональний медичний центр Ландштуль.

ВСТУП

Збройні сили США забезпечують належну медичну допомогу для ворожих військовополонених та інших осіб, затриманих під час операцій. Доктрини і міжнародні договори вимагають, щоб ув'язненим надавали «відповідний догляд» для запобігання погіршенню їхнього стану. Обсяг операцій з охорони здоров'я для затриманих визначається по-різному залежно від змісту діяльності на місці тимчасового утримання, тривалості затримання індивіда, культурних норм і ситуаційних чинників, що впливають на проблему утримання, а також наявності ресурсів у місці утримання.

Під час операції «Іракська свобода» надання послуг з охорони психічного здоров'я для ув'язнених вперше зіткнулося з критичною ситуацією в 2003 році. Тоді виявили, що місцевих психіатричних хворих випустили на вулиці сили противника, які відступали, і що коаліційні війська захопили та затримали багатьох із них в установах міста Умм-Каср. Виникла нагальна необхідність відрізняти психічно хворих від ворожих бойовиків, які вдавали з себе хворих; таким чином стало необхідне втручання військових медичних працівників з охорони психічного здоров'я. У той час ув'язнені військовослужбовці з серйозними психічними захворюваннями, які не брали участі у військових діях, були направлені на лікування до місцевих медичних закладів. У 2004 році операції щодо ув'язнених стабілізувались, інспектори неурядових організацій (NGO) висловили стурбованість тим, що особи з сильними психічними розладами, яких утримували під арештом, отримували допомогу від представників NGO, а не від ліцензованих працівників охорони психічного здоров'я, і що надання медичної допомоги не відповідало стандартам. На момент підготовки цього тексту три окремі медичні сили зі збільшеними групами працівників охорони психічного здоров'я працювали в операціях із надання медичної допомоги ув'язненим в Іраку. Цей розділ розкриває основні положення операцій з надання психологічної допомоги ув'язненим та відображає набутий досвід перших двох груп особового складу 115-ї Оперативної медичної групи (Task Force Medical 115 — TF MED 115) та 344-ї Оперативної медичної групи (TF MED 344). Щоб допомогти підрозділам, яким доручено складну роботу — застосувати наявні підходи, — розділ обговорює найважливіші заходи місії та загальні проблеми в процесі підготовки і виконання місії з надання медичної та психологічної допомоги ув'язненим.

ПІДГОТОВКА І ТРЕНУВАННЯ КОМАНДИ

Підготовка до розгортання

Період до розгортання — напружений час для всіх учасників. Уся увага учасників місії сконцентрована на загальних тренувальних завданнях; наголос команди робиться на сприяння переходу військовослужбовців із «домашнього середовища» в бойове оточення. Попри це, кожне зусилля має бути направлене на чітко спрямоване тренування для персоналу щодо роботи з ув'язненими під час розгортання. Підготовка у період до розгортання має містити як мінімум чотири основні компоненти: 1) перегляд чинних федеральних і державних поправок Міністерства оборони (МО), політи-

ки охорони здоров'я і процедур; 2) встановлення зв'язку з підрозділом персоналу на поточний момент на місці подій; 3) огляд інформації про культуру, притаманну країні, що приймає, 4) ознайомлення з установою для догляду за ув'язненими.

Більшість працівників охорони психічного здоров'я МО ніколи не працювали у виправних установах, тим більше у медичних установах, що перебувають під вартою, тому огляд поточної виправної політики та процедур є обов'язковим. Медична допомога, що надається ув'язненим, подібна до медичних послуг, які надаються пацієнтам під контролем Федерального бюро в'язниць, агентства Департаменту юстиції США. Стандартизовані сценарії роботи (SOPs — Standard operating procedures) бюро в'язниць надають модель, що використовується для створення військових протоколів надання допомоги. Ці різноманітні SOP [1, 2] спрямовані на основні теми, зокрема запобігання суїцидам, розподіл ліків і процедури перевірки, всі ключові елементи місії з догляду за затриманими. Якщо дозволяє час, персонал повинен розглянути питання про відвідання місцевих виправних установ, щоб поговорити з медичним персоналом про надання допомоги у виправному середовищі установи.

Можливо, найважливішим кроком у підготовці до розгортання є налагодження спілкування з персоналом, який замінюється. Його значення важко перебільшити. Персонал на місці розгортання запровадив SOP, які будуть придатні для більшості цілей. Персонал розгортання має отримати і проаналізувати їх, щоб ознайомитися з поточними операціями й отримати максимум із попереднього досвіду ще до початку розгортання та прибуття у країну. Працівники, які перебувають на місці розгортання, можуть надати інформацію про оточення, зокрема про розміщення в населеному пункті, рекреаційні об'єкти, матеріали, що необхідно привезти, та наявні ресурси. Спілкування може бути ускладнене через різницю часових поясів, але існує кілька каналів: електронна пошта, телефон або навіть відеоконференція, якщо це можливо. Обмін контактною інформацією приносить користь усім; для підрозділу, що від'їжджає, процес навчання нової команди має особливе значення. Більшість підрозділів дуже горді своєю організацією та цінять зацікавленість і готовність інших прийняти їхні відгуки, взаємодію та досвід. Зміни в наявних протоколах, безсумнівно, будуть необхідні, але поточні SOP забезпечують гарний початок роботи.

Якщо жодна психологічна група системи охорони здоров'я раніше не була в країні і місія полягає в створенні першої програми охорони психічного здоров'я на окупованій місцевості, особливо важливо розуміти стандарти, за якими оцінюватиметься система охорони психічного здоров'я, а також дізнатися, які активи будуть доступні для підтримки місії. Хоча програма повинна забезпечити ув'язненим відповідну допомогу, сприйняття того, що є «відповідною» допомогою, може сильно різнитися. Тому важливо якомога швидше виявити, які послуги та рівень догляду призначені. Загальні положення МО США, стандарти Бюро в'язниць США та загальні стандарти в межах району операцій (АО —Area of operations) можуть допомогти визначити цей рівень та прийняти рішення.

У більшості випадків ув'язнені є представниками іншої культури, ніж типовий пацієнт-військовослужбовець. Культурні відмінності можуть стати перешкодою для встановлення взаєморозуміння і надання медичної допомоги пацієнтам. Непорозуміння між пацієнтом і лікарем може призвести до розчарування в уже напруженій обстановці, так що важливо, щоб працівники охорони здоров'я були знайомі з загальними місцевими звичаями і правилами. Подібну інформацію можна знайти в інтернеті, у підручниках і в інших історичних джерелах. Якщо це можливо, варто провести брифінг представника конкретної культури, це було б дуже корисно. До розгортання в 2005 році TF MED 344 користувалася широкими культурними брифінгами іракських емігрантів, що зробило перехід в нове оточення набагато більш гладким, ніж це могло би бути в іншому випадку.

Окрім того, брифінг медичного працівника щодо культури безцінний. Назви ліків і соціальне значення різних форм лікування можуть відрізнятися. Важливо знати деякі культурні відмінності в тому, як медицина практикується; наприклад, сприйняття психічних захворювань може сильно різнитися між культурами. Розуміння де-

яких з основних відмінностей і уявлень підвищує ефективність навіть основних методів лікування; попри це, важливо оцінити якість вихідної інформації. Наприклад, TF MED 344 неодноразово повідомляли, що іракці з сільської місцевості вважають психічні проблеми зі здоров'ям ознаками злоякісного впливу і що місцевий персонал досить недосвідчений і з підозрою ставиться до психічних проблем зі здоров'ям. Насправді виявилось, що місцеві мали гарні знання про психічні захворювання і протоколи. Один неграмотний фермер, затриманий під час зачистки його населеного пункту, подякував працівникам охорони здоров'я за проявлений інтерес до його психічного стану. Він визнав, що був пригнічений, але заявив, що вважає за краще поговорити зі своїм місцевим священнослужителем щодо почуття втрати через смерть своїх синів у цьому конфлікті.

Культурні проблеми і явища безмежні, і немає жодного способу, щоб бути повністю підготовленими до ситуації на місці подій. Наприклад, загальновідомо, що психоз часто представляється по-різному в різних культурах. Коли співробітники TF MED 344 зустрілися з ув'язненим, стурбованим тим, що бачив курку, яка розмовляє, постало питання про те, був це психоз чи симуляція. Звичайно, серед населення США симуляція була більш імовірною. Розмова з перекладачами та іншими затриманими особами не виявила жодних ознак того, що кури мали будь-яке особливе значення в цій культурі. Окрім того, інші особи з психозом в таборі, як правило, мали слухові галюцинації без візуальних проявів. Поки не було можливості впевнитись у наявності подальших кількох пацієнтів із подібними галюцинаціями, явище «курки, яка розмовляє» було вирішено вважати симуляцією. На противагу цьому виявилось, що надзвичайно велика кількість випадків самотравмувальної поведінки мала кілька попередніх культурних причин, у тому числі прийняття екскоріацій як релігійного ритуалу та історії покалічення серед ув'язнених під час режиму Саддама Хусейна з метою уникнення ще більш озвірілого ставлення охоронців.

Оскільки культурні проблеми незліченні, є важливим розпізнати універсальний характер психічного захворювання. Наприклад, один із пацієнтів TF 344 повідомив, що Бог розмовляв із ним і сказав, що всі невірні помруть. Таке повідомлення, безумовно, могло бути відображенням соціально-політичного контексту конфлікту. Проте інші жителі табору не сприймали заяви пацієнта і були стурбовані з приводу його добробуту і безпеки. Пацієнт дійсно був хворий на психоз і добре реагував на антипсихотичні препарати. Інший ув'язнений мав довгу історію самотравмувальної поведінки. Він зміг знайти якийсь гострий предмет і проковтнув його. Поведінка чоловіка погіршувалась відповідно до наданої йому уваги. Був поставлений діагноз: гранична саморуйнівна поведінка; хворий надзвичайно потребував психологічної допомоги та медичного скерування.

Надання допомоги в таборах тимчасового утримання істотно відрізняється від розгортання в будь-якій іншій передовій оперативній базі або операційному центрі. У таборі тимчасового утримання ворог перебуває не тільки за межами периметра, але й в межах установи. Це має два головних ефекти. По-перше, протоколи безпеки передбачають точне місце в повсякденних операціях. По-друге, персонал коаліції стикається з однозначно стресовим завданням — щоденна взаємодія з ворогом створює цілий ряд психічних проблем зі здоров'ям, які можуть вплинути на роботу.

Питання безпеки завжди важливі під час розгортання на ворожій території. У догляді за затриманими безпека, безсумнівно, важлива. Доступ до пацієнта зазвичай вимагає спеціальної перевірки і допуску, а час має бути спланованим, щоб були можливі кілька перевірок безпеки. Пацієнтів не оглядають у приватному порядку. «Амбулаторна» взаємодія може відбуватись через бар'єр безпеки. Озброєні охоронці супроводжують госпіталізованих хворих або тих, кого оглядають в клініці. Клінічний розклад має бути узгоджений із розкладом перевезення, охоронцями та тюремним персоналом. Щоденні операції переривають підрахунком «по головах», перевірками на зникнення осіб або операціями з управління натовпом. В АО Іраку ув'язненим замість імен присвоювали номери, що ускладнювало можливість відстеження випадків, особливо через те, що ув'язнених постійно переміщували з одного табору до іншого з метою підвищення рівня безпеки.

Медичний персонал і працівники тюремних установ підпадають під негативний вплив через

необхідність щоденно взаємодіяти з ворогом. Вони не можуть ставитися до супротивника агресивно і мають забезпечувати співчутливе ставлення навіть при загрозі або зневажливому ставленні від ув'язненого. Вони не можуть встановити дружні або довірливі взаємини з особами, яких вони часто бачать щодня. Стрес через догляд за ув'язненими спричинює дратівливість, гнів і невдоволення, які рідко можна зустріти в інших медичних центрах. Управління стресом є важливою частиною місії охорони психічного здоров'я.

Клінічний процес при догляді за ув'язненими

Клінічний процес догляду за ув'язненими також помітно відрізняється від інших клінічних операцій. Може виникнути потреба оновити знання персоналу з базової клінічної оцінки і коротких методів консультування, але команда незмінно потребує підготовки до операцій в місцях тимчасового утримання. Навчання має бути спрямоване на огляд, оцінювання, очікування втручання, кризове реагування та координацію допомоги.

Кожний новий ув'язнений перевіряється на психологічні чинники ризику для здоров'я, це частина їхнього первинного медичного огляду. Коротке опитування через перекладача охоплює випадки попереднього лікування і поточні психологічні проблеми зі здоров'ям. Знайомство з процесом огляду і з типовими реакціями ув'язнених на опитування про їхній психічний стан є обов'язковими. Огляд після прибуття є досить об'ємною роботою, проте він повинен протікати відповідно до ритму табору для інтернованих. Знайомство з процесом огляду і з типовими реакціями ув'язнених на опитування щодо їхнього психічного стану є обов'язковими. Огляд після прибуття є досить об'ємною роботою, проте він має протікати відповідно до ритму табору для інтернованих. Кількість може різнитися від 50 оглядів на тиждень до 150 на день, з невеликим проміжком часу після попереднього повідомлення, залежно від темпів операцій в цьому місці. Виникає спокуслива ідея призначити одну або дві людини для огляду, оскільки цей процес за своєю суттю відрізняється від інших клінічних операцій і може бути виконаний найкращим чином персоналом, який має досвід з цієї процедури. Навіть коли процес завершено, кожен член команди має бути в змозі закінчити огляд-опитування для забезпечення максимального потенціалу, а також щоб не затримувати рух ув'язненого до табору.

Огляд після прибуття виявляє ув'язнених, які потребують подальшого огляду. Ув'язнені також можуть бути передані для оцінки військовою поліцією, медичною командою, іншими ув'язненими або шляхом самозвернення. В Абу-Грейб в 2004–2005 роках, після встановлення систематичних покращень в слідчому ізоляторі, для працівників охорони здоров'я було нормою наново оглядати десяток осіб і розподіляти їх щотижня. Персонал мав нормально сприймати проведення функціональної оцінки, що приводила до первинної постановки діагнозу і розміщення в непристосованих умовах із використанням перекладача для опитування. Чіткі критерії для огляду і розподілу необхідно встановлювати і використовувати на практиці до розгортання. Мобілізаційна підготовка на місці, швидше за все, охоплює лише «типові» випадки, які досить ускладнені в їхньому уявленні і в ролі навчальної моделі нереалістичні та некорисні. Замість цього навчання повинне зосередитися на оцінці тривожних неврозів та ситуаціях, що їх провокують, ідентифікації симуляцій і диференціальної діагностики розладів адаптації та глибоких депресій. Не можна очікувати, що пацієнт буде надійним інформатором; отримана інформація спотворюватиметься при перекладі; оточення створюватиме неясності, за яких типова модель оцінки не є дієвою. Працівники охорони психічного здоров'я мають покладатися на психічні ознаки і звіти про функціональні порушення з наданих документів так само, як і на звіт пацієнта.

Поточний огляд значної кількості пацієнтів є складнішим при догляді за ув'язненими, ніж в клініці або в умовах виправних установ. Пацієнти не мають регулярного призначення на огляд у лікаря; вони розкидані по всій території табору з колючим дротом, і їх часто переміщують з міркувань безпеки. Спільні зусилля мають спрямовуватися на розвиток і підтримку системи слідкування та спостереження за пацієнтами. Після того, як встановлено продовжуваний догляд, слід

визначити і контролювати чіткі критерії оцінки результатів для кожного конкретного випадку. Визначення критеріїв результату, можливо, будуть частиною цього процесу і нагадуватимуть звичайну клінічну практику.

Одне з найпоширеніших питань, що ставлять працівники охорони здоров'я за межами цих установ, — це чи дійсно військові «проводять терапію з тими хлопцями». Імовірно, більшість втручань мають у складі управління лікуванням, психологічне втручання, а також освіту або коротке психологічне консультування як підтримку, а не психотерапію як таку. Серед багатьох чинників, що погіршують створення терапевтичної довіри, є можлива короткотривалість догляду, а також культурні питання і питання конфіденційності, що заважають поглибленому лікуванню в більшості випадків. Проте, як і в будь-яких умовах, підходи до лікування мають бути скориговані з метою задоволення потреб людини.

Догляд за ув'язненими може бути короткотривалим і цілодобовим. Клінічна команда чергує в будь-який час. Хоча установа забезпечена фізичними заходами безпеки, щоб тримати агресивних і суїцидальних затриманих у безпеці, персонал місця утримання під вартою цінує впевненість, що за викликом консультанти з охорони психічного здоров'я нададуть допомогу, якщо затримані матимуть проблеми під час їхньої зміни. Лікарі-клініцисти повинні реагувати на кожен виклик, навіть якщо ситуація під контролем. Поширеною проблемою є загроза самопокалічення для отримання привілеїв у таборі. В Іраку, де багато історичних чинників сприяли самостійній екскоріації, були поширені виклики до затриманого, який робив неглибокий надріз поперек грудей із загрозою подальшого самоскалічення, якщо його вимоги не будуть задоволені. У Сполучених Штатах така поведінка може бути ознакою серйозної патології, але і в цьому оточенні така поведінка, радше, крайній приклад маніпулятивної або примусової поведінки з боку затриманої особи.

І, нарешті, команда охорони психічного здоров'я не буде працювати в ізоляції. Затримані, які одержують психологічну медичну допомогу, також перебувають під опікою медичної бригади. Деякі працівники охорони здоров'я надають перевагу призначенню власних психотропних засобів, а деякі використовуватимуть психотропні ліки за правилами, проте для інших цілей, таких як управління болем. Неурядові організації часто беруть участь у координації соціальних послуг для ув'язнених. Необхідно встановити протоколи для координації закупівель ліків, а також координації догляду з командою охорони здоров'я, у тому числі закупівель медикаментів, ведення обліку та управління контактами соціального обслуговування. Команда охорони психічного здоров'я має спробувати на практиці ці протоколи перед входом в оперативну зону.

Переміщення підрозділу

Можна зробити деякі кроки для оптимізації процесу заміни підрозділів у слідчому ізоляторі. Підрозділ, що замінюється, імовірно, знатиме про заміну принаймні за один або два місяці до переміщення. Якщо підрозділ, який прибуває, не зв'язався в цей період з підрозділом, який вибуває, підрозділ, що замінюється, має зв'язатись через керівництво та встановити робочі стосунки із заміною. Додатково для успішної передачі управління проводиться підготовка ув'язнених приблизно протягом місяця, що буде корисним для мінімізації перерв у роботі. Заміна повинна прибути завчасно, щоб співробітники змогли продемонструвати наявні процедури принаймні за тиждень до початку роботи.

Це кадрове переміщення зазвичай згадується як «ліве сидіння / праве сидіння при їзді». Щоб успішно налаштувати роботу нового підрозділу, рекомендується розподіляти співробітників з подібними ролями та обов'язками в пари з персоналом, який буде переміщено протягом декількох днів; це дозволяє новачкам пристосуватися до навколишнього середовища, побачити повсякденну роботу і ставити питання. Необхідно призначити дату надання обов'язків новому персоналу спершу в супроводі персоналу, який буде переміщено. Оптимально новий переміщений підрозділ повинен мати бодай один або два дні, щоб працювати незалежно до відправлення підрозділу, який вибуває, навіть попри те, що такий графік може зіткнутися з певними проблемами. І в TF MED 115,

і в TF MED 344 деякі медичні бригади були готові відмовитися від своїх обов'язків у день прибуття заміни. Інші, відчуваючи гордість та відповідальність, не почували себе комфортно, стоячи в стороні, тоді як новий персонал брав на себе обов'язки і вивчав усі аспекти роботи.

Зміни, як правило, відбуваються протягом одного року, і за цей час встановлюється певний контакт між персоналом і ув'язненими. Затримані розмовляють поміж собою та з медичним і немедичним персоналом. Вони часто мають деяке уявлення про те, коли відбуватимуться заміни персоналу; також їм відомо, що підрозділи зазвичай змінюються приблизно кожні 11–12 місяців. Ув'язнені мають активну зацікавленість щодо заміни і можуть ставити детальні питання. Вони зрозуміють процес заміни і, можливо, спробують з'ясувати, коли саме новий підрозділ розпочне роботу. Деякі цінують турботу і догляд, який вони отримали, і будуть занепокоєні з приводу майбутньої заміни і припинення роботи нинішнього підрозділу. Проте потрібно не забувати про безпеку: ув'язнені не повинні мати дані, конкретні дати або будь-яку іншу інформацію, яка може бути використана як загроза для безпеки. Персонал має відповідати розпливчасто і запевнити ув'язнених, що догляд за ними триватиме; жодна інформація про пересування військ не повинна бути розголошена.

Підрозділи, що готуються до відбуття, часто з меншим інтересом і ентузіазмом ставляться до завдань реінтеграції й управління поточними завданнями. Персонал повинен підтримувати оперативну спрямованість: підрозділ, що відбуває, несе відповідальність за підготовку ув'язнених і підрозділу, що прибуває, до успішного, плавного переходу. Ефективний процес припинення роботи і добре спланований процес «лівого/правого сидіння» дасть підрозділу, що відбуває, можливість піти, знаючи, що місія, яку вони провели і поліпшили, буде передана людям, яких вони змогли навчити. Підрозділ, що прибуває, буде спиратися на наявні процедури та покращувати їх для оптимізації допомоги, яка надавалась протягом попередньої зміни.

ЕФЕКТИВНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПЕРЕКЛАДАЧІВ

Спілкування з ув'язненими має велике значення для ефективної оцінки та їхнього лікування. Більшість ув'язнених не говорять англійською, і, якщо медичний персонал не володіє мовою затриманого, використання послуг перекладача має значення для отримання якісної історії хвороби. У деяких випадках для гарантування заходів безпеки перекладачів навмисно випробовують у різних місцях і службах, обираючи небагато осіб, що робить неможливим їх повне навчання. Подібний підхід може стати джерелом розбіжностей. Часто після знайомства з медичною командою перекладачі можуть поводити себе фамільярно і просити виняткового доступу до їхніх послуг. Це не є хорошою практикою. Під час роботи TF MED 344 не менше трьох досвідчених і, очевидно, дружних перекладачів було відсторонено від служби: двоє передавали інформацію ворожим елементам, а одного було переміщено за постійні прохання позбавитись форми. Безперервні питання про планування відпустки або іншу особисту інформацію, що може бути нормою в інших умовах, не є ознакою надійного перекладача.

Малоймовірно, що багато перекладачів матимуть досвід у галузі охорони психічного здоров'я або глибокі знання термінології з охорони психічного здоров'я. Деякі культури мають різне розуміння таких термінів, як «галюцинації» або «марення», тому питання щодо цих симптомів можуть бути втрачені при перекладі і таким чином зробити огляд неефективним. Інші концепції можуть бути поширені в тій чи іншій культурі, деякі питання розглядаються як образливі або нешанобливі. Перекладачі можуть мати власні думки стосовно проблем пацієнта і не докладатимуть зусиль, щоб точно передати питання. Крім того, персонал повинен знати, що найняті перекладачі можуть бути традиційними ворогами затриманого населення: вони можуть походити з сусідніх країн, що перебувають у конфлікті, або дотримуватись різної політики.

Персонал потребує певного часу, щоб познайомитись із перекладачами і з'ясувати їхнє ро-

зуміння термінології охорони психічного здоров'я, а також оцінити їхню здатність передавати інформацію затриманим. Перекладачі повинні розуміти важливість кожного поставленого пацієнту питання та самостійного надання відповідей. Необхідно використовувати найманих перекладачів, коли це можливо, але недоступність перекладачів не повинна перешкоджати успішному виконанню місії. За відсутності найманого перекладача можуть знадобитись ув'язнені, які вільно володіють англійською мовою. Тюремний персонал може рекомендувати ув'язнених, які довели свою ефективність і, можливо, надавали допомогу в інших випадках. Хоча лікарі спочатку можуть бути проти залучення ув'язненого в ролі перекладача, допомога надійного ув'язненого є надзвичайно ефективною і корисною. Ув'язнені можуть почувати себе комфортніше, відкриваючись іншому ув'язненому, якого вони поважають і яким захоплюються, аніж найманому перекладачу, якому вони не довіряють. Встановлення взаєморозуміння з ув'язненими має велике значення для успішного лікування, а іноді робочі взаємини з одним із ув'язнених, що говорить англійською, спроможні сприяти ефективним терапевтичним стосункам.

СТВОРЕННЯ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ

Важливо пам'ятати, що здебільшого у цьому оточенні діагноз є функціональним: мета не обов'язково полягає у визначенні етіології й характеру розладу, а скоріше в розробці ефективного лікування. Міжнародні стандарти надання медичної допомоги в цих умовах конкретизують лікування психічних розладів, які призводять до нездатності піклуватися про себе або підвищеного ризику погіршення функцій чи здоров'я; варто зробити наголос на функціональні порушення. Функціональна недостатність є одним із найважливіших компонентів при прийнятті рішення про надання догляду, особливо якщо ресурси обмежені. З цією метою персонал має:

- діагностувати, зважаючи лише на наявні дані;
- розробити процедури з використанням критеріїв, які максимізують функціональний результат і зроблять його якнайбезпечнішим;
- спиратися на результати моніторингу для коригування і, зрештою, титрувати лікування.

Діагностика і лікування в умовах ув'язнення вразливі для багатьох проблем, що не відчутні в інших умовах: мовні і культурні бар'єри для створення гарної комунікації; тонкощі щодо культурних чинників, пов'язаних зі значенням психічного захворювання для затриманого; тиск в місцях позбавлення волі, щоб придбати наркотики чи заручитись увагою або, навпаки, задля відчуження від табору; групова динаміка, що впливає на поведінку особи. Відсутність надійної інформації, можливість необ'єктивного перекладу й упередженого ставлення тюремного персоналу до психічних захворювань і хворих ув'язнених безмірно ускладнюють ситуацію. Доступна інформація містить особисті звернення ув'язнених, повідомлення від третіх осіб (ув'язнених з табору чи тюремного персоналу), записи медичного персоналу, що надають допомогу під час ув'язнення, огляд і функціональну оцінку. Оскільки переклад може бути ненадійним, медичне опитування повинно спиратись на спостереження за поведінкою більшою мірою, ніж до цього звикла значна частина лікарів.

Принципи психологічної програми управління та надання допомоги

Створення програми управління психологічними проблемами або проведення консультацій — надзвичайно важлива частина успішної місії надання психологічної допомоги ув'язненим. Військова поліція має справу з психічними проблемами щодня і часто звертається до команди охорони психічного здоров'я за порадою і підтримкою. Деякі ув'язнені перевіряють межі дозволеної поведінки, на що потрібно ефективно реагувати, аби завадити іншим діяти аналогічним чином. Часто

неприйнятна поведінка трапляється для досягнення вторинних цілей, тому команда охорони психічного здоров'я може навчити співробітників виправних установ проведенню відповідних заходів для вирішення проблеми без переваг для ув'язненого (який своєю поведінкою спричинює поширення подібної поведінки в інших ув'язнених). Психологічна програма управління поведінкою може розширити можливості співробітників виправних установ і значно зменшити неадекватну поведінку затриманих.

Співробітники тюремної служби режиму у виправних установах мають одне з найскладніших робочих місць серед військових. Штатний персонал може мати досвід роботи у виправних установах і використовувати свій попередній досвід і підготовку для ефективного управління неадекватною поведінкою. Інші не мають досвіду роботи в таких установах і можуть працювати в середовищі з ув'язненими вперше після дуже обмеженого навчання. Стикаючись із ворожим ставленням ув'язнених, більшість тюремного персоналу щодня виконує надзвичайну роботу з підтримання порядку і дисципліни. Коли в'язні поводять себе так, що становлять загрозу для себе або інших, персонал місця утримання викликає медичну бригаду охорони психічного здоров'я для допомоги. Для полегшення роботи команди медичному персоналу необхідно встановити робочі стосунки з працівниками виправної установи на початку розгортання. Працівники охорони психічного здоров'я мають проінформувати пенітенціарний персонал щодо найбільш поширеної поведінки, пов'язаної з психічними захворюваннями; необхідно заохотити їх звертатись по допомогу до працівників охорони психічного здоров'я, якщо вони мають занепокоєння чи не впевнені щодо того, як впоратись із конкретною ситуацією. Тюремний персонал цінить наявність можливості зателефонувати фахівцям охорони психічного здоров'я, якщо їм потрібна допомога. Часто поведінку можна контролювати шляхом простого видалення затриманого з його оточення або даючи затриманому можливість деякий час побути на самоті, далеко від інших ув'язнених. Крім того, команда охорони психічного здоров'я відповідає за навчання тюремного персоналу, щоб вони могли визначити, коли затриманий має психічний розлад I осі або коли має розлади особистості, затримку психічного розвитку (психічний розлад II осі); персонал місця ув'язнення повинен зв'язатися з медичною командою для огляду психічного стану. Хороший клінічний огляд допоможе визначити основну проблему і прийняти відповідне рішення щодо врегулювання ситуації.

Первинні проблеми осі II розповсюджені серед осіб, що перебувають у виправних установах, тому вони також можуть виникнути і в ув'язнених. Найпоширеніші причини для імітації психічного розладу передбачають вторинну користь; наприклад, бажання отримати більше сигарет, бути переміщеним у приміщення з кондиційованим повітрям, а також безліч інших причин, які приносять задоволення ув'язненому або зменшують його страждання. Неадекватна поведінка може містити самоагресію, наприклад порізи, ковтання колючого дроту, суїцидальні погрози, суїцидальні жести, імітацію апоплексичного нападу або інших станів, які зазвичай вимагають переміщення з місця ув'язнення і огляду в умовах медичного стаціонару. Така поведінка може бути значно зменшена за наявності медичної або психічної команди охорони здоров'я, котра оцінює ув'язнених в їхньому життєвому просторі та приймає рішення про їх переміщення тільки за медичними показаннями. Проте контакт із групою охорони психічного здоров'я на місці може стати метою ув'язненого.

Попри деяку схожість виправних установ, догляд за ув'язненими є унікальним, і загальні клінічні припущення щодо етіології мають припускати можливість імітації. Хоча деякі ув'язнені ріжуть себе або загрожують самогубством, щоб їх перемістили до іншого місця, поведінка інших здатна мати більш згубну мету. Наприклад: відволікти увагу, щоб створити загрозу іншому затриманому або навіть вбити його; відволікти увагу тюремного персоналу, щоб побудувати тунель чи подати сигнал до бунту. Часом може й не бути жодних очевидних причин для такої поведінки. Якось 2005 року затриманих привезли до Абу-Грейб з іракської в'язниці. Усі вони були обстежені як з медичної, так і психічної точки зору; більшість із них знаходились у поганому стані через суворі умови іракської в'язниці. Працівники охорони здоров'я дещо здивувались, що більшість ув'язнених були

задоволені поверненням до Абу-Грейб, де їх обстежували та сортували впродовж місяців перш ніж повернути іракцям. Один із цих людей був надзвичайно задоволений і голосно виражав своє вдоволення через повернення до відносного комфорту американської установи позбавлення волі, проте впродовж години після повернення до табору зімітував апоплексичний напад.

Наявність визначеної зони спостереження, розташованої в установі позбавлення волі, дає медичному персоналу змогу надавати допомогу затриманим і обмежує потребу в транспорті поза установою. Додатково до спостереження основна медична допомога, зокрема накладання швів, перев'язки, перевірка життєво важливих показників, забезпечення лікарськими засобами, а також інші необхідні заходи, які не потребують транспортування до лікарні, можуть бути надані у місці позбавлення волі. Визначена зона повинна розташовуватися поблизу командного пункту тюремного персоналу або в іншому місці, де за затриманими можуть спостерігати постійно, але в межах установи ув'язнення і якомога ближче до житлового сектору; так що навіть безпосередній контакт з командою охорони психічного здоров'я може бути обмеженим у випадку підозри симуляції для отримання цього контакту. TF MED 115 впоралась із самотравмувальною поведінкою одного ув'язненого, суворо обмеживши доступ пацієнта до лікарні; необхідна була постійна підтримка медичних команд невідкладної допомоги, яких викликали для перев'язки ран середньої тяжкості, яких завдав собі ув'язнений. Таким чином, цей план виправдав себе.

Розподіл і видача лікарських засобів

Деякі ув'язнені з психічними захворюваннями потребують лікарських засобів, інші — ні. Тому для ефективного лікування відповідних захворювань деяким ув'язненим необхідно призначати відповідні лікарські засоби. Психічні захворювання серед ув'язнених відображають хвороби серед населення в цілому і містять розлади настрою, тривожні неврози, психотичні розлади, розлади через вживання психоактивних речовин, розлади особистості та інші перераховані в Діагностичному та статистичному довіднику психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders). Багато лікарських препаратів, які зазвичай використовуються і наявні в Сполучених Штатах, не доступні по всьому світу, так що культурна обізнаність може відігравати важливу роль у призначенні відповідних препаратів. Конкретного ув'язненого могли ефективно лікувати психотропними препаратами до затримання, і його варто залишити саме на такому лікуванні. Крім того, якщо лікування необхідне, воно має тривати і після звільнення ув'язненого; асортимент ліків, доступних у місцевій економіці, слід уважно розглянути, щоб отримати впевненість у доступності та безперервності лікування. В іншому випадку показання, протипоказання, побічні ефекти, а також керівні принципи призначення лікарських засобів певного класу залишаються тими ж, як і за інших обставин.

Залежно від кількості ув'язнених і кількості осіб, які потребують ліків, видача може бути складним і трудомістким процесом. Необхідно приділяти увагу запобіганню накопичення та розглянути питання про потенційну летальність або медичні ускладнення. Якщо це можливо, потрібно обирати ліки, які можна приймати щодня, а не частіше, це забезпечить дотримання умов медичного призначення і зменшить затребуваність персоналу, що розподіляє ліки.

Кожен співробітник, який відповідає за видачу ліків, має пройти навчання з правильної техніки розподілу. Методика, по суті, така ж, як та, що практикується в багатьох в'язницях США: кожна доза розподіляється окремо; кожен прийом ліків має проходити на очах медичного працівника для запобігання обману чи накопичення. Дії мають бути послідовними, щоб гарантувати, що пацієнт отримує ліки правильно і насправді проковтує їх (додаток 40.1).

Ця процедура необхідна для будь-яких ліків, і кожний пацієнт має виконувати встановлені правила. Накопичення ліків може стати серйозною проблемою, а зловживання психотропними речовинами є поголовним серед ув'язнених. Медичні працівники, у тому числі працівники охорони психічного здоров'я, мають пройти тренування стосовно цих проблем, а їхнє керівництво має проводити вибіркові перевірки для забезпечення

дотримання процедури. Медичний персонал психічної охорони здоров'я повинен взяти на себе провідну роль у цьому процесі. Ув'язнені інколи протестують на початковому етапі, але при продовжуваній процедурі підкорюються без вагань. Крім того, процес взаємодії з ув'язненими двічі в день покращує терапевтичний альянс: деякі з них вважають цю взаємодію надзвичайно сприятливою і визнають клінічну користь від взаємодії, хоча цей процес може бути трудомістким і дуже вимогливим до медичного персоналу. Співробітники можуть по черзі видавати ліки. Це також допомагає запобігти «вигоранню» і допомагає персоналу краще пізнати ув'язнених.

Деякі в'язні можуть лікуватись іншими лікарськими препаратами, які призначили різні працівники охорони здоров'я. Необхідно постійно переглядати медичну карту або перевіряти призначені ліки для кожного ув'язненого, щоб впевнитись у відсутності протипоказань або несумісності ліків. Медичні працівники повинні обговорити потенційні побічні ефекти кожного лікарського засобу з кожним в'язнем і впевнитись, що кожен з них дав інформовану згоду перед початком лікування. Програма надання інформації про ліки корисна для підготовки ув'язнених до можливого звільнення, коли вони, імовірно, отримають запас препаратів на кілька днів.

Обмін даними з іншими сторонами

Від початку розгортання необхідно налагодити взаємодію з медичним персоналом охорони психічного здоров'я в інших місцях утримання під вартою. Ув'язнені часто передаються з одного місця розташування до іншого, залежно від правових питань, пов'язаних із їхньою справою. Зв'язок між таборами для затриманих забезпечує ефективну передачу ув'язнених з психічними проблемами зі здоров'ям і покращує продовження безперервного лікування. Заклад, що отримує ув'язненого, повинен підготуватись шляхом перегляду відповідних медичних записів, отримання відповідних ліків і обговорення будь-яких проблем зі співробітниками, які лікували ув'язненого. За відсутності робочих взаємин між співробітниками команди, що передають чи отримують ув'язнених, можуть бути непідготовленими, і це може вплинути на догляд за пацієнтами. Спілкування між співробітниками на різних територіях має відбуватися на регулярній основі, оскільки переміщення часто бувають раптовими і несподіваними. Частота може бути визначена на підставі ступеня важкості захворювання пацієнта і потреби надання допомоги. Команда, що отримує пацієнта, повинна отримувати інформацію про нього до його переведення. Проблеми виникають тоді, коли в'язні, прибуваючи на нове місце, сповіщають, що вони приймали психіатричні препарати або отримували психіатричне лікування, і немає жодних відомостей про лікування. Часто ув'язнений може не знати, що йому призначені ліки. Без знання діагнозу і результатів попереднього лікування ефективний план лікування може бути перерваний, затриманий повинен буде пройти огляд та оцінку і знову розпочати процес лікування. А це є розчаруванням як для ув'язненого, так і для персоналу охорони психічного здоров'я.

ДОДАТОК 40.1

ПРОЦЕС ВИДАЧІ ЛІКІВ ДЛЯ УВ'ЯЗНЕНИХ

- Перевірити особу пацієнта шляхом порівняння посвідчення особи ув'язненого або пов'язки на руці особи, яка прийшла на лікування (продаж пов'язок в обмін на послуги — поширений випадок); не надавати ліки особам, які не пройшли ідентифікацію.
- Надавати ліки лише одноразовими дозами; не давати ув'язненим, які потребують ліків двічі на день, однією дозою зранку.
- Попросити ув'язнених протягнути руку і покласти ліки на їхню долоню.
- Переконатись, що в них є вода для полегшення ковтання ліків.
- Уважно спостерігати за тим, як ув'язнені кладуть таблетку до рота та ковтають її.
- Опісля того, як ув'язнені проковтнули, попросити їх відкрити рот і витягти язик, щоб перевірити, чи дійсно вони проковтнули ліки. Попросити ув'язнених показати відкриті долоні, щоб впевнитись у тому, що вони не приховали ліки в руці.
- Переконавшись, що ув'язнені дійсно прийняли ліки, їх можна виводити з відділення.

ОСОБЛИВІ КЛІНІЧНІ ПРОБЛЕМИ

Найпоширенішими синдромами при догляді за ув'язненими є ситуативні реакції на захоплення і судовий вирок, страх перед іншими ув'язненими, страждання, пов'язані з відділенням від родини, і реакції на неминучу бездіяльність, пов'язану із ув'язненням. У в'язнів часто присутня гостра тривога відразу ж опісля прибуття в місця позбавлення волі або місця утримання до суду. Вони часто скаржаться на втому, пригнічений настрій або симптоми, пов'язані з хронічним безсонням і бездіяльністю. Розуміння цих ситуаційних чинників може зменшити гіпердіагностику та надмірне використання ліків у цієї групи пацієнтів.

Особи, які перебувають в ув'язненні, часто намагаються встановити контроль, отримати особливі привілеї або зменшити нудьгу способами, які притягнуть увагу команди охорони психічного здоров'я.

Агресія до інших, незвичайна поведінка, така як купання в стічних водах, а також суїцидальні заяви або парасуїцидальна поведінка можуть бути типовими ознаками психічного захворювання, але в цьому контексті часто стають маніпулятивними проявами або перевіркою. Голодування та інші дії серед ув'язнених детально обговорюються нижче через їхній незвичайний політичний характер. Диференційний функціональний діагноз та навчання пенітенціарного персоналу управління поведінкою є важливими інструментами в управлінні цими потенційно негативними проблемами.

Когнітивні розлади є особливою проблемою в догляді за ув'язненими. Первинні розлади, які можуть бути присутніми, містять весь спектр цих хвороб: порушення розвитку, включаючи розумову відсталість; придбану гостру або хронічну черепно-мозкову травму; метаболічні, судинні або інші інвазивні ураження чи пов'язану з віком деменцію. Усі вони виникають через особливі обставини, що впливають на здатність ув'язненого функціонувати, і викликають особливі зобов'язання персоналу з догляду за в'язнями. На жаль, більшість інструментів, призначених для виявлення когнітивних порушень, нечутливі до культурних чинників і до освітньої депривації, що робить їх непридатними в цьому оточенні; навіть якщо вони ефективні, необхідні послуги неупередженого перекладача.

Недоторканність приватного життя і конфіденційність є проблемами в системі охорони психічного здоров'я, що виникають постійно. Попри доброзичливе ставлення до права ув'язненого на конфіденційність, у цьому оточенні навіть право відмовитися від лікування може бути спірним, якщо поведінка в'язнів спричиняє істотний ризик для них самих або для інших. Персонал охорони психічного здоров'я має законний інтерес до психічного стану ув'язнених із серйозними емоційними або когнітивними проблемами, як і пенітенціарний персонал, відповідальний за табір для військовополонених.

Цілком імовірно, що інші ув'язнені знатимуть про психічні проблеми зі здоров'ям пацієнта, особливо якщо порушується його поведінка. Опитування повинно проводитися публічно, чи принаймні за присутності охоронця. Виправдана повага до людської гідності й недоторканності приватного життя завжди необхідна, але в цьому оточенні конфіденційність в найбільш строгому тлумаченні малоймовірна і не повинна бути обіцяна.

Медична документація — це ще одна особлива клінічна проблема у військових умовах місць позбавлення волі. Міжнародні стандарти вимагають єдиної форми медичних документів, які супроводжують пацієнта та можуть бути доступними для перегляду пацієнтом (або його представником) чи контролюючим органом, таким як Міжнародний Червоний Хрест. Ця очевидно проста вимога ускладнюється, як правило, розосередженням місць позбавлення волі. Установою для зберігання медичної документації буде лікарня, а не табір, що вимагає технічного забезпечення можливості внесення робочих записів. У нинішньому конфлікті ув'язнені ідентифікуються за номером, а не за іменем через неясність у встановленні особи, а також для захисту людини. Це також ускладнює ідентифікацію пацієнта і його медичних документів. Часте переміщення ув'язнених з міркувань безпеки або через юридичні причини ще більше ускладнює дотримання стандартів медичної документації.

ГОЛОДУВАННЯ: УНІКАЛЬНА КЛІНІЧНА ПРОБЛЕМА

Психологічні консультації щодо голодування є особливою або командно-спрямованою оцінкою, що потребує участі працівника охорони психічного здоров'я рівня доктора для відповідності критерію, еквівалентному догляду за ув'язненими. Залучений військовий психолог, психіатр або соціальний працівник рівня доктора повинен бути інформований про міжнародні стандарти для лікування тих, хто голодує, і політики щодо голодування; а також про культурні чинники, що впливають на рішення ув'язненого голодувати. Якщо це взагалі можливо, він має проконсультуватися з керівником об'єкта, з військовим прокурором, а також з основним лікарем затриманого, щоб визначити контекстуальні та ситуаційні питання, перш ніж вступати в контакт із затриманим або виносити рекомендації для команди.

Існує сильна міжнародна налаштованість на підтримку голодуючих, яка спирається на історію застосування голодовок на знак протесту проти репресивних політичних режимів. Міжнародна медична спільнота підтримує самовизначення затриманих і забороняє примусове годування [6, 7]. Проте не всі голодування мають однаковий ступінь легітимності [8]. Особи, які відмовляються від харчування для протидії, зустрічаються набагато частіше, ніж політичні голодні протести. Такі випадки мають набагато більше шансів швидкого припинення без негативних наслідків.

Типовий протокол голодного страйку [9] вимагає, щоб працівник охорони психічного здоров'я оцінював стан ув'язненого на початку голодного протесту та щоденно під час голодування. На додачу до ускладнень через ворожу природу місць позбавлення волі, крос-культурні аспекти оцінки у військовому контексті роблять це завдання складним. Оскільки оцінка буде тривати протягом голодування, працівник охорони здоров'я повинен бути поінформований про типовий хід голодовки та її вплив на емоційний і когнітивний статус індивіда.

Оцінка

Затриманий, який бере участь у голодуванні, не може відмовитися від виправданого огляду. Ситуація є аналогічною при оцінюванні особи, підозрюваній у деменції, яка не хоче проходити медичне оцінювання: цей огляд проводиться в інтересах пацієнта. Попри це, важливо спробувати отримати інформовану згоду на цей і наступні огляди за умови встановлення розумних робочих стосунків із пацієнтом. Повинні бути визначені мета, масштаби і обмеження огляду, межі взаємин із медичним працівником, роль конфліктів, які можуть розвиватися, а також питання конфіденційності медичної документації. Якщо затриманий відмовляється відповідати на питання, нагляд і дані з паралельних джерел інформації набувають вирішального значення у встановленні дієздатності особи. В одному із таких випадків у театрі воєнних дій лікарю був наданий фіксований протокол опитування, що дозволило оцінити короткочасну, довгострокову і процедурну пам'ять; для цього використовувались спеціальні запитання. Психолог спостерігав за пацієнтом по замкнутому контуру телевізійної системи, щоб забезпечити клінічну оцінку когнітивного статусу пацієнта.

Відповідні чинники первинної оцінки дієздатності пацієнта швидко визначають наявність психічного розладу, що впливає на судження і прийняття рішень. Проблеми з імпульсивним управлінням призводять до розладів поведінки. Когнітивний розлад включає розумову відсталість, черепно-мозкову травму чи недоумство, примус або вплив на інших і неточну оцінку ситуативної інформації. Особиста історія, записи з медичної установи і клінічне спостереження під час огляду є важливими інструментами оцінки пацієнта. Стандартні когнітивні інструменти навряд чи будуть доступні, що робить психометричну оцінку деменції або когнітивного розладу важкими. Останні два перераховані чинники, примус або вплив на інших і неточність оцінки ситуативної інформації, є менш доступними для історичного огляду або прямої оцінки, але є важливими проблемними ділянками. Команді TF MED 344 вдалося уникнути одного голодного страйку, що лише починав зароджуватись, шляхом уточнення процесу судового перегляду для ув'язненої особи.

Первинний огляд має уточнити, чи затриманий хоче брати участь у голодуванні. Мовні

проблеми і плутанина на полі бою можуть створювати помилкові висновки. Так, зокрема, один затриманий був переданий до третинного табору інтернованих з приводу голодування на початку 2006 року; він відразу ж заперечив намір голодувати, коли його опитували у відділенні невідкладної допомоги, і почав їсти, як тільки йому вилікували шлунково-кишковий розлад і в нього пройшла нудота. У межах уточнення намірів працівник охорони психічного здоров'я обговорює з кожним затриманим, чи планує він голодувати до смерті або чи прийме він медичні поради і обмежить голодування, коли його здоров'я опиниться під загрозою.

Працівник охорони здоров'я має уточнити причину початку голодування ув'язненого. Однак працівник охорони здоров'я не бере участі в переговорах з ув'язненим щодо його вимог через цілу низку причин: збереження корисного нейтралітету із ув'язненим відокремлює проблему відмови від їжі від проблеми, яку ув'язнений хотів би довести до відома громадськості. Це є важливою стратегією в управлінні ситуацією голодування. В одній із типових ситуацій голодування ув'язнений починав кожну розмову з прохання побачити командира; на кожен запит надавалась відповідь, що командир знає про прохання, і психолог не зміг нічого зробити, щоб сприяти вирішенню цієї проблеми.

Обов'язково потрібна щоденна оцінка емоційного і когнітивного стану ув'язнених. Її має здійснювати основний лікар, який дозволить працівнику охорони психічного здоров'я переглянути будь-які медичні чинники, що можуть впливати на ув'язненого, і запитати основного лікаря про взаємодію з пацієнтом. Початкові огляди, як правило, не надто плідні, окрім допомоги в створенні моделі стосунків, а когнітивні й емоційні зміни малоймовірні протягом першого тижня голодування.

Наступні огляди містять оцінку тонких когнітивних змін, викликаних змінами харчування: наприклад, тенденція приймати більш ризиковані рішення, більш дратівлива поведінка і все більше опозиційних проявів, особливо в ситуаціях, пов'язаних із конфронтацією [10]. Незначні проблеми з пам'яттю або концентрацією можуть сигналізувати про початок делірію через зниження метаболізму, лікарські засоби, зміни в харчуванні або дисфункції органів. Усі ці проблеми необхідно виявити якомога раніше, щоб уникнути швидкого когнітивного погіршення. Страйкарі, що голодують, із суїцидальним наміром або хворобливою ідеацією, деформацією орієнтації або зниженням інтересу до приємної діяльності можуть бути в стані пригнічення — це умова, за якої ув'язнені можуть дозволити лікування. Медичний огляд також оцінює довіру ув'язненого до лікаря, розуміння медичної інформації, яку йому надають, і його намір продовжувати голодування.

Когнітивні заходи чутливі до освітніх і культурних чинників і вразливі у практичному застосуванні (лише кілька методів були нормовані для використання в різних культурах). Їхнє повторне проведення на щоденній основі може призвести до втрати ефективності цих засобів так само, як інформація, яку вони здатні забезпечити, стає більш цінною. Працівник охорони психічного здоров'я повинен розробити протокол спостережень із використанням звичайних взаємодій в умовах утримання під вартою, щоб оцінити пам'ять, концентрацію, швидкість мови і координації рухів, а не покладатися на тести.

Документування результатів має вирішальне значення. Існує три можливі результати голодування: ув'язнений закінчує голодування добровільно, ув'язненого годують примусово або затриманий помирає від ускладнень, пов'язаних із відмовою від їжі. Особливо у випадках примусового годування або смерті усі заходи як основа для подальших медичних і управлінських рішень щодо медичної допомоги повинні бути чітко задокументовані та збережені.

Втручання

Працівник охорони психічного здоров'я не може співпрацювати примусово або зі стратегіями, що вводять в оману, чи погоджуватись зі стратегіями, які можуть бути сприйняті як жорстоке поводження із ув'язненим. Хоча було б розумним не надавати привілеїв або утримувати ув'язненого в ізоляції, щоб запобігти поширенню його ідей чи примусу, проте не можна обмежувати доступ до засобів особистої гігієни і фізичних вправ. Можуть бути корис-

ними презентація гарних страв і приємних ароматів, навмисний показ інших осіб, що їдять. Однак дратування їжею або надмірний її показ здатні сприйматись як насилля і, швидше за все, призведуть до зворотних результатів. Загрози або примусове годування спричинюють зворотні результати, створюють негативну атмосферу і вважаються примусовими в міжнародному співтоваристві.

При психологічному управлінні голодуванням необхідно зосередити увагу на обмеженні необґрунтованої уваги до ув'язненого під час голодування, щоб зменшити ненавмисне посилення небажаної поведінки. Лікувальний процес і адміністративні переговори повинні бути прозаїчними, без емоційного навантаження. Слід докласти зусиль, щоб відокремити лікування голодування і проблеми, підняті затриманим: особа, яка приймає рішення щодо вимог, повинна бути незалежною від медичного і тюремного персоналу, що працює із затриманим. Ці дві проблеми не варто пов'язувати в ході дискусій із затриманим.

Консультації

Військовий працівник охорони психічного здоров'я консультується зі штатним лікарем, щоб отримати вказівки стосовно різних аспектів ситуації голодування; часто ці методи не передбачені командуванням. Досвід поважних у цій галузі авторів підказав, що очікування команди можуть бути досягнуті через консультанта. Адже існує можливість, що працівник охорони психічного здоров'я має більш повне уявлення про мотивацію голодуючого або що він якоюсь мірою буде в змозі втрутитися і спонукати ув'язненого до завершення голодування. Чітке розмежування ролей і можливостей має особливе значення.

Медичні працівники мають велике значення у захисті як пацієнта, так і військового командування від несприятливих наслідків голодування. Дотримання ретельного балансу між консультуванням з догляду за голодуючим та врівноваженням конкуруючих етичних проблем, що часто пов'язані з цією ситуацією, а також визнання міжнародних стандартів медичної допомоги вимагають вдумливого підходу і консультування команди стосовно ефективних дій у такого роду ситуаціях.

Працівник охорони психічного здоров'я обговорює з лікарем доступну літературу про голодування та про норми поведінки, пов'язані з доглядом як за тими, хто голодує з термінальною метою, так і за тими, хто готовий звернутися по медичну допомогу, а також про важливість недопущення змагальних стосунків із пацієнтом. Лікар повинен встановлювати і підтримувати критерії оцінки для різних рішень, у тому числі інформувати пацієнта про його критичний стан і надавати дані, які є сигналом для команди про можливу неспроможність медичної допомоги.

Командування, імовірно, розгляне питання примусового годування на початку страйку, частково тому, що наслідки дозволу ув'язненому померти під вартою є екстремальними, і частково через обмеженість знань про ймовірний термін голодування. Однак підтримування життя ув'язненого за допомогою примусового годування може просто подовжити голодування, що несе власні медичні ризики і, можливо, не буде необхідне за станом здоров'я в перші тижні страйку. Добра медична порада має вирішальне значення для обмеження різкої реакції командування. Ефективні консультації стосовно підходів до вирішення питання голодного страйку дасть командуванню можливі методи дій, окрім методів примусу.

ВИСНОВКИ

Надання психіатричної допомоги в зоні бойових дій ворожим бійцям створює унікальні професійні й особисті проблеми. Немає жодної аналогічної ситуації в цивільному просторі.

Оскільки ця місія унікальна, важливо мати чітке розуміння клінічної місії і властивих їй системних проблем до входу в зону операцій. Украй важливо розуміти весь політичний і гуманітарний вплив ролі працівника охорони психічного здоров'я в цій обстановці, щоб оцінити важливість місії та примирити складні й часто суперечливі емоції та реакції.

ЛІТЕРАТУРА

1. US Department of Justice, Federal Bureau of Prisons. Program statements for medical, dental, and health policies (6000 series). Available at: http://www.bop.gov/DataSource/execute/dsPolicyLoc. Accessed July 8, 2010.
2. American Public Health Association. *Standards for Mental Health Services in Correctional Institutions*. 3rd ed. Washington DC: APHA; 2003.
3. US Department of the Army. *Enemy Prisoners of War, Retained Personnel, Civilian Internees and Other Detainees*. Washington, DC: DA; 1997. Army Regulation 190-8.
4. US Department of the Army. *Medical Support to Detainee Operations*. Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.46.
5. US Department of the Army. *The Law of Land Warfare*. Washington, DC: DA; 1956. Field Manual 27-10.
6. World Medical Association. WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers. Available at: http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/index.html. Accessed July 8, 2010.
7. English V, Gardner J, Romano-Critchley G, Sommerville A. Management of prisoners on hunger strikes. *J Med Ethics*. 2001;27:203–204.
8. Reyes H. Medical and ethical aspects of hunger strikes in custody and the issue of torture. International Committee of the Red Cross Web site. 1998. Available at: http://www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/health-article-010198?opendocument. Accessed July 8, 2010.
9. Oklahoma Department of Corrections. Hunger strikes. Operations Memorandum 140122. Available at: www.doc.state.ok.us/Offtech/op140122.pdf. Accessed July 8, 2010.
10. Fessler DMT. The implications of starvation induced psychological changes for the ethical treatment of hunger strikers. *J Med Ethics*. 2003;23:243–247.

Розділ 41

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ СПОЛУЧЕНОГО КОРОЛІВСТВА

Ніл Грінберг[I] · Джеймі Хакер Хью[II] ·
Марк Ерншоу[III] · Саймон Веселий[IV]

ВСТУП

ІСТОРІЯ

СУЧАСНА СЛУЖБА ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Оперативна організація

Судова справа Міністерства оборони щодо посттравматичного стресового розладу

Система управління ризиками травмування

СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА МАЙБУТНІ НАПРЯМИ ДІЙ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, командор, Медичний корпус, Збройні сили Сполученого Королівства; професор захисту психічного здоров'я, Королівський коледж, London, Weston Education Centre, Cutcombe Road, London SE5 9RJ; у минулому — старший викладач військової психіатрії, Академічний центр оборони психічного здоров'я, Королівський коледж, London.

[II] Доктор психології, директор клінічної психології оборони, Міністерство оборони, Об'єднана медична команда, Coltman House, Whittington Barracks, Lichfield, United Kingdom WS14 9PY; у минулому — старший викладач військової психології, Академічний центр захисту психічного здоров'я, London, United Kingdom.

[III] Бакалавр гуманітарних наук, магістр, підполковник, Корпус медичних сестер Армії імені королеви Олександри, Міністерство оборони, St Georges Court, Bloomsbury Way, London, WC1A 2SH, United Kingdom; у минулому — науковий співробітник, Науковий центр захисту психічного здоров'я, London, United Kingdom.

[IV] Доктор медицини, завідувач відділу, відділ психологічної медицини, Королівський центр військових досліджень у сфері охорони здоров'я, Королівський коледж, Weston Education Centre, 10 Cutcombe Road, London SE5 9RJ United Kingdom; у минулому — почесний викладач судової психіатрії, Інститут психіатрії, London, United Kingdom.

ВСТУП

Служба охорони психічного здоров'я Збройних сил (DMHS — Defense mental health services) Великої Британії насамперед заснована для громад і надає громадські послуги як для оперативних, так і для внутрішніх сил, що становлять 200 000 осіб персоналу Збройних сил Великобританії. Цей розділ розглядає історію військової служби охорони психічного здоров'я в Сполученому Королівстві Великобританія та подає сучасні важливі процедурні й оперативні аспекти DMHS.

ІСТОРІЯ

Дотримуючись традицій як найстаріший вид Збройних сил Великобританії, Королівський військово-морський флот першим створив відповідні послуги з управління, надання допомоги та лікування військовослужбовців, які страждають від психологічних проблем. У серпні 1818 року було відкрито психіатричну лікарню при Королівському військово-морському госпіталі Гаслар (Haslar) [1]. До сьогодні Королівський військово-морський департамент психічного здоров'я (DCMH — Department of Community Mental Health) працює при госпіталі Гаслар. З початком Першої світової війни, у 1914 році, військові британські психологи і невропатологи були відправлені в місця розгортання до Франції на підтримку британських військ. Працюючи в мобільних польових госпіталях і спостерігаючи за випадками захворювань у пунктах евакуації поранених та хворих, а пізніше у лікарнях для хворих із ще не встановленим неврологічним діагнозом (NYDN — Not yet diagnosed neurological), лікарі бачили велику кількість особового складу, що страждав від «військової контузії», «кардіоневрозу» і подібних синдромів. Таких хворих було визнано непридатними для подальших бойових дій, принаймні у найближчому майбутньому; їх евакуювали в тил або до Великобританії [2]. Було створено велику кількість лікарень по всій Великобританії, включаючи Крейглокхарт [3], лікарню Сіл Хейн, перероблену із сільськогосподарського коледжу, та багатопрофільну лікарню № 2 сера Едвард Мепазе (Edward Mapother) у Стокпорті [4]. Ці заклади проводили лікування контузії та інших розладів, аби повернути, якщо це можливо, бійців на фронт, щоб вони могли продовжувати боротьбу. Спеціалізовані навчальні курси з військової психіатрії впровадив Ґордон Мот (Gordon Mott) в лондонській лікарні Модслі та в лікарні Магхулл в Ліверпулі. Спеціалізовані центри з лікування кардіоневрозу були також створені в Маунт-Вернон в Хемпстеді та Собраон Хауз в Колчестері.

Хоча Британське психологічне товариство і створили в Університетському коледжі Лондона в 1890-ті роки, під час Першої світової війни психологія була переважно експериментальною наукою. Це відбувалося за кілька років до того, як психотерапія та клінічна психологія стали окремими повноправними дисциплінами. Перші військові лікарі-психологи, такі як Чарльз Миєрз і Вільям Ріверз (Charles S. Myers and William H. Rivers), були здебільш лікарями-терапевтами. Пізніше Миєрз став консультуючим психологом Британських експедиційних військ, а Ґордон Голмз (Gordon Holmes) — консультуючим неврологом. Миєрз створив чотири передові центри NYDN за зразком французької системи [5], а потім ще п'ять

передових центрів «кардіоневрозів» у Франції на додачу до лікарень у Великобританії. Ці заклади були створені задовго до того, як американський психіатр Томас Салмон побував у Франції в 1917 році та сприяв виникненню того, що відтоді почали називати «передовою психіатрією» [6].

Після Першої світової війни Великобританія створила мережу спеціальних цивільних лікувальних центрів і лікарень для лікування продовжуваних розладів, породжених війною, які сягнули апогею в 1921 році. (Водночас майже 15 000 стаціонарних і 3000 амбулаторних хворих і далі страждали від психічних розладів, пов'язаних із війною). Переважна більшість тих, хто працював протягом всієї війни у британських військових службах охорони психічного здоров'я, повернулися до громадської діяльності. Однак дехто залишився в службах, утворивши ядро лікарів-психологів, що працювали на початку Другої світової війни. Королівським військово-морським силам, Армії та новим Королівським військово-повітряним силам (RAF — Royal Air Force), сформованим між війнами з Королівської авіації Сухопутних військ (які спочатку були частиною Армії), були необхідні додаткові лікарі. Таким чином, неврологи і психіатри набиралися з чотирьох основних джерел (всі з Лондона): клініка Тевісток (Армія), лікарня Моудслей (Королівські ВМС), лікарня Святого Джорджа (Королівські ВМС) і лікарня Гая (Королівські ВПС) [7].

Уперше психологи залучалися для роботи щодо підбору персоналу. Якщо б не це, структура військової служби охорони психічного здоров'я Британської армії під час Другої світової війни була б такою ж, як і під час попередньої війни. Окрім передових лікарень, працювали лікарняні заклади по всій Великобританії. Серед них — невропатична лікарня № 4 в Бішопс Лейард, де психоаналітик Гадфілд (JA Hadfield) у клініці Тавісток одним із перших застосовував колективний гіпноз та зняття нервово-психічної напруги, та більш відомі центри у Норсфільді, у яких працювали засновники групової психотерапії Вілфрід Біон, Джон Рікман і Майкл Фолкес (Wilfred Bion, John Rickman, Michael Foulkes). Окрім того, передову психіатрію почали практикувати (випадково або за потребою, але все частіше спеціально і з чіткою метою) у Північній Африці, Італії та Північно-Західній Європі.

Однак підтримка психіатрів була далеко не одностайною; багато хто бачив їх в ролі п'ятої колони (підпільної групи, що прагнула підірвати авторитет уряду), а Уїнстон Черчилль називав психіатрів «джентльменами, що ставлять дивні питання» [8]. Все ще існували сильні упередження щодо пацієнтів із психічними захворюваннями. Госпіталь Королівських військово-повітряних сил в Матлоку (The RAF Neurological Hospital at Matlock) був створений як лікувально-реабілітаційний центр для пацієнтів із випадками «відсутності моральної стійкості» (LMF — «lack of moral fiber»), число яких зростало; це, ймовірніше, адміністративна категорія, аніж діагноз. Ця категорія з'явилась після того, як мали місце 250 випадків «психологічного зриву» після Битви за Британію в 1940 році; до кінця війни категорія LMF містила близько 3000 подібних випадків на рік [9]. Вважається, що страх отримати ярлик LMF мав велике значення для підтримки мотивації пілотів Королівських ВПС літати, попри високий ризик бути збитими (рівень втрат у 50 % під час місії був звичайним явищем, особливо в перші дні війни) [10]. Сержантів із LMF розжалували до найнижчого рангу; вони розгрібали лопатами вугілля, чистили картоплю або навіть видобували вугілля. Офіцерів з LMF просили піти у відставку або переводили в адміністрації на канцелярську роботу. Багато з тих, кому вже надали категорію LMF, вже здійснили десять або більше бойових рейдів. Але було виявлено, що постановка діагнозу LMF була корисною для стимулювання постійних бойових польотів в умовах екстремального ризику.

На кінець 1943 року загальна кількість психіатрів в британській Армії стоновила 227 осіб, 43 — у Королівських ВПС і 35 — у Королівських ВМС [11–13]. Більшість із 35 військових психологів [14] працювали у відбіркових комісіях та створювали тести на професійну придатність, щоб гарантувати відповідність офіцерів необхідним стандартам. Ці тести відбору під час Другої світової війни містили «групу без лідера» — метод, за допомогою якого групу потенційних кандидатів в офіцери заохочували придумати план, щоб впоратись з удаваним інцидентом без призначення лідера для вирішення проблеми (тобто щоб перевірити, чи є в групі «природний лідер»). Цей тест і сьогодні залишається основою для вибору кадрів

командного складу. На відміну від Великобританії, у Сполучених Штатах під час Другої світової війни рідко залучали працівників охорони психічного здоров'я для огляду на предмет вразливості до майбутніх психічних зривів. Ця політика тестування професійної придатності є значною «демократизацію» у відборі офіцерів відповідно до соціальних змін, що принесла війна для всіх верств суспільства. Проте під кінець війни всіх психологів демобілізували, залишивши на службі лише психіатрів.

Наприкінці 1960-х Великобританія розпочала розгортання значної кількості сил, щоб стримувати все більш нестабільну ситуацію в Північній Ірландії. Особливі вимоги цієї каральної операції проти повстанців — фактично асиметрична війна з невідомим і невидимим ворогом — мали негативний вплив на психічне здоров'я військовослужбовців. У Північній Ірландії «хвилювання» тривали до кінця 1990-х років. Хоча жодні конкретні докази не підтверджують те, що конфлікт був більш травматичним, ніж інші військові операції, багато з його ветеранів страждали від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психологічних травм.

У 1982 році Великобританія знову вступила у війну, на цей раз за тисячі миль через Атлантику [15], щоб повернути Фолклендські острови, куди вторглась Аргентина. Хоча Королівські ВМС залучали у розгортання психіатрів під час конфлікту, загальний тягар для психічного здоров'я вважався малим. Проте деякі нинішні неофіційні дані свідчать про те, що морські піхотинці, які відпливли назад до Великобританії після війни, мали кращий психічний стан, ніж їхні колеги — десантники та військовослужбовці з інших підрозділів піхоти, яких переправляли додому повітрям. Ці історії показують, що морські піхотинці повернулись до свого звичного життя після розмов про пережиті події під час морської подорожі, адже офіційної підтримки психічного здоров'я упродовж шляху додому не було. На відміну від них, представники повітряно-десантних військ проявляли насильницьку і агресивну поведінку в себе вдома, тому що не мали необхідного часу, щоб «вийти зі стану стресу» [16]. Однак не було проведено жодних досліджень, щоб підтримати або спростувати ці твердження.

Наприкінці XX століття британські війська були розгорнуті на декількох фронтах. Продовжувалась операція «Прапор» — це назва розгортання в Північній Ірландії; ротація військ відбувалась із регулярними інтервалами: 3-місячний «надзвичайний» період, 6-місячні та 2-річні «постійні» періоди. Крім того, британські війська були розгорнуті в миротворчих і стабілізаційних місіях Організації Об'єднаних Націй та Організації Північноатлантичного договору в Боснії та Герцеговині, Косові та Македонії. Військові польові психіатричні бригади (FMHT — Field mental health teams) були розгорнуті в більшості цих операцій, часто на чолі з психіатрами під час початкових фаз «розгортання». Але все більше і більше вони покладались на добре підготовлених, висококваліфікованих і відносно автономних медсестер — працівниць сфери охорони психічного здоров'я, взятих із лікарень та амбулаторій [17]. Проте зменшення оборонних видатків і скорочення штатів призвели до закриття всіх військових госпіталів, крім трьох; але з тих пір й ці три закриті. На сьогодні немає жодного спеціалізованого військового госпіталю в Великобританії; медична допомога для військовослужбовців надається у військових підрозділах цивільних лікарень, які називають «військовими відділеннями лікарні».

На додачу до цих та інших миротворчих операцій (наприклад, в Лівані, Руанді та Сьєрра-Леоне) [18] Великобританія брала участь у двох великих нетривалих війнах, за якими слідували довгі та все більш складні операції у ворожих районах бойових дій Іраку й Афганістану. Вторгнення Саддама Хусейна до Кувейту в 1991 році призвело до швидкого розгортання Збройних сил Великобританії: операція «Гренбі» була частиною багатонаціональної коаліції на чолі зі Сполученими Штатами, створеної, щоб звільнити країну від іракських сил. Психіатри і медичні сестри охорони психічного здоров'я британської Армії були розгорнуті в польових госпіталях як польові психіатричні бригади. Вони мали окремі завдання щодо надання інструктажу з охорони психічного здоров'я, психологічного опитування і оцінки психічного здоров'я відповідно до вимог по всьому театру воєнних дій. Команда охорони психічного здоров'я Королівських ВМС розгорнула госпітальне судно в Середземному морі, і психіатричні бригади Ко-

ролівських ВПС керували аеромедичною евакуацією і поверненням додому жертв із проблемами психічного здоров'я. Це завдання продовжують виконувати і поза межами серйозного конфлікту, медсестри охорони психічного здоров'я Королівських ВПС у будь-який час готові супроводжувати військовослужбовців із проблемами психічного здоров'я та іншими захворюваннями назад до Великобританії з будь-якої точки світу.

Коли британські й американські війська ввійшли до Іраку в 2003 році (британський компонент вторгнення і окупації відомий як операція «Telic»), FMHT складались із психіатрів і армійських медсестер охорони психічного здоров'я, яких знову розгорнули з десантно-штурмовими і танковими бригадами Великобританії; вони були частиною двох військових польових госпіталів. Знову ж Королівські ВМС надавали кваліфікованих працівників охорони здоров'я основному закладу прийому жертв — на допоміжне судно ВМС Великобританії «Аргус». Королівські ВПС продовжували працювати, як і раніше. Всі пацієнти з проблемами психічного здоров'я шляхом аеромедичної евакуації направлялись до психіатричної лікарні Герцогині Кенту (DKPH — Duchess of Kent's Psychiatric Hospital) (від тих пір закриту) для оцінювання, лікування, а також, за необхідності, госпіталізації. Ті пацієнти, які потребували амбулаторного лікування, зокрема мобілізовані резервісти (які становили значну частину деяких підрозділів операції «Telic», особливо медичних підрозділів), були передані в мережу DCMH.

СУЧАСНА СЛУЖБА ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Метою DCMH є забезпечення військовослужбовців швидким доступом до кваліфікованого, ефективного, гнучкого лікування на підставі індивідуальних потреб [19]. Підхід DCMH покликаний сприяти відновленню і реабілітації військовослужбовців, забезпеченню швидкого повернення до виконання своїх обов'язків, коли це можливо, або підтримці і допомозі зробити плавний, безболісний і ефективний перехід назад до цивільного життя. Лікування, догляд і реабілітація надаються в безпосередній близькості від робочого середовища особи, щоб максимізувати професійне відновлення в тісній співпраці з первинними і вторинними медичними закладами надання допомоги. Чітке розуміння унікального характеру військової моралі, складу і завдання лежить в основі ефективного надання психіатричної допомоги військовослужбовцям. Надання такої допомоги є мультидисциплінарною справою і забезпечується, залежно від індивідуальних потреб, різними кваліфікованими фахівцями.

Збройні сили Великобританії підкреслюють, що управління стресом і щоденна гігієна психічного здоров'я є функціями структури командування, а не медичних або допоміжних служб. Ті ж принципи застосовуються для фізичних і психічних розладів, наприклад підтримка водного балансу скеровується командирами підрозділів таким же чином, як і управління стресом. В обох випадках може бути необхідний експерт із конкретної сфери для надання відповідної інформації та тренування, однак експерт вузького профілю не бере на себе відповідальність за процес [19, 20].

Коли структура командування не в змозі продовжувати підтримувати персонал, існують три рівні охорони психічного здоров'я: 1) первинна медична допомога, 2) загальна охорона психічного здоров'я, 3) стаціонарна допомога. Надання психологічної допомоги відбувалось на базі госпіталю; зараз вона надається за місцем проживання відповідно до змін у цивільній Національній системі охорони здоров'я Великобританії. Надання догляду громадянам (так цей процес визначається в Національній службі охорони здоров'я) був ключовим елементом планування уряду Великобританії протягом останніх двох десятиліть. Вважається, що він добре підходить як для надання психологічної допомоги цивільним, так і військовослужбовцям. Звіт незалежної групи експертів став причиною закриття останнього військового стаціонару на початку 2004 року. Сьогодні будь-яке стаціонарне лікування надається незалежними організаціями, що мають право самостійно надавати послуги (зокрема, приватні психіатричні лікарні) на основі оплати за кожного пацієнта.

Військові протоколи підтримують використання стаціонарної допомоги за мінімально короткий проміжок часу, можливо тому, що громадське управління розглядається як ключ до ефективної професійної реабілітації.

Основна «робоча конячка» системи — це DCMH, який виконує всі функції фахівців охорони психічного здоров'я в межах DMHS. У Великобританії функціонують 15 DCMH з додатковими підрозділами в Німеччині, на Кіпрі і Гібралтарі. Цим відділам визначено завдання лікувати військовослужбовців, надаючи широкий спектр освітніх програм щодо психічного здоров'я, взаємодіяти з незалежними організаціями, що надають допомогу, а також сприяти звільненням за станом здоров'я в разі потреби. На сьогодні штат має близько 200 військових фахівців у галузі охорони психічного здоров'я в різних установах. Насамперед це військовослужбовці Королівських військово-морських сил, Армії чи Військово-повітряних сил. Проте соціальна робота і психологічні послуги забезпечуються державними службовцями. Більшість військовослужбовців (75 %) — медичні сестри, всі інші — психіатри, клінічні психологи та соціальні працівники. Зараз професійні психологи та профпатологи не є військовослужбовцями.

Політика і стратегія DMHS формується управлінням начальника військово-медичної служби Збройних сил через виконавчі та професійні консультативні комітети. У Великобританії начальник військово-медичного управління є керівником усіх трьох медичних служб і може бути членом будь-якої медичної служби. Керівник DMHS є радником-консультантом з питань оборони; кожна служба має радника-консультанта і старшого офіцера-керівника середнього медичного персоналу. Хоча догляд у DMHS є сумісним (тобто фахівці з психічного здоров'я від кожної служби зазвичай надають допомогу персоналу всіх трьох служб), кожна служба несе відповідальність за управління особовим складом і його професійне зростання.

Оперативна організація

В умовах розгортання активи військових працівників охорони психічного здоров'я складаються із зареєстрованих медичних сестер охорони психічного здоров'я (їх також називають психіатричними медсестрами), а також психіатрів-консультантів. Консультанти-психіатри традиційно працюють тільки на початковому етапі оперативного розгортання; на більш пізніх стадіях психіатричні медсестри утворюють Військові польові психіатричні бригади (FMHT) з наглядом по телефону і виїзною службою від консультанта-психіатра. Досвід показав, що найбільш ефективні FMHT складаються з одного офіцера у званні від капітана до майора (або їх еквівалент) і одного військовослужбовця старшого сержантського складу. Ця структура допомагає усунути бар'єри щодо військових звань і зменшити упередження проти військовослужбовців системи охорони психічного здоров'я.

Оперативне планування передбачає оцінку втрат, що в поєднанні з розміром сил розгортання диктує, які активи працівників охорони психічного здоров'я необхідні в розгортанні. У більшості традиційних бойових сценаріїв війни FMHT складаються з психіатра і двох або трьох психіатричних медсестер, розгорнутих на позиції 2 (позиція 2 зазвичай розміщується в перев'язувальному пункті в районі на відстані 1-годинної поїздки по дорозі від бойових військ). Традиційно на позиції 3 розміщується (3–4 години часу в дорозі від лінії фронту) польовий госпіталь із подальшим доповненням персоналу охорони психічного здоров'я, включаючи консультанта-психіатра і психіатричних медсестер.

До періоду розгортання

До розгортання DCMH і FMHT необхідно оцінити з медичної точки зору військовослужбовців, яких понизили у званні або тих, хто проходить курс психіатричного лікування, щоб дати чітку вказівку командирам. Необхідно повідомити про стан здоров'я цих осіб, чи готові вони до розгортання, і якщо так, то вказати, чи існують обмеження щодо певних робіт і завдань. В ідеалі розгортання FMHT також допомагає в управлінні передоперативним стресом [5] і знайомить командирів підрозділів з тим, як вони мають підтримувати особовий склад в районі бойових дій. Таким чином буде з'ясовано механізм взаємодії (персонал охорони пси-

хічного здоров'я часто розгортають далеко від підрозділів, які вони підтримували в мирний час). Проведення офіційних брифінгів є обов'язковим для всіх військовослужбовців, які беруть участь у розгортанні. Такі брифінги призначені для надання не тільки фактичної інформації про стрес, але і детальної інформації про надання допомоги з охорони психічного здоров'я (і як отримати до неї доступ) під час майбутньої операції. Конкретні брифінги з таких питань, як обробка мертвих тіл чи поводження з військовополоненими, можуть бути проведені залежно від характеру майбутнього розгортання.

Під час розгортання

Команди прагнуть відвідувати всі підрозділи в районі бойових дій та оглядати пацієнтів за необхідності (зазвичай тих, хто звертається по медичну допомогу), а також взяти на себе роль сполучної ланки між лінійними підрозділами. Бойові дії іноді обмежують поїздки, заважають режиму роботи, і працівники охорони психічного здоров'я можуть вимушено затримуватись в одному місці та не мати змоги надати допомогу всім, хто її потребує. У цих випадках пацієнти можуть поїхати до FMHT, але таким чином вони будуть послідовно втрачати підтримку від своїх підрозділів.

Оцінка потенційних пацієнтів в районі бойових дій має приблизно відповідати графічному зображенню процесу на рис. 41.1, який пояснює порядок роботи відповідно до фундаментальної праці Ґолдберг і Хакслі (Goldberg і Huxley) щодо організації догляду за психічно хворими пацієнтами [21]. Психіатричні медичні сестри працюють з командирами підрозділів і медичним персоналом, щоб забезпечити професійні консультації з метою підтримання бойової сили, коли це можливо. Проте командири несуть остаточну відповідальність за призначення бойових обов'язків. Ці рішення засновані на низці чинників, включаючи оперативну обстановку, доступну підтримку підрозділу і розташування медичних і психіатричних активів.

Після розгортання

Відповідно до політики оперативного управління стресом після розгортання [20], фахівці DMHS допомагають вийти зі стану стресу. Інформація про рівень стресу надається командиру бригади для прийняття рішення про його зниження разом із медичними чи психіатричними консультантами. Політика начальника медичної служби визначає форми адаптації військ, які повертаються з театру бойових дій, з урахуванням її інтенсивності після розташування кожного підрозділу в зоні адаптації (з меншою загрозою бойових дій чи на іншій базі, такій як Кіпр) або в місцях постійної дислокації мирного часу.

Судова справа Міністерства оборони щодо посттравматичного стресового розладу

У 2002 році деякі колишні військовослужбовці подали в суд на Міністерство оборони щодо психологічної травми, пов'язаної з їхньою бойовою службою [22]. Позивачі не заперечували своїх завдань та бойових обов'язків. Але вони стверджували, що МО виявило недбалість і не змогло провести відповідний огляд і професійну підготовку до розгортання, як і належний післяоперативний догляд, що могло б запобігти або принаймні виявити і вилікувати їхні розлади до звільнення зі служби. Рішення щодо групового позову з приводу ПТСР виніс лорд-суддя Оуен 21 травня 2003 року. Це рішення було на користь МО практично за всіма основними позовами, хоча суддя й критикував міністерство з кількох питань. Він виніс рішення проти МО в чотирьох із шістнадцяти випадків, але ці випадки містили окремі факти і не були інституційно неефективними.

При подальшому розгляді справи суддя дав зрозуміти, що МО зобов'язане гарантувати безпечні умови роботи для свого персоналу, коли це можливо практично. Це не означає, однак, що МО зобов'язане забезпечувати ці умови під час бою, де інтереси військовослужбовців підпорядковані військовій меті. Цей принцип відомий як «бойовий імунітет». Суддя визначив, що бойовий імунітет не обмежується присутністю ворога і містить всі активні операції проти ворога, коли військовослужбовці перебувають під загрозою нападу, у тому числі штурму і опору, наступу і відступу, переслідування чи уникнення, а також розвідки і обстрілу цілі. Імунітет поширюється на планування і підготовку до операції, в яких присутня

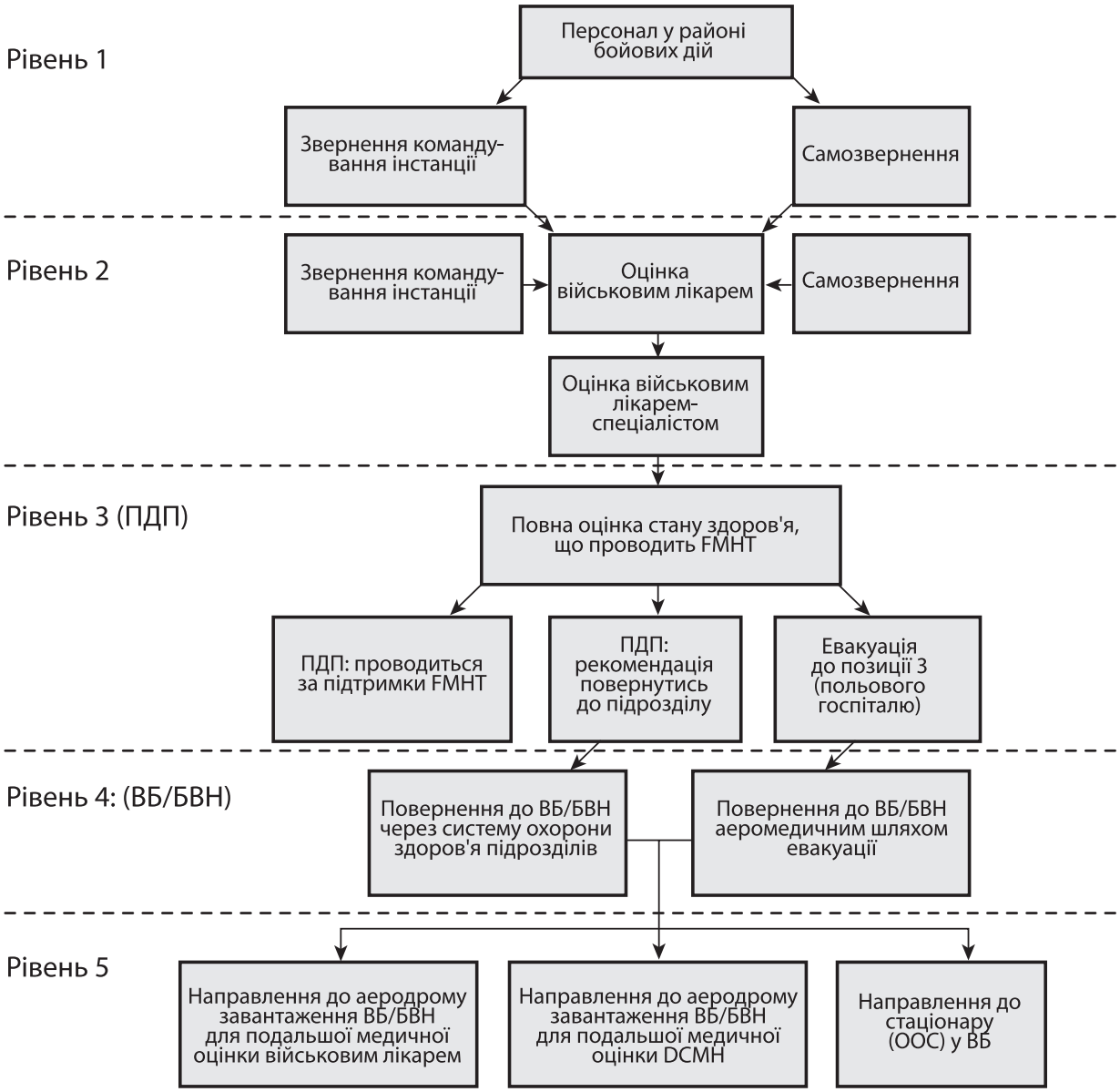


Рис. 41.1. Оперативна схема послідовності дій щодо психічного здоров'я

БВН: Британські війська в Німеччині
DCMH: Департамент охорони психічного здоров'я
FMHT: польова бригада психіатричної допомоги
ООС: організація обслуговування у стаціонарі
ПДП: повернення до підрозділу
ВБ: Великобританія

можливість атаки або опору, у тому числі при миротворчих або поліцейських операціях, коли персонал перебуває під загрозою нападу.

Ця справа була розпалена тим, що 16 профільних експертів із Великобританії, США, Ізраїлю й Австралії давали свідчення в суді. Обговорювались такі теми, як огляд під час набору кадрів, обстеження до і після розгортання, потенційне використання дебрифінгу стресу критичних інцидентів, профілактична підготовка до стресових

обставин, брифінги щодо звільнення від стресу та допомога після розгортання. Жоден із цих заходів не був визнаний ефективним для профілактики або лікування психологічної травми [22]. Внутрішній звіт МО [23], забезпечуючи керівництво для майбутнього управління оперативними питаннями охорони психічного здоров'я, закликав ініціювати серйозну дослідницьку програму з навчання вертикалі управління розпізнавати ознаки стресу. Таким чином, з'явилась можливість допомогти тим, хто може «зламатись»; почали працювати над створенням стратегії обізнаності щодо стресу та зменшення упереджень до проблем з психічним здоров'ям. Також це заохочуватиме звертатися по допомогу тих, хто її потребує [6].

Система управління ризиками травмування

Наприкінці 1990-х років бригадир, який відповідав за елітну бригаду «командос» Королівської морської піхоти, яка часто входить до сил швидкого реагування Великобританії, поставив завдання визначити шляхи поліпшення психічного здоров'я своїх військ у відповідь на оперативний стрес. Перша програма дебрифінгу стресу критичних інцидентів була відхилена через міцну культуру морських піхотинців. Згодом було розроблено більш успішну програму оцінки взаємної підтримки та психологічного ризику під назвою «Система управління ризиками травмування» (TRiM — Trauma Risk Management), яку з тих пір використовує ціла низка британських організацій, у тому числі деякі з аварійно-рятувальних і дипломатичних служб.

Зараз програма повністю інтегрована в Королівську морську піхоту і в багато частин Королівських військово-морських сил і Армії та спрямована на навчання немедичного персоналу навичок, необхідних для виявлення військовослужбовців, які можуть страждати від травматичного стресу. Програма TRiM навчає працівників охорони здоров'я надавати відповідну підтримку та діяти в ролі наставників при ліквідації наслідків потенційно травматичних подій і бойових дій. Таким чином, за необхідності, військовослужбовці, які страждають від стресу, шукатимуть допомогу в професійних джерел підтримки психічного здоров'я [24, 25]. Програма була вбудована в наявні системи управління персоналом. Наприклад, під час початкової підготовки молодих морських піхотинців навчають всебічно використовувати місцевість, стріляти, а також застосовувати TRiM підтримку. Потенційних працівників охорони здоров'я обирають до програми TRiM за їхні міжособистісні навички, досвід і здоровий глузд. Після навчання вони є основними психологічно-просвітницькими джерелами для своїх підрозділів. Крім того, у вимоги щодо просування по службі командування Королівської морської піхоти включає інформацію про TRiM, у такий спосіб впевнюючись, що всі морські піхотинці знають про цю систему та можуть її використовувати. Тренувальна програма отримала зовнішню сертифікацію, також її розглядали військові служби США [26] (проводилися підготовчі курси для персоналу США у Вашингтоні, округ Колумбія, в 2003 році і Сан-Дієго, штат Каліфорнія, в 2005 році). Система TRiM також стане складовою частиною програми Першої психологічної допомоги Збройних сил США, призначеної для застосування медичним персоналом Армії.

Одна зі стратегічних цілей програми TRiM — стати засобом для організаційних змін культури. Курс спрямований на зменшення упереджень проти проблем із психічним здоров'ям і створення оточення з обізнаних колег або наставників, які, імовірно, будуть більш прийнятними в ролі джерел підтримки, ніж працівники охорони психічного здоров'я. Опитування британських військових миротворців показали, що більше 90 % військовослужбовців про свої проблеми розмовляли з колегами, у той час як лише 8 % обговорювали їх із медичними або соціальними працівниками [27].

Комплекс рандомізованих контрольованих досліджень провадиться в Королівських ВМС, щоб гарантувати, що TRIM не спіткає та ж доля, що і дебрифінг стресу критичних інцидентів. Випробування мають визначити будь-яку можливість потенційної шкоди, а також позитивні чи негативні культурні зміни на військових кораблях, що пройшли TRIM підготовку. Можливим позитивним результатом випробування буде збільшення звернень по допомогу, без збільшення кількості проблем із психічним здоров'ям.

СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА МАЙБУТНІ НАПРЯМИ ДІЙ

Королівський центр військово-медичних досліджень (KCMHR — The King's Centre for Military Health Research) є основною військово-дослідною установою охорони психічного здоров'я у Великобританії. Хоча багато інших наукових центрів проводять відповідні дослідження для дійсних і відставних британських військовослужбовців, жоден не має суто військової спрямованості. Центром встановлено тісні зв'язки з всесвітньо відомим Департаментом військових досліджень при Королівському коледжі Лондона і пропонує ступінь магістра в галузі військової психіатрії.

KCMHR щойно завершив 3-річне дослідження здоров'я близько 12 тисяч випадково відібраних військовослужбовців Великобританії щодо повторної появи проблем «синдрому війни в Перській затоці» і психіатричної травми внаслідок операції «Telic». Поки що результати не показують зростання багатосимптомних станів [28, 29]. Окрім того, військовослужбовці регулярних військ не відзначають особливого впливу служби в Іраку з точки зору виникнення посттравматичного стресу або загальних психологічних чи фізичних симптомів. Ветерани розгортань в Іраку п'ють більше алкоголю і показують більш ризиковані форми поведінки, ніж ті, хто не брав участі в розгортанні, але абсолютне збільшення ризику є незначним. Цей результат був іншим у резервістів, які мали значні зміни стану як психологічного, так і фізичного здоров'я. Однак абсолютне збільшення ризику також є низьким (подвоєння симптомів ПТСР приблизно від 3 % до 6 %). Проте дослідження спонукало МО спробувати мінімізувати цю проблему (через більш високий ризик, тому що охорона психічного здоров'я не надається військовою службою для ветеранів і резервістів).

За даними за період до розгортання разом із даними про розгортання в операції «Telic» KCMHR зміг змоделювати наслідки огляду щодо психічного здоров'я до розгортання (коли воно було проведено). Результати показали, що огляд перед розгортанням не зменшив би кількості післяоперативних психічних захворювань, але мав би значний несприятливий вплив на деяких військовослужбовців у розгортанні [30].

Інші дослідження вивчають вплив військової служби на сімейне життя, користь медичних заходів із протидії психічним захворюванням, а також наслідки потенційного впливу збідненого урану. KCMHR має намір досліджувати групи людей протягом багатьох років, щоб мати відповідні дані про здоров'я військовослужбовця Великобританії в XXI столітті. Попередні результати, які вплинули на стратегічну політику МО, містять висновки, що надання надто багато можливостей свідомого вибору може мати негативний вплив на готовність пацієнта виконувати рекомендації лікаря, його сумлінність і схильність до лікування [31] та що огляд щодо психічного здоров'я перед розгортанням, швидше за все, є неефективним [30].

Нещодавно був створений Академічний центр охорони психічного здоров'я, де невелика група співробітників МО з охорони психічного здоров'я намагається стимулювати дослідження DMHS. Центр також надає консультантам у сфері психіатрії та радникам начальника медичної служби регулярні доповіді про появу нових результатів досліджень, що можуть бути потенційно корисними для МО в галузі політики щодо охорони психічного здоров'я. МО все більше усвідомлює необхідність використання відповідних результатів наукових досліджень для прийняття майбутніх рішень.

ВИСНОВКИ

Військова психіатрія Великої Британії має багату історичну основу. Сучасний стан охорони психічного здоров'я значною мірою базується на громадській системі надання допомоги; оперативне забезпечення надається шляхом підтримки мережі інстанцій, які у військовій доктрині Великобританії відповідають за психологічний добробут військ. Кадровий склад військового, поліцейського та цивільного персоналу окремої служби DMHS забезпечує догляд для трьох видів Збройних сил. Віднедавна все більше уваги надається дослідженням, які містять корисні дані для інформування

та впливу на політику МО. Витримавши затяжну судову справу і скорочення Збройних сил, DMHS буде продовжувати концентрувати увагу на підтримці матросів, солдатів і льотчиків Збройних сил Великобританії, а також персоналу та бойових командирів у їхніх місіях, забезпечуючи при цьому використання фактів досліджень для інформування та майбутнього практичного застосування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Jones E, Greenberg N. Royal Naval psychiatry: organisation, methods and outcomes 1900–1945. *Mariner's Mirror*. 2006; 92:190–203.
2. Johnson W, Rows RG. Neurasthenia and the war neuroses. In: McPherson WG, Herrringham WP, Elliott TR, eds. *History of the Great War, Diseases of the War*. Vol 2. London, England: HMSO; 1923.
3. Salmon TW. The care and treatment of mental diseases and war neuroses ('shell shock') in the British Army. *Ment Hyg*. 1917;1:509–547.
4. Jones E, Wessely S. *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*. Hove, UK: Psychology Press; 2005.
5. Myers CS. *Shell Shock in France, Based on a War Diary*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1940.
6. Salmon TW. Care and treatment of mental diseases and war neurosis ("shell shock") in the British army. In: Salmon TW, Fenton N, eds. *Neuropsychiatry*. Vol X. The Medical Department of the United States Army in the World War. Washington, DC: GPO; 1929: 497–547.
7. Shepard B. *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists 1914–1994*. London, England: Jonathan Cape; 2000.
8. Churchill WS. War cabinet minutes (TNA PREM4/15/2. December 1942). In: Jones E, Wessely S. *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*. Hove, UK: Psychology Press; 2005.
9. McCarthy J. Aircrew and "lack of moral fibre" in the Second World War. *War Soc*. 1995;18:87–101.
10. Jones E. "LMF": The use of psychiatric stigma in the Royal Air Force during the Second World War. *J Milit Hist*. 2006;70:439–458.
11. O'Connor R. Work of Psychologists and Psychiatrists in the Services. TNA/WO32/11974, 5 December 1946. UK National Archives (Kew, Richmond, Surrey).
12. Rees JR. *The Shaping of Psychiatry by War*. London, England: Chapman and Hall; 1945.
13. Sandiford HA. Army Psychiatry Advisory Committee Minutes (TNA, WO32/13462, 5 July 1945). In: Jones E, Wessely S. *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry From 1900 to the Gulf War*. Hove, UK: Psychology Press; 2005.
14. Hacker Hughes JGH. Unpublished MSc Dissertation. *British Naval Psychology 1937–1947: Round Pegs Into Square Holes?*: University of London. 2007.
15. Freedman L. *The Official History of the Falklands Campaign*. Vol II. *War and Diplomacy*. London, England: Frank Cass; 2005.
16. Hughes JG, Earnshaw NM, Greenberg N, et al. Use of psychological decompression in military operational environments. *Mil Med*. 2008;173(6):534–538.
17. Deahl MP, Gilham AB, Thomas J, Searle NM, Srinivasan M. Psychological sequelae following the Gulf War: factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *Br J Psychiatry*. 1994;165:60–65.

18. Hacker Hughes JGH, Campion BC, Cameron F, Devon M. Results of a survey on psychological health of British peacekeepers deployed during 2002. European Psychother [special edition]. 2003: 204.

19. Greenberg N, Temple M, Neal L, Palmer I. Military psychiatry: a unique national resource. *Psychiatr Bull*. 2002;26:227–229.

20. Surgeon General's Policy Letter 03/06. The Prevention and Management of Traumatic Stress Related Disorders in AFs Personnel on Operations. Ministry of Defence: London, England; 2006

21. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community*. London, England: Tavistock Publications; 1980.

22. McGeorge T, Hacker Hughes J, Wessely S. The MOD PTSD class action—a psychiatric perspective. *Occup Health Rev*. 2006;122:21–28.

23. Applegate D. Lessons learnt from the PTSD group actions. Service Personnel Board: a paper by the stress project leader. Ministry of Defence: London, England; 2003.

24. Jones N, Roberts P, Greenberg N. Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occup Med (Lond)*. 2003;53:469–475.

25. Greenberg N, Cawkill P, Sharpley J. How to TRiM away at posttraumatic stress reactions: traumatic risk management— now and the future. *J R Nav Med Serv*. 2005;91:26–31.

26. Keller RT, Greenberg N, Bobo WV, Roberts P, Jones N, Orman DT. Soldier peer mentoring care and support: bringing psychological awareness to the front. *Mil Med*. 2005;170:355–361.

27. Greenberg N, Thomas S, Iversen A, Unwin C, Hull L, Wessely S. Do military peacekeepers want to talk about their experiences? Perceived psychological support of UK military peacekeepers on return from deployment. *J Ment Health*. 2003;12:6:561–569.

28. Hotopf M, Hull L, Fear NT, et al. The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *Lancet*. 2006;367:1731–1741.

29. Horn O, Hull L, Jones M, et al. Is there an Iraq war syndrome? Comparison of the health of UK service personnel after the Gulf and Iraq wars. *Lancet*. 2006;367:1742–1746.

30. Rona R, Jones M, Hull L, et al. Would mental health screening of the UK armed forces before the Iraq War have prevented subsequent psychological morbidity? *BMJ*. 2006;333:983–984.

31. Murphy D, Hooper R, French C, Jones M, Rona R, Wessely S. Is increased reporting of symptomatic ill health in Gulf War veterans related to how one asks the question? *J Psychosom Res*. 2006;61:181–186.

ЧАСТИНА ВОСЬМА

ІНШІ ВОЄННІ ПИТАННЯ

Розділ 42

ВИЩА ОСВІТА У СФЕРІ ВІЙСЬКОВОЇ ПСИХІАТРІЇ

Керол Дж. Деболд[I] · Венді М. Вейтс[II] ·
Міллард Д. Браун[III] · Девід М. Бенедек[IV]

ВСТУП

ІСТОРІЯ

ПРОГРАМА ЛІДЕРСТВА

Роль директора програми

Розвиток факультету

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН

Ключові компетенції

Студенти-медики та ключові компетенції

Психотерапевтичні компетенції

Загальний навчальний план психіатричної ординатури

Дослідження і наукова діяльність

Навчальний план із військової психіатрії

Тренінгова програма після ординатури

РЕЛЕВАНТНІСТЬ ВИКОНАННЯ МІСІЇ

Знання

Навички

Ставлення

МАЙБУТНЄ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник департаменту психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-50011.

[II] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник Стаціонарної психіатричної служби, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-5001; у минулому — співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii.

[III] Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; директор психіатричної ординатури, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-5001.

[IV] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; професор і заступник голови відділу психіатрії Військово-медичного університету силових структур ЗС США, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814.

ВСТУП

Вища медична освіта (GME — Graduate medical education) є важливим аспектом військової медицини. Для підтримки здорових і продуктивних сил, спрямованих на досягнення успіху в різних середовищах і сценаріях, медичний персонал повинен мати підготовку та досвід, щоб забезпечити належну й своєчасну охорону здоров'я військовослужбовців. Щоб бути успішними в оперативних і гарнізонних умовах, військовим лікарям потрібні унікальні навички, а це вимагає комплексного навчання та освіти. Загальні уроки минулих конфліктів виявили, що медичні працівники придбали більше знань і досвіду лікування постраждалих на полі бою, ніж покладались на навчання, отримане в цивільних медичних закладах. Головним завданням військової GME, заснованої на початку XX століття, була підготовка медичного персоналу до функціонування у всіх типах операцій.

Із розвитком вищої медичної освіти на початку навчального процесу застосовувались методи набуття специфічних військових навичок. Перед початком першого року GME більшість слухачів проходять Базовий командний курс для офіцерів, на якому отримують елементарні знання з військового етикету та правильного носіння уніформи, а також набувають лідерських навичок і базових бойових навичок солдатів [1]. Студенти, які не мають можливості завершити Базовий курс до вступу до GME, проходять подібну підготовку за короткий строк опісля закінчення навчання. Згідно з навчанням, що проходять всі призначені солдати, військові медичні установи (MTF — Military treatment facility), які мають програму GME, можуть вимагати, щоб студенти брали участь у загальній річній програмі. Це необхідно для підтримання базових військових навичок у таких сферах, як ядерна фізика, біологія, хімія; знання і технічне обслуговування зброї та процедури військового зв'язку.

Психіатрія — це медичний фах із великою кількістю унікальних військових завдань Як і цивільний психіатр, що практикує в громадських закладах, таких як в'язниця або судово-медичні установи, військовий психіатр постійно стикається з питанням подвійного зобов'язання як перед організацією, так і перед пацієнтами [2]. Однак, на відміну від цивільних психіатрів, які можуть самостійно визначати ступінь свого залучення в судово-психіатричних та адміністративних питаннях, військові психіатри в таких випадках не мають вибору. Це вимагає від них широкої підготовки в питаннях військової психіатрії щодо оцінки психічного здоров'я підрозділу, дослідження розумових здібностей або психічної відповідальності обвинуваченого (правило 706 для воєнно-польових судів), перевірки службою безпеки оцінки медичної комісії [3–6]. Кожна з цих унікальних військових адміністративних оцінок вимагає спеціальної підготовки і досвіду для належного виконання На додачу до унікальних адміністративних завдань, військовий психіатр має розвивати різноманітні навички, зокрема проводити консультації з підрозділами, брифінги для військових начальників, які не мають медичної освіти, ознайомлювати солдатів і командирів із основами військової психіатрії та створювати реалістичні плани лікування, зважаючи на певні особливості виконання своїх обов'язків військовослужбовцями.

У цьому розділі буде висвітлена еволюція психіатричної GME у військовій системі охорони здоров'я від її витоків на початку XX століття до нинішнього процесу підготовки військових психі-

атрів. Армія США, Військово-морські сили та Військово-повітряні сили — всі беруть участь у психіатричній GME, підтримуючи виховання добре підготовлених випускників, які часто потрапляють до зони бойових дій незабаром після завершення підготовки. Навчальні програми розрізняються за розміром і структурою, у тому числі специфічні службові програми, що фінансуються одною службою та беруть стажистів з інших служб; програми, побудовані як спільні з громадськими програмами та програмами Департаменту у справах ветеранів, а також програма об'єднаних служб у Вашингтоні (округ Колумбія). Усі програми акредитовані Американською радою вищої медичної освіти (ACGME — American Council of Graduate Medical Education) і відповідають академічним вимогам, які чинні для цивільних програм; окрім того, вони передбачають набуття унікальних військових психіатричних навичок [7]. На додачу до ординатури в дорослій психіатрії програми військової психіатричної GME можуть запропонувати спеціалізоване навчання з дитячої та підліткової, судової, геріатричної психіатрії та психіатричної роботи щодо зловживання психоактивними речовинами.

У розділі розглядатимуться питання щодо керівництва програмами GME, ролі програмного директора, розвитку факультету і рекрутингу, навчального плану, внеску загальної медичної освіти в психіатричну GME і науково-дослідних можливостей у рамках навчальних програм. Актуальність військового психіатричного навчання буде представлена додатково до рекомендацій стосовно того, як у майбутньому може бути вдосконалена освіта з цієї унікальної спеціальності.

ІСТОРІЯ

Формально психіатрична GME у Збройних силах США є відносно новим утворенням, розвиток якого багато в чому віддзеркалює цивільну психіатричну підготовку в Сполучених Штатах. В інших аспектах, проте, вона розвивалась самостійно, установлюючи унікальну спадщину і створюючи для своїх випускників ширший набір клінічних навичок, ніж той, що отримують більшість випускників цивільних навчальних програм. Полковник у відставці Майкл Вайс (Michael G Wise) є автором чудового огляду військової GME середини 1980-х років, основні моменти якого представлені нижче [8].

Першими слухачами, які проходили ординатуру від Міністерства оборони (МО), як виявилось, були чотири військовослужбовці: двоє з Військово-морських сил і двоє з Армії. Їх призначили працювати в лікарні Святої Єлизавети у Вашингтоні (округ Колумбія) протягом двох років, починаючи з 1909 [9] (той самий рік, коли Зигмунд Фрейд прочитав першу лекцію в Американському університеті, представляючи психоаналітичний рух в США і збільшуючи інтерес американців до психіатрії [10]). На початку Першої світової війни в Армії було лише 50 психіатрів [11] — явно недостатня кількість для лікування 4 мільйонів американських солдатів, які, зрештою, служили на війні [12]. Для вирішення цього питання до Армії залучили багато психіатрів із державних лікарень, велику кількість військових лікарів зарахували на цивільні навчальні програми з нейропсихології, які тривали в середньому 6 тижнів [11]. До перемир'я 1918 року в Армії служило вже майже 700 психіатрів [11].

Після Першої світової значна кількість психіатрів поступово залишали військову службу. Як наслідок цього, до 1940 року на дійсній службі залишилось менше ніж 100 військових психіатрів [13, 14]. Через рік опісля нападу на Перл-Харбор деяким цивільним інститутам було запропоновано як допоміжний захід поліпшений і стандартизований курс з нейропсихіатрії для військових лікарів, які не є психіатрами [14]. Із того часу і до кінця Другої світової війни цей 12-тижневий курс завершили 1300 випускників, яких називали «90-денками» [15].

У 1946 році Конгрес ухвалив Національний закон про охорону здоров'я, згідно із яким федеральні кошти виділялись на ряд ініціатив у сфері психічного здоров'я, у тому числі на навчання професійних психологів та психіатрів [10]. Протягом наступного десятиліття ACGME відкрила та акредитувала вісім військових ординаторських психіатричних програм (таблиця 42.1). Програма

ТАБЛИЦЯ 42.1

АМЕРИКАНСЬКА РАДА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ. ІСТОРІЯ АКРЕДИТАЦІЇ АМЕРИКАНСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ОРДИНАТУРИ

Рік	Акредитовані або припинені програми
1946	Програми Військово-морських сил: Бетесди (доктор медицини), Великих озер (Іллінойс) і Філадельфії — акредитовані
1948	Програми Армії: Волтера Ріда (Вашингтон, округ Колумбія) і Леттерман (Каліфорнія) — акредитовані; Програма Великих озер — припинена
1950	Програма Армії Фіцсімонс (штат Колорадо) — акредитована
1951	Програми Військово-морських сил: Сан-Дієго (штат Каліфорнія) і Окленда (штат Каліфорнія) — акредитовані
1954	Програма Сан-Дієго — припинена
1958	Програма Фітцсімонса — припинена
1965	Програма Військово-повітряних сил Вілфорд Хол (штат Техас) — акредитована
1976	Програма Армії Дуайт Ейзенхауер (штат Джорджія) — акредитована, програма Філадельфії переїхала до Портсмута (штат Вірджинія) та продовжила акредитацію
1977	Програма Військово-повітряних сил Райт-Паттерсон (штат Огайо) — акредитована
1978	Програма Армії Тріплер (Гаваї) — акредитована
1981	Програма Сан-Дієго — отримала переакредитацію
1983	Програма Окленд — припинена
1993	Програма Леттерман — припинена
1999	Програма Дуайта Ейзенхауера — припинена

Джерело даних (до 1987 р.): Wise MG. Минуле, сьогодення і майбутнє психіатричної підготовки Збройних сил США. *Військова медицина (MilMed.)* 1987; 152: 550.553.

«90 днів» залишалась активною в Форт Сем Г'юстоні (штат Техас) із 1946 по 1950 роки, тимчасом як психіатри проходили навчання в нових психіатричних ординатурах [16].

Психіатрія отримала плацдарм також і в цивільному секторі. Протягом цього ж десятиліття було проведено перший збір Інституту психіатричної допомоги, засновано журнал «Психіатрична служба», Американська психіатрична асоціація санкціонувала створення районних відділень, відбулось перше засідання Асамблеї Американської психіатричної асоціації, було опубліковано перший випуск «Діагностичного та статистичного довідника психічних розладів», і в Сполучених Штатах увійшли в обіг психотропні препарати [9].

Можливо, у результаті впровадження психотропних препаратів і подальшого зменшення числа госпіталізацій три з перших військових ординатур було закрито незабаром після відкриття: програма ВМС Великих озер (Іллінойс, 1948 р.); програма ВМС у Сан-Дієго (Каліфорнія, 1954 р.) і програма Армії Фіцсімонс (Колорадо, 1958 р.) [8]. Однак інші програми залишались відкритими протягом багатьох років (рис. 42.1).

У 1980-ті, коли спогади про війну у В'єтнамі згасали і фізичні прояви конфлікту Холодної війни здавались все менш імовірними, збільшився тиск із боку федерального уряду, спрямований на об'єднання американських військових установ [17]. Після попереднього етапу припинення роботи, ініційованого МО в 1988 році,

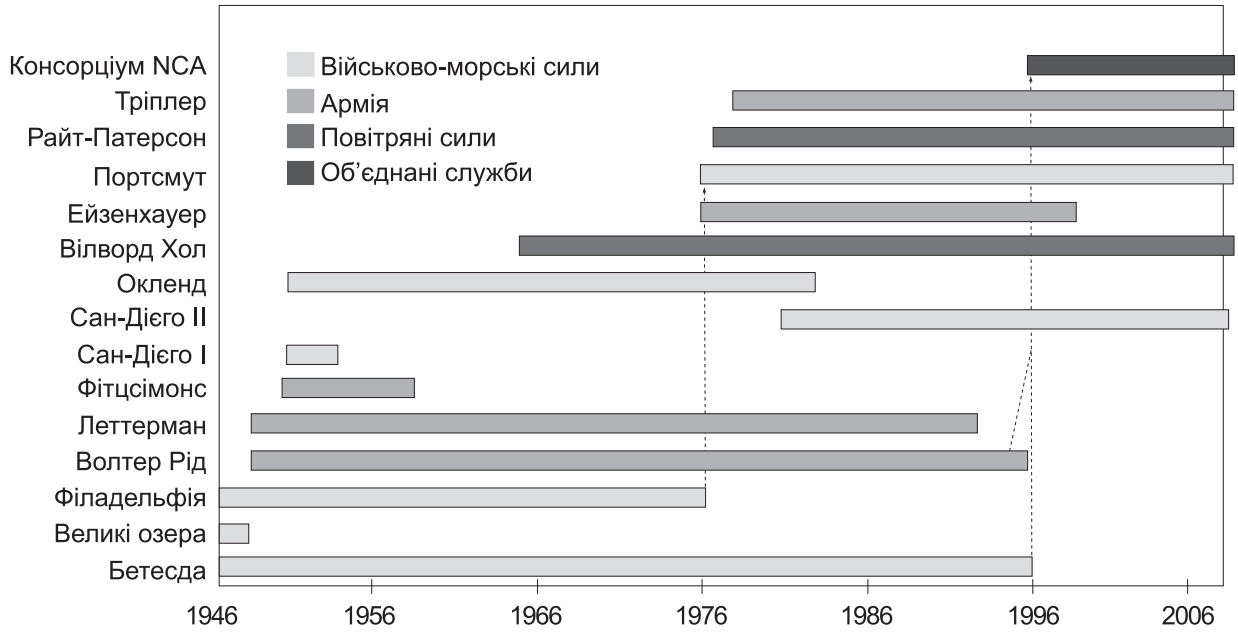


Рис 42.1. Графік роботи акредитованих американських військових психіатричних програм. Пунктирні лінії вказують, коли програми були або переведені в інше місце, або об'єднані.

NCA: Національні столичні райони

Конгрес ухвалив запропонований Міністерством оборони США Закон про перебудову та закриття від 1990 (також відомий як «закон BRAC» або Публічне право 101-510) [18], який встановив комітет, непов'язаний із МО, а також графік для оцінки військових баз для закриття У результаті прийняття цього закону в 1991-му, 1993-му і 1995 роках було проведено додаткові етапи BRAC.

Припинення програм військової психіатричної ординатури відбувалось різними шляхами. У 1988 році було вирішено закрити Військово-медичний центр Леттерман у Сан-Франциско (Каліфорнія) [19].

Остання група студентів психіатричної ординатури закінчила навчання в 1993 році, і рік по тому лікарню було закрито [20]. Навчальна програма у Військово-медичному центрі Ейзенхауера в Августі (штат Джорджія), хоча це і не було офіційно пов'язано з BRAC, була превентивно закрита Армією в 1999 році через скорочення числа клієнтів [21]. Так само, хоча і було вирішено, що Військово-морський госпіталь Оак Кнол в Окленді (штат Каліфорнія) буде закритий після 1993 року, BRAC і Військово-морські сили перенесли навчальну програму з психіатрії з Окленда в Сан-Дієго в середині 1980-х.

У 1995 році, намагаючись зміцнити свої програми перед загрозою закриття, три лікарні, підпорядковані МО, — Військово-медичний центр Волтера Ріда у Вашингтоні (округ Колумбія), Національний військово-морський медичний центр в Бетесді (штат Меріленд) і Лікарня Військово-повітряних сил Малькольм Гроу в графстві Принс-Джордж (штат Меріленд) — об'єднали свої сили, створивши Консорціум національних столичних районів. Приєднана до Військово-медичного університету силових структур Збройних сил (USUHS — Uniformed Services University of the Health Sciences) в Бетесді (штат Меріленд), програма консорціуму сьогодні є найбільшою активною навчальною програмою з військової психіатрії.

Нова ініціатива BRAC в 2005 році закликала до закриття центра Волтера Ріда в 2011 році [22], але очікується, що психіатрична ординаторська програма консорціуму залишиться без змін і буде мати штаб-квартиру там, де зараз розташований Національний військово-морський медичний

центр Ініціатива BRAC 2005 року також пропонує об'єднати Медичний центр Військово-повітряних сил Вілфорд Хол із Військово-медичним центром Брук в Сан-Антоніо (штат Техас) Лише Військово-медичний центр Сан-Антоніо, як очікується, існуватиме до 2011 року, причому північне відділення (Брук) буде спеціалізуватися насамперед на стаціонарному лікуванні, а південне (Уілфорд Хол) надаватиме тільки амбулаторні послуги [23]. Що стосується Вашингтона (округ Колумбія), також очікується, що психіатричні ординаторські програми в Сан-Антоніо залишаться без змін.

Глобальна війна з тероризмом (GWOT — Global war on terror) сприяла зростанню кількості психіатричних проблем серед військовослужбовців дійсної служби та членів їхніх родин, а також серед ветеранів і цивільних осіб у Сполучених Штатах. Інтерес до психіатрії як до професійної сфери також виглядає як такий, що зростає. Він може бути прямим результатом збільшення попиту в результаті GWOT [24]. У майбутньому військова психіатрична GME, імовірно, продовжить розвиватись відповідно до потреб у її послугах під час війни, як це відбувалось останнє сторіччя.

ПРОГРАМА ЛІДЕРСТВА

Армія підкреслює важливість компетентного лідерства як невід'ємного чинника для успішного завершення місії. Значну частину військової освіти офіцерів становлять розвиток і уміння використовувати належні техніки лідерства [25]. Хоча більшість військових медичних співробітників ніколи не служитимуть на командних посадах, багато з них стануть керівниками служб, відділів або департаментів, які безпосередньо відповідають за високу якість медичного обслуговування на додачу до сприяння професійному розвитку підлеглих. Кілька щасливчиків будуть призначені керувати програмами GME, беручи на себе відповідальність за підготовку майбутніх військових лікарів, які мають досягти успіху в різних умовах.

Керівник відділу виконує різнопланові ролі у військовій психіатричній програмі GME. Крім того, вимоги, встановлені керівництвом ACGME, також повинні відповідати стандартам, очікуваним від військових лідерів [7]. Основними атрибутами є формулювання ясного бачення, надання пріоритетного значення місії, управління персоналом і контроль бюджету, при цьому необхідно весь час підтримувати цілі командування MTF. Розвиток військової системи охорони здоров'я та організація належного медичного обслуговування підкреслюють клінічну продуктивність як показник фінансового успіху, тож керівники GME стикаються з необхідністю демонструвати фінансовий успіх, водночас підтримуючи високу якість навчальних програм. Заходи, пов'язані з GME, такі як клінічний нагляд, дидактика, оцінка продуктивності стажиста, медичні освітні комітети, огляд клінічних психіатричних доповідей, і діяльність, пов'язана з дослідженням, збільшують обсяг робочого навантаження. У результаті цього виникає низька продуктивність порівняно з іншими MTF, які не мають програм GME.

Успіх військової психіатричної програми ґрунтується на вмінні лідерів відділу включити GME в чотири основних завдання: 1) безпосереднє надання допомоги хворим, 2) підтримка циклу розгортання, 3) оперативна готовність персоналу, 4) дослідницька діяльність. До середини 1990-х років програми GME у військовій психіатрії були відносно ізольовані від зовнішніх чинників, зокрема від організації надання медичної допомоги та оперативної постановки завдань. Програми легко зосереджувались на психіатричній освіті, використовуючи прямий догляд за пацієнтами, клінічні спостереження, дидактику і дослідження. До цього було додано ще один навчальний план із військової психіатрії, який мав підготувати слухачів до успішної клінічної практики в MTF або як гарнізонного психіатра. Керівники GME не перебували під тиском вимоги сформулювати заплутаний бізнес-план, який мав передбачити, а потім продемонструвати клінічну продуктивність. Конкретні військові психіатричні навчальні програми складались з декількох дидактичних курсів і були спрямовані на ознайомлення з ос-

новною військовою структурою та функціями організації, питаннями конфлікту інтересів, проведенням унікальних військових адміністративних оцінок психічного здоров'я, взаємодією з оперативним керівництвом і оперативною військовою доктриною психічного здоров'я. Багато з цього було спадщиною епохи В'єтнаму або перебувало в процесі оновлення. Досвід роботи для слухачів був обмежений ротацією до гарнізону з великою кількістю військ під час останнього року ординатури, і в багатьох випадках таким ротаціям не вистачало формальної структури або поставлених цілей і завдань.

Оскільки еволюція організації медичної допомоги у військовій системі охорони здоров'я наприкінці 1990-х збіглась зі змінами в стратегії оборони після 11 вересня 2001 року, GME стала набагато складнішою і важкою. Лідери програм GME більше не могли виділяти ресурси лише для навчання та були змушені збалансовувати кілька вимог, розробляючи способи максимально збільшити навчальний досвід стажерів. GWOT справила безпосередній вплив на GME, оскільки викладачі були направлені на розгортання та запрошені долучитись до підтримки циклу розгортання в місцях, які служили платформами розгортання. Переважно стажисти мали можливість брати участь безпосередньо в багатьох заходах для підтримки циклу розгортання, а також забезпеченні лікування жертв, евакуйованих із театру бойових дій. Завданням керівництва GME було забезпечити достатній нагляд і навчання під час надання таких послуг [26].

Із розширенням кампаній GWOT, таких як операція «Іракська свобода» та операція «Непохитна свобода» в першому десятилітті XXI століття, більшість випускників військових психіатричних програм GME були направлені на розгортання в зону бойових дій протягом двох років після завершення навчання. Це вимагало від програм забезпечення комплексного навчання та практичного досвіду з бойової психіатрії. Викладачі з двох військових програм GME стали частиною групи психіатрів, які працювали на розгортанні та виконували різноманітні завдання на обох театрах воєнних дій, безпосередньо підвищуючи якість навчальної програми з бойової психіатрії. Попередній досвід розгортання став визначальним чинником для потенційних викладачів, і до кінця 2006 року більше 75 % психіатрів, які перебували на активній військовій службі, були призначені для розгортання в театрі бойових дій [27].

Роль директора програми

Існування і життєздатність ординаторської програми значно залежить від директора програми, який повністю залучений і активно діє в повсякденних заходах програми. У сфері психіатрії подібна активна участь має ще більш першорядне значення для успішного ведення ординаторської програми. Психіатрія як сфера діяльності вимагає, щоб випускники ординатури не лише мали навички з діагностичного оцінювання і методів лікування, але також були здатні задіяти пацієнтів і системи для складання реалістичного індивідуального плану лікування. Такі можливості можна ефективно використовувати, тільки якщо психіатри повною мірою усвідомлюють і контролюють власне психічне здоров'я. Таким чином, якісні психіатричні програми ординатури допомагають студентам розуміти, як їхні власні особливості потенційно спроможні впливати на їхню здатність працювати з пацієнтами в клінічних умовах і впливати на характер власної освіти на факультеті. Тому директор ординаторської програми повинен виступати в ролі батька, колеги, арбітра, мати багату фантазію та бути лідером, взаємодіючи зі студентами ординатури і викладачами.

Коли виникають групи, в яких хтось має владу і контроль над іншими членами, протидія неминуча. В ординаторській програмі директор повинен передбачати таку поведінку і розробити методи її профілактики, коли це можливо, а також підтримувати відповідні межі, коли виникає такий виклик. Очікується, що викладачі та директор програми будуть уникати використання своєї влади, скеровуючи слухачів через процес особистого зростання і навчання. Директор програми повинен навчитись адекватно реагувати на протидію, вживаючи необхідних дій, та спрямовувати слухачів ординатури з такою поведінкою на більш конструктивне використання їхньої енергії.

Навчання в психіатричній ординатурі еволюціонує разом із просторово-часовим виміром.

Перша частина зазвичай передбачає заохочення студентів ординатури застосувати нові знання в лікуванні пацієнтів і розвинути клінічні інстинкти в процедурах оцінки та лікування. Під час середнього етапу директор програми допомагає студентам ординатури об'єднати основні навички і почати набуття більш прогресивних навичок терапії через залучення студентів у лікування складних і стійких випадків. Нарешті, на кінцевій стадії підготовки директор програми розробляє ситуації для студентів ординатури, в яких вони керують молодшими колегами і починають виконувати незалежні обов'язки як акредитовані лікарі.

Далекоглядний директор програми має передбачати майбутнє психіатрії як медичної спеціальності, яка розвивається, водночас розуміючи, як військові планують реагувати на виклики щодо психічного здоров'я в майбутньому. Останнє потребує від директора програми підтримки зв'язку з керівними військовими психіатрами так, щоб потреби військової психіатрії могли б знайти швидке відображення у підготовці майбутніх військових психіатрів. Ці мінливі потреби змушують директора програми постійно вдосконалювати бачення і місію програми, формулюючи ці уточнення для студентів ординатури та викладачів ясно і коротко. Директор програми повинен також бути обізнаним з останніми подіями і дослідженнями в галузі психіатрії, яка швидко розвивається: від загальних синдромів до комплексної спеціалізації, що зазнала значних успіхів у неврології і терапії.

Командири військових частин мають багато обов'язків, які можуть швидко стати непомірними й обтяжливими. Натомість ті, ким вони керують, очікують від них наставництва і порад. Поведінка командира задає тон для всієї військової частини і, природно, уважно спостерігається підлеглими. Тому директори програм повинні бути інформовані про значення наслідків їхньої діяльності для навчальної програми ординатури. Основні принципи роботи ординатури мають бути сформульовані та обґрунтовані таким чином, щоб студенти і викладачі могли зрозуміти потенційні результати певних рішень. Викладачі та студенти можуть бути не згодні з рішенням, але вони повинні бути інформовані про те, як рішення відповідає зазначеним принципам програми. З такою великою кількістю поточних питань, які включені в програму ординатури, директор програми має поєднувати власну відкритість для зворотного зв'язку на всіх рівнях з прийняттям рішучих та своєчасних рішень. Це надасть змогу зберегти програму узгодженою з поточним станом психіатрії як спеціальності, а також з потребами Армії.

Розвиток факультету

Доповненням до вмілого керівництва GME та найважливішим елементом успіху програми є вербування і відбір відповідних викладачів. Окрім військових лікарів, до викладацького складу належать цивільні викладачі, яких винайняв федеральний уряд, лікарі з особистим контрактом служби і, можливо, викладачі з місцевої цивільної психіатричної програми GME.

Як і в будь-якому підприємстві, залучення й утримання яскравих, досвідчених і енергійних керівників безпосередньо впливає на успіх програми. Викладачі психіатричного факультету GME повинні мати внутрішній потяг до особистого зростання, пристрасть сприяти навчанню студентів і професійний досвід, щоб забезпечити вмілий нагляд і керівництво [7]. Склад військового психіатричного факультету GME повинен поєднувати визнаних лікарів, які мають багатий академічний досвід, і психіатрів, які перебувають в середині кар'єрного зростання та зацікавлені в подальшому розвитку навичок навчання і наставництва. У багатьох випадках більш професійно зрілими викладачами факультету є військові лікарі у відставці, які володіють великим практичним військовим психіатричним досвідом.

Утримання військових лікарів після завершення ними активної служби було складним завданням з часу завершення операції «Буря в пустелі». Можливість тривалого оперативного розгортання в поєднанні зі скороченням ресурсів і еволюцією медичної допомоги у військовій системі охорони здоров'я робить менш привабливим середовище для тривалої служби. Однак украй вигідним аспектом військової медицини є широке охоплення кар'єрних можливостей [28]. Протягом кількох циклів служби психіатри можуть формувати свою

кар'єру в одному місці, наприклад клінічному, операційному, командному, академічному чи науково-дослідному середовищі, причому залишається гнучкість для переміщення між ними. Для академічно орієнтованих військових психіатрів можливість стати викладачем в одній із військових програм GME є величезним стимулом продовжити медичну практику на дійсній військовій службі.

Потенційні викладачі факультету визначаються протягом всього кар'єрного шляху військового психіатра. Іноді видатний стажист, який демонструє талант в академічній психіатрії, може бути прийнятий та залишитись співробітником в ролі молодшого викладача, продовжуючи подальше навчання та отримуючи навички наставництва під керівництвом старшого викладача. Частіше буває так, що перспективні випускники, зацікавлені в навчанні та академічній кар'єрі, служать принаймні один цикл психіатрами MTF або в оперативній частині, щоб отримати практичний клінічний та адміністративний досвід як незалежні психіатри. Інша група складається з лікарів, яких спочатку не планували ставити на посаду викладачів, але завдяки поєднанню досвіду, переоцінці кар'єрних устремлінь і можливому отриманню спеціалізованих навичок, таких як судова психіатрія або робота зі зловживаннями, вони були визнані гідними викладання на факультеті в середині кар'єри чи пізніше.

Не існує систематизованих критеріїв для розгляду кандидатури на професорсько-викладацьку посаду у військовій психіатричній програмі GME, але кандидат повинен продемонструвати високі клінічні, лідерські навички та здібності до управління, науки і військової справи з переважаючим бажанням розвиватись як майбутній військовий психіатр. Комітет, який відбирає кандидатів та проводить інтерв'ю з ними, складається з діючих професорів і викладачів. Один із способів визначити потенційного викладача — використати компетенції ACGME, які дають можливість передбачити рівень ординатора як незалежного практика [7]. Потенційний член факультету повинен помітно перевищувати базовий стандарт для кожної з галузей компетенції, з акцентом на здатність забезпечити наставництво і керівництво (додаток 42.1). Додаткові дані, які будуть оцінені, — це продуктивність під час GME, обсяг завдань після GME, звіти від керівництва та колег і унікальні навички в підвищенні рівня навчальної програми.

Підбір відданих і обдарованих у різних сферах викладачів має велике значення для успіху військової психіатричної навчальної програми. Підвищена частота оперативного розгортання починаючи з 11 вересня 2001 року зробила необхідним постійну зміну та реструктуризацію обов'язків викладачів. Щоб майбутні військові психіатри мали здатність набути необхідних навичок для досягнення успіху в складному середовищі, викладачі GME мають бути відданими місії стати вчителями, наставниками та взірцями для наслідування.

ДОДАТОК 42.1

АКРЕДИТАЦІЙНА РАДА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ. КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИПУСКНИКІВ

1. Догляд за пацієнтами — співчутливий, доцільний та ефективний у вирішенні проблем зі здоров'ям і зміцненням здоров'я.
2. Медичні знання про усталені та науки, що еволюціонують, — біомедичні, клінічні тощо, а також застосування цих знань для догляду за пацієнтами.
3. Навчання і вдосконалення, засноване на практиці, що містить дослідження й оцінку догляду за пацієнтами, оцінку і засвоєння наукових даних, поліпшення догляду за пацієнтами.
4. Міжособистісні та комунікативні навички, які забезпечують ефективний обмін інформацією і співпрацю з пацієнтами, їхніми родинами та іншими фахівцями у сфері охорони здоров'я.
5. Професіоналізм, що проявляється через неухильне виконання професійних обов'язків, дотримання етичних принципів і чутливість до різноманітного життєвого досвіду пацієнтів.
6. Системна практика, що проявляється в діях, які демонструють обізнаність, чутливість до широкого контексту і системи охорони здоров'я, а також можливість ефективно використовувати інші ресурси в системі для забезпечення оптимальної медичної допомоги.

Джерело даних: Акредитаційна рада вищої медичної освіти. Вимоги психіатричної програми. Веб-сайт ACGME. Доступ за адресою: http://www.acgme.org/acWebsite/RRC_400/400_prIndex.asp. Доступно з 28 жовтня 2009.

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН

Визначення основних і психотерапевтичних компетенцій як основного інструмента оцінки, яке відбулось протягом останніх двох десятиліть, привнесло значні зміни в психіатричну GME. Вимоги до навчання поступово змістились на амбулаторну модель лікування, у той час як стандарт стаціонарного лікування неухильно знижувався. Специфічні дидактичні вимоги також були розширені з еволюцією психіатричних спеціалізацій, таких як судово-медична експертиза, геріатрія і психосоматика, а також із досягненнями психофармакології. Навчальні програми повинні також надати студентам ординатури можливість зіткнутись із потребою у скороченні витрат на лікування, оскільки більшість психіатрів-стажистів працюватимуть із різними пацієнтами, деякі з яких не зможуть платити. Окрім елементів навчання, притаманних лише психіатрії, військові програми мають унікальні вимоги до професійної підготовки залежно від різноманітних ролей військових психіатрів.

Ключові компетенції

Рух за визначення ключових компетенцій в ACGME розпочався з «руху результатів» Міністерства освіти США у 1980-ті й пришвидшився в Канаді у 1996 році завдяки опублікуванню звіту з проекту «Напрями медичної освіти для фахівців Канади» (CanMEDS — Canadian Medical Education Directions for Specialists: Project report — 2000 [29]). Цей рух виріс із визнання того, що роль лікаря змінилась із моделі патерналістського медичного експерта на модель, де медичний експерт є частиною команди, яка приймає медичні рішення, і що пацієнт входить до цієї команди. Крім того, високі темпи розвитку медичних знань неодноразово підкреслювали, що лікарям необхідно бути завзятими учнями протягом всього життя, а програми ординатури повинні навчати лікарів, як розвивати довічні навички навчання. У відповідь на зміну механізму надання медичної допомоги ACGME і Американська рада медичних спеціальностей у 1999 році започаткували програму ключових компетенцій для всіх американських ординатур [30]. У 2001 році оглядовий комітет психіатричної ординатури (RRC — Residency review committee) став першим комітетом, який змінив свої офіційні програмні вимоги. Наступного року оглядачі стали оцінювати, чи почали програми реалізовувати ключові компетенції. Подібно до наявного загального акценту в охороні здоров'я на здатність оцінювати якість в медицині такими організаціями, як Об'єднана комісія, ACGME затвердила підсумкові заходи для оцінки компетентності в ключових галузях [31].

Ключові компетенції складаються з шести основних елементів: 1) медичні знання, 2) догляд за хворим, 3) міжособистісні та комунікативні навички, 4) засноване на практиці навчання і вдосконалення, 5) професіоналізм, 6) систематизована практика [7]. Медичні знання і догляд за хворим підкреслюють традиційні елементи лікарської медичної освіти протягом минулого сторіччя. Медична школа і клінічний досвід в ординатурі утворюють основу медичних знань, яку використовують лікарі для здійснення належного та безпечного догляду за пацієнтами. Компетенції догляду фокусуються на взаємодії з пацієнтами, включаючи основні специфічно-психіатричні та психотерапевтичні компетенції. Міжособистісні та комунікативні навички стають все більш важливими, оскільки акцент на повністю інформованій згоді та можливості вибору пацієнта стабільно зростає протягом останніх 60 років з моменту ухвалення. Нюрнберзького кодексу в 1947 році [32]. Засноване на практиці навчання, професійне зростання підкреслюють здатність розуміти і зростати, отримуючи клінічний досвід та вивчаючи останні досягнення. Його метою є надання студентам під час тренування навичок, завдяки яким вони, практикуючи, продовжать розвиватись протягом всієї медичної кар'єри.

Професіоналізм — це важливий аспект будь-якої професії, він охоплює необхідні навички і почуття обов'язку, що потрібні для компетентної та безпечної роботи. Жодні спеціальні знання не можуть перевершити суворі вимоги до стандартів поведінки, які визначають професіоналізм і служать основою для міцного зв'язку між лікарем і пацієнтом. Окрім обов'язку дотримуватись

професійної поведінки з пацієнтами та колегами-медиками, військовий лікар має додаткове зобов'язання підтримувати високі стандарти офіцерської поведінки [33]. І, нарешті, прогрес медицини сприяв ефективному управлінню та контролю за багатьма хронічними хворобами в амбулаторних умовах. Це, своєю чергою, створило необхідність поглиблення співпраці з великою кількістю різних організацій, щоб якомога максимально покращити добробут пацієнтів. Компетентне систематичне навчання підкреслює здатність діяти в рамках системи догляду в координації з багатьма типами медичних працівників, тим самим поліпшуючи якість життя для пацієнтів. Набуваючи системної освіти у відповідному оточенні, студенти військової ординатури розуміють важливість проведення первинної, вторинної і третинної профілактики [34].

Модель базується на ідеї, що тривалої підготовки самої по собі недостатньо для набуття компетентності. Скоріше, перед захистом і закінченням курсу студент має продемонструвати стійку здатність використовувати конкретний набір знань. Подальший розвиток приведе до тривалої оцінки компетентності, що відрізняється від виконання набора тимчасових вимог. Однак недостатньо інформації про те, які засоби здатні надійно оцінити наявність ключових психіатричних компетенцій. Сьогодні багато програм для оцінки загальної компетентності стажистів використовують деяку форму стандартизованих інструментів оцінки в поєднанні з аналізом суб'єктивних даних із декількох джерел, таких як керівники, інструктори і наставники [35].

Студенти-медики та ключові компетенції

Ключові компетенції міжособистісного спілкування і комунікаційні навички, професіоналізм і системна практика, зокрема, вимагають, щоб стажисти продемонстрували здатність ефективно взаємодіяти, окрім пацієнтів, з іншими людьми. Важливість цих компетенцій для успіху медичної практики вимагає починати розвивати їх дуже рано в процесі медичної освіти. Ядром цих компетенцій є тема спільної роботи в мультидисциплінарних командах з іншими медичними працівниками так, що синергетичний ефект зусиль забезпечує кращий догляд за пацієнтами. Студенти-медики часто бувають членами цих мультидисциплінарних команд разом із медсестрами, фахівцями з трудотерапії, медичними техніками і адміністративним персоналом.

У USUHS, єдиній федеральній медичній школі США і головному джерелі виховання майбутніх військових лікарів, військові студенти-медики знайомляться з поняттями командного навчання, практики та міжособистісного спілкування за допомогою різних лабораторних вправ, які проводяться в малих групах з використанням клінічних прикладів. Студенти також залучаються до курсів для малих груп із «Введення в клінічну медицину», де вони вивчають і практикують медичне інтерв'ю та навички фізичної експертизи пацієнтів із медичних закладів національних столичних районів.

Як допоміжні інструктори зі штатними викладачами університету на цих курсах та заняттях активно залучаються і заохочуються до участі студенти ординатури з психіатричних програм GME національного столичного консорціуму (NCC — National Capital Consortium). Тож стажери мають змогу продемонструвати свої медичні знання, обговорити принципи системної медицини і виконати рольову модель професійних відносин з молодшими студентами-медиками та старшими співробітниками-викладачами.

Студенти-медики третього року навчання USUHS зараз беруть участь у клінічних чергуваннях психіатрів-ординаторів у палатах і клініках у трьох медичних центрах Національного столичного консорціуму, у Військово-медичному центрі Тріплер (Гаваї) і Медичному центрі Військово-повітряних сил Вілфорд Хол (який буде скоро відомий як Південний військово-медичний центр Сан-Антоніо). Крім того, студенти 3 і 4 років USUHS та інших медичних шкіл можуть також проходити чергування в цивільних установах та інших військово-медичних центрах. На цих ділянках стажисти відточують свої навички в ролі наставників, вчителів, методистів, зразків для наслідування і лідерів команд.

Викладачі GME, призначені кафедрою психіатрії USUHS на посаду керівників клінічної

ділянки, переконуються, що стажисти кожної ділянки мають ключові знання і компетенції, яких вимагає Координаційний комітет із медичної освіти (Liaison Committee on Medical Education) для студентів-ординаторів із психіатрії. Студенти несуть відповідальність за вивчення основ психіатричної експертизи, диференціальної діагностики і лікування, обстеження психічного стану, оцінки безпеки, планування лікування і презентації випадку мультидисциплінарним командам під час цих чергувань. Під час дидактичних і практичних навчань студентів-медиків ординатори GME розвивають і демонструють ключові компетенції, яких вимагає RRC, а також відточують професійні та лідерські навички, необхідні для психіатричної практики у військових медичних установах.

Психотерапевтичні компетенції

Програмам психіатричної ординатури довелось реструктурувати стратегії навчання для задоволення вимог до компетенції в різних видах психотерапії, таких як підтримувальна, психодинамічна, коротка, когнітивно-поведінкова терапії та комбіновані методи психотерапії. Еволюція системи охорони здоров'я та успішний розвиток психофармакології змістили акцент психіатричної GME від тривалого психотерапевтичного лікування до моделі запобігання кризам. У відповідь багато ординаторських програм зазнали культурних зрушень від акценту на навичках психотерапії до підходу, який більше спирається на нейробіологію. Це стало причиною посилення довіри до використання більш безпечних, менш обтяжливих ліків для лікування психічних захворювань До кінця 1990-х років численні програми по всій країні докладали зусиль для пошуку фінансових ресурсів, необхідних для надійного психотерапевтичного навчання [36]. На відміну від цього, програми військової ординатури зіткнулися з меншим фінансовим тиском для демонстрації продуктивності і, таким чином, були в змозі підтримувати акцент на розвиток навичок психотерапії.

У 2001 році психіатричний RRC уповноважив ординатури не лише розпочати впровадження шести основних компетенцій, але й додатково розвивати інструменти оцінки, щоб підтвердити, що їхні випускники підготовлені та компетентні в усіх п'яти видах психотерапії [37]. Не було створено жодного керівного документа стосовно того, як вчити, розвивати й оцінювати кожну з цих психотерапій. Отже, розроблення, розвиток та реалізація компетенцій залишились на розсуд окремих програм.

Загальний навчальний план психіатричної ординатури

Навчання за акредитованою програмою ординатури з психіатрії має тривати 48 місяців, зокрема 1 рік підготовки після закінчення вищого навчального закладу, також відомий як інтернатура. Необхідною умовою для навчання за такою програмою є закінчення медичного або остеопатичного навчального закладу. Інтернатура з психіатрії, як правило, складається з майже 6 місяців базового навчання в основних галузях медицини таких як внутрішня медицина, сімейна медицина, або педіатрія, а також близько 6 місяців навчання у галузі неврології та психіатрії. Психіатрична ординатура другого року навчання, як правило, передбачає чергування в психіатричних стаціонарах та службах з роботи зі зловживаннями психоактивними речовинами, участь у проведенні консиліумів і консультацій у геріатричній психіатрії та інший клінічний досвід. Більшість занять із амбулаторного психотерапевтичного лікування та підготовки управлінських кадрів проводиться протягом третього року післядипломної освіти. Нарешті, четвертий рік аспірантури поєднує навчання медикаментозного лікування та психотерапії, наставництво молодших стажистів і набуття адміністративних навичок, необхідних для взаємодії із загальною системою медичної допомоги [7].

Вимоги до завершення GME в психіатрії розвивалися протягом тривалого часу. Протягом двох останніх десятиліть фокус змістився з чергування в стаціонарних психіатричних закладах на чергування та амбулаторного прийому, що відображає еволюцію, яка відбувалась в амбулаторній моделі медицини. Наприклад, вимоги до часу стаціонар-

ного чергування в 1984 році передбачали 12 місяців порівняно з мінімальним часом у 6 місяців у 2007 році [7, 38]. ACGME визначила особливі часові вимоги для деяких видів чергування, а інші залишила на розсуд навчальної програми (додаток 42.2).

Три інші аспекти підготовки в психіатричній ординатурі унікальні та збільшують складність і вартість виконання навчальної програми. По-перше, велика частина психіатричного догляду відбувається на сесіях, які проводяться сам на сам з пацієнтом. Тривалість типового прийому може коливатися від 30 до 90 хвилин з низьким рівнем відшкодування порівняно з іншими медичними фахами. Через дуже чутливий характер обговорюваних питань і структуру психотерапії існують значні бар'єри для безпосереднього спостереження куратором за взаємодією учня з пацієнтами. Деякі військові програми починають прямі спостереження через відеозв'язок в офісах за згодою пацієнта, але не втручаються у взаємодію пацієнта та лікаря.

ДОДАТОК 42.2

УЗАГАЛЬНЕННЯ ВИМОГ ОГЛЯДОВОГО КОМІТЕТУ АМЕРИКАНСЬКОЇ РАДИ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ДО СТУДЕНТІВ ПСИХІАТРИЧНОЇ ОРДИНАТУРИ ВІД 2007 РОКУ

Навчання з визначеними часовими межами

- Базова медицина: 4 місяці протягом року інтернатури
- Стаціонарна психіатрія: мінімум 6 місяців
- Амбулаторна психіатрія: 12 місяців поспіль
- Неврологія: 2 місяці
- Надання консультативної допомоги: 2 місяці
- Дитяча та підліткова психіатрія: 2 місяці
- Психіатрія зловживань: 1 місяць
- Геріатрична психіатрія: 1 місяць

Навчання з невизначеними часовими межами

- Судова психіатрія
- Соціальна психіатрія
- Сімейна терапія (терапія пар)
- Групова терапія
- Електрошокове лікування
- Психологічне тестування

По-друге, відповідно до доручення ACGME, студенти-психіатри мають зустрічатися з керівниками індивідуально у призначений час, щоб обговорити клінічні зустрічі, які вже відбулись [7]. Кожен студент повинен проводити дві години на тиждень з куратором для обговорення останніх оцінок і терапії. Таким чином, якщо програма має 25 студентів ординатури, факультет має відвести 50 годин на тиждень неклінічного часу на розгляд випадків зі студентами, що створює велику кількість фінансово непродуктивного часу як для стажистів, так і для викладачів.

По-третє, велика частина психіатричного навчання містить спроби зрозуміти надзвичайно складне поле людської поведінки. Студенти ординатури повинні розуміти розвиток людини протягом усього життя і як він проявляється по-різному в різних точках розвитку. Наприклад, 5-річна дівчинка може проявляти нормальну поведінку, коли заявляє, що бачить невидимого друга, який стоїть поруч із нею. Натомість подібна поведінка буде ненормальною для 13-річної дитини. Окрім набуття клінічного досвіду і обговорення робочих випадків, психіатрична GME вимагає більшої кількості часу для дидактичного навчання, ніж будь-який інший медичний фах. Загальний час, витрачений на дидактику, не містить підготовки вищого рівня або індивідуального читання і досліджень, які мають відношення до справ, з якими працювали стажисти. Щоб навчитися відрізняти нормальну поведінку від психічних розладів, знати лікарські засоби і методи фармакотерапії та навчитися розробляти реалістичні плани лікування, потрібно багато читати та брати участь у дидактичній програмі [7]. Для задоволення всіх академічних вимог більшість психіатричних програм GME розробили дидактичні графіки приблизно на 3–5 годин на тиждень для кожного року, що складає загальний дидактичний графік приблизно на 13–15 годин на тиждень для всієї програми, і весь цей час не оплачується ні викладачам, ні студентам ординатури.

Дослідження і наукова діяльність

Хоча це не згадується конкретно як ключові компетенції GME, RRC ACGME вимагає включити

наукову діяльність або дослідження в курс навчання в ординатурі [7]. Усі військові психіатричні програми GME вимагають участі в дослідницькому проекті або наукових спробах як умови закінчення навчання. Історично такі наукові зусилля містили огляди літератури, представлені на факультеті або в лікарні. Проте все частіше студенти ординатури працюють у дослідженнях в парі з наставниками, якими є викладачі GME зі спеціальними навичками і науковими інтересами. Як наслідок, багато випускників ординатури GME мають комплексне розуміння моделі дослідження й інституційного огляду процедур ради та вміють писати звіти про наукову роботу. На додачу до роботи над багатьма розділами книги студенти військової ординатури були авторами або співавторами публікацій, схвалених «Американським журналом психіатрії», «Журналом американської академії психіатрії та права», «Журналом психіатрії Джеферсона», «Психосоматичною медициною», «Військовою медициною», «Американським журналом медицини катастроф» та іншими. Ці зусилля не тільки сприяли розвитку психіатричної практики в Армії, але також розширили знання і розуміння специфічних військових психіатричних питань серед великого цивільного співтовариства.

Навчальний план із військової психіатрії

Окрім задоволення всіх стандартних вимог ACGME до програм психіатричної ординатури, військові програми GME мають підготувати студентів до виконання лідерської ролі одразу ж опісля завершення навчання. Випускники можуть обіймати різні керівні посади, як-от начальник відділення психіатричної клініки або виконуючий обов'язки керівника чи відповідального офіцера групи психічного здоров'я бригади [39]. До складу персоналу психіатричної клініки або відділення можуть входити й інші офіцери, кілька рядових і, можливо, цивільних співробітників. Випускників також можуть призначити в підрозділ, який працює зі стресом, або в інший медичний підрозділ в умовах розгортання, де вони повинні будуть служити на керівних посадах.

Добре виконаний навчальний план із військової психіатрії охоплює весь 4-річний цикл навчання. Проблемами, на яких робиться акцент у навчальній програмі з військової психіатрії, є питання подвійних зобов'язань з використання військової структури для підтримки солдатів, які мають потребу в цьому, і способів зниження стигми та виконання дій з первинної профілактики. Питання подвійних зобов'язань частіше виникають у військовій психіатрії, бо військові психіатри одночасно є лікарями та офіцерами дійсної військової служби [40]. Здебільшого ці дві ролі не конфліктують, але в деяких ситуаціях обов'язок перед місією може мати більш високий пріоритет, ніж безпосередні інтереси солдатів. Потреби групи і місії, особливо під час бойових дій, можуть іноді переважити потреби особистості, потенційно створюючи дилему для лікарів, які навчались та склали присягу діяти в кращих інтересах пацієнта [41]. Ця проблема подвійних зобов'язань часто виникає під час підготовки військових психіатрів.

Однією з переваг військової структури є можливість розробити і виконати комплексну біопсихосоціальну форму та лікувальний план для військовослужбовців. Програми військової психіатричної GME забезпечують студентів практичним досвідом з клінічної психіатричної роботи при вирішенні відповідних військових питань. Застосовуючи професійну модель турботи за здоров'ям, працюючи у тісній співпраці з членами команди військовослужбовців, військовий психіатр має вплив на структурування середовища, в якому працюють солдати, через обсяг і фізичні умови роботи та кількість робочих годин [6]. Поглиблене розуміння проблем і труднощів, з якими стикаються військові підрозділи, має велике значення для військових психіатрів, що консультують військове командування для розроблення реалістичного плану лікування. Для розвитку розуміння психіатричної практики у військовому середовищі стажисти беруть участь у чергуванні на посадах і базах з великою кількістю оперативних підрозділів. За допомогою такої взаємодії психіатр-стажист отримує практичний досвід у динамічній військовій групі і вчиться розвивати реалістичні плани лікування, враховуючи обмеження, пов'язані з місією підрозділу.

Багато випускників військової психіатричної GME потрапляють на розгортання у бойове середовище невдовзі після завершення навчання, тому ознайомлення зі структурою і динамікою підрозділу надзвичайно важливе для психіатра, який прагне надавати оптимальні послуги як військовослужбовцям на дійсній службі, так і командирам. Отримання знань про критичну роль психічного здоров'я в циклі підтримки під час розгортання до завершення навчання в ординатурі значною мірою сприятиме військовому психіатру в початкових завданнях [42].

На відміну від більшості цивільних професій, військова служба впливає не лише винятково на військовослужбовця, а й на всю його родину. Високий відсоток одружених військовослужбовців має адекватні знання і досвід в управлінні сімейною динамікою, особливо під час розгортання, що необхідно військовим стажерам-психіатрам. Потреби психічного здоров'я дітей військовослужбовців були визначені за допомогою досліджень і практичного досвіду [43]. Стажисти військової психіатричної ординатури повинні мати досвід роботи з програмами, які стосуються таких потреб, за межами традиційної офісної обстановки, наприклад у шкільних програмах захисту психічного здоров'я [44].

За останні 5–10 років все більше уваги приділялось ранньому виявленню психічних проблем за допомогою освіти та заходів первинної профілактики. Після терористичної атаки 11 вересня 2001 року Армія почала операцію «Заспокоєння» (Solace), щоб запропонувати допомогу працівникам Пентагону Військові психіатричні стажисти відіграли важливу роль як члени команди допомоги [45]. Потрібно було перейти межі традиційних методів догляду за пацієнтами, щоб дозволити легкий доступ до психіатрів тим, кому вони потрібні, зменшуючи стигму пошуку допомоги. Наприклад, психіатричні команди різних типів були зібрані, щоб провести пропагандистські заходи з робітниками безпосередньо в робочих зонах, звідки виник термін «терапія на ходу». Дані результатів вказали на те, що такі зусилля здатні привести до меншого, ніж очікувалось, числа психічних захворювань в Пентагоні після нападу [46].

Відтоді бойові дії надали багато можливостей психіатрам щодо подальшого поліпшення освітньої діяльності, уточнення методів оцінки військовослужбовців протягом всього циклу розгортання і для того, щоб звести до мінімуму травматичні наслідки бойового досвіду. Подальші успіхи військової психіатричної програми сприятимуть тому, що випускники будуть краще готові до складної місії охорони психічного здоров'я.

Тренінгова програма після ординатури

Більш вузькі спеціалізовані курси після ординатури (стипендіальні програми) у теперішній час пропонуються в декількох військових медичних центрах [47]. Ці програми надають Медичний корпус Армії та Медичний корпус ВМС; у них включена більшість військових психіатричних спеціалізацій. Історично склалося так, що Військово-повітряні сили дозволяли лише невеликій кількості своїх психіатрів завершити стипендіальне навчання (і це насамперед через цивільні канали), але лікарі ВПС також брали участь у навчальних програмах, описаних нижче. Можливість подати заявку і, якщо їх оберуть, отримати спеціалізоване навчання з дитячої та підліткової психіатрії, судової психіатрії, геріатричної психіатрії та наркології служить стимулом для лікарів залишитись у програмі, бо в іншому випадку вони могли б закінчити свою дійсну військову службу. Військові психіатри зі спеціальною підготовкою продовжують практику здебільшого у дорослій психіатрії на більшості операційних посад. Попри це, ті, кого направили на об'єкти, віднесені до третинної медичної допомоги, і навчальні лікарні часто отримують обов'язки, пов'язані з їхніми навичками вузьких фахівців (наприклад, кілька днів на тиждень працюють у дитячій психіатричній службі або як офіцер медичної експертизи в програмі роботи зі зловживаннями психоактивними речовинами). Ті, кого призначили в невеликі клініки або медичні загони, набувають обов'язків, які відповідають їхнім спеціальним знанням. Наприклад, попри те, що військові статути не вимагають участі психіатра для оцінки компетентності та кримінальної відповідальності [4], командири та головні лікарі залучають психіатрів, які мають відповідний досвід, для проведення таких оцінок, коли це можливо. Тож можливість практикувати

спеціалізовані психіатричні навички також стає стимулом залишитись на службі для психіатрів зі спеціальною підготовкою.

Стипендіальні програми в дитячій і підлітковій психіатрії, акредитовані RRC ACGME, сьогодні пропонуються у Військово-медичному центрі Тріплер і Військово-медичному центрі Волтера Ріда (як частина національного столичного консорціуму). Центр Волтера Ріда також пропонує акредитовані RRC стипендіальні програми підготовки кадрів у судовій та геріатричній психіатрії, а центр Тріплер — стипендіальну програму з наркологічної психіатрії. Плани військової GME на цей час дозволяють кожного року двом військовим психіатрам вступити на навчання за програмою судової психіатрії, п'ятьом психіатрам — за програмою дитячої та підліткової психіатрії й одному — на геріатричну психіатрію або наркологію через рік. Програми також пропонують навчання психіатрам ВМС і ПС на доступних курсах за умови, що їхнє медичне керівництво дозволить їм вступити до навчального закладу. Таким чином, підготовчі програми створюють групу професіоналів з вузькою спеціалізацією, яка є достатньою для задоволення прогнозованої потреби і виправдовує продовження акредитації програми.

Армія США, Військово-морські та Військово-повітряні сили також нещодавно створили щорічні плани підготовки кадрів для стипендіальної програми з психіатрії катастроф Національного столичного консорціуму в USUHS. Цей унікальний військовий тренінг поєднує в собі конкурентоспроможні магістерські програми з охорони здоров'я. Ці програми містять дослідження та клінічне наставництво під час оперативного військового реагування на стихійні лиха, війни і тероризм, а також під час чергового стажування в різних федеральних агентствах, що беруть участь у ліквідації наслідків стихійних лих. Психіатрія катастроф — це спеціалізоване навчання, яке, хоча офіційно і не визнане акредитацією ACGME, стало відповіддю на потребу у військових психіатрах, які отримують спеціальну освіту в галузі суспільної охорони здоров'я, спостереження за станом здоров'я та принципів дослідження і практики психіатрії. Оскільки військові перебувають в унікальному середовищі та часто отримують завдання з надання медичної та психологічної допомоги постраждалим унаслідок природних і техногенних катастроф, військові психіатри, що пройшли спеціалізоване навчання у цій галузі, можуть надати більше допомоги, на яку очікують від психіатрів і психологів.

Можливість застосовувати вузькоспеціальні навички в умовах військових операцій для вирішення як психологічних проблем, наприклад, дітей — жертв цунамі в Південно-Східній Азії, так і питань, пов'язаних із судовими справами військовослужбовців, обвинувачених у військових злочинах, часто заохочує отримати фахову спеціалізовану освіту, що дозволяє психіатрам залишатись на дійсній службі після виконання контракту.

РЕЛЕВАНТНІСТЬ ВИКОНАННЯ МІСІЇ

Надання психологічних послуг у військовому середовищі відрізняється від цивільної психіатрії у декількох аспектах. Так само, як адвокат, який переїжджає до іншої країни, зобов'язаний вивчити закони і культуру цієї країни до того, як почне практикувати, військові психіатри повинні добре розуміти правила і культуру своєї галузі психіатрії, щоб бути ефективними. Військова GME надає слухачам необхідні знання, навички та ставлення, необхідні військовим психіатрам. Окрім того, стажисти у військових програмах отримують керівництво і кураторство досвідчених військових керівників під час безпосередньої роботи з військовослужбовцями та членами їхніх родин. Навчання та підготовка з унікальних військових проблем психіатрії, які не доступні у цивільному навчанні, і зручна практика у військовому середовищі можуть бути основним чинником, що, зрештою, визначає тривалість служби військового психіатра [8]. Як підкреслювало Товариство медичних консультантів збройних сил (Society of Medical Consultants to the Armed Forces) в «Білій книзі» 1987 року, «[військова] вища медична освіта є головним гарантом якості медичної допомоги і неперевершеним стимулом для найму і утримання медичних працівників на дійсній службі.

Ця важлива опора підтримує всю волонтерську військову медичну структуру» [48].

Матеріали, представлені в цьому розділі, приділяють основну увагу військовому психіатричному навчанню в межах GME. Хоча інші психологічні дисципліни, такі як психологія, соціальна робота, догляд за психічно хворими і трудотерапія, також можуть пропонувати навчальні програми у військових медичних установах, психіатричне навчання є найбільш довгим і повним. Автори цього розділу, які всі є військовими психіатрами, найкраще знають стандарти і процедури, що застосовуються в Армії. Попри це, усі види Збройних сил США у поточний момент схвалюють подібний підхід до оцінки, лікування та керування військовослужбовцями з психічними захворюваннями. Крім того, при розробленні стратегії надання психічної медичної допомоги кожна служба визнає важливість вирішення питань всієї військової родини. Кожна служба користується одним і тим самим нормативним керівництвом, хоча і в межах різної номенклатури. Більша кількість інформації, представленої в цьому розділі, може бути застосована до всіх психіатричних дисциплін та всіх родів військ і служб збройних сил. Незалежно від спеціальності й уніформи, стажування у військових системах значною мірою підвищує впевненість та компетентність у роботі з військовослужбовцями та членами їхніх родин у мирний і воєнний час.

Військова психіатрія є унікальною, має багато власних проблем, які не вирішуються в цивільний програмі навчання. Крім простого культурного занурення, військова ординатура містить як дидактичні, так і емпіричні можливості для навчання, яке відповідним чином готує студентів для роботи, яку вони будуть виконувати після закінчення. Ці програми є важливим компонентом військової медицини і були визначені як найбільш значущий чинник тривалої роботи в Армії. Крім того, доречна реалізація зазначених знань, навичок і стосунків добре підготовленими психіатрами підвищить загальну готовність підрозділу і продуктивність місії, яку виконує підрозділ, де вони працюють.

Військова психіатрія відрізняється від цивільної дорослої психіатрії двома основними конструктами, які вимагають років досвіду в освоєнні. По-перше, це вже описана вище роль подвійних обов'язків, пов'язана з постійною, але необхідною боротьбою психіатра за баланс інтересів пацієнта з інтересами його підрозділу, до яких входить загальний стан здоров'я підрозділу та успішне завершення військової місії [45]. Другий конструкт — велика кількість технічних, спеціальних військових знань, потрібних для успішної практики у військовій культурі (таблиця 42.2).

Як уже зазначалося, всі американські військові психіатричні програми акредитовані в ACGME. Як і від психіатрів, які навчались в цивільних програмах, від військових психіатрів очікується демонстрація компетентності через успішний розвиток спеціальних знань, навичок і ставлень [7]. Успішність у військовій психіатрії вимагає розвитку конкретних знань, навичок і ставлень, які можуть бути отримані тільки шляхом повторних клінічних практичних занять у рамках військової системи під наглядом досвідченого керівника Ці елементи компетенції будуть представлені та пояснені в цьому розділі з огляду на те, як вони стосуються військової психіатрії, у супроводі практичних прикладів, які належать до кожного з них.

Знання

Знання починається з базового розуміння військової культури, наприклад як правильно носити уніформу, розуміти ранги, вітати старшого за званням, з розуміння звичаїв та етикету [49]. Це також охоплює оцінку мислення військових командирів, які несуть відповідальність за безпеку сотень військовослужбовців та обладнання ціною в мільйони доларів і чий успіх залежить від їхньої здатності мотивувати війська для виконання потенційно небезпечних для життя завдань за несприятливих умов за мінімальну заробітну плату. Командири часто не мають ні часу, ні стимулів, щоб створити спеціальні житлові приміщення для військовослужбовців, які з психологічних причин не підходять для виконання наявної місії. Крім того, знання складається з розуміння військової професії в плані освіти, змісту, обсягу, типового оточення і властивих стресорів. Наприклад, військовий психіатр мають знати, що від кухарів і піхотинців вимагаються найнижчі ре-

ТАБЛИЦЯ 42.2

ОФІЦІЙНІ ДОКУМЕНТИ, МАЮТЬ ОЗНАЙОМИТИСЯ ПСИХІАТРИ АРМІЇ США

Номер	Назва
Військові правила та брошури	
AP 40-1	*Склад, місія і функції Медичного департаменту Армії*
AP 40-66	*Адміністрація і документація медичних записів*
AP 40-400	*Керування пацієнтами*
AR 40-501	*Стандарти медичної придатності*
AP 380-67	*Програма безпеки персоналу*
AP 600-8-4	*Служба військових розслідувань*
AR 600-8-22	*Військові нагороди*
AP 600-8-24	*Переведення та звільнення офіцерів*
AP 600-85	*Програма з попередження зловживання психоактивними речовинами*
AP *608-18*	*Захист військових сімей*
AP 623-3	*Система оцінки звітності*
AP 635-40	*Фізична оцінка для тих, хто залишається в Армії, виходить на пенсію або відсторонений від служби*
AR 635-200	*Адміністративне відсторонення зарахованих на дійсну службу*
AP 670-1	*Як носити та реагувати на військову уніформу та знаки розрізнення*
ДА Брошура 600-24	*Запобігання самогубствам і психологічна аутопсія*
Директиви та інструкції Міністерства оборони	
ДО директива 1332.14	*Адміністративне відсторонення зарахованих*
ДО директива 1332,30	*Відсторонення офіцерів Армії та Резерву*
ДО директива 6490.1	*Оцінка психічного здоров'я службовців Збройних сил*
ДО директива 6490.4	*Вимоги до оцінки психічного здоров'я службовців Збройних сил*
Військове польове керівництво	
FM-4-02.51 (раніше FM-8-51)	*Контроль бойового та оперативного стресу*
FM-6-22.5	*Бойовий стрес*
Інші документи	
DoDSER	*Звіт про самогубства Міністерству оборони*
Інструкція Військово-повітряних сил 41-307	*Стандарти догляду за пацієнтами під час аеромедичної евакуації*

зультати вступних екзаменів [50], що робота вербувальника — одна з найбільш стресових [51] і що авіаційному екіпажу заборонено приймати певні типи ліків [6].

Окрім того, знання передбачає ознайомлення з сукупністю ресурсів та програм для надання допомоги проблемним військовослужбовцям і членам їхніх родин. Кожний вид Збройних сил має свої служби підтримки з власною специфікою,

в деяких з них психіатр потрібен лише за певних обставин, в інших він доступний для всіх, хто має в цьому потребу. У першу категорію входять навчальні програми з лікування наркоманії [52], програми сприяння добробуту дитини та родини [53], справи керування пацієнтами [54], служби зв'язку та оцінки фізичного стану [55], інші програми психічного лікування в громаді та правоохоронних органах. Друга категорія охоплює такі організації, як командування групи капеланів, місцеві громадські служби (наприклад, Військова громадська служба, Служба ВМС і Служба сім'ї, Центр авіаторів і родинної готовності), персонал адвокатури (юридичні), загальна інспекція, Головне військове джерело (Military One-Source) і Управління у справах ветеранів [56, 57].

Іншим аспектом знань є здатність військового психіатра передбачити ефект клінічних рішень та адміністративних рекомендацій для військовослужбовців, команди й Армії в цілому. Наприклад, військові психіатри повинні мати уявлення про реальні альтернативні обов'язки, доступні військовослужбовцям, яким ставиться психіатричний діагноз або призначаються седативні препарати. Вони повинні підтримувати активний зв'язок з керівництвом підрозділів, щоб мінімізувати тиск на військовослужбовця, допомогти підрозділу визначити межі його обов'язків і зменшити негативний вплив на місію підрозділу. Військові психіатри повинні мати уявлення про те, як довго особа може бути відсторонена від служби через адміністративні або медичні показання і як товариші по службі будуть ставитись до цієї людини, поки вона перебуває на лікуванні. Додатковою проблемою для командирів може стати те, що рекомендації для адміністративного відсторонення від роботи здатні викликати шквал запитів про відсторонення багатьох інших військовослужбовців. Це особливо стосується періодів напружених операцій, коли рівень виснаження є критичним чинником, спроможним погіршити здатність підрозділу виконати свою місію. Крім того, психіатр має знати про фінансову компенсацію й інші переваги, доступні для ветеранів при залишенні строкової служби.

І, нарешті, мабуть, найголовніші знання стосуються того, щоб добре розбиратись у військових правилах та посібниках з інструкціями [2]. Оскільки психіатри мають зобов'язання не лише перед солдатами, але й перед підрозділами, вони повинні знати медичні умови, які не дозволяють приймати новобранців на військову службу, а також умови звільнення за медичними показниками [6]. Вони мають знати правила отримання статусу інвалідності та розуміти, як вести історію відсторонення від служби і проводити фізичну експертизу [55]. Крім знання про те, які психічні характеристики є умовами відсторонення від служби, військові психіатри повинні знати норми адміністративного (немедичного) відсторонення, які відрізняються для офіцерів і рядових, а деякі з них вимагають оцінки і рекомендації психіатрів докторського рівня. Суттєвим є розуміння ролі психіатра як адвоката або нейтрального спостерігача під час цієї оцінки для відсторонення військовослужбовців від служби [58, 59].

Щоб гарантувати відсутність примусового направлення військовослужбовців до психіатрів, військові психіатри мають бути добре обізнані з принципами політики МО щодо керованого направлення військовослужбовців на психіатричне оцінювання, у тому числі з правами військовослужбовців під час проведення подібних процедур, межами конфіденційності, обов'язками психіатрів та іншого задіяного персоналу, специфічними часовими межами і необхідною документацією [3]. Ці правила ввели в дію в 1993 році у відповідь на турботу Конгресу про те, що військовослужбовці були направлені на психіатричне оцінювання неналежним чином за сигналом про підозрілу активність в межах їхніх груп [60]. До військового психіатра, який відхиляється від заданого процесу, можуть бути застосовані значні адміністративні санкції.

Додаткові адміністративні обов'язки, які не мають аналогів у цивільній психіатричній роботі, містять оцінку параметрів безпеки [5], участь у розслідуваннях випадків самогубства і ведення відповідної документації про спроби самогубства [61–64], транспортування пацієнтів за допомогою військової аеромедичної евакуаційної системи [65]. Знання положень щодо основних планових стандартів, ведення записів про стан медичного та психічного здоров'я військовослужбовців і контроль записів про вихід на пенсію — це інші обов'язки військового психіатра [54, 66]. Після 11 вересня 2001 року для військових психіатрів

стало ще більш важливим розуміти специфічні різновиди психічних та медичних служб залежно від роду військ, їхнє розміщення на полі бою і конкретні ролі та обов'язки офіцерів-психіатрів у воєнний час [67–69]. Такі знання здобуваються завдяки зосередженому навчанню незабаром опісля вступу на дійсну службу [8], але глибина і масштаби такого навчання навіть віддалено не наближаються до підготовки та досвіду, отриманих під час 4-річної програми військової підготовки. Наступні приклади окремих випадків, як й інші, представлені в цьому розділі (всі отримані з клінічного досвіду одного з авторів [WW]), демонструють переваги такої програми.

Приклад 42.1. Психіатр підрозділу, який перебуває на розгортанні, визначає певну кількість незрілих і неадекватних навичок вирішення проблем у багатьох солдатів, яких вона оцінювала. Стурбована їхньою спроможністю успішно завершити розгортання, вона рекомендує відсторонити більшість із них через розлади особистості згідно з розділом 5–13 Військових положень 635-200 [59]. Навіть якщо дехто із з цих солдатів агресивні та непередбачувані, більшість із них не відсторонюється. Частота, з якою психіатр рекомендувала відсторонення, зменшує довіру до неї у командира підрозділу, котрий, зрештою, припиняє виконувати будь-які її рекомендації незалежно від обставин.

Приклад 42.2. 25-річний солдат авіації, який був на розгортанні, звернувся до психіатричної клініки зі скаргою на безсоння. Солдат описує первісне безсоння, пов'язане з турботами про майбутню місію, що відбуватиметься на ворожій території. Додатково до опису солдатом симптомів психіатр запитує його про службу і робочий графік. Знаючи, що персонал авіації не має дозволу на польоти при використанні психотропних препаратів, а також розуміючи, що солдата можуть розбудити посеред ночі і змусити його швидко перевірити готовність обладнання до польоту, психіатр не відчував можливим виписати йому снодійне. Замість цього вона інструктує його щодо методики глибокого дихання і прогресивної м'язової релаксації та наказує відвідувати запропонований клінікою клас гігієни сну.

Приклад 42.3. Солдат прийшов в психіатричну клініку з заявою про те, що він потребує психологічної оцінки, щоб поновити записи про допуск до секретної роботи. Психіатр, який щойно закінчив цивільну ординатуру, не знав, що він мав отримати додаткові документи про минуле солдата до того, як прийняти його, і що відповідь на таку заяву має дуже специфічну форму. Він провів оцінювання солдата сам на сам і написав лист, у якому зробив висновок, що солдату потрібно поновити допуск. Його лист було відхилено Агентством безпеки, оскільки він не відповідав на ключове питання, порушене при перевірці минулого солдата, і був неправильно оформлений.

Навички

Багатьох навичок, необхідних військовим психіатрам, зокрема й оцінювання, формулювання, управління кризовими ситуаціями, проведення консультацій і різних видів психотерапії, навчають у цивільних навчальних програмах. Інші навички, однак, потрібні лише військовим психіатрам, і їх можна здобути, тільки працюючи у військовому середовищі. Такі навички освоюються через успішне завершення військової психіатричної програми GME, після чого психіатри отримують досвід під час виконання обов'язків при початковому призначенні на дійсній службі. Навички, пов'язані з військовою службою, — це конкретні міжособистісні навички, необхідні для взаємодії з окремими пацієнтами, а також їхніми командирами і військовим персоналом забезпечення. Крім того, військовим психіатрам потрібні численні технічні та адміністративні навички, пов'язані з доглядом за пацієнтами та управлінням кар'єрою.

Потрібні навіть унікальні клінічні навички, особливо під час участі в закордонному розгортанні (додаток 42.3).

Військова психіатрія не є унікальною в своїх вимогах до набуття гарних навичок міжособистісного спілкування. Але конкретні міжособистісні навички, необхідні військовому психіатру, є унікальними і варіюються залежно від установи. Наприклад, деякі військовослужбовці почувають себе некомфортно, взаємодіючи з лікарями, які не дотримуються очікуваного від військового офіцера етикету. Тому психіатр повинен дотримуватись відповідної військової поведінки, але

не бути таким формальним і жорстким, щоб це не створювало негативний вплив на формування терапевтичного альянсу. Як і пацієнти в цивільному секторі, військовослужбовці відвертіші в сприятливій, дещо спокійній обстановці. Занадто авторитарні військові психіатри матимуть труднощі з встановленням контакту з військовослужбовцями, у яких є проблеми з одним або кількома інспекторами, що може ненавмисно створити бар'єр для лікування. Навпаки, надто недбалий стиль здатний спровокувати військовослужбовців поводитись непрофесійно або проводити надмірну кількість часу в психіатричний клініці. Подібна поведінка неминуче призведе до погіршення професійних труднощів, які вже є.

ДОДАТОК 42.3

УНІКАЛЬНІ НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ВІЙСЬКОВИМ ПСИХІАТРАМ

Військові психіатри повинні мати здатність

- встановлювати зв'язок із військовослужбовцями, які є пацієнтами;
- встановлювати зв'язок із військовослужбовцями, які не є пацієнтами;
- встановлювати зв'язок із керівниками підрозділів;
- бути «продавцями» і послами в сфері психічного здоров'я;
- забезпечувати належні заходи після травмувальної події;
- взаємодіяти в рамках і серед різних військових відомств;
- мати доступ до відповідних правил;
- формулювати і писати військові меморандуми;
- готувати офіційні доповіді;
- забезпечувати якісний догляд в складних умовах;
- консультувати підлеглих;
- готувати консультаційні звіти, надавати рекомендації й оцінювати ефективність.

Робота з командирами підрозділів вимагає зовсім іншого набору міжособистісних навичок, який складається з ділового ставлення, фокусування на даних і правилах, акценту на успіху місії, а також готовності визнати, що командир не завжди цінуватиме зусилля психіатра в допомозі підрозділу або солдату. Командири часто мають упередженість стосовно психіатрів ще до особистих або сімейних контактів з ними, що ґрунтується на хибному або перекрученому сприйнятті психіатра як того, хто може негативним чином впливати на місію.

Від психіатрів як від лікарів очікується, що вони будуть підтримувати свої клінічні навички та вивчати сучасну медичну літературу. Як від офіцерів — що вони збережуть свою фізичну форму і будуть знайомі з новою військовою тактикою, процедурами і правилами. Часто найскладнішою міжособистісною навичкою, потрібною військовому психіатру, стає вміння бути експертом з реклами в групі, яка відкидає можливість отримання психіатричної допомоги. На відміну від своїх цивільних колег, військові психіатри мають активно брати участь у діяльності з первинної профілактики через освіту та інформаційно-пропагандистські зусилля для підрозділів, які вони підтримують. Активне ознайомлення з підрозділом і його командуванням може допомогти зменшити стигму, пов'язану з втручанням у психічне здоров'я, — відомий бар'єр лікування [70]. Можливість військових психіатрів утвердитися в ролі життєздатних членів медичної команди підрозділу допоможе збільшити доступ до психічного лікування солдатів. Збільшення доступу до медичної допомоги має життєво важливе значення в епоху повторних бойових дій, коли більша кількість військовослужбовців звітує про наявність у них психічних проблем, пов'язаних з бойовими діями [71].

Військовим психіатрам також потрібна низка унікальних технічних навичок, зокрема вміння проводити дослідження, писати офіційну кореспонденцію і різні типи звітів (додаток 42.4) [2]. Використання невідповідного порядку дій, неналежне документування рекомендацій чи дій або неправильні дії здатні знизити довіру до психіатра, негативно позначитися на ефективності підрозділу і, можливо, мати довічний вплив на пацієнтів у формі. Військовий психіатр повинен ознайомитись із відповідними правилами, знати, як отримувати оновлені правила і як їх застосовувати, забезпечуючи високу якість психіатричного лікування військовослужбовців та командування. В Армії США правила диктують, як складати медичний план [54], які елементи фізичної експертизи потрібні для оцінки інвалідності [55], як запланувати оцінку психічного здоров'я команди [3], яка інформація повинна бути надана командирам

опісля оцінки психічного здоров'я команди [72], як повідомити солдатам та командуванню про рекомендовані робочі обмеження [6], що робити з закритими психіатричними програмами [54] і навіть як писати у «військовому стилі» [73].

Серйозні відхилення від цих правил під час практики можуть негативно позначитися на репутації, повноваженнях і медичній ліцензії.

ДОДАТОК 42.4

ДОКУМЕНТИ ТА ЗВІТИ, ЯКІ ГОТУЮТЬ ВІЙСЬКОВІ ПСИХІАТРИ

- Клінічні примітки
- DD Форма 689 — індивідуальна картка хворого «Sick slips»
- Розширена індивідуальна картка хворого «Sick slips» (наприклад, фізичний розлад, комісія щодо обмежень у службі)
- Рекомендації стосовно безпеки для командування
- Оцінка благонадійності
- Висновки медичного огляду офіцерів
- Резюме медичної комісії
- Заява чергового про самогубство
- Психіатричні комісія
- Психологічна аутопсія*
- Військовий меморандум
- Стандартні військові процедури
- Звіти про консультування
- Допоміжна форма для звіту про оцінку працівника
- Звіти про оцінку працівників
- Рекомендації
- Службові розслідування

Технічні навички, необхідні військовим психіатрам, також охоплюють ті, що стосуються їхнього кар'єрного зростання та кар'єрного зростання їхніх підлеглих. Військова система оцінки ефективності, якщо її проводять належним чином, гарантує, що військовослужбовці забезпечуються своєчасним зворотним зв'язком і широкими можливостями, щоб полегшити їхні проблеми [74]. Так само військова система нагород визнає виняткову продуктивність, забезпечуючи стимули за перевищення стандарту [75]. Обидва механізми розпізнання успішності є складними і можуть мати досить заплутаний характер навіть для людей, які мають роки досвіду. Просування та супутня оплата залежать від здатності успішно керувати цими двома системами. Всі воєначальники, зокрема й більшість військових психіатрів, відповідальні за консультування і рейтинг своїх підлеглих, а також мають робити запит про подання їх до нагороди за кілька місяців до отримання нагороди. Психіатр має бути знайомий із досягненнями підлеглих, знати, яких нагород заслуговують ці досягнення і який стиль використовувати у запиті на подання до нагороди так, щоб він був схвалений. Процедура і стиль мають однакове, якщо не більше, значення при підготовці звітів про продуктивність, й інформацію про ці елементи не знайдеш в жодному офіційному документі. Її можна отримати в основному через наставництво та керівництво старших офіцерів і начальників.

Військові психіатричні програми GME забезпечують стажерам можливість дізнатися про військову рейтингову систему щодо оцінки ефективності, оскільки вони, як і усі офіцери, повинні отримувати річну оцінку. За допомогою формального навчання та індивідуального керування куратором стажисти дізнаються, як документувати особисту мету і досягнення [74]. Вони також ознайомлюються з процесом наставництва та оцінки підлеглих, яку вони, швидше за все, мають зробити на початку своєї служби після ординатури. Слухачі в цивільних психіатричних програмах GME не мають такої ж можливості познайомитися з військовою системою оцінок і, таким чином, перебувають в дуже невигідному становищі при оцінці інших фахівців у галузі психіатрії після завершення ординатури.

Військова психіатрія також вимагає унікальних клінічних навичок під час розгортання або іншої служби в складному середовищі. Практика «бойової психіатрії» потребує здатності вести проблемно-орієнтовані інтерв'ю в неоптимальних умовах клініки, де мало дотримуються недоторканності приватного життя, спостерігається гучний шум, екстремальні температури та присутні ненадійний комп'ютер і телефонний зв'язок. Психологічна робота має бути короткою (від двох до чотирьох сеансів) і орієнтованою на результат. Довгострокова психотерапія неможлива.

* У 2001 році в Армії США її виконували лише психіатри з підготовкою в судовій психіатрії.

Військовому психіатру слід навчитися довіряти клінічним навичкам співробітників, якими часто є зараховані психіатри з досвідом навчання менше року. Лабораторні послуги нерідко дуже обмежені, зазвичай складаються лише з базової серології й аналізу сечі. Результатів функціональних тестів печінки і щитоподібної залози, рівня наркотиків, а також розширеного пошуку наркотиків можна очікувати тижнями, якщо вони взагалі доступні. Запаси ліків іноді обмежуються одним або двома вибірковими інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (SSRI), бупропіоном, одним снодійним, одним бензодіазепіном і нейролептиком першого покоління, таким як галоперидол. Стабілізатори настрою, атипові нейролептики, антидепресанти, які не мають вмісту SSRI, і стимулятори можуть бути недоступні взагалі. Також важко отримати доступ до спеціалізованих консультантів, і часом військовий психіатр є єдиним доступним лікарем на місці. Такі теми об'єднані у навчальний план військової ординатури, яка готує слухачів для успішної практики в різному і складному середовищі. Наступні приклади, як й інші з цього розділу, ілюструють матеріали, підготовлені для військових лікарів, які проходять навчання.

Епізод 42.1. Психіатр лікує солдата, який дуже злий на своє командування. Він стверджує, що його командир має фаворитів і не піклується про основні потреби своїх підлеглих. Солдат згадує кілька небезпечних випадків, які нібито відбулись у підрозділі, і дає дозвіл психіатру на розслідування. Психіатр виявляє, що незвично висока кількість осіб із групи цього солдата були в психіатричній клініці, і в їхніх документах вказані подібні скарги. Він просить зустрічі з командиром групи, щоб обговорити звинувачення. У призначений час психіатр прибуває на прийом у відпрасованій формі, підготувавши доповідь, що містила конкретні дані про останні тенденції в поведінці членів підрозділу, інформацію, базовану на фактах, про те, як небезпечна і недобросовісна практика може зменшити готовність підрозділу, і дуже чіткі рекомендації щодо того, як поліпшити ситуацію. Командир групи заявив, що він зацікавлений реалізувати ці рекомендації.

Епізод 42.2. Новий військовий психіатр проявляв активність у своїй тематичній психотерапевтичній групі в ординатурі і видав кілька публікацій із діалектичної поведінкової терапії. Одним із його перших пацієнтів, коли він став психіатром підрозділу, була молода жінка з дуже важким минулим, він діагностував у неї межовий розлад особистості. Заінтригований випадком, психіатр призначає пацієнтці зустрічі протягом 50 хвилин два рази на тиждень. Кадрові психіатри в клініці скаржаться своєму ворент-офіцеру, що психіатр завжди проводить сеанси і ніколи не в змозі працювати у справах співробітників. Пацієнтка, здається, почувається все гірше і наполягає на тому, що потребує медичної довідки, яка звільнить її від майбутніх польових навчань. Наприкінці 4-го тижня сержант супроводжує пацієнтку на її сесію і сердито запитує психіатра, чи розуміє він, як впливатиме її відсутність на навчаннях на інших членів підрозділу і хто, на його думку, піклуватиметься про неї, коли підрозділ буде на польових виходах.

Епізод 42.3. Військовий психіатр на розгортанні працює на невеликій базі у ворожому місці в Іраку. Пізно вночі він спав на своєму ліжку в задній частині клініки-намету, коли його розбудила поява втомленого солдата, який просив про допомогу. Солдат був брудним, виснаженим, із неприємним запахом. Раніше в той же день він повернувся з довгого конвою, під час якого його взвод був атакований вогнем стрілецької зброї і реактивними гранатами. Він стверджував, що відчуває напруження і стурбованість про свою дружину, якій він не міг зателефонувати останні два тижні. Він зі сльозами на очах розповідав психіатру, що його наступна зміна розпочнеться вранці, але він не відчуває, що його «голова бере участь у грі», і що він ставить під сумнів свою здатність захищати своїх товаришів. Психіатр провів короткий аналіз та зв'язався з командиром солдата, аби рекомендувати відсторонити його від служби в конвою на кілька днів і допустити до участі у програмі «відновлення», запропонованій в клініці.

Ставлення

Розвиток відповідного ставлення може здаватись менш істотним, ніж надбання відповідних знань і навичок в галузі військової психіатрії. Проте психіатри, які підходять до вирішення клінічних і адміністративних завдань в Армії з неправильним ставленням, можуть ненавмисно внести в своє життя більше стресу і відчути, що не отримують

задоволення від роботи. Їхнє ставлення до пацієнтів повинно бути самовідданим у бажанні захищати пацієнтів і при цьому скептичним стосовно симуляції. Їм необхідно лікувати пацієнта, одночасно надаючи підтримку його підрозділу. Вони мають проявляти гнучкість і скромність, а також готовність взяти на себе виконання складних завдань за мінімальне визнання. Нарешті, військові психіатри мають досягти успіху в ролі лідера, щоб їхні підлеглі отримували визнання і просування, на які вони заслуговують.

Роль подвійних зобов'язань, яка вже обговорювалась раніше, прекрасно демонструє важливість наявності правильного ставлення до роботи. Військові психіатри мають бути готові прийняти утилітарну точку зору [76]. Їм слід розглядати всю когорту військовослужбовців як «пацієнта» і прагнути захистити цього «пацієнта» від шкоди, навіть ціною порушення конфіденційності окремих військовослужбовців. Непередбачені порушення конфіденційності між доктором та пацієнтом рідкісні, але необхідні й доцільні, якщо ідентифікований пацієнт відчуває симптоми, що здатні поставити під загрозу безпеку підрозділу. Залежно від роботи пацієнта до таких симптомів можна віднести погану концентрацію, проблеми зі сном, помилки в судженнях, тривогу, глибоку депресію, марення, галюцинації, когнітивні порушення, порушення вольового контролю і, звичайно, суїцидальні смертоносні фантазії.

Військові психіатри мають бути гнучкими і творчими, задоволеними обмеженими ресурсами і можливостями лікування та відчувати себе відносно комфортно в ролі єдиного психіатра на групу військовослужбовців кількістю до 15 000 осіб [77, 78]. Вони повинні змиритись з тим, що не зможуть допомогти всім. А це для багатьох психіатрів є важкою концепцією, яку їм складно прийняти, адже вони, найбільш ймовірно, прийшли в цю сферу для того, щоб допомогти своїм пацієнтам вести більш щасливе та продуктивне життя. Через високе співвідношення кількості військовослужбовців до кількості психіатрів, військові психіатри мають також вірити в силу первинної профілактики. Вони приймають концепцію, що психіатрична допомога починається в окопі, де солдати допомагають один одному долати труднощі.

Психіатри в Армії мають підтримувати атмосферу сумирності і розуміти, що в певних ситуаціях турботливий друг, капелан або командир здатний бути ефективнішим терапевтом, ніж професійний психіатр. Вони також мають визнати, що звання «капітан» або «майор» іноді краще, ніж «лікар» у військовому підрозділі, тому що перше більш чітко ідентифікує їх як частину військової команди. Крім того, вони розуміють, що більшість із солдатів, для яких вони працюють, не знають, у чому різниця між психіатром, психологом і соціальним працівником.

Військовому психіатру слід бути готовому працювати під командуванням та разом з іншими фахівцями в сфері психіатрії, такими як психіатричні медсестри, соціальні працівники і фахівці з трудотерапії. Вони також повинні бути готовими довіряти клінічним здібностям фахівців, що працюють із ними, адже ті часто першими контактують з військовослужбовцями, які шукають лікування. Ці співробітники грають вирішальну роль у сортуванні пацієнтів, виконуючи початкову оцінку та документування, проводять освітні групи, забезпечують підтримувальне консультування і управління гострою кризою, часто після менш ніж 12-місячного психіатричного навчання [79]. Цивільні робочі місця фахівців-психіатрів із Резерву і Національної гвардії можуть кардинально відрізнятися, тому виникає необхідність посиленого навчання до того, як почнеться робота з пацієнтами Військові навчальні психіатричні програми включають в навчальну програму конкретний досвід роботи з іншими професіональними психіатрами та фахівцями-практиками.

Робота у військовому середовищі під пильним наглядом також створює низку унікальних проблем. Військові психіатри зобов'язані завжди пам'ятати, що вони представники Збройних сил США. Більшість військових баз відносно невеликі, і психіатри зазвичай стикаються з пацієнтами та їхніми родинами в різних місцях на посту і в сусідніх громадах. Багато військових психіатрів мали досвід спільного харчування, очікування в медичному передпокої і навіть прийняття душу зі своїми пацієнтами. Такі ситуації, по суті нечувані в цивільній обстановці, є звичайним явищем у сучасному військовому середовищі, і військові психіатри повинні бути здатними підтримувати

добру військову манеру триматися і професійну поведінку в будь-який час.

Приклад 42.4. Військовий психіатр приймає аналітика розвідки, у якої спостерігалося безсоння відтоді, як її перевели на нічні зміни 4 тижні тому, і яка мала обмежену реакцію на снодійне. Її енергія і концентрація досягли небезпечно низького рівня, і вона вже зробила кілька помилок на роботі. Визнаючи право солдата на конфіденційність лікування, психіатр мав реальні побоювання, що можливості його пацієнтки робити точні звіти про важливі розвідувальні дані можуть погіршитися. Він зв'язався з командиром солдата та рекомендував, щоб вона отримала денні зміни через погіршення здатності виконувати свої обов'язки, знаючи, що в результаті її допуск може бути призупинений.

Епізод 42.4. Військовий психіатр закінчила престижну медичну школу на Східному узбережжі з відзнакою і ординатуру перед вступом в Армію. Вона звикла носити білий халат на роботі та мати багато адміністративних співробітників, які допомагали їй. Вона також звикла називати своїх співробітників по іменах і приєднуватись до них на регулярних навчальних вечерях, фінансованих фармацевтичною компанією. Їй було дуже важко адаптуватись в Армії і відчувати, що інші члени відділу не поважають її, тоді як вона ставиться до них з презирством. Начальник її відділу, психолог, надав їй кілька консультацій стосовно важливості командної роботи та регулярної взаємодії з місцевими командирами. Зрештою вона була направлена на розгортання в Ірак, і після тяжких 15 місяців у пустелі вирішила піти з Армії якомога швидше.

Епізод 42.5. Молодий солдат в Афганістані прийшов до клініки контролю бойового стресу в середині напруженого дня. Психіатр, який закінчував роботу з одним пацієнтом і мав ще двох, які чекали на нього, щойно дізнався, що на патруль з бази було скоєно напад і що підрозділ просить провести критичний розгляд подій. Він пропустив обід і мав відповісти на три телефонних дзвінки, а також викладати в класі боротьби з тютюнопалінням через 30 хвилин. Помітивши нового солдата, який стояв на вході, він сердито зауважив, щоб він прийшов пізніше, якщо це не надзвичайна ситуація. Наступного ранку психіатр йде до автомобільного парку, щоб отримати конвой до сусідньої бази, і виявляє, що цей солдат буде його водієм.

МАЙБУТНЄ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Військова психіатрична GME стикається з численними видами тиску на різних фронтах. Зі збільшенням акценту на ефективності прямого догляду у військовій системі охорони здоров'я рішення про те, чи слід фінансувати GME в системі або за контрактом в цивільному секторі, може стати необхідним. Оскільки сфера військової психіатрії помітно відрізняється від її цивільного аналогу, підготовка психіатрів за межами Армії є менш логічною, ніж в інших медичних спеціальностях. Великі зміни в ключових компетенціях безпосередньо впливатимуть на структуру і зміст усіх навчальних програм. Нинішні конфлікти на Близькому Сході і GWOT чинитимуть прямий вплив на майбутнє GME в психіатрії, оскільки питання, пов'язані з психологічним лікуванням, отримують ще більше національної уваги.

Життєздатність GME в Армії завжди була питанням для обговорень через її високу вартість. Із прагненням медичних служб всередині і за межами Армії до оптимальної ефективності медична освіта перебуває під підвищеним тиском через дорогу загальну модель медичного учнівства, важливою частиною якої є отримання особистого досвіду з вчителями, наставниками і пацієнтами. Лише завдяки особистим взаєминам з викладачами та наставниками і достатньому досвіду допомоги пацієнтам клініцист здатний розвивати складні синтезовані можливості. Традиційно військова GME не підпадала під такий сильний вплив, як цивільні навчальні програми, з боку моделі зменшення вартості лікування, але командири MTF зараз оцінюються за продуктивністю робочого навантаження через одиницю відносної вартості. Завдання, пов'язані з GME, не виробляють одиниць відносної вартості і, отже, не мають кредиту навантаження. Це є критичним чинником в рішенні про те, чи буде Армія продовжувати надавати підтримку GME з військовими та цивільними факультетами або підрядить для цієї

місії неурядові організації. Динаміка компетенції дає деяку обіцянку на перехід від досвіду, який набувається з часом, до стандартів компетентності, що не залежать від часу. Хоча це краще застосовувати до медичних спеціальностей, у яких ставиться акцент на процедурах, розвиток профілів з використанням ліків і психотерапії збагатить психіатрію, дозволяючи проводити більше лонгітюдних, ніж короткочасних, оцінок. Динаміка компетенції також змусить психіатрію розвивати більш відповідні вимірювання клінічних результатів, що дозволить програмам почати об'єктивно вимірювати навички догляду за хворими в їхніх студентів.

Нинішні конфлікти на Близькому Сході і триваюча GWOT потребують підвищеного робочого темпу в наступні роки і вимагають, щоб Армія приділила увагу психологічному здоров'ю всіх військовослужбовців. Посилений акцент на лікуванні посттравматичного стресового розладу і черепно-мозкової травми повинен бути включений в навчальні програми. З тим, як принципи близькості, безпосередності, тривалості і простоти (PIES), військове самозабезпечення і обладнання отримують більше значення в формуванні психічного здоров'я в усіх середовищах, продовження акценту на військовому психіатричному навчанні в програмах GME одержуватиме першорядне значення. Оскільки загальна кількість абітурієнтів з USUHS і стипендіальних програм для медичних професій знизилась в останні роки, для забезпечення адекватної кількості майбутніх психіатрі потрібно буде поглибити зусилля для набору персоналу.

ВИСНОВКИ

GME є важливим аспектом гарантування безпечної та високоякісної охорони здоров'я в Сполучених Штатах. Навчальні програми для кожної медичної спеціальності повинні дотримуватися певних вимог і керівних принципів та мати доступних викладачів, які надаватимуть адекватні кураторство та наставництво в навчанні лікарів. Психіатрична GME має дуже широкі дидактичні, клінічні вимоги та вимоги до кураторства, у результаті чого під час навчання на курсі студенти опановують комплексний набір навичок. Військові психіатричні програми GME дотримуються всіх цих вимог на додачу до навчання військово-специфічних поведінкових навичок здорового життя, необхідних, щоб психіатри могли адекватно функціонувати як в гарнізоні, так і в бойовому середовищі.

Уроки, отримані від військових конфліктів протягом останніх 40 років, показують, що психіатрична травма на війні є істотною медичною проблемою; ця проблема стала важливим питанням для американського суспільства. Військовослужбовці, які повертаються з бойового розгортання, можуть мати психологічні шрами, що роблять реінтеграцію в суспільстві складним і стресовим процесом, впливаючи і на ветеранів, і на членів їхніх сімей. Військові психіатричні програми GME посилили навчання стосовно всіх аспектів підтримки циклу розгортання, щоб впевнитись у тому, що військові психіатри готові задовольнити різноманітні потреби сімей військовослужбовців під час циклу розгортання. Питання психічного здоров'я перебувають під прискіпливим наглядом засобів масової інформації та державних установ. Тому військові психіатри повинні почуватись комфортно, практикуючи в середовищі, яке потенційно може належати до вищих ешелонів влади, що вимагає всеосяжного досвіду навчання.

З очікуваною довгостроковою тривалістю GWOT військові психіатричні GME і надалі будуть важливим аспектом військової готовності. З огляду на постійне вдосконалення оцінювання психічного здоров'я під час циклу розгортання, лікування психічних розладів, пов'язаних із боротьбою зі стресом, а також на втручання під час розгортання для родин військовослужбовців військові психіатричні програми GME повинні бути гнучкими у модифікаціях спеціальної військової підготовки при дотриманні стандартних вимог акредитації ACGME. Утримання кваліфікованих викладачів військових програм GME в ролі наставників, прикладів та експертів в предметній галузі забезпечить подальший розвиток компетентних військових психіатрів, готових підтримати військовослужбовців та їхні родин.

ЛІТЕРАТУРА

1. US Department of the Army. *Commissioned Officer Professional Development and Career Management*. Washington, DC:DA; 2007. DA Pamphlet 600-3.
2. Diebold CJ. Military administrative psychiatry. In: Lande G, Armitage D, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas; 1997.
3. US Department of Defense. *Mental Health Evaluations of the Members of the Armed Forces*. Washington, DC: DoD; 1997. DoD Directive 6490.1.
4. Joint Service Committee on Military Justice. *Manual for Courts Martial United States*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005.
5. US Department of the Army. *Personnel Security Program*. Washington, DC: DA; 1988. Army Regulation 380-67.
6. US Department of the Army. *Standards of Medical Fitness*. Washington, DC: DA; 2007. Army Regulation 40-501.
7. Accreditation Counsel for Graduate Medical Education. Psychiatry program requirements. ACGME Web site. Available at: http://www.acgme.org/acWebsite/RRC_400/400_prIndex.asp. Accessed November 23, 2007.
8. Wise MG. The past, present, and future of psychiatric training in the US armed services. *Mil Med*.1987;152:550–553.
9. Heaton LD, Anderson RS, Glass AJ, Bernucci R, eds. *Zone of Interior*. Vol 1. In: *Neuropsychiatry in World War II*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General; 1966.
10. Ozarin LO, McMillan G. The American Psychiatric Association: historical highlights. American Psychiatric Association Web site. Available at: http://www.psych.org/public_info/libr_publ/apahighlights.cfm. Accessed November 23, 2007.
11. Bailey P, Williams FE, Komora PO. *Neuropsychiatry*. Vol X. In: *The Medical Department of the United States Army in the World War*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1929.
12. US Army Center of Military History. Number of Army personnel who served during each major war, and the number of casualties incurred. US Army Center of Military History Web site. Available at: http://www.army.mil/cmh-pg/faq/FAQ-C&C.htm. Accessed November 23, 2007.
13. Steyn RW. Retrospections: a sketch of nautical psychiatry through World War II. *Mil Med*. 1980:145:407–412.
14. Taylor RR, Mullins WS, Parks RJ. *Medical Training in World War II*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General; 1974.
15. Menninger WC. Psychiatric experience in the war, 1941–1946. *Am J Psychiatry*. 1947:104:577–586.
16. Forrer GR, Grisell JL. US Army psychiatric training program. *AMA Arch Neurol Psychiatry*. 1957:77:218–277.
17. Department of the Army. *Department of Defense Report to the Defense Base Closure and Realignment Commission*. Vol III. Washington, DC: DA; 1995. Available at: http://www.defenselink.mil/brac/army.htm. Accessed November 23, 2007.
18. Defense Base Closure and Realignment Act of 1990. Pub L No. 101-510 (1990).
19. The Defense Secretary's Commission on Base Realignment and Closures. *Report of the Defense Secretary's Commission*. Washington, DC: DoD; 1988. Available at: http://www.defenselink.mil/brac/army.htm. Accessed November 23, 2007.
20. Pincus SH, Staff Psychiatrist, Madigan Army Medical Center, Fort Lewis, Washington. Personal communication, February 2007.

21. Orman DT, Director, PTSD-TBI/BH Integration Office, USAMEDCOM, Fort Sam Houston, Texas. Personal communication, April 2007.

22. Defense Base Closure and Realignment Act of 1990 (as amended in 2004). Pub L No. 101-510 (2004).

23. Department of Defense, San Antonio Military Medical Center. San Antonio medical BRAC. SAMMC Web site. Available at: http://www.sambio.amedd.army.mil/About.htm. Accessed November 23, 2007.

24. Moran M. Medical school grads' interest in psychiatry holds steady. *Psychiatry News*. 2007;42(8):1.

25. US Department of the Army. The leader, leadership, and human dimensions. In: *Army Leadership Be, Know, Do*. Washington, DC: DA; 1999. Army Field Manual 22-100. Part 1.

26. Accreditation Counsel for Graduate Medical Education. Duty hours language. ACGME Web site. Available at: http://www.acgme.org/acWebsite/dutyHours/dh_Lang703.pdf. Accessed November 23, 2007.

27. Ritchie EC. Colonel, Medical Corps, US Army; Psychiatry Consultant to the Army Surgeon General. Personal communication, February 2007.

28. Barthel HJ. US Army Medical Corps Chief's Briefing, presented at Tripler Army Medical Center, Hawaii, August 2006.

29. Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS) 2000 Project. *Skills of the New Millennium: Report of the Societal Needs Working Group*. Ottawa, Ontario, Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 1996.

30. American Board of Medical Specialties Task Force on Competence. *Proceedings From the 1999 Professional Competence and Board Certification Conference, Chicago, Illinois, 18–19 March, 1999*. ABMS Web site. Available at: http://www.abms.org/About_ABMS/ABMS_History/Extended_History/Competency_Movement.aspx. Accessed February 28, 2011.

31. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Oakbrook Terrace, Ill: Joint Commission; 2007.

32. National Cancer Institute. A guide to understanding informed consent. NCI Web site. Available at: http://www.cancer.gov/clinicaltrials/conducting/informed-consent-guide/allpages. Accessed November 23, 2007

33. US Department of the Army. *Oath of Office—Military Personnel*. Washington, DC: DA; 1999. Department of the Army Form 71.

34. Sadock BJ, Sadock VA. Public and hospital psychiatry. In: *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia, Penn; Lippincott, Williams & Wilkins; 2003: 1376–1377.

35. My Evaluations Web site. Available at: https://www.myevaluations.com/Logon.asp. Accessed November 23, 2007.

36. Bender E. New residency requirements divide training directors. *Psychiatric News*. 2003;38(7):14.

37. Accreditation Counsel for Graduate Medical Education. ACGME Outcome Project. ACGME Web site. Available at: http://www.acgme.org/outcome. Accessed November 23, 2007.

38. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Essentials of accredited residencies. In: *Directory of Graduate Medical Education Programs*. Chicago, Ill: American Medical Association; 1984: 81.

39. US Department of the Army. *Heavy Brigade Combat Team Combined Arms Battalion*. Washington, DC: DA; 2005. Field Manual 3-90.5.

40. Howe EC. Special problem for military psychiatrists. In: Simon RI, ed. *Review of Clinical Psychiatry and the Law*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1992: 305–307.

41. American Medical Association. Principles of medical ethics. AMA Web site. Available at: http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2512.html. Accessed November 23, 2007.

42. US Department of the Army. *Deployment Cycle Support (DCS) Directive*. Washington, DC: DA; 2007. Army Directive 2007-02. Appendix A-6.

43. Jensen PS, Martin D, Watanabe H. Children's response to parental separation during Operation Desert Storm. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:433–441.

44. Faran ME, Weist MD, Saito AY, Yoshikami L, Weiser JW, Kaer B. School-based mental health on a United States Army installation. In: Weist MD, Evans SW, Lever NA, eds. *Handbook of School Mental Health: Advancing Practice and Research.* New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003: Chap 14.

45. Waits WM, Waldrep D. Application of Army combat stress control doctrine in work with Pentagon survivors. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):39–43.

46. Milliken CS, Leavitt WT, Murdock P, Orman DT, Ritchie EC, Hoge CW. Principles guiding implementation of the Operation Solace plan: "Pieces of PIES", therapy by walking around, and care management. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):48–57.

47. Accreditation Counsel for Graduate Medical Education. Reports—list of programs by specialty. ACGME Web site. Available at: http://www.acgme.org/adspublic/. Accessed November 25, 2007.

48. Society of Medical Consultants to the Armed Forces. *Military Graduate Medical Education Under Stress: A White Paper*. Fredericksburg, Va: SMCAF; 1987. Available at: http://www.smcaf.org/Military %20GME %20Under %20 Stress %201987.pdf. Accessed November 25, 2007.

49. Bonn KE. *Army Officers Guide.* 50th ed. Mechanicsburg, Penn: Stackpole Press; 2005.

50. Powers R. Army enlisted job descriptions and qualification factors. About.com: US Military Web site. Available at: http://usmilitary.about.com/od/enlistedjobs/a/92g.htm. Accessed October 27, 2009.

51. Cave D. For Army recruiters, a hard toll from a hard sell. *New York Times.* March 27, 2005. Available at: http://www.nytimes.com/2005/03/27/nyregion/27recruit.html. Accessed October 26, 2009.

52. US Department of the Army. *Army Substance Abuse Program.* Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 600-85.

53. US Department of the Army. *The Army Family Advocacy Program*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 608-18.

54. US Department of the Army. *Medical Record Administration and Health Care Documentation.* Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 40-66.

55. US Department of the Army. *Physical Evaluation for Retention, Retirement, or Separation.* Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 635-40.

56. US Department of the Army. *Army Community Service Center.* Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 608-1.

57. Military OneSource Web site. 2007. Available at: http://www.militaryonesource.com/skins/MOS/home.aspx. Accessed November 25, 2007.

58. US Department of the Army. *Officer Transfers and Discharges*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 600-8-24.

59. US Department of the Army. *Active Duty Administrative Separations*. Washington, DC: DA; 2005. Army Regulation 635-200.

60. Military Whistleblower Protection Act of 1988, 10 USC § 1034 (1988).

61. US Department of the Army. *Suicide Prevention and Psychological Autopsy*. Washington, DC: DA; 1988. DA Pamphlet 600-24.

62. US Department of the Army. *Line of Duty Policy, Procedures, and Investigations*. Washington, DC: DA; 2004. Army Regulation 600-8-4.

63. Department of Defense. Psychological autopsies. TRICARE Web site. Available at: http://mhs.osd.mil/pdfs/policies/2001/01-016.pdf. Accessed November 25, 2007.

64. US Army Suicide Risk Management and Surveillance Office. Army Suicide Event Report. ASER Web site. Available at: https://aser.amedd.army.mil/aser. Accessed November 25, 2007.

65. US Department of the Air Force. *Aeromedical Evacuation Patient Considerations and Standards of Care*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2003. Air Force Instruction 41-307, Attachment 6.

66. US Department of the Army. *Patient Administration*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 40-40.

67. US Department of the Army. *Composition, Mission, and Functions of the Army Medical Department*. Washington, DC: DA; 1983. Army Regulation 40-1.

68. US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control*. Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.51 (formerly Field Manual 8-51).

69. US Department of the Army. *Combat Stress*. Washington, DC: DA; 2000. Field Manual 6-22.5.

70. Office of the Surgeon, Multinational Force–Iraq. *Mental Health Assessment Team (MHAT-III) Operation Iraqi Freedom Report*. Washington, DC: Department of the Army; 2006. Available at: http://www.behavioralhealth.army.mil/research/index.html. Accessed November 25, 2007.

71. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351:13–22.

72. US Department of Defense. *Requirements for Mental Health Evaluations of the Members of the Armed Forces*. Washington, DC: DoD; 1997. DoD Instruction 6490.4.

73. US Department of the Army. *Preparing and Managing Correspondence*. Washington, DC: DA; 2002. Army Regulation 25-50.

74. US Department of the Army. *Evaluation Reporting System*. Washington, DC: DA; 2007. Army Regulation 623-3.

75. US Department of the Army. *Military Awards*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 600-8-22.

76. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 1994.

77. Ritchie EC, White R. Becoming a successful division psychiatrist: guidelines for preparation and duties of the assignment. *Mil Med.* 1993;158(10):644–648.

78. Hill JV, Lange C, Bacon B. Becoming a successful division psychiatrist: the sequel. *Mil Med.* 2007;172(4):364–369.

79. US Army Recruiting Command. Careers & jobs: mental health specialist (68X). GoArmy.com Web site. Available at: http://www.goarmy.com/JobDetail.do?id=160#training. Accessed November 25, 2007.

Розділ 43

ВІЙСЬКОВА СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

Елспет Кемерон Річі[1]

ВСТУП

ПСИХІАТР І СИСТЕМА КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВОСУДДЯ

Військове право

Криміналістична оцінка, або «комісія з психічного здоров'я»

Комісія з психічного здоров'я для затриманих

Експерти-консультанти військово-польових судів і експертне свідоцтво

СИМУЛЯЦІЯ

ПСИХОЛОГІЧНІ АУТОПСІЇ

Команди наукової психіатричної консультації

ВИСНОВКИ

Частина цього розділу видано як: Ritchie EC, Benedek D, Malone R, Carr-Malone R. Психіатрія та військова справа: Оновлення. Психіатрична клініка Північної Америки. 2006; 29 (3): 695-707.

[1] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника військово-медичної служби Армії США з психіатрії і директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

ВСТУП

Із продовженням війни в Іраку й Афганістані перед військово-медичною системою США постало багато питань, що стосуються психіатрії та права. Військовослужбовці, у яких виникло порушення психічного здоров'я внаслідок участі в бойових діях, належать до компетенції не тільки системи охорони здоров'я, а також і системи військової юстиції й інвалідності. Цей розділ висвітлює кілька найактуальніших судових проблем, які стоять перед військовими лікарями, юристами, а також судами.

Питання про те, наскільки насильницька і агресивна поведінка в період опісля розгортання може бути пов'язана з бойовим досвідом, залишається в площині дискусій і вивчається далі [1–3]. Однак із сотень тисяч ветеранів, які брали участь у цих війнах, лише невелика підгрупа скоювала насильницькі злочини. Військові судові психіатри покликані дати компетентне визначення кримінальної відповідальності цієї підгрупи та інформувати суди про можливий вплив пов'язаних із війною стресу або психічного розладу на злочинну поведінку.

Широко розповсюджені психічні розлади, пов'язані з війною, ускладнюються характерною ознакою цих війн — черепно-мозковою травмою (ЧМТ). Численними причинами травми голови є вибух, вогнепальні поранення, автомобільні травми та інші нещасні випадки. Важкопоранених стандартно перевіряють на наявність травми голови, однак у деяких солдатів, які перебувають у стані непритомності, такі травми можуть бути не виявлені. Пізніше у таких осіб можуть розвинутися труднощі з концентрацією уваги чи дратівливість, але вони не будуть правильно діагностовані, і такі хворі не отримають ніякої медичної допомоги. Оновлені методи виявлення ЧМТ були широко застосовані зовсім недавно. Тепер усі військовослужбовці після повернення з закордонного розгортання перевіряються на наявність ЧМТ, а також посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Хоча психічний розлад легко виявляється і підтверджується в психіатрії, він давно асоціюється з симуляцією як з метою уникнення переслідування або покарання, так і для отримання компенсації у разі інвалідності.

Судова психіатрія, психологія та соціальна робота зосереджені на перетині проблем психічного здоров'я і закону. Основними темами є компетентність, кримінальна відповідальність, сексуальна травма та інвалідність. У цьому розділі основна увага надається судовій психіатрії (більше, ніж іншим дисциплінам), оскільки вона найкраще розвинена в Армії. Проте окремі поняття можуть бути застосовані з інших дисциплін.

Військові судові психіатри сьогодні служать в Армії США, Військово-морських і Військово-повітряних силах. Судова психіатрія в Армії має багато спільного з судовою психіатрією, яку практикують у цивільному світі, але існують деякі ключові відмінності. У цьому розділі буде підкреслено певні відмінності. Він починається з опису військового права, визначення компетенції і кримінальної відповідальності та ролі свідків-експертів у військово-польовій судовій системі. У наступних підрозділах обговорюються симуляція і психологічна аутопсія. Розглядаються також численні судові питання, які стосуються затриманих. Хоча турбота про затриманих представлена в іншому розділі, тут коротко розглядаються межі психічного здоров'я затриманих і політика психіатричних консультаційних команд. Повне обговорення військових судових психіатричних питань і військової правової системи ви-

ходить за межі цього розділу, але може бути знайдено в інших джерелах [4–8]. Кілька прикладів, які складаються з різних випадків, представлені нижче і призначені проілюструвати ці принципи.

Приклад 43.1. Солдат повернувся з Афганістану в перші роки Глобальної війни з тероризмом (GWOT). Після важких 6 місяців служби він отримав електронною поштою лист від сусіда, у якому було написано: «Я бачив червоний пікап на твоєму дворі кілька останніх вечорів, що це значить?» Солдат написав рапорт із проханням про термінову відпустку, кажучи, що його мати вмирає. Наступного дня після повернення додому чоловік посварився з дружиною через своє припущення, що вона мала коханця. Він витягнув свій особистий пістолет із тумбочки і застрелив її. Потім він направив пістолет на себе.

ПСИХІАТР І СИСТЕМА КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВОСУДДЯ

Військове право

Народження американського військового права можна простежити до перших Американських положень про війну, які складаються з 69 окремих статей, ухвалених Континентальним Конгресом 30 червня 1775 року, що регулюють поведінку Континентальної армії [5, 6]. Конгрес ухвалив сьогоднішній Єдиний кодекс військової юстиції (UCMJ — Uniform Code of Military Justice) у 1950 році [8–10]. UCMJ поєднав закони, які раніше регулювали Армію США, Військово-морські та Військово-повітряні сили, в єдиний кодекс. У результаті цього Збройні сили США мають власну систему кримінального правосуддя з ієрархічними джерелами прав. Як доповнення до UCMJ військовий закон базується на Конституції США, федеральних статутах, розпорядженнях, які містять Військові правила доказу (MRE — Military Rules of Evidence), директивах Міністерства оборони (МО) і загальних федеральних законах. Конституція США може бути застосована до військовослужбовців, якщо тільки не замінена через військову необхідність [9, 10].

UCMJ встановлює кілька рівнів військового суду. Загальний військово-польовий суд є аналогічним кримінальному суду, а спеціальні суди — аналогічні судам із дрібних злочинів, де, як і в мировому суді, рішення приймає один суддя зі значно обмеженими повноваженнями [9]. П'ята поправка до Конституції спеціально забороняє виносити обвинувальний акт великого журі військовослужбовцям [9]. Замість великого журі Армія постановила, що ніякий випадок не може бути переданий на розгляд військового суду загальної юрисдикції без процедур статті 32 UCMJ [9].

Стаття 32 — це відкрите слухання, спрямоване на розслідування обставин справи, яка розглядається. Хоча це схоже і на попередній цивільний суд, і на слухання великого журі, розслідування за статтею 32 захищає краще, тому що дає можливість розслідувати, протистояти несприятливим свідкам, а також надавати суду докази. Крім того, рекомендації слідчого, який діє за статтею 32, носять рекомендаційний характер і не є остаточним рішенням [9].

Криміналістична оцінка, або «комісія з психічного здоров'я»

Питання про кримінальну відповідальність вирішується в багатьох військових установах, як правило, під час слухань за статтею 32 і в спеціальних і загальних військово-польових судах. Відповідно до правила 706 військового суду, якщо будь-якому командиру, який розглядає висунуті обвинувачення, або будь-якому слідчому, адвокату звинувачення або захисту, військовому судді чи члену суду здається, що є підстави вважати, що обвинуваченому (або відповідачу в цивільному судовому процесі) забракло психічної відповідальності за будь-який злочин, то факт і причини для такої думки передаються, зрештою, до посадової особи, яка наказує провести таке розслідування [10].

Визначення психічної або кримінальної відповідальності передається до комісії, яку зазвичай називають «комісією 706» або «комісією з психічного здоров'я». Комісія з психічного здоров'я визначає здатність обвинуваченого постати перед судом і відповісти на будь-які інші питання,

які ставлять зібрані відповідальні особи. Ці питання зазвичай пов'язані з клінічним діагнозом і кримінальною відповідальністю. Комісія офіційно складається з однієї або кількох осіб, які мають бути або лікарем, або клінічним психологом. Як правило, щонайменше один член комісії є чи психіатром, чи клінічним психологом [10].

Хоча правила спеціально не вимагають цього, військовий психіатр або психолог повинен мати високу кваліфікацію для того, щоб бути членом комісії [7, 10]. Цей нюанс є особливо правильним для випадків зі складними психіатричними проблемами або для тих ситуацій, які пов'язані з дуже серйозними злочинами, коли є вагомі причини для апеляційного розгляду висновків комісії з психічного здоров'я. Військові юристи зазвичай визнають спеціалізовану підготовку і досвід, які військовий психіатр чи психолог вносить у комісію з психічного здоров'я, та часто просять скликаних відповідальних осіб і військових суддів запросити таких фахівців взяти участь в оцінці кримінальної відповідальності [7].

Відповідно до статті 50a UCMJ,

> заява, яка спростовує звинувачення, у засіданні військового суду містить інформацію, що під час скоєння дій, які становлять злочин, обвинувачений через важке психічне захворювання або розлад не був у змозі розуміти характер і якість або протиправність дій [11].

Зазначене вище часто називають когнітивним зубцем неосудності (тобто те, що обвинувачений знає різницю між добром і злом). Цей військовий стандарт, як і федеральний стандарт, з часу ухвалення Закону про реформу неосудності в 1984 році не містить вольового зубця (наприклад, здатність обвинуваченого відповідати за свою поведінку згідно із вимогами закону). Тягар доказування відсутності психічної відповідальності лягає на обвинуваченого, який повинен надати захисту ясні і переконливі докази. Суд може потім визнати обвинуваченого винним, невинним чи невинним через відсутність психічної відповідальності [11].

Оскільки обвинувачений зобов'язаний брати участь у процесі комісії з психічного здоров'я, допомога, яка надається захисту, обмежує дослідження висновків. Готуються дві доповіді: 1) повний звіт зі всіма висновками комісії і причинами для такої думки та 2) скорочений звіт тільки із кінцевими висновками комісії з усіх питань, зазначених у запиті. Повний звіт надається тільки адвокату захисту і, за запитом, командиру обвинуваченого. Повний звіт може бути наданий комісією (або іншим медичним персоналом) тільки для іншого медичного персоналу для медичних цілей. Надання повного звіту будь-якій особі, не уповноваженій для його отримання, допускається лише відповідно до рішення військового судді. Скорочений звіт надається офіцеру, який замовляє експертизу, командиру обвинуваченого, слідчому (якщо такий є), призначеному відповідно до статті 32, і всім адвокатам у цій справі [8]. Якщо обвинувачений вирішує спиратися в захисті на психічний розлад, можна розкрити повний звіт (відредагований так, щоб виключити прямі звинувачення).

> **Приклад 43.1 (продовження).** Постріли почув сусід, який раніше надіслав солдату електронний лист про дружину. Солдат вижив, хоча отримав тяжке пошкодження головного мозку і втратив слух. Захист запросив скликати комісію з психічного здоров'я на тій підставі, що солдат мав ПТСР та черепно-мозкову травму і, отже, не підлягав суду й кримінальній відповідальності через ПТСР.

Комісія з психічного здоров'я для затриманих

У липні 2008 року розпочала роботу «комісія 706», або комісія з психічного здоров'я для затриманих, у Гуантанамо Бей. Автор цього розділу провів чотири комісії з психічного здоров'я тієї осені, поки випробування не припинилося. Хоча тут не обговорюватимуться окремі проблеми, але будуть розглянуті кілька важких питань. Центральним є питання культури і примусу. Якщо затриманий обговорює «джина» або духів, то це є психоз чи культурні вірування? Якщо він говорить, що Аллах сказав йому це зробити, то це релігійність чи тероризм? Якщо він іде на голодне страйкування, це депресія або примус з боку інших ув'язнених? Якщо здається, що він не може зрозуміти питання, що це — низький рівень освіти, мовні труднощі чи навмисна відмова співпрацювати з експертами?

Експерти-консультанти військово-польових судів і експертне свідоцтво

Відповідно до MRE 706 «судовий адвокат, захисник і військовий суд мають рівні можливості отримати експертне свідоцтво згідно зі статтею 46 UCMJ» [10, с. 275]. MRE 706 також дозволяє обвинуваченим обирати свідків-експертів за свій власний кошт. MRE 702 стверджує, що

> якщо наукове, технічне або інше спеціальне знання допоможе органу, що проводить дізнання, зрозуміти докази чи визначити факт, щоб зрозуміти доказ або визначити факт у питанні, то свідок, кваліфікований як експерт зі знань, навичок, досвіду, навчання чи освіти, може свідчити у формі надання думки або іншим чином [10, с. 275].

MRE 703 розглядає основні передумови надання свідоцтва експертами. У ньому зазначено, що

> факти або дані в конкретному випадку, на якому експерт ґрунтує свою думку або умовивід, можуть бути лише ті, які надаються або доведені до експерта в момент слухання або до слухання. Якщо, складаючи думку чи умовивід за темою, експерти мають причину покладатись на них в певній сфері, необов'язково надавати факти або дані як докази для того, щоб визнати думку або умовивід [10, с. 275].

Джерелами для цих фактів і даних є слідчі та поліцейські звіти, медичні і службові записи, свідчення, отримані під час судового засідання, особисті й професійні знання [10]. Проте MRE 403 свідчить, що надійне і доречне свідчення

> може бути вилучене, якщо його доказову цінність істотно переважає небезпека несправедливого упередження, плутанина у питанні чи введення членів суду в оману або воно призводить до невиправданої затримки, втрати часу чи зайвого нагромадження доказів [10, с. 255].

MRE 704 дає експертам змогу свідчити щодо головного питання, стверджуючи, що

> думка або умовивід експерта, припустимі в інших випадках, не викликають заперечень, оскільки охоплюють головне питання, яке вирішується розглядом фактів [10, с. 275].

MRE 705 дозволяє експерту свідчити

> у категоріях думок або умовиводів і давати експертну оцінку без попереднього розкриття фактів, які лежать в основі, якщо тільки військовий суддя не вимагає іншого. Експерти можуть бути в будь-якому випадку зобов'язані розкрити основні факти або дані на перехресному допиті [10, с. 275].

Захист може запросити експерта-консультанта, якщо висновки комісії з психічного здоров'я вважаються сприятливими для звинувачення, якщо пом'якшувальні чинники можуть вплинути на вирок або в обох випадках [6]. Експерт може бути як цивільним, так і військовим. Відповідно до оригінального військового випадку «Сполучені Штати проти Толедо» захист повинен конкретно просити призначення конфіденційного експерта-консультанта для того, щоб консультант був захищений адвокатськими привілеями. Такі запити часто піддаються інтенсивному розгляду на етапі досудового опрацювання матеріалів [7]. Якщо призначення не схвалене, військовий психіатр може, як і раніше, виконувати функції експерта в межах правил розслідування.

Захист може запросити військового судового психіатра або психолога давати показання упродовж «етапу звинувачення» або етапу винесення вироку. Наприклад, свідка-експерта можуть запросити надати експертні свідчення по суті впродовж етапу винесення вироку про вплив ПТСР, пов'язаного з бойовими діями, «синдрому війни в Перській затоці» або «в'єтнамського синдрому» на психічний стан чи поведінку обвинуваченого [12]. Крім того, експертного свідка можуть запросити дати свідчення щодо пом'якшувальних чинників на етапі винесення вироку Наприклад, питання, які розглядаються військовими судовими психіатрами, містять кумулятивний ефект депривації сну (вторинний чинник бойового стресу або бойового ПТСР) та оперативного темпу на здатність до суджень і прийняття рішень.

Як захист, так і судовий адвокат можуть запросити експерта для консультації, якщо комісія з психічного здоров'я доходить висновку, не вигідного стороні захисту. Крім того, висновок комісії з психічного здоров'я може бути успішно оскаржений на підставі повноти, точності та неправиль-

ного застосування належних військових стандартів для кримінальної відповідальності.

Військового судового психіатра також можуть запросити надати експертні показання для сторони обвинувачення через нелогічну поведінку заявленої жертви, наприклад «синдром зґвалтування» або «синдром побитої дружини» [13]. Обвинуваченого не можна примусити пройти будь-яку психіатричну оцінку, окрім комісії з психічного здоров'я. Тому будь-які свідчення про обтяжуючі чинники при винесенні вироку часто обмежуються перевіркою додаткових документів і спостереженням за обвинуваченим під час військово-польового суду, який вимагає, щоб військовий судовий психіатр засвідчив ці обмеження.

Приклад 43.1 (продовження) Комісія з психічного здоров'я провела серйозне дослідження, у тому числі аналіз інтерв'ю численних свідків, і оцінювала обвинуваченого протягом тижня, у тому числі провела психологічне тестування. Експерти погодились із тим, що він мав ПТСР. Проте вони не вважали, що це позбавляло його кримінальної відповідальності Пошкодження, викликане травмою голови, заважало деяким з його повсякденних дій. Але він знав функції судді та присяжних і основні елементи справи. Він був у змозі співпрацювати з адвокатом і вести себе належним чином в залі суду. Тому було вирішено, що солдат підлягає кримінальній відповідальності. Можливо, через діагноз ПТСР і органічне пошкодження мозку йому було призначено покарання у вигляді лише 10 років.

Сертифікація у вузькій спеціалізації судової психіатрії тепер вимагає завершення акредитованої річної стипендіальної програми, а потім екзаменаційної комісії в судовій психіатрії. Зараз існує тільки одна програма судової психіатрії МО — Стипендіальна програма військової судової психіатрії Національного столичного консорціуму (існує з 1992 року), розташованого у Вашингтоні (округ Колумбія). Нещодавно там же була розпочата Судова психологічна програма. Слухачі проходять навчання відповідно до вимог, встановлених Комісією з акредитації для Вищої медичної освіти, а також навчання, шо дозволить їм служити консультантами і експертами-свідками у військових судах, які розглядають специфічно військові злочини.

СИМУЛЯЦІЯ

Приклад 43.2. Солдат звернувся до відділення з контролю за стресом в Баладі (Ірак). Напередодні він піддався нападу з використанням саморобного вибухового пристрою. Двоє з його приятелів були серйозно поранені. Сам він вдарився головою об люк під час вибуху, але в іншому залишився неушкодженим. Його головною скаргою було: «Я просто хочу додому». Він сказав, що може застрелитися, якщо не вийде здійснити це бажання Коротке дослідження показало відсутність травматичного пошкодження мозку і ПТСР. Він також повідомив, що не може вгамувати тремтіння. Молодший психолог думав, що це може бути симуляція розладу (тремор).

Симуляція завжди є серйозною проблемою для судових психіатрів, особливо в Збройних силах, де це може бути конкретним кримінальним злочином за UCMJ. Медичні працівники неохоче визнають пацієнтів симулянтами з багатьох причин, у тому числі через розуміння того, що це рівнозначно звинуваченню в шахрайстві й обмані. Клініцисти, які звикли використовувати свої навички, щоб діагностувати і лікувати тих, хто звернувся по допомогу через проблеми, часто відчувають дискомфорт, коли стикаються з пацієнтами, які прагнуть терапевтичної допомоги не для поліпшення свого стану, а для «офіційного» підтвердження спроби обману. Проте небажання діагностувати явний випадок симуляції або, що ще гірше, ставитись до хворих так, ніби вони симулювали хворобу (можливо, розглядаючи це як шлях найменшого опору), може насправді порушити принцип «primum non nocere» (головне — не нашкодь). З точки зору короткочасної перспективи ізолювати пацієнта від наслідків симуляції заманливо. Здається, що вигоди, отримані від успішного обману або уникнення покарання за шахрайство, стануть в найкращих інтересах пацієнта. Ця дія здатна сприяти розвитку дисфункціонального психосоціального процесу і довгостроковим негативним наслідкам.

Військові лікарі повинні знайти способи зробити так, щоб їхні етичні обов'язки та обов'язки перед пацієнтами діяли в кращих інтересах пацієнта, водночас збігаючись з потребами системи. Така подвійна відповідальність, звичайно, не обмежується військовою; терапевтична практика часто вимагає балансування індивідуальних потреб пацієнта з широкими соціальними зобов'язаннями.

Симуляція має давню історію визнання в Армії, як було підкреслено в «Діагностичному та статистичному довіднику психічних розладів» угорі списку зовнішніх стимулів під заголовком «Уникнення військових обов'язків» [14]. Цей текст описує симуляції як

> умисне створення фальшивих або сильно перебільшених фізичних чи психологічних проблем, мотивованих зовнішніми стимулами, такими як ухилення від військового обов'язку, уникнення роботи, отримання фінансової компенсації, ухилення від кримінального переслідування або отримання ліків [14].

Симуляція може розглядатися як адаптивна поведінка в екстремальних умовах, наприклад коли військовополонений симулює хворобу, щоб уникнути жорстокого поводження. Це питання завбачливо вийшло на перший план клінічної практики у воєнний час. Симуляція може проявлятись у збільшених спробах уникнути бойової служби військовослужбовцями, які в іншому випадку не мають антисоціальних тенденцій, що, як правило, асоціюються з такою поведінкою. У цьому контексті симуляцію також можна розглядати як неадекватну відповідь у вкрай стресовій ситуації [15, 16]. Проте, оскільки військова служба в Сполучених Штатах тепер добровільна, новобранці знають, що вони збираються на поле бойових дій. З досвіду автора відомо, що солдати більш схильні заперечувати симптоми, ніж перебільшувати їх. Таке явище відоме як «негативна симуляція».

Лікування симуляції пацієнта в бою ускладнюється подвійними зобов'язаннями і етичними міркуваннями. Хоча мотивація може здаватись не більш ніж несерйозною спробою повернутися додому, вона часто ґрунтується на первісному страху за особисту безпеку. У будь-якому сенсі індивідуальна симуляція створює занепокоєння стосовно «епідемії» симуляції в підрозділі. Крім того, дії симулянтів створюють небезпеку для життя їхніх товаришів по службі, через що необхідна дисципліна і зобов'язання щодо третіх осіб, коли такий обман виявлено. Військові психіатри мають збалансувати ці міркування і зайнятість обмежених лікувальних ресурсів, зокрема й свій час і енергію. Поширений вислів «найбільше благо для найбільшого числа» диктує тип лікування, який може бути запропонований у зоні бойових дій з істотним наголосом лікувати «сумлінні» бойові стресові реакції, ніж «неправомірну стресову поведінку».

«Діагноз» симуляції не обов'язково прирівнюють до злочину симуляції. Стаття 115 UCMJ описує злочин симуляції таким чином:

> Будь-яка особа, яка підпадає під цей розділ, яка з метою уникнення роботи, служби або обов'язків 1) симулює хворобу, фізичну інвалідність, психічний недолік чи розлад або 2) навмисне завдає собі шкоди, карається за призначенням суду [10, с. 344].

Військове законодавство визнає дві різні форми симуляції — симуляція хвороби і умисне завдання собі пошкоджень з різними покараннями за кожне (більше за завдання травм, ніж за симуляцію хвороби). Якщо злочин було скоєно під час війни або в зоні ворожого вогню, тим більш серйозним злочином є симуляція, метою якої було уникнути бойових дій, і більш жорстким буде покарання. Максимальне тюремне ув'язнення може коливатися від 1 року для симулювання хвороби в небойовій ситуації до максимум 10 років за умисне заподіяння собі рани, щоб уникнути бойового чергування.

Знову ж таки, хоча й існує така думка, що симуляція — звичайне явище, у сучасній, повністю добровільній Армії випадки військової симуляції, імовірно, набагато рідші, ніж здається. Насправді автор переконаний, що солдати набагато більш схильні приховувати психіатричні симптоми, ніж перебільшувати їх.

Приклад 43.2 (продовження) Команда роботи з бойовим стресом у солдатів в Баладі опинилася перед загальною дилемою. Чи повинна була команда відправити його додому і, отже, потенційно отримати епідемію серед солдатів, які мали б ту ж скаргу «Я просто хочу додому»? Члени команди консультува-

лись із психіатром підрозділу, який поставив діагноз конверсійного, а не імітованого розладу. Вони вирішили спробувати класичні принципи бойової психіатрії (наприклад, негайне лікування з очікуванням відновлення і повернення до своєї частини). На жаль, солдат не реагував на це, і зрештою його довелось евакуювати в Ландштул. Потім він був евакуйований до Військово-медичного центру Волтера Ріда в Вашингтоні (округ Колумбія), де отримав численні діагнози. Коли солдат дізнався, що його збираються звільнити з Армії, він обірвав своє життя, стрибнувши з моста у Вашингтоні (округ Колумбія).

ПСИХОЛОГІЧНІ АУТОПСІЇ

До 2001 року доповідь, відома як «психологічна аутопсія», була потрібна при кожному випадку самогубства в Армії США. Після заповнення її надсилали до начальника військово-медичної служби Армії та Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда. Ці ретроспективні дослідження самогубств були розроблені для збору інформації від підрозділу, до якого належав солдат, і його родини, щоб отримати уроки, які можуть запобігти майбутнім самогубствам. Попри це, багато з цих посмертних досліджень проводилися психіатрами, які, можливо, не мали будь-якої спеціальної підготовки для цього конкретного завдання. Слідчі складають довгі описові звіти, які рідко викликають будь-який зворотний зв'язок або зміни в системі. Крім того, формат звіту робить складним вилучення та аналіз даних. Ще одним важливим питанням психологічної аутопсії було про тих, хто мав доступ до цієї інформації. До 2001 року дані психологічної аутопсії були доступні через Закон про свободу інформації, що призвело до втручання в приватне життя пацієнта. Наприклад, репортер газети *News* і *Observer* міста Ралі опублікував непристойні та інтимні подробиці, отримані з понад 50 психологічних аутопсій з Форт Брегга (штат Північна Кароліна) [17].

МО змінило вимоги до психологічної аутопсії спочатку в листі з роз'ясненнями, опублікованому в журналі «Справи здоров'я» (Health Affairs) в 2001 році, а потім в директиві МО в 2003 році. Вимоги керівних документів передбачають проведення формальної психологічної аутопсії, тільки якщо смерть була сумнівною, тобто не було відомо, чи смерть була самогубством, вбивством або нещасним випадком. Усі самогубства мають бути оцінені. Звіт про суїцид для МО тепер робиться як для випадків, коли відбулась лише спроба, так і для завершеного самогубства. Якщо психіатри стежили за солдатом, потрібно проводити перевірку якості, відому як аналіз причин випадку. Як частина нових вимог практики повинні отримати додаткове навчання з проведення психологічної аутопсії. Ця підготовка має охоплювати основи розслідування на місці злочину, процедури фізичної аутопсії, токсикології й розуміння суїцидальної поведінки та чинників. Психіатри, які проходили судове навчання, зазвичай вже отримали таку підготовку [19].

Випадки, які потребують психологічної аутопсії, як правило, мають тенденцію групуватись в кластери за такими категоріями:

- випадкове або навмисне передозування наркотиків;
- випадкова або навмисна автомобільна аварія;
- вогнепальне поранення, яке могло бути завдане собі випадково, чи вбивство;
- повішення, яке могло трапитись випадково від аутоеротичної асфіксії, чи навмисне самогубство.

Приклад 43.3. Солдат із перехідного армійського підрозділу був знайдений мертвим. У його кімнаті були знайдені численні пляшки від таблеток і порожня пляшка віскі, але не було передсмертної записки. Слідство встановило, що він нещодавно розлучився, але здавався піднесеним в останні кілька днів. Він сказав своєму терапевту, що був радий, адже розлучення завершилося, і хвилювався про майбутнє. Його командир не думав, що це було самогубство. Родина загиблого припускала, що це могло бути вбивство і що його колишня дружина могла дати йому таблетки для передозування. Судмедексперт погодився на психологічну аутопсію. У результаті була підтримана версія випадкового передозування, хоча підозри стосовно суїцидальних намірів лишились.

Команди наукової психіатричної консультації

Хоча психологи підтримували операції затримання і допити протягом багатьох років, події 11 вересня 2001 року і тривала GWOT стали вимагати безпрецедентної та стійкої участі наукових консультантів-психіатрів (BSC — behavioral science consultants) для підтримки операцій із затримання та розвідувального допиту. До GWOT підтримка цих місій проводилась персоналом, який належав до розвідки і спеціальних операційних груп. Проте розширений попит на BSC для підтримки цих місій потребував призначення психологів і судових психіатрів з інших військових сфер у межах МО.

Армія є виконавчим агентом адміністрації МО з політики затримання. GWOT призвела до затримання американськими військами великої кількості осіб, які перебувають під вартою. Розвідувальний допит і опитування затриманих є життєво важливою і ефективною частиною GWOT. Вони призначені для отримання точної та своєчасної розвідувальної інформації відповідно до чинного законодавства США і міжнародних законів, постанов та політики МО. Психіатри-науковці надають експертизу й консультації командирам для безпосередньої підтримки операцій із затримання і допиту/опитування.

BSC є психологами і судовими психіатрами, які не виконують практичних клінічних функцій, але забезпечують консультаційні послуги для підтримки авторизованої правоохоронної або розвідувальної діяльності, у тому числі затримання і пов'язане з цим розвідування, допити та опитування затриманих. BSC не займаються винятково наданням медичної допомоги. Тому вони не можуть претендувати на особливий статус, що надається медичному персоналу, який перебуває на службі, або мати надані МО ідентифікаційні карти, що визначають їх як таких, хто займається наданням медичних послуг. Аналогічно до психіатрів-науковців із правоохоронних організацій, судових психіатрів або психологічного персоналу, який працює в кримінальній юстиції, системі умовно-дострокового звільнення або виправлення, BSC використовують свою професійну підготовку не в стосунках лікар — пацієнт, а щодо людини, яка є об'єктом правового офіційного дослідження, оцінки, розслідування, винесення судового рішення або іншої належної дії.

BSC функціонують як спеціальні співробітники командира, відповідальні за операції затримання і допиту. Вони мають підпорядковуватися таким чином, щоб звітувати безпосередньо цьому командиру, а не тому, хто просто отримав командування групою затримання, або Спільному центру допиту та опитування. Такі правила підвищують здатність BSC надавати вичерпні консультації щодо всіх суб'єктів в межах зони їхньої експертизи в складних аспектах операцій захвату, розвідувальних допитів і опитування затриманого. Часто наукові психіатричні консультації із забезпечення утримання під вартою, розвідувального допиту і опитування затриманих надаються окремими BSC, які працюють поодинці.

«Поведінковий дрейф» — постійне виявлення нових, часто невстановлених і неофіційних стандартів в незапланованому напрямі — зазвичай спостерігається в місцях позбавлення волі й інших установах, де фізичні особи мають відносний контроль або владу над діяльністю інших у повсякденному житті або їхньому загальному режимі. Подібне часто відбувається, коли не дотримуються встановлених офіційних стандартів поведінки. Неоднозначні вказівки, слабкий контроль і відсутність підготовки та нагляду сприяють цим змінам у спостережуваних стандартах. Певний психологічний і соціальний тиск може значно підвищити ймовірність поведінкового дрейфу. Дрейф завдає шкоди місії та може настати без ретельного нагляду і навчання дуже швидко.

Місія BSC полягає в наданні психологічної експертизи і консультацій, щоб допомогти команді проводити безпечне, правове, етичне й ефективне затримання об'єкта операції, розвідувальний допит та опитування затриманого. Ця місія полягає у двох цілях, що взаємно доповнюють одна одну:

1. Забезпечити психологічну експертизу в моніторингу, консультації та зворотному зв'язку стосовно всього середовища, в якому проводиться затримання, щоб допомогти команді забезпечити гуманне поводження з затриманими, профілактику зловживань і безпеку персоналу США.

2. Забезпечити психологічну експертизу для оцінки окремих затриманих і їхнього оточення та надати рекомендації щодо поліпшення ефективності розвідувального допиту, опитування затриманих і взяття під варту об'єкта операції.

ВИСНОВКИ

Сполучені Штати історично турбувались про успішну адаптацію своїх військовослужбовців, які повертались із війни. Хоча переважна частина ветеранів війни не братиме участі в кримінальній діяльності, у значно меншої частини ветеранів буде розвиватись інвалідність, яка стане причиною завершення їхньої кар'єри в результаті психічного захворювання. У рідкісних випадках це призведе до закінчення їхнього життя. Для дуже невеликої, але досить помітної кількості ветеранів, які повертаються з війни, спосіб смерті і питання про причини та сприятливі для цього обставини потребують психологічної аутопсії. У цьому розділі виділені останні оновлення у військовій судовій психіатрії, які дають відповідь на питання про кваліфікацію, кримінальну провину і мотивацію спричинення самоагресивної поведінки в межах Американської армії. У ході GWOT будуть розвиватись досвід і вивчення обумовлених бойовими діями психічних проблем. Військові судові процеси, політика і процедури, що регулюють психологічні аутопсії, повинні розвиватися і надалі, щоб відповідати вимогам, які зростають.

ЛІТЕРАТУРА

1. Fontana A, Rosenheck R. The role of war-zone trauma and PTSD in the etiology of antisocial behavior. *J Nerv MentDis*. 2005;193:203–209.
2. McCarroll JE, Ursano RJ, Liu X, et al. Deployment and the probability of spousal aggression by US Army soldiers. *MilMed*. 2000;165(1):41–44.
3. Epidemiological Consultation NO. 14-hk-ob 1 U 0-9. Investigation of homicides at Fort Carson, Colorado, November 2008–May 2009, July 2009.
4. Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas Publishers, Ltd; 1997.
5. Lande RG. The history of forensic psychiatry in the US military. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas Publishers, Ltd; 1997: 3–27.
6. Lande RG, Benedek DM. Forensic psychiatry in the United States military. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1998;26(2):295–304.
7. Ritchie EC, Benedek D, Malone R, Carr-Malone R. Psychiatry and the military: an update. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(3):695–707.
8. Zonana HV. Legal regulations of psychiatric practice in the military. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas Publishers, Ltd; 1997: 452–468.
9. Gilligan FA. Military law. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas Publishers, Ltd; 1997: 28–56.
10. US Department of Defense. *Manual for Courts-Martial, United States*. Washington, DC: DoD, Joint Service Committee on Military Justice, 2008. Available at: www.usapa.army.mil/pdffiles/mcm.pdf. Accessed December 4, 2009.

11. Uniform Code of Military Justice, 10 USC § 801–946 (2005).

12. Filbert BG. Disorder and syndrome evidence. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas, Ltd; 1997: 187–198.

13. Ritchie EC. Reactions to rape: a military forensic psychiatrist's perspective. *Mil Med.* 1998;163(8):505–509.

14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR.* 4th ed, text revision.Washington, DC: APA; 2000.

15. Ritchie EC: Malingering and the United States military. In: Lande RG, Armitage DA, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas, Ltd: 1997.

16. Malone RD, Lange CL. A clinical approach to malingering. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2007;35:1,13–21.

17. Richissin T. When "tough it out" backfires. *News and Observer.* October 26, 1997:A1.

18. US Department of Defense. *Armed Forces Institute of Pathology Operations.* Washington, DC: DoD; 2003. DoD Instruction 5154.30.

19. Ritchie EC, Gelles MG. Psychological autopsies: the current Department of Defense effort to standardize training and quality assurance. *J Forensic Sci*. 2002;47(6):1370–1372.

Розділ 44

ЖІНКИ, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я І АРМІЯ

Дебора Кроулі[I] · Тріша Бендер[II] · Ешлі Чатігні[III] · Тіна Трудель[IV] · Елспет Кемерон Річі[V]

ВСТУП

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ СТРЕСОРИ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ

Фізична підготовка

Призначення на посаду

Середовище і соціальна підтримка

Розгортання

Вагітність

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК

Шизофренія

Депресія

Біполярний розлад

Тривожні розлади

ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА В ЖІНОК

Передмова

Черепно-мозкова травма, стать і результат

Психологічні наслідки черепно-мозкової травми в жінок

Родина і питання професійної підготовки для жінок опісля черепно-мозкової травми

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, капітан, Медичний корпус, Армія США, співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859.

[II] Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; дивізійний психіатр, штаб-квартира 25-ї піхотної дивізії, Building 580, DIVSURG CELL, Schofield Barracks, Hawaii 95857-6000; у минулому — співробітник дитячого та підліткового відділу, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii.

[III] Доктор остеопатії, капітан, Медичний корпус, Армія США; співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-5000.

[IV] Доктор філософії, директор, Нейрокаре, Центр оборони і травм мозку ветеранів у Вірджинії , 1101-B East High Street, Charlottesville, Virginia 22902; помічник клінічного професора психіатрії та нейроповедінкових наук, Медична школа Університету Вірджинії, Charlottesville, Virginia 22902; у минулому — виконавчий директор, Центр нейрореабілітації Лейквью, Effingham Falls, New Hampshire.

[V] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника військово-медичної служби Армії США з психіатрії та директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

ВСТУП

До військових дій в Афганістані (операція «Непохитна свобода» — OEF) й Іраку (операція «Іракська свобода» — OIF) головними медичними проблемами для більшості жінок у військовій формі були питання, які стосувались репродуктивного та гінекологічного здоров'я. Важливим для жінок-солдатів було поєднувати сім'ю та кар'єру з терміновим розгортанням в Кореї, Сомалі чи Косові протягом періоду від 6 до 12 місяців. «Як мені доглядати за дитиною? Як здійснювати грудне вигодовування, коли я їду на полігон? Як слідкувати за чистотою, якщо навколо все брудне і критичні дні застають мене в полі? Що мені робити з цим?» Після терористичної атаки 11 вересня 2001 року світ для жінок-солдатів змінився. Жінки, як і раніше, становлять близько 15 % військовослужбовців. В Армії США жінки до цих пір не призначаються в технічні бойові частини, такі як піхота і артилерія. Проте вони, безумовно, беруть участь в бойових діях. Жінки служать у військовій поліції та стають водіями вантажівок, а також залучаються до широкого спектру інших сфер, де вони повинні бути готові захистити себе. В інших військових службах вони дійсно виконують специфічні бойові ролі. Оскільки більше не існує безпечних ліній і немає тилу, жінки все частіше отримують поранення й бувають убиті, хоча очевидно, що не так часто, як чоловіки.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ СТРЕСОРИ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ

Не дивно, що життя в Армії створює унікальний набір психосоціальних чинників стресу для жінок, які служать. Необхідно відповідати безлічі показників, щоб домогтися успіху в Армії, зокрема досягати високого рівня фізичної підготовки, бути готовими до понаднормового робочого часу, широких меж норм і правил, а також 24-годинної доступності для виконання обов'язків. Військовослужбовці можуть бути терміново відряджені на розгортання на різні періоди часу на будь-який континент по всій земній кулі.

Існує також і багато потенційних переваг військової служби, таких як стабільна зайнятість, фінансові стимули для отримання вищої освіти, унікальний дух товариства і сімейної підтримки. Наступний підрозділ описує унікальні проблеми, які можуть вплинути на жінок-військовослужбовців та на їхнє психічне здоров'я.

Фізична підготовка

Усі військовослужбовці мають підтримувати гарну фізичну форму для виконання своєї роботи. Кожна служба має власні особливі стандарти придатності, проте вони більш схожі, ніж відмінні. Фізичні здібності вимірюються щорічним або піврічним формальним тестом придатності, який оцінює м'язову витривалість і аеробні здатності.

Кожна служба має стандарти, встановлені для військовослужбовців різного зросту і ваги [1]. Вони також залежать від віку і статі. Якщо вага військовослужбовців перевищує максимально допустиму позначку, вони мають відповідати стандартним пропорціям вмісту жиру в організмі. Солдати, як чоловіки, так і жінки, часто використовують різні методи, щоб відповідати стандартам ваги. Деякі з цих методів передбачають затверджену лікарем дієту і схеми лікування, які складаються з фізич-

них вправ. Однак використовуються різні інші методи, зокрема й аварійні дієти, екстремальні режими вправ і альтернативні підходи, такі як обгортання і ношення костюмів для сауни. У деяких випадках це може призвести до розвитку розладів харчової поведінки, що описується більш детально в інших розділах.

Фізична підготовка є очевидною вимогою для успішної військової служби, різні посади вимагають різні рівні фізичної сили та витривалості. Загалом чоловік-солдат, як очікується, працює швидше і має більшу м'язову силу, ніж військовослужбовці-жінки. Це засновано на фізичних відмінностях розподілу м'язової маси у чоловіків і жінок. Попри це, чоловіки і жінки часто мають виконувати одні й ті ж самі фізичні завдання. Наприклад, коли солдати роблять стрибок, очікується, що вони будуть нести певне спорядження, коли покинуть літак, і це навантаження однакове як для чоловіків, так і для жінок-парашутистів. Під час розгортання військовослужбовці-жінки зобов'язані носити таке ж бойове спорядження, як і солдати-чоловіки. Виконання цих завдань, як правило, більш важке для жінок, ніж для чоловіків, знову ж таки через відмінності в будові організму, м'язовій масі й середніх розмірах тіла. Це часто стає додатковим стресором для жінок-солдатів, оскільки вони повинні відповідати вимогам тих же стандартів, що і їхні колеги-чоловіки, але маючи іншу фізіологічну будову.

Якщо максимально допустима кількість жиру в організмі військовослужбовця перевищена, такого солдата зараховують до програми управління вагою, яка може складатися з щомісячних обов'язкових класів, зустрічей із дієтологом і спеціалізованого режиму фітнесу. Якщо військовий не відповідає стандартам для проведення випробування з фізичної підготовки, він може бути зарахований до спеціалізованої схеми лікування з фізичної підготовки. Якщо фізична підготовка не відповідає вимогам, солдати можуть бути відсторонені від дій, які могли б сприяти їхньому просуванню по службі, відпустці або отриманню нагороди. Солдати можуть бути відсторонені від служби в адміністративному порядку, якщо вони постійно не відповідають фізичним вимогам [2].

Але порівняно зі своїми цивільними колегами жінки-військовослужбовці можуть насправді мати перевагу, набуваючи хорошої фізичної форми. Дослідження показали, що регулярні режими тренування зменшують частоту або тяжкість симптомів депресії та тривоги [3, 4]. Вправи поліпшують сон і самі по собі здатні стати дуже цінною навичкою подолання труднощів, які виникають в Армії.

Призначення на посаду

Можливість для зарахування на військову службу часто надається на підставі отриманої суми балів за тестуванням із професійної підготовки для кандидатів на військову службу (ASVAB — Armed Services Vocational Aptitude Battery) [5]. Багато контрактників, поступаючи на службу, уявляють певний тип роботи, яку вони хотіли б мати. Але немає жодної гарантії, що на службі їм запропонують виконувати ту роботу, яку вони бажають. Багатьом солдатам пропонується обмежена кількість посад, і той факт, що робота виявиться не такою, у якій вони зацікавлені, може дуже засмучувати. Це часто визначає стан, чи будуть солдати з нетерпінням чекати, чи боятимуться того часу, протягом якого вони мають служити. У цьому полягає відмінність від цивільного світу, в якому більшість людей можуть відмовитись від роботи, якої вони не хочуть, або просто пройти співбесіду з іншим роботодавцем.

Ці обмеження стосовно вибору роботи стосуються й офіцерів. Офіцери, які претендують на певну посаду, можуть обґрунтувати перелік підстав для призначення саме на неї. Проте будь-які призначення насамперед стосуються потреб Збройних сил, а вибір (бажання) офіцерів є вторинним. Це може стати істотним довгостроковим стресором для того, хто, наприклад, хоче бути льотчиком, але замість цього направлений у квартирмейстерську службу. Посади жінок-військовослужбовців обмежені небойовими напрямами, окрім декількох винятків, таких як авіація і польова артилерія. Деяких жінок це розчаровує. Адже вони вважають, що, якщо вони можуть відповідати тим же фізичним і технічним стандартам виконання роботи, як і чоловіки, їм повинна бути надана можливість виконувати цю роботу.

Для інших жінок, які не бажають таких робочих місць, обмеження є полегшенням, бо вони, на відміну від своїх колег-чоловіків, не відважуються бути призначеними на них.

Середовище і соціальна підтримка

Армія — це середовище, де люди, які до нього належать, адаптовані до змін. Ці зміни проявляються багатьма різними способами: зміна способу життя, щоденний розпорядок, посадові обов'язки, а також склад і групування товаришів по службі. Деякі люди вітають зміни, інші їх бояться. Але у всіх вони викликають стрес.

Багато людей приєдналися до Збройних сил через можливість подорожувати світом. Часті переїзди відбуваються незалежно від того, бажано це чи ні. Солдати можуть висловлювати свої побажання щодо місця призначення, та, зрештою, військовослужбовців розподіляють відповідно до потреб Армії. Для молодих контрактників дуже часто базова підготовка уперше відбувається, коли вони протягом тривалого періоду перебувають далеко від дому. Це віддаляє їх від усього, що їм знайоме, — сімей, друзів, дому, звичного розпорядку, роботи і способу життя. Вони обмежені в контактах зі своєю основною мережею соціальної підтримки і поміщені в середовище, де їм говорять, як одягатися, як ходити, як поводитися і що цінувати. Більшість із цих солдатів відносно молоді, не мають чіткого розуміння того, ким вони є, і плану життя. Це напружений час для всіх військовослужбовців чоловічої або жіночої статі.

Армія вимагає від солдатів бути розумово і фізично сильними, сміливими і агресивними. Суспільство традиційно резервує ці характеристики для чоловіків, але останнім часом жінки стали частіше грати традиційно чоловічі ролі, що є результатом зміни соціальних цінностей і військових потреб в країні [6]. У такому оточенні молоді жінки-військовослужбовці, що вперше перебувають далеко від дому, занадто часто піддаються спокусі брати участь у нездоровій поведінці, щоб пристосуватися і здаватися частиною команди. Це їхня спроба розвинути нову мережу соціальної підтримки в цій напруженій обстановці, а також отримати визнання серед колег-чоловіків.

Розгортання

Розгортання є ще одним важливим джерелом змін, унікальним для військової служби. У короткий термін солдати можуть бути відірвані від повсякденного життя, до якого вони звикли, і відразу транспортуватись на інший кінець світу на багато місяців. Цей процес зазвичай передбачає перебування упродовж тривалого часу далеко від рідних і близьких, хоча Армія значно поліпшила можливості солдатів під час розгортання спілкуватися з друзями і близькими, які залишилися вдома.

Розгортання може також означати суворі польові умови або клімат, до якого солдат не звик. Ці суворі умови впливають на особисту недоторканність приватного щоденного життя. Під час розгортання можуть виникнути умови певної непередбачуваної небезпеки для військовослужбовців, навіть із загрозою для їхнього життя. Будь-яка ситуація, чи навчання на домашній базі, чи розгортання за кордоном, створює значні труднощі щодо особистої гігієни для жінок-солдатів, які мають бути готові до щоденної гігієни, пов'язаної з менструацією, навіть у той час, коли вони перебувають у польових умовах. Умови для зміни і видалення предметів гігієни не завжди доступні в полі, також часто стає проблемою і наявність часу, щоб піклуватися про гігієну. На додачу до менструацій сечовипускання є ще одним стресором для жінок-солдатів. На польових навчаннях це стає питанням як недоторканності приватного життя, так і зручності. Попри це, під час розгортання це може стати серйозною проблемою безпеки, оскільки пов'язане з тим, як носити захисне спорядження і запобігати ворожому вогню [7].

Розгортання стали більш поширеними і частими для військовослужбовців протягом останніх декількох десятиліть. Недавні дослідження показують, що солдати, які вступають на службу сьогодні, матимуть у середньому 14 розгортань протягом 20-річної кар'єри [8]. До них належать як бойові розгортання, так і миротворчі місії. Також дослідження свідчать, що військовослужбовці загалом хочуть мати можливість робити те, чого їх навчали робити, і більшість з них знайде сенс у службі під час розгортання [9]. Однак із плином

часу стресори розгортання почнуть позначатися на фізичному і психічному добробуті солдатів.

Одним із чинників розвитку проблем психічного здоров'я для військовослужбовців, очевидно, є тривалість розгортання. Кілька досліджень показали: що довше триває розгортання, то більший психологічний стрес відчувають солдати. Це, своєю чергою, призведе до розвитку таких симптомів, як пригнічений настрій, порушення сну, підвищення тривожності та погіршення концентрації [10]. Більшість із цих досліджень, проте, концентрується на солдатах-чоловіках. Аналіз, проведений Adler і його колегами, показав, що зв'язок між тривалістю розгортання і стресом може бути відмінним для жінок-військовослужбовців. Це може бути пов'язано з фізіологічною різницею в реакції на стрес у чоловіків і жінок, темою, яка сама по собі потребує подальшого дослідження [10].

Вагітність

Вагітність є одним з основних стресорів для військових і невійськових жінок. У цей період відбуваються фізичні зміни, можливі проблеми зі здоров'ям, гормональні зміни і адаптація до материнства. Відповідно до конкретних правил кожного виду служби вагітні жінки-військовослужбовці отримують медичний статус, який виключає їхню участь у фізичній підготовці [11]. Це також вилучає їх з формального тестування фізичної підготовки під час вагітності і протягом 180 днів після народження дитини.

Обмеження стосується не тільки вимог фізичної підготовки, а й часу виконання службових обов'язків і завдань. Це запобігає можливим ускладненням вагітності, частота яких і так є вищою для жінок-військовослужбовців, ніж для цивільних жінок [12]. Наприклад, після 28-го тижня вагітності Армія обмежує жінок-солдатів до 8 годин роботи одноразово і 40 годин роботи протягом тижня [12]. Існують також обмеження, якими забороняється працювати з двигунами, зброєю, на висоті або на літаку. Це може мати різні впливи на військовослужбовців залежно від покладених на них і на підрозділ завдань. Наприклад, для жінки — військового лікаря вагітність стане причиною для зниження кількості робочих годин і скасує нічні виклики, але в повсякденному житті зміни будуть невеликими. Проте для жінки-військовослужбовця, чиї обов'язки пов'язані з обслуговуванням обладнання чи механізмів, тимчасова зміна робочого призначення може бути необхідною. Це вимагає від військовослужбовця освоїти нову діяльність і пристосуватися до нового робочого графіка. Окрім того, її роботу, як і раніше, потрібно буде виконувати комусь іншому в підрозділі.

Жінка-солдат на посаді механіка отримує ще один стресор від вагітності — потенційні соціальні конфлікти з товаришами по підрозділу. Оскільки військовослужбовці можуть бути перенавантажені завданнями та роботою через вагітність механіка, це рідко вітається. Така ситуація здатна призвести до незадоволення вагітним солдатом іншими солдатами в підрозділі. У деяких підрозділах, однак, може бути навпаки. У згуртованих підрозділах солдати об'єднуються навколо товаришів по команді, які стикаються з проблемами, і намагаються надати їм значно більше підтримки, ніж її отримують ті, хто працює на цивільних робочих місцях.

Поєднання вагітності та відкладення участі в розгортанні висуває унікальні виклики. Оскільки вагітність не дає змоги жінкам-військовослужбовцям брати участь у розгортанні [12], іноді виникає думка, що військовослужбовці навмисно вагітніють, аби його уникнути. Не тільки це може запобігти участі у розгортанні, Армія також пропонує адміністративне відсторонення для контрактників, які вагітніють [13]. Інші солдати можуть сприймати це як нехтування обов'язками незалежно від справжньої мотивації вагітності.

Після того, як народжується дитина, якщо вагітність проходила без ускладнення, військовослужбовцю надається 6 тижнів декретної відпустки. Після того як закінчуються ці 6 тижнів, військовослужбовець, як очікується, повертається до звичайних робочих годин служби на призначену їй роботу. У цей час жінка-солдат, як і раніше, звільнена від тестування фізичної підготовки на 180 днів після пологів. Якщо пологи відбувались через кесарів розтин, жінка може мати труднощі з присіданнями. У неї можуть з'явитися додаткові проблеми з тим, аби відповідати військовим

стандартам ваги після вагітності, навіть якщо на період відновлення дається 180 днів [14].

Військовий центр зміцнення здоров'я і профілактичної медицини США розробив і поширив програму фізичної підготовки до вагітності жінок-військовослужбовців. «Далека мета цієї програми полягає в тому, щоб зменшити вплив вагітності на фізичну форму солдатів і готовність підрозділу завдяки зменшенню втрат через виснаження і зниження фізичної підготовки» [15]. Після пологів військовослужбовці не відправляються на розгортання ще 6 місяців. Після цього терміну жінка-солдат, як очікується, буде відправлятись на розгортання, як і будь-які інші військовослужбовці. Солдати можуть вирішити відмовитися від цього 6-місячного періоду «зміцнення зв'язків» і відправитись на розгортання незабаром після пологів [16].

Один психіатр розповів про свій досвід розгортання з підрозділом, в якому було кілька солдатів-жінок, які вирішили відмовитися від можливості залишитися на базі в свій період «зміцнення зв'язків» [17]. Ці жінки навели різні причини свого рішення, у тому числі небажання підвести своїх товаришів по службі і бажання виконувати свою роботу, якої вони були навчені. Проте на розгортанні ці жінки мали серйозні проблеми, як психічні, так і фізичні. Вони переживали очікувані емоційні проблеми, пов'язані з відокремленням від своїх новонароджених. Фізично вони не оговталися від 9 місяців вагітності і народження дитини. У багатьох із цих жінок розвинулася депресія, декого такий стан привів до суїциду. Крім того, що подібний сценарій має значний вплив на окремих солдатів, це стає додатковим стресом для підрозділу в умовах розгортання [17].

У цьому розділі розглянуто деякі психосоціальні стресові чинники, унікальні для жінок у збройних силах, але вони не є вичерпними. Деякі жінки-військовослужбовці здатні легко адаптуватися і впоратися з цими стресорами, проте для інших вони можуть стати причиною розвитку психічного захворювання. Решта цього розділу більш докладно розглядатиме специфічні діагнози.

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК

Хоча жінки страждають від таких самих основних психічних захворювань, що і чоловіки, існують ключові відмінності, відзначені в дослідженнях і оглядах літератури про психічне здоров'я жінок. Ці відмінності, такі як історія презентації та перебіг захворювання, мають важливий вплив на діагностичні та лікувальні міркування стосовно пацієнтів-жінок. Крім того, вагітність, грудне годування, перименопауза і менопауза можуть ускладнити психічне благополуччя. Спочатку в цьому розділі буде розглянуто кожне суттєве психічне захворювання окремо.

Шизофренія

Навіть попри те що співвідношення захворюваності між чоловіками і жінками не різниться, захворювання у жінок починається пізніше, ніж у чоловіків (20–29 років порівняно з 15–24). Невеликий відсоток жінок має перший психотичний епізод у віці близько сорока років [18]. Жінки більш схильні мати хорошу преморбідну історію функціонування до своєї хвороби і під час хвороби, показують більш позитивні симптоми з афективними ознаками і відчувають менше негативних симптомів, ніж чоловіки.

Лікування шизофренії в пацієнтки нічим не відрізняється від вимог стандартних практичних положень, але існує кілька моментів, специфічних для жіночої статті. Деякі нейролептики (рисперидон, галоперидол) можуть спричинити гіперпролактинемію (нормальний пролактин 5–25 нг/мл), що призводить до порушення менструального циклу або аменореї (пролактину більше 60 нг/мл). У тих випадках, коли лікування не може бути змінено або призупинено, гіперпролактинемію можна подолати за допомогою додавання агоніста допаміну бромокриптину (2,5–7,5 мг два рази щодня) або каберголіну (0,5 мг/тиждень) [19]. Як альтернатива оральні контрацептиви можуть бути використані для відновлення регулярності менструального циклу, зірваного гіперпролактинемією, на додачу до забезпечення протизаплідними засобами.

Жінки, які страждають на шизофренію, мають високий ризик незапланованої вагітності через неефективне використання контрацепції та високий рівень сексуального насильства. Запобігання повинне передбачати консультування про кращий вибір контролю над народжуваністю, статеве виховання і психосоціальну підтримку. Пацієнти, які страждають на шизофренію і вагітніють, потребують частого моніторингу. Повторення психотичних симптомів може призвести до неотримання допологового спостереження, поганого самообслуговування, параноїдних галюцинацій про медичний персонал, що перешкоджає співробітництву, і несприятливих наслідків вагітності (тобто низької ваги при народженні, низьких балів оцінки стану новонародженого за шкалою Апгар, недоношеності). Ці чинники на додачу до розгляду попереднього функціонування необхідно враховувати при прийнятті рішення про лікування під час вагітності.

Дані про вплив нейролептиків на плід обмежені. Деякі відомості показали, що ризик вроджених вад розвитку від використання агентів з високим потенціалом (галоперидол і трифлюоперазин) не збільшується, хоча фенотіазини з низьким потенціалом, можливо, мають вищу частоту вроджених неспецифічних аномалій і неонатальної жовтяниці [20].

Вплив нових атипових нейролептиків недостатньо досліджений. Це не вказує на несприятливі наслідки, але через невелику кількість результати цих досліджень не можуть бути використані клініцистом як керівництво. Будь це рішення лікувати за допомогою ліків чи спостерігати за симптомами, пацієнтка потребуватиме ретельного спостереження і будь-якої психосоціальної підтримки, яку вона може отримати.

Депресія

Поширеність однополярної депресії у жінок статистично вища (10–25 %) порівняно з чоловіками (12 %) [21]. Дистимія вдвічі частіше трапляється у жінок, ніж у чоловіків [22]. Аналогічно сезонний афективний розлад також поширеніший серед жінок, ніж серед чоловіків [23]. Попри те, що симптоми депресії істотно не різняться між статями, жінки схильні до ризику розвитку депресивних епізодів під час репродуктивних переходів, як-от пременструація, вагітність, післяпологовий період, перименопауза і менопауза.

Передменструальний дисфоричний розлад (PMDD — Premenstrual dysphoric disorder) входить до переліку розладів настрою, які не підпадають під четверте видання «Діагностичного і статистичного довідника психічних розладів» (DSM-IV-TR) Американської психіатричної асоціації, який описує великий спектр періодичних фізичних і емоційних симптомів, пов'язаних з пізньою лютеїновою фазою менструального циклу, що з'являється з початком менструації. Фізичні симптоми складаються з головного болю, судом, болю у грудях і здуття живота. Емоційними симптомами є депресія, дратівливість, неспокій і безсоння. Після виключення інших причин симптомів (у тому числі інших медичних і психіатричних розладів, як-от уніполярна депресія, дистимія і тривога) PMDD можна контролювати, щоденно малюючи діаграми симптомів протягом 2-місячного періоду. Лікування засноване на тяжкості симптомів і коливається від нефармакологічних підходів, як-от гігієна сну, релаксаційна терапія і когнітивно-поведінкова терапія, до використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (SSRI) для більш важких випадків.

Материнська депресія під час вагітності створює ризики як для жінки, так і її дітей, наприклад насильство під впливом алкоголю, погане харчування, неможливість отримати адекватний допологовий догляд і суїцидальну поведінку. Акушерські ускладнення також були вивчені і показали збільшення ризику повільного росту плода [24], маленької окружності голови немовляти [25] і підвищеного ризику передчасних пологів [26].

Управління санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA — US Food and Drug Administration) використовує систему рейтингу вагітності [27], щоб надавати лікарям інформацію про потенційну безпеку використання ліків під час вагітності або грудного годування (додаток 44.1). Однак система рейтингу не завжди відображає наявні дані. Крім того, перш ніж нові дані будуть включені в систему, можлива тимчасова затримка. Важливо відзначити, що на сьогодні за відсутності контрольованих

випробувань FDA не схвалило використання будь-яких ліків під час вагітності або грудного годування. Таким чином, важливо отримати інформовану згоду кожного пацієнта у разі використання психотропних препаратів, упевнившись, що вони знають про співвідношення ризику і користі їх використання.

У разі необхідності використання лікарських засобів під час вагітності необхідно призначати мінімальну ефективну дозу, тобто дозу, яка ефективно лікує симптоми пацієнта без надмірного впливу на плід доз, вищих, ніж потрібно для пацієнта. На сьогодні найбільша кількість опублікованих даних про застосування під час вагітності стосується SSRI, зокрема флуоксетину. Під час одного з досліджень довгострокового нейропсихологічного ефекту SSRI під час вагітності порівнювали дані дітей, які зазнали впливу флуоксетину, трициклічного антидепресанту та які не отримували антидепресантів. Між цими трьома групами не було виявлено істотної різниці [28]. Усі SSRI належать до категорії ризику «C» за рейтингом вагітності FDA, за винятком пароксетину, який належить до категорії ризику «D» і не рекомендується для використання під час вагітності. Лікарі Сполучених Штатів дедалі частіше призначають бупропіон під час вагітності для лікування депресії, вочевидь через те, що він належить до категорії ризику «B». Однак станом на сьогодні немає опублікованих даних про його безпеку або переносимість під час вагітності.

Післяпологовий період може бути особливо вразливим для жінки, до 85 % жінок відчувають післяпологову «меланхолію» (Postpartum «blues») протягом перших двох тижнів після народження дитини. Цей стан зазвичай проходить спонтанно і не потребує лікування. Та наявність психіатричних знань у лікаря і пацієнтів допомагає відріз-

ДОДАТОК 44.1

ВИМОГИ УПРАВЛІННЯ САНІТАРНОГО НАГЛЯДУ ЗА ЯКІСТЮ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ І ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ США ДО МАРКУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Категорія вагітності:

A Дослідження у вагітних жінок не показали, що *(назва препарату)* підвищує ризик розвитку аномалій плода, якщо його вводять протягом першого *(другого, третього або всіх)* триместру (ів) вагітності. Якщо цей препарат використовується під час вагітності, з'являється віддалена можливість ураження плоду. Оскільки дослідження не може виключити можливість заподіяння шкоди, *(назва препарату)* слід використовувати під час вагітності, тільки якщо це явно необхідно.

B Репродукційні дослідження були проведені на *(вид (и) тварини (н))* у дозах, які використовується для людей, і не виявили жодних ознак порушення фертильності або шкоди для плода через використання *(назва препарату)*. Проте не існує ніяких адекватних і добре контрольованих досліджень у вагітних жінок. Оскільки дослідження репродукції тварин не завжди дає змогу прогнозувати реакцію у людини, цей препарат слід використовувати під час вагітності, тільки якщо це необхідно.

C *(Назва препарату)* проявив себе як тератогенний (був смертельно загрозливим або мав інші несприятливі наслідки для плода) для *(назва (и) виду (ів))*, коли надавався в дозах, які були в (х) раз більше дози для людини. Не існує жодних адекватних і добре контрольованих досліджень стосовно вагітних жінок. *(Назва препарату)* слід використовувати під час вагітності, тільки якщо потенційні вигоди виправдовують потенційний ризик для плода.

D *(Назва препарату)* може завдати шкоди плоду при введенні вагітній жінці. (*Опишіть дані, які стосуються людини або будь-які доречні дані стосовно тварин)*. Якщо цей препарат використовується під час вагітності або якщо пацієнтка стає вагітною, приймаючи цей препарат, пацієнтка має бути ознайомлена з потенційною небезпекою для плода.

X *(Назва препарату)* може *(імовірно)* зашкодити плоду при введенні вагітній жінці. (*Опишіть дані, які стосуються людини або будь-які доречні дані щодо тварин.) (Назва препарату)* протипоказаний жінкам, які є або можуть стати вагітними. Якщо цей препарат використовується під час вагітності або якщо пацієнтка стає вагітною, приймаючи цей препарат, пацієнтка має бути ознайомлена з потенційною небезпекою для плода.

Джерело: Кодекс федеральних правил (Code of Federal Regulations — CFR), том 4, розділ 21, оновлений станом на 1 квітня 2008 року (21CFR201.57). Доступний за адресою: https: //www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfCFR/CFRSearch.cfm?fr=201.57. Доступний: 2 вересня 2009 року.

няти післяпологову меланхолію від більш серйозного депресивного стану. Поширеність післяпологової депресії становить близько 10 %. Будь-яка попередня історія наявності депресії значно збільшує ризик для жінки. Досвід передменструального дисфоричного розладу до зачаття збільшує ризик розвитку післяпологової депресії до 24 %. Епізод депресії, пережитої під час вагітності, підвищує ризик післяпологової депресії до 35 %. Будь-яка жінка з попередньою історією післяпологової депресії має від 50 % до 60 % ризику її розвитку під час наступної вагітності [29]. Лікування є мультимодальним і передбачає психоосвіту, індивідуальну та групову психотерапію, підтримку (громадські ресурси) і медикаментозне лікування. Можливість грудного вигодовування слід ретельно обговорювати, оскільки всі психотропні препарати всотуються у грудне молоко; дані про їхній вплив на немовля обмежені. Пацієнтам, чия депресія ускладнюється психозом або суїцидальними тенденціями, звичайно потрібна госпіталізація до тих пір, поки вони не перестануть бути небезпечними для себе або інших. Постнатальний психоз вважається критичним станом і причиною для термінової госпіталізації, адже привносить ризик дітовбивства (1/1000), якщо його не лікувати, на додачу до пов'язаного з психозом ризику для матері.

Біполярний розлад

Біполярний розлад трапляється в 1 % населення і однаковою мірою поширений серед чоловіків і жінок. Жінки зазвичай відчувають більше депресивних і змішаних епізодів, ніж чоловіки, з меншою кількістю маніакальних епізодів. Це може привести до діагностики уніполярної депресії та лікування антидепресантами, які потім погіршують стан і призводять до швидкого роздратування — явища, яке поширеніше більше серед жінок, ніж серед чоловіків [30]. Інша причина для швидкого роздратування — це дисфункція щитоподібної залози, яка може бути викликана літій-індукованим гіпотиреозом. Жінки піддаються більшому ризику дисфункції щитоподібної залози, ніж чоловіки, тому рівень тиреотропного гормону варто перевіряти кожні 6 місяців у будь-якої жінки, яка отримує літій. Подолання біполярного розладу може бути особливо складним завданням в перинатальному періоді, тому що сучасні препарати першої лінії вже відомі тим, що мають негативний вплив на плід і здатні спричинити вроджені вади розвитку, або зібрано мало відомостей про їхню безпеку під час вагітності чи грудного вигодовування. Зокрема, було визначено, що літій збільшує ризик аномалії Ебштейна (Ebstein's Anomaly) — неправильного формування тристулкового клапана — з 1/20 000 до 1/1000, якщо жінка приймає його під час формування органів у плода [31]. Застосування літію на пізнішому терміні вагітності може призвести до порушення серцевого ритму плода, гіпоглікемії, нефрогенного нецукрового діабету, полігідрамінозу або передчасних пологів [32, 33]. Американська педіатрична академія застерігає від використання літію в період лактації. Ця рекомендація заснована на дослідженні, яке показало, що рівень концентрації літію в сироватці крові дітей після грудного годування вдвічі більший, ніж у матерів. Використання літію під час періоду лактації також може мати несприятливі наслідки, зокрема млявість, гіпотонію, гіпотермію та зміни серцевого ритму [34].

Пренатальний вплив вальпроатів (препаратів вальпроєвої кислоти) спричинює дефекти нервової трубки, краніофаціальної і серцево-судинної систем та аномалії кінцівок [35]. Метааналіз показав, що використання вальпроатів збільшує ризик дефекту нервової трубки на 3,8 % — у 38 разів більше, ніж це буває в загальній популяції [36]. Даних щодо використання атипових антипсихотичних препаратів під час вагітності і грудного годування недостатньо.

Тривожні розлади

Загалом тривожні розлади більш поширені у жінок, ніж у чоловіків (за винятком обсесивно-компульсивного розладу, який поширений однаково). Порівняно з чоловіками жінки вдвічі частіше страждають від посттравматичного стресового розладу, утричі частіше можуть відчувати панічний розлад з агорафобією і мають у чотири рази більше шансів отримати соціальну фобію [37, 38].

Хоча інші супутні психічні розлади трапляються у 91 % пацієнтів з панічним розладом і в 84 % пацієнтів з панічним розладом і агорафобією, панічний розлад з агорафобією поширеніший у жінок-алкоголіків, ніж у чоловіків-алкоголіків [39]. Лікування панічного розладу не різниться в чоловіків і жінок, причому найефективніші методи лікування передбачають когнітивно-поведінкову терапію і медикаментозне лікування.

Для отримання повної картини потрібна комплексна оцінка для виключення порушень, що імітують тривогу, зокрема захворювання щитоподібної залози, вовчак, залізодефіцитну анемію, серцево-судинні захворювання, пременопаузу. Також необхідно усунути інші причини тривоги, зокрема вживання алкоголю, нікотину, кофеїну, нестероїдних протизапальних засобів, трав'яних добавок, а також засобів для придушення апетиту.

ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА В ЖІНОК

Передмова

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є одним із найбільших ризиків для військовослужбовців, що впливає на фізичне і психічне здоров'я. Частота ЧМТ серед населення загалом і у військах зокрема достатньо висока, що робить такий стан значною громадською і військовою проблемою охорони здоров'я. У нинішній війні з тероризмом черепно-мозкова травма стала переважним видом травм у чоловіків і жінок-військовослужбовців у найрізноманітніших ролях. Акцент на ЧМТ збільшився з появою таких травм під час OIF та OEF. Що стосується OIF, то Управління начальника військово-медичної служби Армії зазначає, що 64 % травм під час бойових дій трапилися в результаті розриву саморобних вибухових пристроїв, гранатометів, мін і мінометних або артилерійських снарядів [40]. Поліпшення конструкції шолома і бронежилета дали змогу знизити кількість проникаючих поранень, у тому числі проникаючих травм голови. Як прямий результат підвищеної живучості під час вибухів закрита черепно-мозкова травма стала візитівкою цих військових операцій.

Докладний огляд військової ЧМТ (з моменту отримання травми до медичних і реабілітаційних закладів і, нарешті, повернення до професії та сім'ї) був проведений у текстах попереднього «Підручника з військової медицини» [41]. Отже, цей розділ акцентуватиме увагу тільки на ознайомленні читача з результатами досліджень, які стосуються гендерних відмінностей і їхніх наслідків для жінки. Навіть зважаючи на те, що в загальній популяції чоловіки вдвічі частіше отримують ЧМТ, ніж жінки, а кількість чоловіків в Армії набагато перевищує кількість жінок, відсоток жіночої ЧМТ і жінок-військовослужбовців за останнє десятиліття збільшився. Розуміння різних аспектів того, як ЧМТ впливає на жінок, хоч і змінилося, проте все ще перебуває в стані розвитку.

Черепно-мозкова травма, стать і результат

Аналіз статі як змінного показника унаслідок нейротравми є досить недавнім явищем, і результати таких досліджень мають значні розбіжності. Моделі, розроблені на тваринах, показують позитивний ефект від гормональної терапії (прогестерон, естроген) у кінцевому результаті, а також потенційно як ризик, так і допомогу для жінок, які перебувають у пре- або в постменопаузі. Прогестерон має інгібуючу дію, модулює гамма-аміномасляну кислоту і пригнічує апоптоз, гліоз і продукування протизапальних засобів, тим самим зменшуючи набряк мозку. Естроген відомий як потужний антиоксидант з вазопротекторною дією. Проте на тваринних моделях екзогенне введення естрогену було корисно лише для самців, а його введення самкам завдавало шкоди і збільшувало частоту смертності, пов'язаної з травмою [42–44].

Гормональні проблеми можуть також суттєво впливати на легку ЧМТ жіноку пременопаузі, клімактеричному періоді і в постменопаузі тим, що створюють збіг симптомів. Наприклад, коли розглядалась частота серед основної популяції,

понад 20 % цих жінок повідомили про труднощі з концентрацією уваги, порушення сну, неспокій, депресію і дратівливість — усі ці симптоми збігаються з симптомами легкої ЧМТ. Понад 30 % цих жінок також повідомили про втому і невротичність [45].

Метааналіз гендерних відмінностей у результатах ЧМТ визначив тільки дев'ять досліджень, у яких дані були повідомлені за ознакою статі. При аналізі цих доступних досліджень спостерігалось, що жінки мали гірший результат на 85 % (17 з 20) за тими змінними, які обговорювались [46]. Інші окремі дослідження, часто з відносно невеликими вибірками жінок, дають суперечливі результати, в яких жінки продемонстрували більший відгук на стимуляцію коми [47], успіхи в реабілітації після гострих станів [48], відповідність розумового рівня їхнім віковим нормам [50] і більш низький ризик деменції [50].

Серед жінок, які мали помірну або важку ЧМТ, ті, хто вижили, мали в 1,28 разу вищу частоту смертності і в 1,57 разу вищий рівень незадовільних результатів, ніж серед чоловіків, які вижили [51]. Дослідження набагато частішого струсу/легкого стану ЧМТ показує, що жіноча стать пов'язана з великою ймовірністю суб'єктивних когнітивних скарг [52]. Також було помічено, що в жінок була значно вищою частота післяшокового синдрому через місяць після травми, ця тенденція тривала через 3 і 6 місяців після травми [53]. Жінки, які отримали струс головного мозку під час спортивних змагань, продемонстрували значно більше зниження простого і складного часу реакції та повідомили більше симптомів, ніж їхні однолітки чоловічої статі. У цьому дослідженні, пов'язаному зі струсом головного мозку під час спортивних змагань, жінки приблизно в 1,7 разу частіше проявляли зниження когнітивних функцій, ніж чоловіки. Вони також отримали більше суб'єктивних та об'єктивних несприятливих наслідків від струсу, навіть при використанні шоломів (наприклад, порівняно з чоловіками, які грають в американський футбол) [54]. Таким чином, особливо за легкої ЧМТ, украй важливо, щоб жінки отримували ретельну оцінку і подальшу допомогу для зниження ризику ускладнення, уникнення повторних травм, а також забезпечення оптимального одужання.

Психологічні наслідки черепно-мозкової травми в жінок

Результати щодо статі, загальних наслідків і якості життя також змішані, тому що лише деякі дослідження ЧМТ надають результати окремо для жінок. Недавнє ґрунтовне дослідження суперечить раннім висновкам про вищу якість життя у жінок після ЧМТ [55]. Низка досліджень, зокрема з вивчення депресії після ЧМТ, свідчать про статистично вагомий зв'язок між жіночою статтю і депресією після ЧМТ [56–58]. Значно вищі показники частоти депресії після ЧМТ серед жінок не є несподіваними, зважаючи на вищий рівень депресії у загальній популяції. Тому рекомендується проводити детальний скринінг депресії.

ЧМТ із супутнім ПТСР особливо занепокоює у військових умовах. У разі виникнення однакової травми жінки мають значно вищий рівень ПТСР, ніж чоловіки в загальній популяції. Цей висновок, очевидно, правильний для ПТСР після ЧМТ. Деякі дослідження показують, що жінки частіше мають ПТСР після ЧМТ [59–61]. В одному з них відзначено, що симптоми збільшилися з плином часу і що тяжкість ЧМТ і пам'ять про подію не були пов'язані з діагнозом ПТСР, в якому переважали симптоми нав'язування і уникнення [62]. Ускладнювальними чинниками, пов'язаними з ПТСР і жінками, які отримали ЧМТ, є преморбідна історія сексуальної травми і зловживання, що частіше трапляється з жінками, згідно із дослідженнями популяції.

У деяких випадках відзначається, що досвід ЧМТ провокує появу надокучливих спогадів і симптомів, пов'язаних із жорстоким поводженням, іноді через кілька років після того, як це сталось востаннє. Ці ускладнення, пов'язані з ПТСР, можуть зірвати процес реабілітації через ретроспективні спогади, поведінкові та афективні порушення, нічні кошмари і надмірну настороженість. Проблеми, пов'язані з попередньою сексуальною травмою і зловживанням психоактивними речовинами, потрібно активно вирішувати в історії та при плануванні лікування [62]. Також психологічний стан після ЧМТ і ризик ПТСР корелює з високою частотою ЧМТ від побутового насильства, у якому жінки частіше стають жертвами. Дослідження побитих жінок вказують на над-

звичайно високу частоту ударів у голову (92 %) і непритомність (40 %) із суттєвою кореляцією між частотою ударів по голові і тяжкістю когнітивних симптомів [63]. Разом з ударами в голову побиті жінки можуть також пережити безкисневі травми від задухи і, дуже ймовірно, страждати від численних травм головного мозку. Жінки, які отримують травми головного мозку внаслідок домашнього насильства, часто демонструють когнітивні порушення, а також психологічні симптоми, зокрема загальний стрес, депресію, ангедонію, занепокоєння, неспокій, збудження і ПТСР [64]. Рекомендується проводити скринінг на ЧМТ після побутового насильства, а також перевіряти існування ризику домашнього насильства серед жінок, які звертаються з ЧМТ.

Родина і питання професійної підготовки для жінок після черепно-мозкової травми

Дослідження наслідків ЧМТ для членів сім'ї свідчить про те, що найбільший стрес відчувають чоловік чи дружина або люди, які турбуються про пораненого. Розлучення і сімейна дисфункція надзвичайно поширені після ЧМТ. Аналіз показує, що, згідно із даними всіх клінічних опитувальників, чоловіки, які турбуються про поранених жінок з ЧМТ, відчувають найбільший стрес порівняно з представниками інших гендерних комбінацій в такій ситуації. Час після травми і кількість днів у стані коми (ступінь тяжкості травми) не впливають на рівень стресу родича, який турбується про пораненого [65]. Таким чином, лікування і підтримку сім'ї необхідно розпочинати якомога раніше і так інтенсивно, як це можливо, особливо в обставинах, коли жінка з ЧМТ залежить певною мірою від родича, який про неї піклується.

У жінок із ЧМТ можуть виникнути додаткові труднощі з виконанням сімейної ролі, оскільки травма здатна впливати на задоволення гендерною роллю і виглядом тіла, самооцінку і сексуальність. Задоволення роллю пов'язане зі здатністю жінки продовжити діяльність, якою вона займалась до травми, що визначала та підтримувала її почуття жіночності і бажаності. Жінкам особливо корисно підтримувати ритуали, пов'язані з життєвими стадіями, як-от партнерство з іншим чи виховання дітей, або те й те, що виражає здатність брати участь у чомусь [66]. У помірній або важкій ЧМТ реабілітація може бути розширена і містити перебування в різних установах. Це відлучатиме жінку-військовослужбовця від Армії, сім'ї та гендерної ролі — досвід, пов'язаний зі зменшенням особистого задоволення і почуття власної гідності. Нетрадиційні реабілітаційні та лікувальні заходи можуть бути необхідні для підвищення здатності функціонувати в ролі матері для тих жінок-військовослужбовців, які мають дітей і виконують батьківські обов'язки.

Переживання щодо вигляду тіла і сексуальна дисфункція також негативно впливають на самооцінку і можуть спричинити депресію. Проблеми з виглядом тіла після ЧМТ можуть впливати на почуття привабливості і відчуття комфорту стосовно того, щоб показатись партнеру. Фізичні труднощі можуть вплинути на сексуальність через положення тіла, його відчуття і рух. Фізіологічні проблеми можуть зменшити енергію для сексу, статевий потяг, здатність ініціювати секс і досягати оргазму. Провісниками сексуальної дисфункції жінок після ЧМТ є певна депресія і наявність ендокринних розладів. Значні проблеми, про які повідомили жінки з ЧМТ, стосуються труднощів з сексуальним збудженням, болю при сексуальній активності, зменшення вагінального змащення, зміни, затримки або відсутності оргазму [67]. Фахівці з реабілітації та психотерапії мають бути в змозі та готові брати участь у відвертій дискусії про сексуальність після ЧМТ. Вони також мають знати підходи і ресурси лікування, оскільки проблеми в цій галузі пов'язані з депресією, втратою самооцінки і збільшенням сімейної напруги.

У результаті успішного лікування після ЧМТ військовослужбовці повертаються до роботи. Деякі солдати навіть можуть повернутися до дійсної військової служби. Інші не спроможні більше виконувати таку роль і вимагають професійної реабілітації, щоб реінтегруватися в суспільство. Дослідження показали, що професійні результати після ЧМТ у жінок гірші, ніж у чоловіків. Часом дані, що свідчать про гарні результати для жінок, є оманливими в тому, що успішні професійні результати охоплювали категорію «домогосподарки», часто з мінімальним визначенням або аналізом завдань

і функцій. Значно менша кількість жінок повернулась до роботи на повний робочий день після ЧМТ [68]. Було проведено огляд державних професійних реабілітаційних служб, у якому порівнювались дані чоловіків і жінок з подібними травмами, результатами нейропсихологічних тестів і демографією. Було помічено, що жінки майже на 50 % частіше залишають професійні реабілітаційні служби після того, як вони прийняті, але до того, як успішно почнуть активну участь у реабілітації; вдвічі рідше, ніж чоловіки, жінки отримували послуги з професійної реабілітації. І тільки 4,4 % жінок (порівняно з 23,6 % чоловіків) успішно знайшли роботу за допомогою професійної реабілітації [69]. Перспектива повернення до роботи є складним завданням для будь-кого, хто отримав ЧМТ. Однак особливо бентежать професійні перспективи для жінок, адже може виникнути необхідність для додаткових зусиль з боку консультантів та адвокатів щодо їхньої професійної реабілітації.

Таким чином, наслідки ЧМТ є складними і можуть передбачати реабілітацію від когнітивних, фізичних і поведінкових порушень. Жінки з ЧМТ особливо уразливі для когнітивних проблем, як-от депресія і ПТСР. Жінкам після ЧМТ може бути важко повернутися до сім'ї та професійних обов'язків. Лікарям рекомендується проявляти активність у вирішенні унікальних жіночих питань після ЧМТ, оскільки раннє втручання спроможне поліпшити результат і зменшити ризики, пов'язані з тривалою непрацездатністю і появою супутніх захворювань.

ВИСНОВКИ

У цьому розділі обговорювалися унікальні та складні ситуації, з якими стикаються жінки в сучасній Армії. Від пологів до специфічних патологій, потреби жінок у сфері психічного здоров'я постійно змінюються із постійною зміною їхніх обов'язків як військовослужбовців. Для жінок це нова ера як в медицині, так і в Армії. Жінки становлять значну частину Збройних сил. Однак для того, щоб досягти розкриття їхнього справжнього потенціалу, армія має адаптуватися до тих потреб, які є специфічними для жіночої статі. Здатність військових бути чутливими до цих питань щодо психічного здоров'я максимізує бойову спроможність. Це також сприятиме тому, що більша кількість жінок вступить на службу, знаючи, що Армія «вітає жінок». Хоча жінкам заборонено служити в деяких видах Збройних сил, для них, як і раніше, існують нові захопливі можливості. Важливо пам'ятати, що з новими можливостями приходять нові ризики. У цьому розділі представлено короткий огляд різних чинників ризику, презентації та лікування психічних проблем, унікальних для жінок-військовослужбовців. У сучасну військову епоху важливо бути обізнаним про різноманітні психічні патології і унікальні відмінності між чоловіками і жінками. За допомогою психіатрів і військового керівництва використання цих даних має поліпшити результати для жінок-військовослужбовців.

ЛІТЕРАТУРА

1. US Department of the Army. *The Army Weight Control Program*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 600-9.
2. US Department of the Army. *Active Duty Enlisted Administrative Separations*. Washington, DC: DA; 2005. Army Regulation 635-200. Chap 18.
3. Harris AH, Cronkite R, Moos R. Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *J Affect Disord*. 2006;93:79–85.
4. De Moor MH, Beem AL, Stubbe JH, Boomsma DI, De Geus EJ. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Prev Med*. 2006;42(4):273–279.

5. US Department of the Army. *Enlist: Ace the Placement Test (ASVAB)*. Available at: http://www.army.com/enlist/acethe-placement-test.html. Accessed on January 8, 2007.

6. Lindstrom KE, Smith TC, Wells TS, et al. The mental health of US military women in combat support occupations. *J Women's Health*. 2006;15:162–172.

7. Ritchie EC. Issues for military women in deployment: an overview. *Mil Med*. 2001;166(12):1033–1037.

8. Castro CA, Adler AB. The impact of operations tempo on soldier and unit readiness. *Parameters*. 1999;86–95.

9. Britt TW, Adler AB, Bartone PT. Deriving benefits from stressful events: the role of engagement in meaningful work and hardiness. *J Occup Health Psychol*. 2001;6:53–63.

10. Adler AB, Huffman AH, Bliese PD, Castro CA. The impact of deployment length and experience on the well-being of male and female soldiers. *J Occup Health Psychol*. 2005;10:121–137.

11. US Department of the Army. *Standards of Medical Fitness*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 40-501. Chap 7-9.

12. Tam LW. Psychological aspects of pregnancy in the military: a review. *Women's Health Issues*. 1995;5:237–237.

13. US Department of the Army. *Active Duty Enlisted Administrative Separations*. Washington, DC: DA; 2005. Army Regulation 635-200. Chap 8.

14. Weina SU. Effects of pregnancy on the Army Physical Fitness Test. *Mil Med*. 2006;171(6):534–537.

15. US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine. *Pregnancy/Postpartum Physical Training (PPPT), Program Overview*. Available at http://chppm-www.apgea.army.mil/dhpw/Readiness/PPPT.aspx. Accessed February 12, 2007.

16. US Department of the Army. *Overseas Service*. Washington, DC: DA; 2008. Army Regulation 614-30. Chap 3: 6–17.

17. Drouillard G. Major, Medical Corps, US Army. Interview, January 3, 2007.

18. Goldstein JM, Link BG. Gender and the expression of schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 1988;22:141–155.

19. Hales RE, Yudofsky SC, eds. *Textbook of Clinical Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003:1527.

20. Edlund MJ, Craig TJ. Antipsychotic drug use and birth defects: an epidemiologic reassessment. *Compr Psychiatry*. 1984;25:32–37.

21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

22. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8–19.

23. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatr*. 1992;53:289–292.

24. Hedegaard M, Henriksen T, Sabroe S, Secher NJ. The relationship between psychological distress during pregnancy and birth weight for gestational age. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1996;75:32–39.

25. Lou HC, Hansen D, Nordentoft M, et al. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Develop Med Child Neurology*. 1994;36:826–832.

26. Korebrits C, Ramirez MM, Watson L, Brinkman E, Bocking AD, Challis JR. Maternal corticotrophin-releasing hormone is increased with impending preterm birth. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998;83:1585–1591.

27. Schatzberg A, Nemeroff C, eds. *Textbook of Psychopharmacology.* 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.

28. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, et al. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. *N Engl J Med*. 1997;336:258–262.

29. O'Hara MW, ed. *Postpartum Depression: Causes and Consequences*. New York, NY: Springer-Verlag; 1995.

30. Tondo L, Baldessarini RJ. Rapid cycling in women and men with bipolar manic-depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1434–1436.

31. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness in pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry*. 1996;153:592–606.

32. Wilson N, Forfar JC, Godman MJ. Atrial flutter in the newborn resulting from maternal lithium ingestion. *Archives Dis Child*. 1983;58:538–549.

33. Mizrahi EM, Hobbs JF, Goldsmith DI. Nephrogenic diabetes insipidus in transplacental lithium intoxication. *J Pediatr*. 1979;94:493–495.

34. American Academy of Pediatrics–Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatr*. 2001;108:776–789.

35. Centers for Disease Control and Prevention. Spina bifida incidence at birth—United States, 1983–1990. *MMWR MorbMortal Wkly Rep*. 1992;41:497–500.

36. Samrén E, van Duijn C, Koch S, et al. Maternal use of antiepileptic drugs and the risk of major congenital malformations: a joint European prospective study of human teratogenesis associated with maternal epilepsy. *Epilepsia*. 1997;38:981–990.

37. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048–1060.

38. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:282–288.

39. Task Force on Panic Anxiety and Its Treatments. Panic anxiety and panic disorder. In: Klerman GL, Hirschfield RMA, Weisman MM, et al, eds. *Panic Anxiety and Its Treatments*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993: 3–38.

40. Defense and Veterans Brain Injury Center. Providing care for soldiers with traumatic brain injury. Washington, DC: The Henry M. Jackson Foundation for the Advancement of Military Medicine, Inc; 2006. Available at: http://www.hjf.org/research/featureDVBIC.html. Accessed November 13, 2008.

41. Zasler ND, Devaney Serio C. Traumatic brain injury. In: Dillingham TR, Belandres PV, eds. *Rehabilitation of the Injured Combatant.* Vol 1. In: Zajkchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbook of Military Medicine.* Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1998: 207–269.

42. Bramlett HM. Is there a role for hormonal therapy after traumatic brain injury? *Restor Neurol Neurosci.* 2005;23:165–166.

43. Melton L. What can sex hormones do for the damaged brain? *Lancet.* 2001;358:818.

44. Rogers E, Wagner AK. Gender, sex steroids and neuroprotection following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehab*. 2006;21:279–281.

45. O'Bryant SE, Palav A, McCaffrey RJ. A review of symptoms commonly associated with menopause: implications for clinical neuropsychologists and other healthcare providers. *Neuropsychol Rev.* 2003;13:145–152.

46. Farace E, Alves WM. Do women fare worse: a meta-analysis of gender differences in traumatic brain injury outcome. *J Neurosurg.* 2000;93:539–545.

47. Wilson SL, Powell GE, Brock D, Thwaites H. Vegetative state and responses to sensory stimulation: an analysis of 24 cases. *Brain Inj.* 1996;10:807–818.

48. Goranson TE, Graves RE, Allison D, La Freniere R. Community integration following multidisciplinary rehabilitation for traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2003;17:759–774.

49. Himanen L, Portin R, Isoniemi H, Helenius H, Kurki T, Tenovuo O. Longitudinal cognitive changes in traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. *Neurol.* 2006;66:187–192.

50. Starkstein SE, Jorge R. Dementia after traumatic brain injury. *Int Psychogeriatr.* 2005;17(suppl 1):S93–S107.

51. Kraus JF, Peek-Asa C, McArthur D. The independent effect of gender on outcomes following traumatic brain injury: a preliminary investigation. *Neurosurg Focus.* 2000;8:e5.

52. Chamelian L, Feinstein A. The effect of major depression on subjective and objective cognitive deficits in mild to moderate traumatic brain injury. *J Neuopsychiatry Clin Neurosci.* 2006;18:33–38.

53. Bazarian JJ, Wong T, Harris M, Leahey N, Mookerjee S, Dombovy M. Epidemiology and predictors of postconcussive syndrome after minor head injury in an emergency population. *Brain Inj.* 1999;13:173–189.

54. Broshek DK, Kaushik T, Freeman JR, Erlanger D, Webbe F, Barth JT. Sex differences in outcome following sports-related concussion. *J Neurosurg.* 2005;102:856–863.

55. Steadman-Pare D, Colantonio A, Ratcliff G, Chase S, Vernich L. Factors associated with perceived quality of life many years after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehab.* 2001;16:330–342.

56. Ruddle JA, Coetzer BR, Vaughan FL. Grief after brain injury: a validation of the Brain Injury Grief Inventory (BIGI). *Illness Crisis Loss.* 2005;13:235–247.

57. Glenn MB, O'Neil-Pirozzi T, Goldstein R, Burke D, Jacob L. Depression amongst outpatients with traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2001;15:811–818.

58. Levin HS, Goldstein FC, MacKenzie EJ. Depression as a secondary condition following mild and moderate traumatic brain injury. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 1997;2:207–215.

59. Greenspan AI, Stringer AY, Phillips VL, Hammond FM, Goldstein FC. Symptoms of post-traumatic stress: intrusion and avoidance 6 and 12 months after TBI. *Brain Inj.* 2006;20:733–742.

60. Levin HS, Brown SA, Song JX, et al. Depression and posttraumatic stress disorder at three months after mild to moderate traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2001;23:754–769.

61. Ohry A, Rattock J, Solomon Z. Posttraumatic stress disorder in brain injury patients. *Brain Inj.* 1996;10:687–695.

62. Reeves RH, Beltzman D, Killu K. Implications of traumatic brain injury for survivors of sexual abuse: a preliminary report of findings. *Rehab Psychology.* 2000;45:205–211. Available at: http://www.nhchc.org/TBIandsexualabuse.pdf. Accessed November 13, 2008.

63. Jackson H, Philp E, Nuttall RL, Diller L. Traumatic brain injury: a hidden consequence for battered women. *Prof Psychol Res Pract.* 2002;33:39–45. Available at: http://www.lscny.org/TBIMaterials/TbiDVConsequence.pdf. Accessed November 13, 2008.

64. Valera EM, Berenbaum H. Brain injury in battered women. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:797–804.

65. Gervasio AH, Kreutzer JS. Kinship and family members' psychological distress after brain injury: a large sample study. *J Head Trauma Rehab.* 1997;12:14–26.

66. Gutman SA, Napier-Klemic J. The experience of head injury on the impairment of gender identity and gender role. *Am J Occup Ther*. 1996;50:535–544.

67. Hibbard MR, Gordon WA, Flanagan S, Haddad L, Labinsky E. Sexual dysfunction after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*. 2000;15:107–120.

68. Klonoff PS, Lamb DG, Henderson SW. Outcomes from milieu-based neurorehabilitation at up to 11 years post-discharge. *Brain Inj*. 2001;15:413–428.

69. Bounds TA, Schopp L, Johnstone B, Unger C, Goldman H. Gender differences in a sample of vocational rehabilitation clients with TBI. *NeuroRehabilitation*. 2003;18:189–196.

Розділ 45

ТУРБОТА ПРО ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я В ОПЕРАЦІЯХ З ЛЕТАЛЬНИМИ НАСЛІДКАМИ

Джеймс І. МакКерол[I] · Роберт Дж. Урсано[II]

ВСТУП

ВІЙСЬКОВА ПОЛІТИКА ЩОДО ТУРБОТИ ПРО ПОМЕРЛИХ І НАВЧАННЯ

СТРЕСИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ УНАСЛІДОК РОБОТИ З ОСТАНКАМИ

Фізичні характеристики останків

Особиста безпека

Емоційне залучення

ПСИХОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ДОГЛЯДУ ЗА ОСТАНКАМИ

РОЛЬ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В СИТУАЦІЯХ МАСОВОЇ ЗАГИБЕЛІ

Розпізнавання ознак стресу

Надання допомоги солдатам, які потрапили в ситуацію масової загибелі

Соціальні ефекти правильного догляду за мертвими

ВИСНОВКИ

[I] Доктор філософії, магістр цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; психолог Центру з вивчення травматичного стресу і кафедри психіатрії Медичного університету Збройних сил, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; у минулому — психолог Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда, Silver Spring, Maryland.

[II] Доктор медицини, полковник у відставці, ВПС США; директор Центру з вивчення травматичного стресу, завідувач кафедри психіатрії Медичного університету Збройних сил, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814.

ВСТУП

Вплив мертвих і смерті є загальнопоширеним при військових і громадянських конфліктах, катастрофах, злочинах та інших насильницьких подіях, зокрема при дорожньо-транспортних подіях. З одного боку, «вплив мертвих» означає перегляд і обробку людиною останків загиблих людей. З іншого боку, «вплив смерті» належить до конотацій, пов'язаних з померлими, когнітивною і емоційною пам'яттю про померлу особу в сім'ї та інших групах, таких як військова частина, громада і навіть ціла країна.

Багато видань звернули увагу на виникнення посттравматичних симптомів унаслідок травматичної смерті [1], але ніхто не зосередився на ролі психіатра в наданні допомоги солдатам і командирам задля їхнього пристосування до стресу, який вони переживають, коли турбуються про тіла загиблих солдатів у бою або в місцях масових жертв. Медичний персонал з охорони психічного здоров'я мусить знатися на цій темі з трьох основних причин: 1) щоб розуміти характер стресу тих, хто піклується про тіла мертвих, 2) щоб надавати рекомендації медичним і військовим командирам, як зменшувати стрес у солдатів, 3) щоб розуміти, наскільки вони самі можуть бути вразливі до цього стресу.

Імовірно, психіатри рідше за всіх, хто працює в медичній сфері, стикаються зі смертю. Будучи студентами, психіатри препарують трупи та відвідують лекції, на яких обговорюються питання смерті пацієнтів, але вони навряд чи часто опинятимуться віч-на-віч зі смертю в результаті травми або хірургічного чи іншого медичного втручання. Психологи і соціальні працівники, можливо, ніколи не бачили мертвого інакше ніж на похоронах. Унаслідок цього значна кількість, якщо не більшість, персоналу з охорони психічного здоров'я не готові зрозуміти характер впливу контакту з загиблими під час масової катастрофи або війни. У таких ситуаціях буває багато жертв, чиї останки виглядають не так, як підготовлені для огляду в похоронних бюро. Американські військові похоронні об'єднання використовують для позначення мертвих термін «останки», інша термінологія часто вважається нешанобливою. Термін «тіла» часто використовується в медичній сфері й інколи вживатиметься тут, щоб уникнути повторень, і в жодному разі ми не виявляємо цим неповагу.

Цілями цього розділу є: а) пояснити стрес, який переживають ті, хто обробляє останки, б) описати загальні почуття і реакції людей, які обробляють останки або бачать мертвих, в) запропонувати алгоритм дій, що допомагає працівникам з охорони психічного здоров'я підтримувати персонал, який працює з мертвими, г) підготувати персонал з охорони психічного здоров'я до того, щоб вони могли ефективно пояснювати командуванню ситуацію, з якою стикаються солдати, котрі обробляють останки, оскільки керівництво може не розуміти характер такої роботи, а також роботи психіатрів.

Люди, які стикаються з останками, можуть мати багатий досвід взаємодії з мертвими або ніякого взагалі. Дехто набуває досвіду в своїй професії. Так трапляється з медичними працівниками, наприклад патологоанатомами, медсестрами і деякими техніками, а також поліцейськими, пожежниками і працівниками екстрених служб. Стосується це і професіоналів, що працюють з мертвими, зокрема військовослужбовців, які забирають тіла з місця бойових дій, трунарів, керівників похоронами, робітників похоронних служб і судових слідчих. Професійні групи здебільшого захищені від стресу своєю роллю та ідентичністю.

Так, патологоанатоми служать пацієнтам, проводячи з ними останні медичні процедури і отримують професійне задоволення від визначення причини смерті. Основна мета працівників державної служби — рятувати життя людей, але з часом їхній професіоналізм і постійні зіткнення з мертвими захищають їх від негативних наслідків такого досвіду.

Друга група стикається з мертвими епізодично. Серед них є люди, які жили в громадах, де багато насильства; ті, хто потрапив в стихійне лихо або антропогенну катастрофу, як-от вибух будівлі чи пожежа; жертви насильницьких злочинів або соціальних заворушень і військовослужбовці, які постійно працюють з людськими останками. Третя група складається з людей, які рідко або ніколи не стикалися з мертвими, крім похорон або повідомлень у ЗМІ. Представники цих груп відчувають вплив контакту з мертвими по-різному [2]. Через відносний брак досвіду дві останні групи зазвичай потребують більше підготовки перед зіткненням зі смертю і додаткової допомоги після цього.

ВІЙСЬКОВА ПОЛІТИКА ЩОДО ТУРБОТИ ПРО ПОМЕРЛИХ І НАВЧАННЯ

Історичні дані та документація щодо турботи про мертвих у воєнний час є досить обмеженими, хоча деякі офіційні звіти цих послуг доступні публічно [3]. Сучасна історія вторгнення в Ірак у 2003 році оновила документацію з особистими історіями і фотографіями [4]. Коли військовослужбовець помирає, його останки перестають знаходитись у зоні відповідальності Медичного департаменту Армії і надходять для оброблення в систему військової логістики. Солдати-контрактники, чиї обов'язки в Армії пов'язані зі збиранням, обробленням та поверненням останків сім'ям, належать до військової професійної спеціальності «похоронна справа» та входять до складу квартирмейстерського корпусу Армії. Отримавши базову підготовку, вони упродовж 7 тижнів відвідують курс в Центрі похоронної справи та школі в Форт Лі (Вірджинія). У навчальний курс входить ознайомлення з фізичними та психологічними аспектами вмирання і смерті, розгляд того, як проводити пошук і відновлювальні роботи, попередню ідентифікацію, знезараження і вести облік особистих речей померлого. Студенти отримують досвід роботи в класі, а також «польовий» досвід роботи в морзі або покійницькій, де вони стикаються з останками. Вони також навчаються численним процедурам, які застосовуються до останків в Армії. Це допомагає гарантувати, що оброблення останків проводиться в гідній і шанобливій манері, це є принциповим і постійно підкреслюється в навчанні. Після початкового навчання похоронній справі персонал може отримати додатковий досвід у різних військових і цивільних моргах, де солдати спостерігають і іноді допомагають у розтинах. Утім, на жаль, операції з похоронної справи зазвичай не включені у військове навчання, що обмежує здатність командирів розуміти похоронну справу, її функції та пов'язані з цим дії у воєнний час. Офіцери квартирмейстерського корпусу отримують ознайомче навчання з похоронної справи і можуть керувати командою похоронної справи, але це — тільки одне з багатьох питань, які ці посадові особи мусять розуміти. З-поміж інших видів Збройних сил США тільки Військово-морські сили мають професійну спеціалізацію для людей, які вправляються з останками. ВМС потребують, щоб ті, хто служить на морі та вправляються з останками, мали ліцензію бальзамувальників для догляду за тілами, які не можуть бути швидко повернуті в Сполучені Штати.

СТРЕСИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ УНАСЛІДОК РОБОТИ З ОСТАНКАМИ

Дослідження груп досвідчених (тих дюдей, які займаються похоронною справою) і недосвідчених (тих осіб, чия військова професія не передбачає контакту з мертвими) солдатів вказала на три основні проблеми в роботі з останками [5]: 1) фізичні характеристики останків, 2) особиста безпека, 3) емоційне залучення, пов'язане з останками.

Фізичні характеристики останків

Вважається, що відчуття служать різним когнітивним і емоційним процесам. Кожне відчуття має особливі якості, які можуть спричинити стрес в індивіда.

Нюх

Відчуття запаху має багато спеціальних характеристик [6]; окрім того, що запах останків просто неприємний, він справляє додатковий вплив. З усіх відчуттів запах найбільш імовірно, спровоковує нагадування через певний час. Нюхова пам'ять має високу стійкість до згасання, тобто запахи можна впізнавати через тривалий час. Запах не може викликати в уяві образи минулого, але його можна впізнати майже миттєво (хоча запах лимона не осмислюється подумки, його зовнішній вигляд можна візуалізувати). Крім того, ступінь запам'ятовування змінюється залежно від того, наскільки людина залучена в цей запах.

Люди, які працюють з останками, часто намагаються замаскувати неприємні запахи, застосовуючи різні засоби, наприклад вдягають маску, просочену сильним ароматом. Утім, з деяких причин ця стратегія може не спрацьовувати. Аромати не завжди бувають доступні, а новий запах поєднується з уже наявними, що може пізніше призвести до появи неприємних асоціацій. Ефективним способом уникнути неприємних запахів є дихання через рот.

Зір

Спотворений вигляд останків (вони можуть бути спалені, покалічені, розчленовані, перебувати в певній стадії розкладу) може украй неприємно впливати на тих, хто з ними працює. Сцени смерті, імовірно, запам'ятаються і стануть основою майбутніх свідомих або надокучливих спогадів. Проте найважчим випробуванням може виявитися не спостереження навіть дуже спотворених останків. Більший стрес, ніж пошкоджені останки, може викликати нібито природний вигляд тіла, яке, здається, не має жодних видимих ознак поранення або має їх дуже мало. Крім того, вигляд тіл, які сильно обгоріли або грубо спотворені іншим чином і не схожі на людські, допомагає когнітивно й емоційно дистанціюватися від них.

Дотик

Тактильні якості останків тривожать деяких працівників, незважаючи на використання рукавичок. Занепокоєння може викликати, наприклад, шкіра тіл, що розкладаються, яка може легко зісковзнути з основної тканини. Деякі тактильні відчуття можуть бути знайомими, деякі — незнайомими, і кожне з них потенційно може призвести до майбутніх проблем.

Звуки

Падіння тіла на підлогу, дно вантажівки або стіл може нагадати обробнику звуки, які були б болісними для живої людини. Прикладом такого звуку є стук голови об жорстку поверхню. Патологоанатомічне обладнання також виробляє потенційно тривожні звуки.

Смак

Відчуття смаку зазвичай пов'язане з запахом. У деяких обробників розвивається відраза до смаженого м'яса після роботи з обгорілими останками, але ця реакція не є універсальною. Після взаємодії з останками люди реагують на продукти по-різному, так само, як це відбувається за інших обставин.

Типи останків

Неможливо повністю передбачити, що ще буде турбувати людей або допоможе позбутися стресу. Однак можна перелічити і описати речі, які викликають розпач у майже всіх, що певною мірою допоможе розуміти ситуацію і реакції, властиві різним людям. Догляд за тілами дітей засмучує всіх, майже без винятку, найбільше. Також більшість людей засмучує догляд за останками жертв тортур, невинних людей (наприклад, загиблих унаслідок стрільби власних військових підрозділів); жінок, які загинули під час бойових дій; осіб, які загинули безглуздим способом; а також частини тіла і велика кількість останків. З іншого боку,

різні види останків, сцени або ситуації можуть більш важко сприйматись одними людьми, але легше — іншими. Одного разу загорнуті в марлю останки, які готували до покладання в труну, нагадали досвідченому обробнику ганчір'яну ляльку.

У кожному військовому конфлікті, імовірно, поширенішими є певний тип смерті, вигляд останків і характер ситуацій. Наприклад, сучасні війни в Іраку й Афганістані призвели до масових жертв тортур, фрагментарних залишків від вибухів, масових поховань і жертв серед цивільного населення, у тому числі дітей. Крім того, американці часто погано розуміють культурні відмінності в процедурах оброблення останків.

Особиста безпека

Обробники останків мають захистити себе від небезпеки, з якою вони можуть зіткнутися на місці бойових дій, — хвороб, забруднення і професійної небезпеки. Забирати останки з поля бою може бути небезпечно. Так, в останки може бути закладена вибухівка. Місцеве населення може бути ворожим, не завжди виключена можливість бою. З огляду на фізичний контакт з останками необхідно використовувати такі ж засоби індивідуального захисту, які зазвичай використовують лікарі і стоматологи, щоб захистити себе від продуктів крові та інших джерел забруднення. Окрім природного забруднення, противник може нанести хімічні, біологічні чи радіоактивні речовини на останки. Схожа небезпека може виникнути під час знезараження останків і самого обробника.

У тих районах, де існують ендемічні захворювання, обробники мають бути поінформовані про необхідність захисних заходів. Люди, які вмирають через бойові дії або стихійні лиха, рідко стають причинами епідемій. За винятком певних обставин, останки (у тому числі залишки тварин) не спричинюють хвороби. Командирам, керівникам і медичному персоналу особливо важливо розуміти це, тому що неправильні уявлення можуть призвести до помилок в обробленні і роботі з останками [7]. Наприклад, якщо командири або державні посадові особи помилково вважають, що останки здатні спричинити розвиток епідемії, вони намагатимуться поховати або кремувати їх. А це не дасть повернути тіла до сімей або визначити причину та характер смерті.

Останки *можуть* спричинити захворювання, якщо хвороба поширена в цій області: мікроорганізми, що є збудниками захворювання, спроможні вижити в останках після смерті людини, а умови навколишнього середовища можуть сприяти зростанню мікроорганізмів. Це імовірно, коли спостерігаються перенаселеність, забруднена вода, погані санітарні умови і ендемічні хвороби. Деякі захворювання, які можуть бути поширені останками, передаються через кров, наприклад гепатит B і C, вірус імунодефіциту людини, шлунково-кишкові захворювання, такі як гепатит A, кишкові палички, холера, і респіраторні захворювання, зокрема туберкульоз. Утім найбільш небезпечні для обробника останків професійні ризики: порізи, падіння, розтягнення зв'язок, втома і зневоднення організму.

Емоційне залучення

Емоційне залучення виникає, коли деякі характеристики останків створюють відчуття спільної людяності, послаблюючи або знищуючи психологічну дистанцію, що призводить до розвитку стресу в обробників останків. Останки перестають здаватись неживими, і обробник відчуває деяке почуття втрати життя іншої людини. Емоційне залучення часто відбувається, коли обробник має той самий вік, що і померла людина, або має дитину того ж віку. Крім цього, подібне відчуття може виникнути, якщо обробник отримує або готує особисті документи померлого для повідомлення ЗМІ про його особу або ситуацію, яка викликала смерть, чи налагоджує контакт з членами підрозділу, де дізнається більше про історію загиблого і встановлює зв'язок з його сім'єю. Ці ситуації роблять останки «такими ж, як я». Емоційне залучення іноді називають ідентифікацією з загиблим [8].

Особисті речі покійного, дуже ймовірно, можуть створити відчуття емоційної близькості з небіжчиком і часто з родичами покійного [9]. Фотографії, листи, особисті та пам'ятні речі створюють образ життя померлого і викликають відчуття втрати або навіть загрози для обробника («це могло б статись зі мною»). Особистим речам в Армії

надають стільки ж турботи і уваги, як останкам. Речі відправляють до складу особистих речей, де їх сортують, каталогізують, інвентаризують, чистять і відправляють до найближчого родича. Робітники моргу зберігають такі речі й отримують інформацію про деталі життя померлого. За правилами співробітники моргу мусять читати листи, перш ніж відсилати їх до сім'ї, щоб гарантувати, що матеріал повертається до правильного одержувача, і видалити те, що може бути болісним або образливим для сім'ї. Найближчому родичу не повертають ані державну власність, ані хвороботворний матеріал (наприклад, просочений кров'ю одяг). Судовий офіцер направляється для розгляду всіх особистих речей, щоб переконатись, що всі юридичні умови виконані.

ПСИХОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ДОГЛЯДУ ЗА ОСТАНКАМИ

Реакція на смерть і мертвих різноманітна, її важко передбачити або класифікувати. Одні реакції виникають одразу, інші можуть проявитися через деякий час. Типові безпосередні реакції — здивування і шок, уникнення, нервозність і сором за свої реакції. Часто відбувається виснаження, яке призводить до втоми і помилок. Крім цього, бувають надокучливі думки, уникнення нагадувань про ситуацію, відчуття того, що обробник знервований, можуть виникнути проблеми з щоденним функціонуванням. Ці реакції є нормальними і очікуваними, якщо не затягуються. Більш екстремальні реакції часом негативно позначаються на здоров'ї, викликають пияцтво, надмірне куріння, відмову від звертання по необхідну медичну допомогу, а також іншу поведінку, пов'язану з нездатністю турбуватись про себе.

Можуть бути й інші форми поведінки, бо люди реагують по-різному і в різний час. Лонгітюдне вивчення посттравматичних реакцій протягом 13-місячного періоду в групі похоронних працівників виявило, що нав'язливі симптоми та уникнення підвищені в 1-й, 4-й і 13-й місяці, але з часом зменшуються. Рівень імовірних симптомів посттравматичного стресового розладу становив 11 % через 1 місяць, 10 % — через 4 місяці і 2 % — через 13 місяців. Депресія не була збільшена. Сімейний стан є одним із чинників, який впливає на результат: у одиноких обробників останків було виявлено більше уникнення і соматизації, ніж у тих, що перебували в шлюбі [10].

Передчуття зіткнення з травматичною смертю є стресогенним. У будь-якій ситуації необхідно передбачати реакцію на це обробників останків [2], особливо недосвідчених людей. Навчання і досвід здатні зменшити передбачуваний стрес і сприяти підвищенню продуктивності, зниженню втоми і зменшенню ризику несприятливих психологічних ефектів. Так, недосвідчені судові стоматологи, які працювали з останками сильно обпалених жертв пожежі, повідомили про більший стрес при навантаженні і розвантаженні останків, які розкладались, були спалені та фрагментарні, ніж більш досвідчені стоматологи [11]. Проте як досвідчені, так і недосвідчені стоматологи повідомили про стрес від оброблення останків дітей. Ці результати заперечують загальні переконання, що висококваліфіковані фахівці володіють імунітетом проти стресу.

Найчастіше що довше групи стикаються з останками, то більше їхній стрес. Так, стрес су-

ДОДАТОК 45.1

ОЗНАКИ СТРЕСУ ВІД РОБОТИ В МОРГУ І ПОХОРОННИХ ОПЕРАЦІЯХ

Поведінкові ознаки стресу

- Втома, збудження, уникання, безсоння
- Втрата або збільшення апетиту
- Звільнення (невихід на роботу)
- Екстремальне збудження або плач

Психологічні ознаки стресу

- Депресія, смуток, апатія
- Значні зміни особистості
- Інші почуття
  - Занепокоєння
  - Розчарування
  - Злість
  - Відчуття нудоти та знервованості
  - Страх
  - Самотність

дових стоматологів, які мали справу зі спаленими останками, був пов'язаний з часом їхнього контакту з останками [11]. В іншому дослідженні було визначено реакції працівників моргу до і після контакту з останками військовослужбовців, убитих на війні [12]. Контроль чинників віку, статі, статусу і досвіду роботи свідчить про те, що нав'язливі симптоми значно зросли у всіх групах, які мали контакт з мертвими, а симптоми уникнення збільшились у двох групах з найдовшим часом контакту. Навіть після контролю симптомів, виражених у передбаченні часу впливу мертвих, сам контакт поглиблював посттравматичні симптоми.

РОЛЬ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В СИТУАЦІЯХ МАСОВОЇ ЗАГИБЕЛІ

Щоб бути максимально ефективним у справі надання допомоги солдатам, персонал охорони психічного здоров'я має бути добре обізнаний із можливістю впливу оперативного стресу на персонал; бути доступним, відомим і викликати довіру, а також координувати зусилля з місцевим капеланом або іншими працівниками першої лінії підтримки за межами військової частини або цивільної організації.

Розпізнавання ознак стресу

Не існує жодних особливих реакцій чи ознак стресу, що проявляються в обробників останків і відрізняються від реакції інших людей. Досвідчені спостерігачі були свідками багатьох поширених, пов'язаних зі стресом, видів поведінки і почуттів (додаток 45.1). Не потрібно переоцінювати те, що ці реакції зазвичай є нормальними ознаками стресу, природного в цій важкій ситуації. Психіатрам варто втручатися лише тоді, коли ці реакції подовжені. У разі проявів буденної стресової реакції ті, хто працює на передовій, і колеги обробників мають проявляти розуміння і дозволити їм перепочити певний час. Вимоги місії рідко перешкоджають такому тимчасовому перепочинку. Працівники охорони психічного здоров'я здатні допомогти підготувати керівників до триступеневої моделі надання допомоги солдатам і командирам у їхній турботі за загиблими (додаток 45.3). Командири мають бути доступними для солдатів, розпізнавати нормальні прояви звичайного стресу в середовищі, де трапилась масова катастрофа, і забезпечити його полегшення. Додаток 45.2 надає приклади способів, завдяки яким солдати, що займаються похоронною справою, спроможні впоратися зі стресом.

ДОДАТОК 45.2

ЯК СОЛДАТИ, КОТРІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ПОХОРОННОЮ СПРАВОЮ, СПРАВЛЯЮТЬСЯ ЗІ СТРЕСОМ

- «Залишаються зосередженими» (концентруються на виконанні своєї роботи)
- Роблять фізичні вправи або займаються спортом
- Намагаються бути весь час зайнятими
- Читають і пишуть листи
- Розмовляють з іншими
- Слухають музику
- Уникають сцен масової смерті
- Спілкуються з сім'ями, які лишились удома

Надання допомоги солдатам, які потрапили в ситуацію масової загибелі

План, який рекомендується тут фахівцям охорони психічного здоров'я для надання допомоги солдатам, командирам й іншому медичному персоналу після випадку масової загибелі, засновано на триступеневій моделі: 1) підготовка, 2) дії на місцях, 3) наступний супровід (додаток 45.3). Командири мають бути на видноті і доступними для солдатів, принаймні частину операції, і забезпечити надання всієї необхідної матеріально-технічної підтримки. У наступній фазі вони мають говорити з солдатами про їхню роботу як групи, підкреслюючи роль солдатів

ДОДАТОК 45.3

КЕРІВНИЦТВО З НАДАННЯ ДОПОМОГИ СОЛДАТАМ І КОМАНДИРАМ У ТУРБОТІ ЗА ЗАГИБЛИМИ

Підготовка: передбачати оперативні процедури і готувати до них

- Отримувати і ділитись інформацією
- Коротке планування для верхнього (командування) і нижнього (солдати) ланцюга команди
- Поступове введення недосвідченого персоналу в роботу
- Практикуватись
- Передбачати реакції та підготуватись до них

Під час: обмежити кількість часу контакту з останками і підтримати солдата

- Уникати або зменшувати вплив сильних подразників
- Забезпечити перепочинок: перерви, харчування, сон
- Забезпечити нагляд
- Поєднувати недосвідчену людину з досвідченою
- Заохочувати розмови серед робітників і керівників
- Розпізнавати ознаки стресу і діяти
- Забезпечити шанобливе ставлення командування або влади
- Підкреслювати роботу і роль обробників останків

Після того: інформувати, говорити і слухати

- Забезпечити оперативний розбір результатів і надати інформацію за фактами події
- Визнати наявність інтенсивних особистих почуттів
- Заохочувати сімейну і організаційну систему підтримки
- Посилити позитивні аспекти виконаної роботи

Довгострокові дії: подальші рекомендації для солдатів і командирів

- Посттравматичні симптоми зазвичай не довготривалі — більшість людей «відновлюються»
- Час є найефективнішим засобом для лікування більшості людей
- Стежте за проблемами, які не минають
- Не слід нехтувати проблемами, які зберігаються

і важливістьтколи солдати мають бути готові повернутися до роботи. Хоча на це немає однозначної відповіді, рекомендується надавати їм деякий час на відпочинок і залагоджування особистих справ після операції. Після важкої місії зазвичай дається кілька днів перепочинку. Відправлення солдатів назад до роботи одразу, за відсутності абсолютної необхідності, імовірно, матиме згубні наслідки для їхнього функціонування і буде витлумачено як недооцінка їхніх зусиль. Допомога солдатам у ситуації масової загибелі складається з трьох аспектів: 1) особистий, 2) організаційний, 3) матеріально-технічний.

Особиста підтримка

На додачу до звичайної соціальної підтримки керівник і працівник охорони психічного здоров'я повинні намагатися зміцнити у солдатів гордість за виконання обов'язку, незалежно від того, є у них стрес чи ні. У додатку 45.4 перелічено багато речей, які може зробити працівник охорони психічного здоров'я, керівник і командир. Тут наведені унікальні військові аспекти турботи про останки, про які особа, зокрема солдат нижчого рангу, має знати. Більш очевидним видається надання послуг для померлого та його сім'ї. Менш очевидними є честь підтримки військових традицій та виконання культурних очікувань нації. Також важливо, щоб люди, які не займаються похоронною справою, розуміли важливість визнання цих принципів.

Особиста підтримка солдатів також передбачає психологічну допомогу та духовну турботу. Через широку різноманітність питань похоронної справи і проблеми з транспортуванням у нинішніх конфліктах на Близькому Сході психіатричні бригади часто відчувають труднощі при налагодженні контактів із солдатами. Крім того, налагодження контакту між солдатами і медичним персоналом з охорони психічного здоров'я може ускладнюватись деякими делікатними питаннями. Незважаючи на компетентність, добру волю і намагання психіатрів бути корисними, солдати уникатимуть спілкування з ними, якщо погано їх знають і не довіряють їм. Щоб викликати довіру, потрібен регулярний контакт. Часто буває так, що основну допомогу надають священики. Персонал похоронної служби повідомляє, що капелани, до яких військ вони б не належали, найбільш доступні і часто проводять час з ними, споживають їжу та залишаються на ніч. Священики, медики та

працівники охорони психічного здоров'я мають постійно відвідувати підрозділи для досягнення надійного контакту з солдатами. Однак незалежно від цих стосунків командир або інший керівник, наділений повноваженнями направляти солдата до психіатра, мусить робити це, коли вимагає ситуація.

ДОДАТОК 45.4

ЗМІЦНЕННЯ ПОЗИТИВНОГО

Загальні причини турботи про померлих під час війни
- Відстоювання американських традицій військової служби
- «Усі повертаються додому»
- «Якщо я зроблю це для них, хтось зробить це для мене»

Особиста гордість у турботі про загиблих на війні
- Робити щось важливе для померлих солдатів
- Виконувати щось цінне для сімей
- Робити роботу, яку не можуть виконати інші
- Особисте володіння складною професією

Практичні міркування сімей про повернення останків
- Свідоцтво про місце і причину смерті
- Допомога тим, хто горює
- Вирішення юридичних та особистих питань
  - Заповіт і спадкування
  - Повторний шлюб
  - Компенсація від уряду
  - Страхування

Вплив на суспільство
- Повага і турбота про мертвих — це американська традиція
- Соціальна ідентичність мертвих
- Поховання, меморіали і пам'ятники
- Національна гордість чи ганьба

Організаційна підтримка

Для солдатів, які виконують похоронні справи, надзвичайно важливе шанобливе ставлення присутніх командирів до певних ритуалів у процесі догляду за останками. Вважається дуже неввічливим, якщо командири та інші відвідувачі не знімають головних уборів або не витирають ноги перед входом у зону оброблення, коли там присутні останки. Командири і персонал з охорони психічного здоров'я можуть допомогти солдатам, дотримуючись цих правил і підготовлюючи відвідувачів робити те ж саме. В інших формах організаційної підтримки стрес менше пов'язаний з обробленням останків і більше — з особливостями роботи. У конфліктах в Іраку і Афганістані, де зона конфлікту охоплює велику територію, солдати обробляють багато точок, часто маючи в своєму розпорядженні дуже малий персонал. Від солдатів може вимагатись діставати останки з далеких місць і працювати весь час. Їх оброблення потребує фізичних зусиль — необхідно піднімати та переміщувати померлого, а також переносити ящики, в яких його відправлять додому. Багато останків потребують значного часу для обробки. Як наслідок, не вистачає часу на відпочинок, розваги, для особистих потреб. Командири повинні стежити за тим, щоб у солдатів був час на сон і відновлення сил. І, нарешті, пункти збору та морги часто розташовані на аеродромах далеко від військових баз або ізольовані, щоб запобігти непотрібній взаємодії з військами. Ця ізоляція буває корисною, даючи змогу виконати роботу без перешкод, але іноді може призвести до того, що солдатів похоронних справ уникають інші. Такі ситуації вимагають від командирів надавати солдатам відчутну підтримку.

Матеріально-технічне забезпечення

Психологічний стрес від похоронних робіт можна значно зменшити, якщо забезпечити солдатів необхідними припасами й устаткуванням, адекватним транспортом і хорошою підтримкою підрозділу. Солдати, які займаються похоронною справою, часто не працюють у штатно-організаційній структурі (взвод або рота) воєнного часу. У поточних конфліктах на Середньому Сході солдати, які збирають останки на полі, зазвичай належать до інших відділів Армії, таких як дивізія, або навіть до інших військових служб. Солдати, які повертаються з Іраку й Афганістану, повідомляють про відмінну підтримку з боку ВПС США і Корпусу морської піхоти. Проте іноді на пунктах збору не вистачало певної техніки, у тому числі холодильного обладнання та транспортних засобів для перевезення персоналу й останків. Військове командування може мати обмежений контроль над

персоналом похоронних служб, коли його прикріплено до іншого підрозділу Армії або військової служби. Однак воно має право вжити заходів, аби переконатись у тому, що організація, до якої прикріплені солдати похоронної служби, забезпечує їх належною підтримкою.

Соціальні ефекти правильного догляду за мертвими

Між полем бою та впливом на суспільство пролягає велика відстань, але враження від солдатів, які займаються похоронною справою, посилює позитивні аспекти їхньої роботи. Гідна турбота про останки є не просто проголошеною військовою доктриною, вона стає кредо для цих солдатів. Американське суспільство повинне вірити, що така традиція продовжується і що солдати, які займаються похоронною справою, виконають цю місію.

Соціальна ідентичність померлого має значення для родичів загиблих [4]. Вона важлива для розуміння того, яке місце ті, хто загинув, займатимуть у свідомості живих — товаришів по службі, сім'ї та інших, хто міг їх знати, або навіть тих, хто їх не знав.

Ця ідентичність після смерті може бути ширшою, ніж була при житті людини. Така ідентичність містить, але не обмежується цим, знання про місце і причину смерті, місце поховання і те, чим запам'яталась людина. Формуванню цієї ідентичності значно сприяє повернення останків і особистих речей.

Фронтові похорони і поминки незчисленні. Незважаючи на те, скромні вони чи урочисті, похорони і меморіали неповні без останків, які увічнюються. Усі сім'ї хочуть мати згадку про померлого; якщо останки не можна повернути, то потрібна пам'ятка. Пам'яткою може бути особиста річ, ґрунт з того місця, де померла людина, або символ її життя чи смерті.

ВИСНОВКИ

Солдат, який займається похоронною справою, грає важливу роль у довгому ланцюгу подій, які сприяють поверненню загиблих із війни. Солдати, які виконують цю роль, отримують підтримку насамперед один від одного, але також від своєї організації і тих, хто ними керує. Робочі стреси великою мірою компенсуються почуттям виконаного обов'язку солдатів під час вирішення почесного, але важкого завдання. Підтримка з боку працівників охорони психічного здоров'я, капеланів і командирів базується на: а) визнанні їхньої роботи, у тому числі розумінні їхніх обов'язків; б) повазі до процесу оброблення останків; в) проведенні часу з персоналом, який зменшує можливу ізоляцію, спричинену характером їхньої роботи; г) розумінні того, як виникають стреси від цієї роботи, та особливості їхньої взаємодії зі стресами, що впливають на всіх солдатів в умовах розгортання.

Те, як країна піклується про останки своїх загиблих, викликає або національну гордість, або сором. Це зміцнює в солдатах їхнє кредо «не залишати нікого». Командир, солдати, які виконують похоронну справу, і працівник охорони психічного здоров'я відіграють важливу роль у забезпеченні довговічності цієї традиції.

ПОДЯКИ

Дякуємо Томі Бурлієру (Tommy D Bourlier) і Дугласу Говарду (Douglas L Howard), директору і заступнику директора, відповідно, Центру і школи похоронної справи Армії США (Форт Лі, штат Вірджинія), за читання і коментарі рукопису. Дякуємо також Джоді МакКіббен (Jodi McKibben), доктору філософії з Центру вивчення травматичного стресу, Департамент психіатрії, Медичний університет Збройних сил (Бетесда, Меріленд), за читання і коментарі до рукопису. І, нарешті, особлива подяка багатьом солдатам, які поділилися своїм часом і розповідями з авторами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ursano RJ, McCarroll JE, Fullerton CS. Traumatic death in terrorism and disasters: the effects on posttraumatic stress and behavior. In: Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE, eds. *Terrorism and Disaster*. New York, NY: Cambridge University Press; 2003: 308–332.
2. McCarroll JE, Ursano RJ, Ventis WL, et al. Anticipation of handling the dead: effects of gender and experience. *Br J Clin Psychol*. 1993;32:466–468.
3. Risch E, Kieffer CL. Care of the dead. In: *United States Army in World War II. The Technical Services. The Quartermaster Corps: Organization, Supply, and Services*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1955: 361–494.
4. Sledge M. *Soldier Dead*. New York, NY: Columbia University Press; 2005.
5. McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS, et al. Gruesomeness, emotional attachment, and personal threat: dimensions of anticipated stress of body recovery. *J Trauma Stress*. 1995;8:343–347.
6. Engen T. Remembering odors and their names. *Am Scientist*. 1987;75:497–503.
7. Pan American Health Organization and World Health Organization. *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*. Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington, DC: PAHO and WHO; 2004: 71–83. Available at: http://www.paho.org/english/dd/ped/DeadBodiesBook.pdf. Accessed November 18, 2008.
8. Ursano, RJ, Fullerton CS, Vance K, Kao TC. Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psychiatry*. 2003;156:353–359.
9. McCarroll JE, Blank AS, Hill K. Working with traumatic material: effects on Holocaust Memorial Museum Staff. *Am J Orthopsychiatry*. 1995;65:66–75.
10. Ursano RJ, Fullerton CS. Vance K, Kao TC, Bhartiya VR. Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183:36–42.
11. McCarroll JE, Fullerton CS, Ursano RJ, Hermsen JM. Posttraumatic stress symptoms following forensic dental identification: Mt. Carmel, Waco, Texas. *Am J Psychiatry*. 1996;153:778–782.
12. McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS, Liu X, Lundy A. Effect of exposure to death in a war mortuary on posttraumatic stress symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189:44–48.726

Розділ 46

ЕТИКА ТА ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА: КЛЮЧОВІ СУЧАСНІ ПИТАННЯ

Едмунд Г. Хове[I] · Роберт С. МакКензі[II] · Чад Бредфорд[III]

ВСТУП

ПИТАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПЕРЕД РОЗГОРТАННЯМ

Проблеми вербування

Проблеми лікування

ПИТАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС РОЗГОРТАННЯ

Загальні питання, які стосуються немедичного поводження з затриманими

Які підходи можуть застосовуватися слідчим

Як військові лікарі мають взаємодіяти з затриманими і чи мають узагалі

Як мають реагувати військові лікарі, коли затримані відмовляються від їжі

ПРОБЛЕМИ ПІСЛЯ РОЗГОРТАННЯ

Посттравматичний стресовий розлад

Травми голови

Рішення, які «виходять за межі» ситуації

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, доктор юриспруденції, професор психіатрії, доцент медицини та директор програм із медичної етики, Медичний університет Збройних сил, 44 301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; старший науковий співробітник, Центр із вивчення травматичного стресу, БBethesda, Maryland; у минулому — майор, Медичний корпус, Армія США.

[II] Доктор остеопатії, підполковник, Медичний корпус, Армія США; Департамент психічного здоров'я, Медична клініка Вінченца Армії США, Caserma Ederle, Italy, Unit 31401,Box 13, APO AE 09042.

[III] Доктор медицини, командор, Медичний корпус, ВМС США; дивізійний психіатр, 2-га дивізія морської піхоти, Управління начальника медичної служби, відділ психіатрії, HHQBN 2MARDIV, Camp Lejeune, North Carolina 28547; у минулому — співробітник судової психіатрії, Національний столичний консорціум, Washington, DC.

ВСТУП

В останні кілька десятиліть як наслідок появи нових розробок у сфері біології та технологій постало багато нових етичних проблем. Також низка проблем виникла в результаті застосування різного роду бойових дій, про які було заявлено терактом 11 вересня 2001 року [1]. Ці події спричинили необхідність переоцінити традиційну військову медичну етику і зробити деякі безпрецедентні зміни парадигми, що вже існує [2–6].

Збільшилась і стала значно ширшою за своїм охопленням потреба працівників охорони психічного здоров'я в чіткому розумінні цих базових питань. Тепер (більше, ніж будь-коли) військові лікарі мають розуміти ті етичні міркування, які можуть вплинути на їхню клінічну практику. Крім цього, вони мусять знати про те, яким чином етичні міркування здатні впливати на правила, що встановлює Армія, причому неважливо, стосуються вони психології чи загальних медичних питань. Військові працівники охорони психічного здоров'я залучаються як консультанти з питань етики або беруть участь у комітетах з етики, тому вони мають розуміти основні етичні аргументи, які потрібно взяти до уваги під час розгляду цих, відносно нових питань практичної діяльності.

Отже, у цьому розділі висвітлюватимуться ті основні питання, у яких, найімовірніше, можна очікувати участь військових працівників охорони психічного здоров'я. За необхідності детально розглядатиметься, як ці військові працівники охорони психічного здоров'я могли б бути залучені до тем, які обговорюються. У цьому розділі також будуть висвітлені питання, які потребували повторного аналізу. Це буде зроблено відповідно до поданих підрозділів — стосовно питань, які виникають до, під час і після розгортання.

ПИТАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПЕРЕД РОЗГОРТАННЯМ

Проблеми вербування

У перші роки сучасної війни з тероризмом було складно вербувати необхідну кількість добровольців через велику кількість жертв. Необхідність досягнення мети вербування призвела до спрощення стандартів залучення на військову службу. Зміни містили збільшення кількості винятків, які стосувались не зовсім законослухняних осіб, зниження прохідного балу за тестування з професійної підготовки для вступників на військову службу (ASVAB — Armed Services Vocational Aptitude Battery) і більшої поблажливості щодо татуювання, яке мало специфічні принизливі значення для деяких соціальних груп. Залишається незрозумілим, як це позначиться на людях, набраних в нових умовах, і як ці прецеденти впливатимуть на тимчасові і більш довгострокові військові стандарти. Однак у зв'язку з економічною кризою в 2008 році новобранців стало більше, і вимоги стандартів було знову підвищено.

Етична дилема, яка тут постає, полягає в конкуренції між особистими правами людей та їхнім бажанням служити країні з одного боку та вимогами місії і потребою підтримувати високі стандарти серед контрактників — з іншого. Друга дилема стосується того, наскільки серйозно мають бути обстежені новобранці до того, як їх приймуть на службу. Люди з нижчими балами ASVAB або кримінальною історією можуть стати, скоріше,

тягарем для підрозділу, якщо під час дій їхні можливості виявляться вичерпаними або повториться антисоціальна поведінка. Як наслідок, можуть виникнути ситуації, коли ставиться під загрозу ефективність підрозділу або чиниться жорстокість. Однак було б етичною помилкою виключити 100 осіб з попередніми юридичними труднощами, якщо тільки одна з них може виявитись рецидивістом. Крім того, недавні дані показали, що люди, які мали юридичні проблеми, менш схильні до скоєння насильницьких злочинів. Вони також мають більш високу лояльність і швидкість просування, ніж більшість солдатів, можливо тому, що їхні справи досліджуються набагато ретельніше [7]. Особи з попередніми судимостями, більш низькими балами ASVAB або ті, які раніше були учасниками бандитських чи расистських груп, можуть хотіти служити своїй країні чи, точніше, використати військову службу для поліпшення власного фінансового та освітнього статусу. Дозвіл цим людям вступити на службу відповідає їхнім інтересам, але під час служби вони можуть зіткнутися з постійними труднощами, що, можливо, призведе до швидкого звільнення або відсторонення з погіршенням розряду.

Крім того, при зниженні стандартів можуть безпосередньо страждати бойовий дух і готовність підрозділу. Наявність в підрозділі людей з вираженими расистськими поглядами або тих, які належали до злочинного угруповання, здатна знизити і підірвати згуртованість у підрозділі, у якому кожен член має бути готовий врятувати колегу або допомогти іншому. Люди з расистськими поглядами готові зазвичай витягнути з халепи лише тих, кого люблять, та залишити тих, хто має «інші погляди». Команда, ступінь інтегрованості якої не дотягує до ідеального, не здатна ефективно працювати в бойових умовах високого навантаження. Потенційні ускладнення навіть збільшуватимуться, якщо ці люди отримають підвищення по службі та займатимуть керівні позиції. У цьому становищі вони можуть робити вибір, базуючись на приналежності до етнічної групи, а не на здібностях, що підриватиме принципи рівності та справедливості. Одне з можливих рішень — надавати додатковий випробувальний термін представникам таких груп. Це вже впроваджено для новачків, які є надто товстими або не відповідають спортивним стандартам, щоб вони могли відповідати цим стандартам до початку базової підготовки.

Можливо, буде потрібно розглянути питання про те, який рівень обстеження має бути впроваджений і чи потрібно робити «умовні» записи, щоб допустити цих людей до виконання службових обов'язків у повному обсязі. Оскільки зараз немає емпіричних даних для оцінки цих аргументів, це може залишатися постійною дилемою.

Проблеми лікування

Суїцидальна депресія під час основної або попередньої бойової підготовки

Етична проблема зовсім іншого роду, але яка також може мати місце перед розгортанням, стосується того, що повинні робити військові працівники охорони психічного здоров'я, коли солдати стверджують, що в них були потяги до суїциду під час основного або попереднього навчання. Працівники можуть припускати, що іноді причина полягає в тому, що ці солдати не хочуть бути в Армії, а не в тому, що вони насправді хочуть вбити себе.

Існують добре відомі солдатам процедури для того, щоб звільнитись. Однак солдати можуть не робити цього з різних причин, наприклад щоб зберегти обличчя. І насправді, іноді солдати пробують залишити Армію, демонструючи суїцидальні нахили; хоча, варто відзначити, в сьогоднішній Армії, яку складають добровольці, це менш поширено.

Військові психіатри або інший персонал охорони психічного здоров'я, до якого звертаються солдати, можуть з часом: а) вжити заходів, щоб дати їм адміністративне відсторонення та звільнити їх від служби, оскільки вважають їхню депресію надто важкою та такою, що не піддається лікуванню, б) вирішити, що вони мають розлад особистості, або в) повернути їх до дійсної служби. Зазвичай працівники дають солдату випробувальний період, під час якого він проходить психотерапію та/або лікування антидепресантами.

Етична проблема, яка постає перед працівниками, насамперед полягає в тому, що солдати, які проходять базову або індивідуальну

посилену підготовку, а також перед розгортанням (як і в будь-який інший час) можуть бути по-справжньому пригніченими і схильними до суїциду [8, 9]. Таким чином, якщо військові працівники охорони психічного здоров'я не вживуть усіх запобіжних заходів, це може збільшити ймовірність того, що деякі з цих солдатів вчинять самогубство. Застосовуючи усі можливі запобіжні заходи, працівники охорони психічного здоров'я діють на користь Армії тією ж мірою, у якій допомагають солдатам.

Ситуація, коли інші солдати з бойовою втомою будуть тимчасово або постійно відчувати, що вони бажають залишити Армію, може призвести до того, що військові лікарі лікуватимуть їх так, як це робиться зараз; тобто від таких солдатів очікується, що вони повернуться у свої бойові підрозділи. Якщо замість цього психіатри відсторонять солдатів від їхніх підрозділів і подальшого бойового чергування, велика кількість військовослужбовців зможе наслідувати їхній приклад.

Причиною, яка часто служить етичним виправданням повернення солдатів до підрозділів, є очікування, що вони стануть менш уразливими до прояву психіатричних симптомів через почуття провини, які трапляються у тих, хто вижив, якщо хтось із солдатів підрозділу загине в бою. Фактично це може бути правдою, але як етичний аргумент таке міркування є хибним. У деяких умовах повага до автономії солдатів може бути важливішою за заходи, спрямовані на нормалізацію їхніх майбутніх симптомів. Повага до автономії, як це відбувається зазвичай, тобто в цивільних умовах, вимагає від військових лікарів, щоб вони дали солдатам можливість обирати між ризиком повернення симптомів та ризиком смерті.

Підставою для очікувань військових лікарів, які лікують солдатів, що ті повернуться у свою частину, є користь — одночасно для місії та окремого солдата, якщо не в одному сенсі, то в іншому. Тобто солдатам може бути краще як у короткостроковій, так і довгостроковій перспективі, якщо вони повернуться до свого підрозділу. Вони можуть, наприклад, відчувати себе краще, перебуваючи серед тих, кого знають, і бути менш схильними до повторного розвитку психіатричних симптомів, які, найімовірніше, розвинулися б у результаті того, що вони назавжди залишили підрозділ.

Солдати, евакуйовані з театру бойових дій, зазвичай не залишаються в Армії і часто не підтримують контакт з «приятелями», яких вони залишили. Втрата соціальних мереж, військової структури і пов'язаних із нею медичних послуг може стати причиною низхідного руху в безробіття і навіть у бездомність. Все-таки очікування їхнього повернення під час лікування є якоюсь мірою примусом і, таким чином, відрізняється від того, з чим стикаються ті, хто лікується після травми в цивільних установах. Насправді це очікування позбавляє їх джерела додаткової автономії.

Аналогічне обґрунтування підтримує психіатрів, які лікують солдатів від суїцидальної депресії під час базової підготовки. Лікування за допомогою психотерапії та ліків, коли є ймовірність, що в них дійсно депресія, дає сподівання на те, що ці солдати не залишать Армію і/або не скінчать своє життя, навіть якщо в той час, як їх лікують, це не здається найкращим, що психіатри могли б зробити для пацієнтів, які говорять, що вони відчувають потяг до самогубства. У цивільних установах працівники більше намагаються усунути або зменшити джерело постійного стресу. Те, як зараз військові лікарі лікують таких пацієнтів, знижує ймовірність того, що багато інших солдатів, які проходять основну підготовку або готуються до розгортання, матимуть суїцидальну депресію як спосіб виходу з ситуації — свідомо чи ні.

Завершальна, додаткова етична дилема тут у питанні, чи мають військові працівники охорони психічного здоров'я інформувати солдатів про «основні правила» пошуку звільнення у цей спосіб. Вони могли б сказати солдатам, що для звільнення через депресію вони зазвичай мусять насамперед пройти пробну психотерапію і медикаментозне лікування протягом приблизно 6 місяців. Однак, зважаючи на збільшення частоти самогубств в останні 6 років, цей варіант навряд чи буде привабливим в політичному сенсі. Проте етика зобов'язує розкривати такі факти, щоб відсутність інформації не впливала на результати. Постає питання: чи мають працівники відносити солдатів із суїцидальною депресією до тієї ж категорії та не повідомляти їм основні правила, чи мусять інформувати їх?

Оптимальний компроміс між задоволенням потреб місії та потреб солдатів військовими лі-

карями може бути дещо суперечливим і парадоксальним. Можливо, було б оптимально, якби вони наполягали на лікуванні і навіть давали ліки цим пацієнтам протягом 6 або більше місяців, водночас надаючи їм повну інформацію про те, як працюють основні правила. Надання цієї інформації може, крім того, бути єдиним способом, у який вони спроможні будувати ефективні стосунки з цими пацієнтами та заслужити їхню довіру. Якщо ця практика зупинить потенційний потік солдатів, які звільнюються таким чином (як, здається, вона і робить), таке лікування з розкриттям інформації було б достатнім для підтримки потреб місії.

Стрес перед розгортанням

Правила, за якими на розгортання відправляються солдати, емоційно не підготовлені або з певними домашніми проблемами, можуть спричинити зайвий стрес для цих солдатів і членів їхніх сімей. Більш ліберальна політика розгортання може стати в інтересах військовослужбовців і їхніх підрозділів. Проблемою може бути етична дилема зважування потреб військових частин та потреб таких солдатів і/або їхніх сімей. Звичайно, військові підрозділи повинні перебувати в найкращій формі, але, якщо в них є кілька солдатів, «які не в грі», це знижує їхню продуктивність. Окремі солдати самі здатні опинитись під загрозою або через відволікання уваги поставити членів своєї групи в ситуацію ризику і, зрештою, поставити місію під загрозу.

В умовах нинішньої війни з тероризмом солдати-добровольці, які зараховуються до Армії, знають про потенційний ризик участі в можливому розгортанні. У теперішній ситуації відправка солдатів на розгортання є питанням часу, і те, що вони будуть туди відправлені, вже не підлягає сумніву. Незважаючи на знання цього, деякі солдати менше за інших готові до розгортання. Такі солдати можуть мати короткострокові проблеми або сімейні обставини, які можна було б вирішити за нетривалий період, якщо б їм дали можливість зробити це. Можливо, їм би вистачило навіть 30 днів, щоб емоційно підготуватися до розгортання чи вирішити свої сімейні питання. Наприклад, їм необхідно перевезти дружину з Німеччини в США або переконатися, що всі фінансові питання упорядковані.

Ризик від такого «поблажливого» підходу для військових частин двоякий. По-перше, те, що дозволяються винятки або зволікання для окремих солдатів, порушує основну передумову справедливості, оскільки всі інші члени команди мають бути готові до розгортання і розгортатись за наказом. Можливо, багато інших членів підрозділу також хотіли б відкласти або навіть уникнути розгортання. По-друге, виконання завдання військовим підрозділом залежить від кожного члена команди, і якщо хтось відсутній, то підрозділ страждає. Якщо деякі члени підрозділу можуть відтермінувати свою участь у розгортанні, це може мати вирішальне значення для місії. Це стосується, наприклад, таких випадків, коли солдат, який не прибув на розгортання, є механіком генераторних установок або компетентним фахівцем з організації зв'язку.

В етичному сенсі було б оптимальним розробити спосіб реагування на кожну окрему обставину індивідуально, виходячи з загального припущення, що всі підрозділи будуть розгорнуті в повному складі у максимально можливій мірі. Кращим вибором могла би стати система оцінки, яка розглядає одночасно кілька аспектів проблеми: тих, кому потрібен короткий час на відновлення або вирішення сімейних питань; тих, кого не потрібно відправляти на розгортання; і тих, хто готовий до розгортання. Потреби солдатів і підрозділів найкраще можуть бути задоволені, якщо інформувати командування про процес і статус солдатів. За поточними правилами на розгортання відправляються лише ті військовослужбовці, психологічний стан яких був стабільним протягом принаймні 3 місяців; в іншому випадку вони мають отримати відмову від керівника медичної служби центрального командування розгортанням.

Подальші питання лікування

Військові працівники охорони психічного здоров'я мають зважати на те, як соціальна та емоційна відстань від підрозділу може вплинути на лікування його особового складу. Як на роботі, так і поза нею військові працівники охорони психіч-

ного здоров'я, найімовірніше, регулярно взаємодіють зі своїми майбутніми пацієнтами. Підтримка занадто великої відстані від підрозділу може створити враження відчуження і недоступності, зменшуючи ймовірність майбутнього звернення. Підтримка занадто тісних стосунків може встановити дружні, а не терапевтичні взаємини. Близькі стосунки здатні перешкоджати працівникам охорони психічного здоров'я зробити точний діагноз.

Військові працівники охорони психічного здоров'я та їхні майбутні пацієнти, найімовірніше, будуть розміщені на одній базі, в одному підрозділі і можуть мати загальні робочі зони. Військові бази зазвичай замкнуті, і ті, хто в них перебуває, часто контактують один з одним. Працівники охорони психічного здоров'я та їхні майбутні пацієнти можуть виконувати супутні спільні обов'язки, наприклад залучатись до роботи адміністративних комітетів або інших робочих проектів. Вони можуть часто перетинатися і взаємодіяти один з одним під час виконання військових функцій, якот церемонія нагородження, навчання та професійна підготовка особового складу. Поза роботою вони можуть часто відвідувати одні й ті ж магазини або використовувати один і той же дитячий садок.

Епізод 46.1. Військовий психіатр тримав помітну соціальну та емоційну дистанцію з особовим складом підрозділу. Зазвичай він не спілкувався з колегами й уникав взаємодії у виконанні професійних функцій. Якщо він не займався пацієнтом, він залишався у своєму кабінеті за зачиненими дверима. Коли його запитали про таку поведінку, психіатр пояснив, що це не було соціальною фобією, насправді він цілеспрямовано підтримував свою соціальну й емоційну відстань від інших у команді на випадок, якщо в один прекрасний день вони можуть стати його пацієнтами. Він пояснив, що якщо б він був занадто близьким, від нього би очікували, що він буде «другом» для своїх пацієнтів; вони могли б очікувати від нього дружньої поведінки, наприклад що він стане спілкуватись і ділитися особистими подробицями життя. І те, і те, як він міркував, може бути шкідливим для лікування. Він також вважав, що, якщо він буде занадто близьким для свого підрозділу, йому буде складніше рекомендувати направити їх у бій, якщо виникне необхідність. Ще, думав він, це може завадити його здатності ставити точний діагноз; його попередні враження про людину можуть затьмарити його спроможність сприймати психічне захворювання; і це може змусити діагностувати психічне захворювання, якого немає у пацієнта.

Чи була соціальна поведінка цього психіатра ідеальною, чи він зайшов надто далеко? Або це взагалі недоречно і непотрібно? Чому?

Для військових працівників охорони психічного здоров'я важливо не тільки підтримувати відповідну соціальну та емоційну відстань, але також бути доступними і сприяти зверненню до них. Військові працівники охорони психічного здоров'я не зможуть допомагати, якщо ніхто не захоче призначати зустрічі з ними. Ідеальним було б взаємодіяти з підрозділом, при цьому зберігаючи професійну поведінку. Тримати «руку на пульсі» бойового духу підрозділу важливо для підтримки бойових спроможностей підрозділу, і часто це є одним із завдань військових працівників охорони психічного здоров'я. Вони мають знати про те, як їхнє ставлення до свого підрозділу може вплинути на лікування солдатів цього підрозділу, якщо ті стануть їхніми пацієнтами. Метою цих працівників має бути надання відповідного лікування своїм пацієнтам при збереженні максимальної бойової ефективності підрозділу. Для досягнення цієї мети військові працівники охорони психічного здоров'я повинні зберігати об'єктивність, незважаючи на свої соціальні й емоційні стосунки з підрозділом.

ПИТАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС РОЗГОРТАННЯ

Одним із найбільш важливих медичних міркувань, яке виникло, є те, як військові лікарі мають поводитися з військовополоненими (POW — Prisoners of war). Відповідно до Женевської конвенції, військові лікарі мають ставитися до військовополонених так само, як і до солдатів союзників, але не зрозуміло, як саме це має відбуватися. Припустімо, що американські солдати та військовополонені мають ідентичні травми. Військові лікарі могли б приймати і тих, і тих на змінній чи

випадковій основі або приймати американських солдатів у першу чергу. Або ж військові лікарі, які використовують цей другий підхід, могли б приймати американських солдатів із більш широким діапазоном травм, таким чином приймаючи більше американських солдатів, і все ще, з технічної точки зору, однаково приймати американських солдатів і POW [2].

Етичне питання, що виникає у зв'язку з затриманими, полягає в тому, чи повинні військові лікарі поводитись із затриманими таким же чином, хоча з юридичної точки зору затримані можуть не відповідати критеріям військовополонених і Женевська конвенція для них може не застосовуватися. Залишаючи в стороні практичну складність визначення того, хто є POW, а хто затриманий, ключове питання, що стосується лікування затриманих, — це ступінь, за якого зобов'язання військових медиків як медичних працівників повинні мати пріоритет над їхніми обов'язками військовослужбовців.

На семінарі з військової медичної етики групу військових лікарів, які недавно служили в Іраку, запитали, що, на їхню думку, вони мають робити, якщо їм доставлять травмованих ворогів, а вони знають, що вже наближаються американські солдати з «такими ж травмами», і їхній командир накаже їм утриматися від лікування, поки не прибудуть американські солдати, щоб лікувати їх в першу чергу. Всі присутні військові лікарі відчували, що вони мають відмовитися від наказу командира. Вони думали, що першими мають лікувати тих, хто перед ними, бо це було тим, що вони зобов'язані робити як лікарі.

З юридичної й етичної точки зору в Армії вважається, що всі військовослужбовці мають відмовитись підкорятися незаконним або неетичним наказам. Однак може бути складно визначити, що є «незаконним» або «неетичним». Цілісність військової системи потребує, щоб військові лікарі, як і інші військовослужбовці, відмовилися виконувати накази, коли існує неоднозначність в екстрених ситуаціях. Після цього такі рішення мають бути розглянуті так широко і швидко, наскільки це можливо.

Проте етичність можна встановити заздалегідь, коли наказ буде суперечити з пріоритетами, яких зобов'язані дотримуватись військові лікарі як представники медичної професії, так що вони можуть вирішувати, які пріоритети мають переважати. Ця робота може привести до двох результатів. По-перше, військова місія менше ризикує бути скомпрометованою. По-друге, це могло б допомогти забезпечити дотримання найвищих медичних стандартів.

З часу розкриття знущань над затриманими в Абу-Грейб було висловлено багато побоювань стосовно затриманих осіб [10, 11]. Уряд США запросив експертів з прав людини від Організації Об'єднаних Націй та інших відвідати центр утримання в Гуантанамо (Куба), щоб перевірити його діяльність, і підтвердити, що політика, яка там провадиться, відповідає етичним нормам. Результати цих візитів можуть стати більш переконливими, звичайно, тільки тоді, коли всі аспекти всіх операцій зможуть бути повністю вивчені.

Ключове питання, що привернуло увагу і змусило здійснювати контроль з боку громадськості, — це те, яким чином військові лікарі, особливо психіатри, психологи й інші медичні працівники, взаємодіяли і мають взаємодіяти із затриманими. Важливою передумовою тут стало те, що військові лікарі, діяльність яких присвячена зціленню, мають встановлювати найвищі етичні стандарти у цьому та всіх інших військових контекстах [12]. Деякі лікарі, однак, піддають сумніву навіть цю передумову. Майкл Грос (Michael Gross), який нещодавно написав статтю з військово-медичної етики, вважає, що обов'язки військового медичного персоналу перед Батьківщиною вищі, ніж перед їхньою професією [4]. Зворотна сторона цієї позиції — те, що, якщо є моральна цінність, якої зобов'язані дотримуватись лікарі, імовірно, вона настільки важлива, щоб її дотримувались всі.

Друга частина цього розділу розгляне ключові етичні питання, які стосуються взаємодії військовослужбовців із затриманими. Вона складається із трьох підрозділів. У першому будуть розглянуті основні питання стосовно затриманих, наприклад: які підходи дозволені під час допитів; чи можливий механізм, який дає змогу як виняток зі звичайних практик робити під час допитів те, що заборонено; чи необхідно заздалегідь перелічити допустимі підходи; чи потрібно поліпшувати умови утримання затриманих із часом і хто має вирішувати всі ці питання. Ці основні питання варто розглянути в першу чергу тому, що наступ-

ні, які стосуються медичних працівників, певною мірою залежать від цих перших питань.

Другий підрозділ містить питання, безпосередньо пов'язані з військово-медичним персоналом. Вони стосуються участі лікарів у допитах, якщо їх взагалі варто залучати до них, і конфіденційність при лікуванні затриманих пацієнтів. Третій підрозділ буде стосуватися того, що сьогодні є найскладнішою етичною проблемою, з якою стикаються військові лікарі, які лікують ув'язнених: що робити, коли в'язні відмовляються від їжі. Цей підрозділ міститиме коротке обговорення того, чи повинні військові лікарі мати більше можливостей для висловлення своїх поглядів, і характеру спеціальних обов'язків військових лікарів під час бою.

Військові психіатри стикаються з численними етичними питаннями щодо догляду за затриманими. За правилами Міністерства оборони військових психіатрів можуть попросити служити консультантами під час допитів (хоча зазвичай цю роль виконують психологи); вони мають, однак, поводитися із затриманими тільки і лише як медичні працівники.

Це обговорення не буде намагатися дати «правильні» відповіді на подібні етичні питання. Скоріше, ми побачимо, що етичний аналіз не може дати такі відповіді, тому що цінності, які повинні мати найвищий пріоритет, можуть значно різнитися. Проте це обговорення намагатиметься визначити межі для розгляду більш важких питань, які виникають в таких ситуаціях. І, нарешті, воно вкаже на етичні цінності, які слід враховувати, приймаючи рішення, незалежно від того, якими ці рішення будуть.

Загальні питання, які стосуються немедичного поводження з затриманими

Основним питанням стосовно затриманих є підхід до того, як їх розглядати і як з ними поводитись: як із людьми, які мають інформацію, що може врятувати багато життів, або як із людьми, які більше не становлять безпосередньої загрози, і, таким чином, їм як POW має бути гарантована оптимальна повага і турбота, оскільки вони більше не воюють. Коли затримані вперше потрапляють у в'язницю, найбільш етично обґрунтованим є ставлення до них як до осіб, які можуть мати інформацію, що здатна врятувати життя інших. Згодом сила цього аргументу, імовірно, зменшиться.

Три найбільш важливі специфічні питання щодо немедичного поводження з затриманими: 1) які підходи можна дозволити використовувати слідчим під час допитів, 2) чи потрібно змінювати з часом умови утримання ув'язнених, 3) хто має вирішувати усі ці питання?

Які підходи може застосовувати слідчий

Існує поширене поняття того, що з погляду етики і законності в Сполучених Штатах має бути заборонено чинити акти жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження з затриманими. Зокрема, питання стосується конкретного занепокоєння щодо того, чи будь-яка шкода — постійна або тимчасова, фізична чи психологічна — може бути допущена взагалі. Відправною точкою для вирішення всіх цих складних моментів є питання про те, які підходи використовують робітники правоохоронних органів у Сполучених Штатах до власних громадян, коли підозрюють, що ці люди вже зробили або можуть зробити жахливі злочини. Дехто вважає, що дозвіл широкої громадськості зараз дає право заходити занадто далеко. Все-таки за умови вважати прийнятним, якщо не ідеальним з етичного погляду те, що зараз дозволено законом, центральним стає питання про обмеження дій під час допиту: чи можна дозволити слідчим заподіяти затриманим більшої шкоди, ніж те, що припустимо з громадянами, і якщо так, то наскільки більше і чому?

Головний аргумент на користь того, щоб дозволити слідчим завдавати більшої шкоди затриманим, застосовуючи більш шкідливі методи, полягає в можливості врятувати більше людських життів. Як відправна точка в цій дискусії використовується зразковий приклад — підозрюваний серійний вбивця, громадянин США, який хоче вбити людей зараз або в майбутньому. Такі особи у разі звільнення можуть продовжувати вбивати. Другий зразковий приклад, що може бути використаний для такого аналізу, — людина на зразок

Тімоті Маквея (Timothy McVeigh), якого запідозрили в тому, що він підірвав Федеральну будівлю Мурра в Оклахомі в 1995 році.

У таких випадках співробітники правоохоронних органів у Сполучених Штатах є обмеженими попри те, що використання більш шкідливих методів могло б потенційно врятувати більшу кількість життів у майбутніх випадках тероризму. У деяких аспектах затримані можуть відрізнятись від «звичайних» злочинців. Головними серед цих особливостей є три. По-перше, вони можуть мати інформацію, яка здатна врятувати набагато більше життів, навіть більше, ніж у випадку Маквея. Кількість врятованих життів може бути більше в десятки, сотні, тисячі або навіть ще більше разів. Якщо терорист планує застосувати летальну біологічну речовину в Нью-Йорку і затриманий міг розкрити задум та потенційного виконавця, перш ніж це сталося, він, можливо, зміг зберегти життя мільйонів.

Імовірність того, що це станеться, може бути віддалена. Також може бути незрозуміло, чи має затриманий цю інформацію; якщо так, то чи буде отримана в результаті примусу під час допиту інформація вчасно для того, щоб мати цінність. Дослідження показують, що більша частина інформації, отримана примусовими заходами, недостовірна [13]; але деяка інформація такого роду може бути цінною. Етичний конфлікт тут полягає в балансі між повагою до затриманих, як ніби вони є американськими громадянами, яких підозрюють в тому, що вони серійні або масові убивці, як Маквей, та можливим отриманням інформації з допомогою неприємних методів, що може врятувати незліченну кількість життів.

По-друге, сучасна загроза відрізняється від тієї, що була під час Другої світової війни, коли нацисти здійснили геноцид. У наш час терористи можуть жити поодинці, уникати спілкування один із одним протягом багатьох років чи десятиліть і тільки потім проявити себе та, можливо, поставити під загрозу ціле місто. Єдиним засобом виявлення цих терористів і запобігання такої шкоди може бути отримання інформації від затриманих.

По-третє, багато сучасних терористів мотивуються на вбивство різними причинами, у тому числі релігійними. Терористи, мотивовані релігійними причинами, можуть не зважати на те, виживуть вони чи загинуть, убиваючи інших. Насправді вони можуть активно шукати смерті під час своєї атаки.

Ця «нова» мотивація спроможна ускладнювати методи, які вони готові використати, наприклад вбити себе або навіть своїх дітей, тим самим додавши ще одну причину, яка може виправдовувати використання більш жорстких методів допиту, ніж використовує персонал цивільних правоохоронних органів у США.

Приниження і шкода, яких завдасть затриманим використання більш «енергійних» методів, є основними етичними аргументами проти їх використання. Що ще можна сказати про ці аргументи? По-перше, навіть якщо життя десятків тисяч людей може бути збережене в результаті отримання специфічної та цінної інформації від затриманих, це не означає, що будь-які та всі можливі засоби, якими можна домогтися такого результату, є етично виправданими. Крайніми видами допитів є тортури, загрози застосування тортур і тортури або загрози застосування тортур до сімей затриманих. У деяких питаннях, особливо в давні часи, ці підходи застосовувалися значною мірою через їхній страхітливий ефект. Тепер ці підходи здебільшого вважаються варіантом, який є занадто важким і здатний знищити цінності, за які від початку йде боротьба.

По-друге, в інших умовах у Сполучених Штатах надається абсолютний пріоритет збереженню гідності всіх людей, незалежно від кількості життів, які можна було б врятувати, не роблячи цього. Кращий приклад і зразок цього — наявна практика досліджень. Незалежно від можливого виграшу, нікого з учасників не можна використовувати проти його волі.

Дехто, зокрема Майкл Гросс, автор вищезгаданого тексту з військово-медичної етики, ставить питання про те, чи мають традиційні ціннісні пріоритети і далі переважати в наш час [4]. Гросс порушує питання про те, що робити, коли терористи змішуються з цивільним населенням, так що їх не зможуть упіймати. Він стверджує, що є тільки два можливі варіанти: 1) нічого не робити і стати беззахисним або 2) відхилитися від попередніх цінностей і погодитися на загибель «невинних»

цивільних у зусиллі виявити терористів, які проникли в їхнє середовище.

Чи потрібно заборонити обмеження і, якщо так, чітко та конкретно наголосити на цьому? Перше питання, на яке потрібно тут відповісти, — де має бути межа між дозволеними і недозволеними підходами до допиту. Другим питанням, що вимагає відповіді, є визначення того обсягу встановлених меж, який може бути розголошений та оприлюднений. Якщо ці обмеження занадто розпливчасті, їхні межі можуть легко «розтягнутись» на допиті. Слідчі, імовірно, робитимуть це через гідну поваги причину, сподіваючись врятувати найбільшу кількість життів. Таким чином, через важливість подібної мети багато слідчих можуть спробувати зробити це настільки, наскільки вони спроможні робити це на законних підставах.

Конкретні обмеження допомагають запобігти цьому «розтягненню». Прикладом є зловживання, які мали місце в тюрмі в Абу-Грейб (Ірак). Усі військовослужбовці знають, що вони за законом зобов'язані відмовлятись виконувати неетичні або незаконні вимоги. Якщо важко встановити, чи є наказ неетичним або незаконним, військовослужбовець, якому його віддали, може не зрозуміти, що йому робити. Непокора потенційно загрожуватиме йому військово-польовим судом. Таким чином, це сильний, на перший погляд, аргумент на користь створення вихідних, специфічних і конкретних меж.

Проте, якщо ці межі занадто конкретні та публічно відомі, ціною може стати інформація, здатна врятувати життя багатьох людей. Якщо обмеження викладені занадто детально і затримані знають конкретні межі, їм може бути значно легше уникати відповідей під час допиту, так що вони не дадуть інформації, перш ніж ця межа буде досягнута. Отже, вони можуть видавати менше інформації, у результаті чого менше життів може бути збережено.

Чи потрібно з часом поліпшувати умови утримання затриманих?

Аналогічна ціна потенційно існує для значного поліпшення умов утримання затриманих із плином часу: наприклад, надати їм можливості знову спілкуватися зі своїми сім'ями. Знання, що вони можуть розраховувати на подібні привілеї, також допомагає їм «протриматися». З іншого боку, дуже гуманно поліпшувати умови ув'язнення і дати їм можливість спілкуватись з сім'єю після того, як вони пройшли допити і переважна ймовірність отримання від них інформації лишилась позаду.

Після того, як зусилля слідчих під час допиту будуть вичерпані і неможливо буде досягти більшого «успіху», ніж вже є, логічно аргументувати збільшення привілеїв затриманих, наприклад збільшити частоту зустрічей з сім'ями. З цього погляду, із часом до затриманих дедалі більше потрібно ставитися як до людей, які мають право на повагу і турботу, ніж як потенційне джерело важливої інформації. Якщо затримані знають, що з часом відбуватиметься таке полегшення умов, їм буде легше уникати відповідей під час допитів і не давати інформацію, яку інакше вони б надали. Хтось може припустити, що можливість бачити свої сім'ї може бути використана як «пряник» або стимул, який змусить їх надати інформацію. Такий підхід дозволив би більш широко використовувати уразливість затриманих і може стати більш проблематичним з етичної точки зору; на думку деяких осіб, використовувати його з цієї причини є абсолютно безсовісним.

Альтернативою і своєрідним моральним компромісом між цими суперечливими цінностями може стати надання деяким, але не всім, затриманим більше можливостей. У такому випадку ніхто не знатиме з упевненістю, чи зможе коли-небудь отримати такі можливості. Може виявитись, що знання затриманих про краще майбутнє не впливає на їхнє рішення приховати інформацію під час допитів. Їхні знання про те, що вони зможуть бачити свої сім'ї, з іншого боку, здатні поліпшити їхнє ставлення до Сполучених Штатів, і це, таким чином, підсилить їхню готовність надати більше інформації.

Загалом затримані, з якими поводяться гуманно, інколи з часом стають більш готовими надати інформацію. Але навіть ця можливість з етичних міркувань проблематична, адже базується на ставленні до затриманих як до засобу для досягнення мети. При цьому втрачається розуміння того, що людське життя є найвищою

цінністю. Але забувати про це не можна. Тому до затриманих потрібно ставитись гуманно навіть за рахунок інших втрат, у тому числі втрат життя інших людей.

Залишилось питання, чи можливі у крайніх випадках винятки і який механізм їх реалізації. Виняткові методи допиту допустимі в рідкісних умовах, коли існують украй пом'якшувальні критерії. Цими критеріями є можливість врятувати багато життів, загроза небезпеки і велика ймовірність того, що затриманий володіє інформацією, яка здатна врятувати життя. У цих ситуаціях можливий механізм зовнішнього спостереження за методами, які використовуються, а також спостереження під час допиту. Основним аргументом за використання такого механізму винятку є можливість врятувати більше життів.

Існує два етичні питання, пов'язані із допитом затриманих із застосуванням механізмів, за допомогою яких можна робити винятки з обмежень. По-перше, що є найвищим моральним пріоритетом? І по-друге, що, якщо взагалі такі критерії існують, може виправдати відмову Сполучених Штатів від слідування цим пріоритетам? При прийнятті цих рішень може з'ясуватись, що ціна такої підтримки моральних стандартів виявиться вищою, ніж більшість людей здатна прийняти. Ціною може бути втрата життя людей та передчасна згода з цим.

Хто має вирішувати ці питання?

Хто має вирішувати, де поставити межі в допитах, не зважаючи на можливу втрату життів? Якщо їх встановити, чи потрібно потім зробити ці обмеження оприлюдненими та явними [14, с. 89–90]? Одним із варіантів рішення можуть стати міжнародні кодекси. Але з етичної точки зору використовувати лише міжнародні кодекси для визначення правил складно з багатьох причин. По-перше, якщо кодекси були введені в дію до терористичного акту 11 вересня 2001 року, у них не враховуються нові обставини, і, можливо, зараз терористи становлять більшу загрозу. Але звід правил, ухвалений після того, міг би бути корисним. По-друге, за своєю природою кодекси є обмеженими. Так само міцність етичних принципів може бути меншою у виняткових випадках, наприклад коли затриманий має інформацію, яка може врятувати тисячі життів.

Ці обмеження, властиві кодексам, здатні, цілком імовірно, підтримати жорсткі допити або дати змогу медичним працівникам поводитись з POW несправедливо, як це обговорювалось вище. Військовий медичний персонал може, відповідно до міжнародних вимог, віднести всіх військовослужбовців і POW з ранами черевної порожнини до однієї групи, попри серйозність цих ран і терміновість лікування. Згідно із кодексом лікарі повинні ставитися до військовослужбовців і POW однаково. Проте, оскільки не визначено, як потрібно приймати пацієнтів з обох груп — по черзі або у випадковому порядку, військові лікарі можуть приймати першими своїх солдатів із тією ж тяжкістю уражень, а POW вже після них.

Так само в той час, як правила забороняють слідчим застосовувати жорстокі або нелюдські підходи, насправді вони потурають використанню суворих підходів, які не є цілком жорстокими чи нелюдськими, але виходять за межі, дозволені для співробітників правоохоронних органів США, які проводять допити громадян США. Можливо, стандарти повинні бути такими ж, або, навіть, може бути, що нинішні правила стосовно громадян США заходять занадто далеко (або недостатньо далеко), дозволяючи застосування жорстких методів допиту.

По-третє, ризик того, що кодекси недостатньо конкретні і не визначають усіх ситуацій, можливо, зумовлений тим, що вони часто є компромісом. Зведення правил може віддзеркалювати політичний тиск і, подібно до законів, висловлювати найменш вимогливі, але все-таки допустимі етичні дії, а не найвищі етичні стандарти, яких можуть і мусять дотримуватися люди. Якщо міжнародні кодекси — це компроміс, який вимагає знаходження сфер, де всі можуть дійти згоди, тоді правила є «спільним знаменником», прийнятним для всіх учасників.

Ця ситуація сьогодні створює проблему для Сполучених Штатів. Кодекси забороняють деякі види практики з ув'язненими, наприклад примусове годування, якщо затриманий голодує. Що є оптимальним для країн взагалі, може не бути оптимальним або навіть прийнятним для конкретних країн, таких, які частіше стають мішенню

для терористичних нападів. Таким чином, втрати через використання цих кодексів можуть бути більшими, а вигоди меншими для цих країн (таких, як Сполучені Штати), ніж для інших. Етичний аналіз часто не здатний надати більш правильних відповідей на ці питання, ніж очевидні.

Досягнути найкращого етичного результату можливо завдяки найбільш ретельному розгляду того, що є суттю питання. У Сполучених Штатах з цією метою подібні етичні нюанси передаються на розгляд законодавців, які є особами, обраними суспільством, щоб вирішити ці питання, перевірити та час від часу обговорювати їх в судовому порядку. Ухвалене рішення може бути скасоване в будь-який час. І все-таки вирішення етичних питань законодавцями здатне бути найкращим можливим процесом [15, 16, с. 37–40]. «Кращою протидією обмеженій раціональності, що проявляється в когнітивних спотвореннях та помилках судження, які виникають в результаті цього, може бути ухвалення закону як засобу усунення таких спотворень» [16, с. 37].

Як військові лікарі мають взаємодіяти з затриманими і чи мають узагалі

Загальна політика Армії стосовно затриманих, як було обговорено вище, має вирішальне значення для питання про те, як військові лікарі повинні взаємодіяти із затриманими [17]. Першою і основною етичною проблемою взаємодії військових лікарів із затриманими є межа, якщо вона взагалі є, після якої лікарі не повинні брати участь у військових заходах щодо затриманих. Підставою є те, що вони мають відстоювати професійні етичні норми, орієнтовані на пацієнтів, на відміну від моральних стандартів інших військовослужбовців, орієнтованих на виконання завдань місії. Ключові підпитання такі:

а) наскільки необхідно задіювати медичних працівників у немедичних заходах, як-от допити;
б) що мають робити медичні працівники, коли надають затриманим медичну допомогу.

Чи мають вони, наприклад, проводити примусове годування?

Яким чином медичні працівники можуть брати участь у немедичних діях і чи повинні взагалі?

Окрім надання медичної допомоги, є багато інших способів взаємодії військових лікарів із затриманими [18]. Психіатри і психологи могли б працювати зі слідчими під час допитів, щоб спробувати знайти і прозондувати сфери, де затримані є найбільш уразливими, з метою отримати більше інформації, яка могла б у результаті врятувати життя. Під час допитів військові лікарі також можуть виконувати протилежну функцію: вони спостерігають за допитами через одностороннє дзеркало, аби впевнитись, що слідчі застосовують методи в допустимих межах, і, таким чином, краще захистити затриманих від шкоди.

Найважливішою етичною проблемою для багатьох видається те, що обов'язки лікарів щодо затриманих вступають у протиріччя до обов'язків, пов'язаних з цілями місії. Класичним прикладом є обов'язок лікарів дотримуватись основного принципу клятви Гіппократа — «Не нашкодь!». Дехто вважає, що військові лікарі підтримують більш високий моральний стандарт щодо добробуту затриманих, ніж слідчі, від яких очікується, що під час пошуку інформації вони будуть використовувати примус чи навіть завдадуть шкоди затриманим. Таким чином, постає питання, чи повинні лікарі гарантувати безпеку затриманих, спостерігаючи за ними через одностороннє дзеркало під час допитів.

В етичному сенсі припущення про те, що військові лікарі мають або повинні мати більш високі етичні стандарти, як вказано вище, може бути більш проблематичним, ніж здається. Люди в армії свідомо й охоче ризикують і часто віддають свої життя за країну. Це особливо вірно за відсутності плану. Якщо існують найвищі форми поведінки, то це має бути готовність солдатів віддати своє життя та інші дії, в яких проявляються високі моральні стандарти. Представників інших, немедичних військових професій, наприклад слідчих, можна розглядати в межах цієї групи, оскільки вони також готові загинути в бою, намагаючись врятувати життя інших.

Але не є очевидним, що лікарі повинні виконувати наглядові функції слідчих лише тому, що дехто вважає їхній моральний рівень вищим. Передбачається, що існують і мають бути етичні норми, яких однаково повинні дотримуватись як лікарі, так і інші військовослужбовці. Військові повинні застосовувати такі методи допиту затриманих, з якими згодні як військові, так і цивільні лікарі та більшість солдатів і цивільних громадян. Військові могли б подумати про те, які дії, якщо такі є, могли б зміцнити ці стандарти. Було б корисно розглядати військовослужбовців та військових лікарів як таких, хто має такі ж моральні цінності, а не як групу з більш високими моральними цінностями, яка повинна виконувати наглядові функції [4].

Друге питання сучасної полеміки полягає в тому, чи дійсно лікарі, зокрема психіатри, не повинні діяти таким же чином, як інші працівники, наприклад психологи. Американська психіатрична асоціація (APA — American Psychiatric Association) видала настанови, які забороняють психіатрам брати безпосередню участь у допитах. Водночас Американська психологічна асоціація (American Psychological Association) надає психологам більше свободи в цьому питанні. Оскільки і психіатри, і психологи можуть мати клінічну підготовку, деякі психологи ставлять питання, чому психіатри (або медичні працівники) повинні бути виключені з участі у військових справах, які проводяться в інтересах суспільства, тоді як психологи беруть у них участь [19–21]. Таке ж питання поставили медсестри й медбрати, проте для них воно залишається теоретичним, оскільки їх не залучають до проведення допитів. Це ж питання стосується інших працівників охорони психічного здоров'я, чия робота пов'язана з психологією, наприклад соціальних працівників. Можливо, найголовніше етичне питання, що є підґрунтям цієї дискусії, полягає в тому, чи можуть всі військовослужбовці, у тому числі слідчі та медичні працівники різної спеціалізації, розглядати себе як людей, які мають однакові етичні норми, працюючи на благо суспільства.

Суспільство є джерелом цінностей, які визначають моральні якості та можуть вступати в протиріччя з мораллю медичних працівників або військових. Основне підґрунтя для того, щоб цінності суспільства визначали моральні якості медичних працівників, полягає в тому, що воно йде на певні жертви, аби дати можливість студентам-медикам стати лікарями. Суспільство фінансує медичні школи і, що більш важливо, надає цим студентам особливі можливості, наприклад, «практикуватись» на трупах або живих пацієнтах, щоб вони могли отримати навички, які пізніше дадуть їм можливість «зціляти». Це також стосується інших фахівців, таких як медичні сестри та брати, клінічні психологи і соціальні працівники.

Лікарі, у свою чергу, принаймні не прямо, обіцяють використовувати свої навички найкращим чином. Це «кращим чином» може містити практики, на які суспільство мовчазно дивиться крізь пальці. Отже, винятки існують, оскільки громадськість допускає їх. Лікарі виконують декілька ролей, які задовольняють здебільшого потреби суспільства, ніж пацієнтів. Прикладом може служити судова психіатрія. Очікувано, суспільство з цим погоджується.

Одним із ключових моментів стосовно залучення військових лікарів до процедури допитів та інших дій, не пов'язаних із медициною, є питання про те, чи сприймає це суспільство, оскільки, на думку громадськості, можливо, в цей момент лікарі порушують принцип «не нашкодь». Цей момент може ускладнюватися, тому що суспільство здатне зажадати, аби лікарі, зокрема психіатри, брали участь у допитах, щоб відчувати себе більш захищеним. Те, чого хоче суспільство, теоретично є емпіричним питанням. З часом суспільна думка проявляється в тому, як люди голосують. Попри результати законодавчої діяльності, залишається питання, яку вагу повинно мати з моральної точки зору суспільне бачення ролі лікаря в Армії. Громадськість може бажати, щоб лікарі, з одного боку, не порушували свою клятву «не нашкодь», але, з іншого, щоб вони були більше залучені до захисту суспільства.

Це питання є навіть більш важливим, оскільки професійні організації також можуть вважати, що їхнє рішення має значний, якщо не вирішальний, внесок у визначення того, що мають робити їхні представники. Вони вірять, що їхня точка зору повинна бути вирішальною. Американська медична асоціація (American Medical Association) вказала лікарям на те, що вони не повинні вико-

нувати деякі ролі під час проведення страт злочинців. А APA заборонила психіатрам проводити оцінку кримінальних злочинців і визначати їхню нормальність для того, щоб їх, згідно із законом, можна було стратити. Організації можуть прийняти таку ж точку зору щодо психіатрів або інших осіб, які забезпечують догляд і, прямо чи непрямо, беруть участь у допитах.

Таким чином, військові працівники охорони психічного здоров'я можуть побоюватися певних моментів. Так, якщо Армія накаже їм виконувати деякі ролі, пов'язані з не дозволеними їхніми професійними організаціями діями, це загрожуватиме їхній позиції в межах організації або навіть призведе до втрати ліцензії. Це ще один випадок, коли було б ідеальним, аби військові та професійні організації об'єднались, якщо це можливо, і спільно працювали над прийняттям загальних високих моральних цінностей.

Військові й APA можуть мати спільні основи. Психіатри, наприклад, могли б брати участь в розробці правил. Для обох груп є важливим отримати згоду стосовно рівня участі в допитах, оскільки поради психологів, які б залучались до цього процесу, могли б бути корисними як Армії, так і затриманим. Вони могли би запропонувати такі підходи до допиту, які а) є ефективними, але становлять менше ризику завдати шкоди, б) не ризикують завдати шкоди, але більш ефективні для отримання інформації. Ці дві можливості ілюструють важливий загальний розгляд питань етики, які завжди повинні застосовуватися в таких справах, як ця. Звичайно, неважко визначити негативні етичні аспекти ситуації. Що є більш складним з етичної точки зору, то це зробити крок за межі ситуації та знайти краще рішення.

Суттєве питання з приводу того, чи повинні психіатри та інші лікарі брати безпосередню чи побічну участь у допитах, таким чином, спирається на імовірні відносні вигоди і втрати кожного з цих підходів. Розглянемо, що б сталось, якби психіатри та інші медичні працівники не були задіяні під час допитів. Головне питання дискусії про допити полягає в тому, чи залучати військових лікарів у цей процес безпосередньо. Багато лікарів здригнулися б у відповідь на думку, що вони самі та інші могли б справедливо сприйматись як люди, які турбуються про пацієнтів сьогодні та безпосередньо наближаються до негуманного поводження з ними завтра.

В судовій установі ролі судового психіатра можуть змінюватись день від дня, і судові психіатри та психологи звичайно згодні з цим. Проведення допитів аналогічно до цього, тож виправдання першого може бути виправданням і другого. Але з етичної точки зору це не виглядає зрозумілим. Коли медичні працівники оцінюють підсудність підозрюваних, вони кажуть їм, що все, сказане ними, може бути використано проти них. Це попередження допомагає підтримувати автономність тих, кого опитують, і допомагає психологам уникнути непрямого обману, працюючи в цій ролі.

Дехто вважає, що, оскільки лікарі роблять ті ж самі речі з затриманими, це може бути достатнім для виправдання участі лікарів (зокрема, психіатрів) у допитах або принаймні зменшити заперечення проти цього. Однак подібний аргумент може бути слабким. Етичною передумовою такого попередження, яке роблять судові психіатри, є те, що їхня оцінка з етичної точки зору виправдана, навіть якщо психіатри визначають, що досліджувані перебувають у здоровому глузді (а не хворі). Хоча, врешті-решт, таке рішення прийматимуть суддя або присяжні. Воно виправдане тому, що навіть за умови непроведення психіатрами опитування затриманих із метою визначити, чи були вони у здоровому глузді, коли скоювали злочин, це рішення все одно прийме суддя або суд присяжних. Без думки психіатра суддя чи присяжні набагато більш імовірно зроблять висновок про те, що обвинувачені були в здоровому глузді. У деяких випадках це могло б призвести до страти.

Таких передумов не існує стосовно допиту затриманих. На затриманих цілеспрямовано тиснуть у надії на те, що несприятливий вплив дозволить отримати інформацію. Якщо психіатр посилює цей тиск, він також завдає шкоди. Але психіатр може бути і союзником затриманого. Наприклад, як звітують американські військові лікарі, вони суттєво допомогли затриманим, викликаючи їхню довіру. Це питання обговорюватиметься більш докладно в наступному розділі, який стосується ув'язнених, які відмовляються від їжі.

Останнє питання, яке потрібно поставити, — це як психіатри та інші лікарі можуть допомогти

тим, хто проводить допит. Можливо, досвід ведення допитів не створює шкідливого впливу на того, хто його проводить. А можливо, і створює. Це більш імовірно, якщо затримані належать до іншої етнічної групи. Це також може бути вірно, якщо слідчі використовують більш жорсткі методи. Присутність військових лікарів здатна допомогти впевнитись у тому, що протягом допитів затримані будуть продовжувати сприйматись як люди, які, по суті, не відрізняються від слідчих. Психіатри й інші учасники, таким чином, можуть стати союзниками, які могли б принести користь як слідчим, так і затриманим.

Як військові лікарі мають поводитись із затриманими?

Питання про те, як військові лікарі мають поводитись із затриманими, з етичного погляду є складним. Існує ймовірність роботи з хворими на діабет. У такому разі важливо повідомляти слідчих про подібні факти, щоб вони могли потурбуватись про ліки для затриманого, зокрема про інсулін. Знаючи про це, слідчі могли б вимагати від лікарів, щоб ті контролювали їжу затриманих для того, щоб уникнути гіпоглікемії. Водночас, отримавши таку інформацію, слідчі можуть використовувати її хибно. Вони отримають можливість погрожувати, що будуть тримати рівень цукру в крові затриманого на небезпечному рівні (неважливо, чи вони дійсно можуть і будуть це робити, чи ні), вимагаючи від затриманого потрібну інформацію.

Зовсім не правдоподібно, що таке трапиться. Скоріше, якщо існують чіткі обмеження, слідчі повинні дотримуватись правил, введених Міністерством оборони, навіть якщо ці правила до якоїсь міри невизначені та створюють лазівки [22]. Крім того, Армія могла б розробити механізми, які гарантуватимуть, що в разі, коли лікарі передають слідчим подібну інформацію з метою допомогти затриманим, слідчі не використовуватимуть її хибно. Такими механізмами можуть бути зовнішнє спостереження, забезпечення більшої прозорості, як зазначено вище. Інакше нерозумно очікувати від лікарів, що вони зможуть надавати адекватну допомогу затриманим, якщо тільки у них не буде можливості підтримувати конфіденційність затриманих. Відчуваючи депресію, затримані можуть відкрито висловлювати свої почуття, лише якщо вважають лікарів надійними людьми.

Дуже часто військові лікарі проявляли співчуття до затриманих і, як результат, отримували їхню довіру. У цих випадках співчуття проявлялось не для того, щоб завоювати довіру в надії на отримання інформації. Це було проявом поважного ставлення до затриманих як до простих людей, незалежно від того, вплине це на одержання інформації чи ні. Для того, щоб одержати та підтримувати цю довіру, можуть бути потрібні додаткові ресурси. Як приклад — наявність потрібної кількості перекладачів. Якщо лікарі та слідчі матимуть різних перекладачів, теоретична та практична ймовірність довіри до лікарів буде вищою. Інакше затримані боятимуться, що інформація, яку чують перекладачі під час «клінічної години», буде потім передана слідчим, котрі можуть використати цю інформацію проти затриманих.

Пріоритетом має бути витрата більших грошових сум Армією і, екстраполюючи, суспільством, щоб забезпечити необхідні умови для оптимальної медичної допомоги. Повага до затриманих під час лікування, мабуть, має стати пріоритетом над всіма етичними цінностями, які конкурують. Імовірно, якщо військові будуть робити так, це сприятиме підвищенню довіри затриманих. У наш час військові в Гуантанамо спроможні забезпечити першокласний медичний догляд за затриманими. Наприклад, медичний нагляд пропонував затриманим певного віку оцінку підвищеної концентрації в крові простат-специфічного антигену, за яким можна виявити ранній рак простати, і ендоскопічну експертизу нижнього відділу кишечнику, за якою можна виявити ранній рак товстої кишки. Чи робить Армія для затриманих все, що робили б лікарі для ув'язнених у Сполучених Штатах або цивільних осіб в кращих лікарнях Америки? І чи повинна вона так робити?

Відповіді на ці питання аналогічні багатьом іншим, які вже були дані раніше. Деякі з цих рішень справедливо відносять до суспільства в цілому. Проте суспільство може бути неправим. Очевидно одне: те, що потрібно зробити, стає зрозумілим та визначено лише тоді, коли те, що робиться зараз, стає більш прозорим. Тоді наявні

тенденції стають предметом скрупульозного вивчення, і суспільство, за допомогою законодавства або судів, може вирішувати, чи те, що робиться зараз, повинно робитись.

Основною причиною для того, щоб Армія заради суспільства докладала зусиль для того, щоб викликати довіру в затриманих, є не бажання «здобути їх» у надії, що потім вони дадуть інформацію, здатну врятувати життя людей. Скоріше, причина полягає в тому, що затримані розглядаються як самоцінність та річ у собі. Ідея, що людей не можна використовувати як засіб для досягнення цілей інших і що вони мають бути «річчю в собі», є загальноприйнятим етичним принципом, який висунув Кант. Він заснований на повазі до людей та людської гідності. Якщо, наприклад, слідчі роблять вигляд, що вони друзі ув'язнених, із метою отримати інформацію, вони обманюють затриманих і використовують їх як засоби для досягнення цілей США. Це — етична проблема, хоча хтось може виправдовувати її аргументацією про можливість врятування мільйонів життів.

Оптимальна медична допомога повинна гарантуватись вже тим, що затримані, як усі люди, повинні мати лікарів, яким вони можуть довіряти, незалежно від зробленого чи гіпотетично зробленого ними. Як людям і полоненим їм гарантована максимальна повага. Ця цінність, та вона одна, як правило, переважає, якщо тільки не висуваються непереможні аргументи проти неї. Тобто необхідно дотримуватись цього принципу у всіх ситуаціях, у яких залучені затримані, якщо тільки не виникає який-небудь переважний аргумент проти. Таким чином, максимальна повага до затриманих — суттєва вихідна етична позиція, з якою, принаймні спочатку, можуть погодитись всі — і слідчі, і лікарі.

Стосовно конкретних підходів, дозволених під час допитів, можна прийняти рішення, яке влаштує всі зацікавлені сторони. Якщо це можливо, всі сторони мають шукати етичну спільність. Інша стратегія вирішення багатьох потенційних конфліктів між лікарями та іншими військовослужбовцями полягає в пошуку та знаходженні ціннісних пріоритетів, з якими здатні погодитись більшість партій, військові та цивільні.

Такі цінності можуть бути використані після того, як затримані потрапляють у в'язницю, та під час подальших допитів. Вони полягають у повазі до затриманих як до людей. Ця фундаментальна концепція має першорядне значення не тільки в етиці цієї країни, але і на міжнародному рівні. Таким чином, можливо досягти ще більшої згоди стосовно етики як на національному, так і міжнародному рівнях. За цією домовленістю, імовірно, всі зможуть зробити однакове практичне використання, яке значною мірою буде збігатися.

Як мають реагувати військові лікарі, коли затримані відмовляються від їжі

Значна кількість затриманих відмовляється від їжі. Основний етичний конфлікт у цьому випадку формулюється так: чи мають військові лікарі насильно годувати затриманих, не зважаючи на їхні протести, тим самим зберігаючи їхнє життя, чи вони мусять поважати автономію затриманих, погоджуючись на їхні вимоги [23, 24]. Ключовим тут є питання стосовно того, що мають робити лікарі і чому.

Що мають робити лікарі: насильно годувати затриманих чи поважати їхню автономність?

У цій ситуації з етичної точки зору найбільш важливим є контекст. Головним етичним пріоритетом, звичайно, вважається повага до незалежності людей. Ще один деонтологічний принцип, який може його переважити, — це необхідність підтримання здоров'я і збереження життя затриманих. Майбутнє затриманих може бути невизначеним, їм можуть відмовити у підтримці контакту з сім'ями. Тому поважати їхню автономію в тому, щоб дозволити їм вибрати смерть, особливо складно. Прояв поваги до затриманих як до людей краще досягається поліпшенням умов їхнього життя. Повага до їхньої автономії має більшу моральну вагу, якщо умови життя підвищують їхній добробут і якщо, як наслідок, їхні можливості приймати рішення не перебувають під тиском особистих або емоційних потреб.

Якщо становище затриманих покращене настільки, наскільки це можливо, насильне годування затриманих проти їхньої волі може бути ви-

правдано тим, що це підтримує їхнє життя. Таким чином, визначення того, чи потрібно поважати їхню відмову від їжі, якщо вони і далі відмовляються, може бути більш ефективним пізніше. Це міркування інколи втрачає моральну вагу через певний час, бо думка про те, що затримані дійсно хочуть жити, буде ставати все менш правдоподібною, якщо вони продовжуватимуть відмовлятись від їжі.

Цей принцип, пов'язаний з уявленням про затриманих як про людей із цілісним життям, а не із простим задоволенням їхніх безпосередніх потреб, найкраще проілюстрований прикладом із дослідження, проведеного у Віллоубруку (штат Нью-Йорк). Тут кілька тисяч «розумово відсталих» дітей були направлені до спеціальної установи, де вони жили в поганих з точки зору гігієни умовах. Багато, якщо не більшість, дітей були заражені гепатитом. Вчені хотіли вивчити гепатит, навмисно заразивши хворобою групу цих дітей. Вони виправдовували цей вчинок тим, що дітям, які брали участь у дослідженні, буде краще через дві причини: 1) вони житимуть у кращих умовах і 2) гепатит, якого вони набули, був менш серйозним в дослідному інституті, де їх вивчали, ніж той, що вони набули б природним шляхом від інших дітей в установі, де вони жили.

Дослідження почалося в 1950-ті і тривало в 1960-ті роки. Після того, як дослідження завершили, воно було піддано критиці. Підставою став той факт, що до його проведення були залучені бідні діти, які проживали в поганих умовах, не для покращення їхнього стану, а як засіб для досягнення іншої мети. Щоб лікувати, необхідно було змінити умови життя дітей, зробивши їх кращими. Це зробили пізніше. Ці діти, які вже виросли, були переселені до будинків, де вони жили маленькими групами. Заклад Віллоубрук більше не існує.

Аналогія тут міститься в тому, що повага до автономії затриманих, яка дозволить їм померти в тих умовах, в яких вони перебувають, є сумнівною, оскільки є можливість докласти зусиль, аби покращити їхнє становище. Більша повага до них полягає в тому, щоб встановити чіткі критерії для визначення меж, коли більш імовірно, що затримані дадуть корисну інформацію, і, як тільки цей період закінчиться, покращити умови їхнього життя (відповідно до їхньої думки, як це повинно бути). Інакше, коли лікарі дають затриманим автономію в умовах, в яких їхнє життя не має жодного сенсу, така зрозуміла буквально повага до їхньої автономії підвищує ймовірність того, що вони захочуть вмерти.

З етичних міркувань надання дозволу затриманим, які хочуть голодувати до смерті, зробити це призвело б до ризику. Цей ризик полягає в тому, що, формально відповідаючи вимогам міжнародного права, військові лікарі порушать його дух, як трапилось би, якщо б вони лікували солдатів США та військовополонених «однаково», як це описано в цьому розділі вище [2]. Лікарі можуть поважати автономію затриманих буквально, знаючи, що вони живуть у жалюгідних умовах, і навмисно залишаючи їх такими. Отже, ув'язнені можуть жити і залишатись в умовах, які без необхідності збільшують їхнє бажання померти.

У разі якщо лікарі надають затриманим незалежність у праві заморити себе голодом до смерті, виникне схоже питання про наміри. Припустімо, що затримані продовжують жити в умовах, в яких вони знаходять мало або взагалі ніякого сенсу, і що ймовірність того, що вони дадуть корисну інформацію, стає низькою. Причиною, яка лежить в основі того, щоб дати їм померти в такій ситуації, нібито поважаючи їхню автономію, може бути намір підсилити їхнє бажання померти, а не поважати їхню автономію. Зрозуміти дійсну мету, яка лежить в основі дій тих, хто дає померти затриманим, може бути важко.

Подібним чином повага лікарів до автономії затриманих в умовах, які ті вважають безглуздими, коли ці умови можуть бути змінені, не є етично виправданою. Лікарі інколи неявно приймають і підтримують обставини, які сприяють загибелі цих затриманих. З іншого боку, може статися, що поліпшення умов життя затриманих неможливе через пов'язані з безпекою причини. Якщо це так, змінити умови життя неможливо через ту шкоду, якої завдадуть подібні зміни.

Навіть знаючи про все це, військові лікарі можуть не мати великого вибору. Незалежно від того, чи вони діють так, як прийнято, і підтримують погані умови, з етичної точки зору вони можуть бути винні в моральній співучасті. Все-таки, якщо вони поважають автономію ув'язнених,

дозволяючи їм не їсти (будь то рішення лікарів чи їхнього командування), лікарі можуть бути зобов'язані потім запропонувати затриманим заспокійливе, аби ті не страждали, голодуючи до смерті. Пропонуючи заспокійливе, лікарі сприяють смерті затриманих, оскільки воно, найбільш імовірно, скоротить їхнє життя. Через це надання заспокійливого може розглядатись як етично не виправдане. Хоча військові лікарі могли мати намір полегшити страждання затриманих. Надавати заспокійливе може бути не лише виправданим з етичної точки зору, але й обов'язковим, оскільки це більш гуманно.

Інший вибір військових лікарів у таких умовах — відмовитися від участі, навіть не давати заспокійливе. Лікарі перебувають за межами бойового оточення, і, таким чином, вони повинні мати більше можливостей висловлювати і дотримуватися особистих цінностей, притаманних їм особисто. Їхня відмова від участі може порушити принцип військової необхідності, якщо голодування затриманих розглядається як засіб, який, імовірно, згуртує людей по всьому світу для продовження їхньої боротьби. Тоді і тільки тоді може домінувати військовий етичний обов'язок військових лікарів — робити те, що вони повинні, для виконання військової місії захисту суспільства.

Можливість того, що інші країни або певні організації згуртуються проти Сполучених Штатів, може бути етичним виправданням для того, аби лікарі насильно годували затриманих. Але якщо не йдеться про важливі військові потреби, військові лікарі повинні бути в змозі дотримуватися своїх власних моральних цінностей і поглядів так само, як і їхні цивільні колеги.

Чого це вимагає на практиці, саме по собі є етичним питанням. Уявімо ситуацію. Вербувальник у момент, коли немає військової необхідності, набирає лікарів для роботи з затриманими в лікарняних палатах. Чи повинен він тільки запитати їх, чи мають вони етичні сумніви або, якщо вони говорять, що мають такі сумніви, запитати їх про сутність таких сумнівів? Повага до лікаря проявляється в тому, що його не питають про характер сумнівів, це не вимагає від нього вигадувати «вагомі» причини. У питаннях про характер таких сумнівів поваги до лікаря менше, оскільки тут менше поваги до його моральних цінностей. Іншими словами, в останньому випадку їхні цінності та моральні переконання будуть поважати тільки тоді, коли вони відповідають «прийнятним» причинам.

Крім того, коли вербувальники просять військових лікарів розказати про причини їхніх сумнівів, на увазі мається, що в основі емоційного «занепокоєння» лежать логічні причини. Але це не так. Часто, коли люди переживають порушення їхніх моральних установок, це відчувається як емоція. І деколи люди здатні пояснити, чому вони відчувають саме так, а деколи — ні. Також, як результат подібних питань, лікарів будуть поділяти на тих, хто надає «правильні причини», та тих, хто дає «погані». Це може призвести до порушення важливого етичного аспекту — рівності лікарів. Небажаним наслідком стане їх поділ на групи.

Найкраще, що спроможні зробити лікарі, пацієнти яких відмовляються від лікування з метою вмерти, — це вжити заходів, аби переконатись у тому, що вони насправді найбільше всього хочуть померти. Тоді, якщо лікарі вжили заходів, аби переконатись у цьому, і після того, як вони це зробили, найкраще, що вони можуть зробити, — прийняти бажання затриманих. Наприклад, якщо пацієнти тільки-но отримали травму та набули квадріплегії, через кілька годин вони можуть попросити, щоб їхній респіратор вимкнули. Лікарі можуть просити таких пацієнтів зачекати з рішенням, оскільки багато людей в такій ситуації діяли як Крістофер Рів, який прожив 9 років після того, як отримав перелом шийного хребця в результаті нещасного випадку в 1995 р. Із часом вони також можуть знайти сенс в цьому, повністю зміненому стані. Військові лікарі бачать своє етичне завдання в тому, щоб діяти таким же чином із затриманими.

Етична ідея, яка створює певні ризики, — спробувати дати таким пацієнтам більше справжньої автономії, щоб вони не були повністю керованими домінуючими потребами, коли ці потреби можна задовольнити. Це особливо важливо, коли вибір, який може зробити пацієнт, — смерть від голоду — є незворотнім. Чим довше ці пацієнти наполягають на такому проханні, тим більше аргументів для того, щоб задовольнити, його попри те, що з об'єктивної точки зору здається, ніби по-

треби цих пацієнтів не змінились. Суб'єктивно, звичайно ж, незважаючи на те, що їхнє зовнішнє середовище не змінилось, затримані можуть дуже змінитись «всередині».

Застосування цих етичних принципів до затриманих передбачає, що оптимальні етичні дії полягають у тому, щоб максимально діяти на користь затриманих, аби вони могли добре почуватись у той час, який дається на отримання інформації від них. Після максимального полегшення їхньої ситуації необхідно дати час, аби переконатись в тому, що вони дійсно не хочуть їсти. З часом затримані можуть змінити свою думку і захотіти жити, хоча вони не знають цього заздалегідь. Багато пацієнтів з невиліковною хворобою в якийсь момент хочуть померти, а пізніше відчувають, що хочуть жити так довго, як це можливо. З цієї причини в тих двох штатах США, де пацієнтам дозволено проводити евтаназію, їхній запит зазвичай повинен бути повторений і не змінюватись через певний проміжок часу. І лише тоді лікарі можуть допомогти їм у цьому.

Можна стверджувати, що через погіршені умови, в яких перебувають затримані, наприклад через неможливість контактувати з сім'ями, цілком імовірно, що багато з них по-справжньому пригнічені. Тому через депресію вони не мають достатніх розумових здібностей, аби прийняти рішення про позбавлення себе життя. Це занепокоєння, хоча і має сенс з етичної точки зору, у принципі суперечить практиці, розповсюдженій в Сполучених Штатах. Її зміст зводиться до того, що цивільні, які перебувають в депресії або мають значні емоційні проблеми, все-таки можуть приймати подібне рішення. Таким чином, в цій країні навіть пацієнти з важкою депресією, як правило, не позбавлені можливості приймати рішення про позбавлення себе життя.

Питання, яке неявно проходить крізь всю цю дискусію, полягає в тому, чи можна використовувати для етичної аналогії пацієнтів, які хворі або навіть невиліковно хворі. Може виявитися, що жодна група не підходить для аналогії. Наведення інших схожих моментів, наприклад з арештантами, які мають довічний строк ув'язнення, можуть бути більш влучними, хоча і не достатньо. Ці зіставлення з арештантами здатні викликати критику з різних причин. Можна сказати, що в'язні повинні мати набагато більше прав, наприклад мати змогу зустрічатись зі своїми сім'ями. Але це також може означати (на відміну від використання медичної аналогії), що вони не повинні мати можливість вибору померти від голоду. Сучасні правила, які базуються на законі США щодо ув'язнених, не дозволяють затриманим відмовлятись від їжі і помирати через це.

Аналогія з ув'язненими може розсипатись залежно від того, чи виправдано з етичної точки зору дозволяти арештантам відмовлятись від їжі, навіть якщо їх буде страчено. Базовою причиною не давати відмовлятись від їжі може бути покарання. Якщо так, то обґрунтування покарання затриманих у цей же спосіб не буде правильним. Друге можливе обґрунтування, чому не потрібно дозволяти смертникам відмовлятись від їжі, — це те, що вони можуть перебувати в депресії і, як наслідок, не зможуть адекватно вирішити, чи дійсно хочуть вмерти від голоду. Цього також недостатньо. Бо навіть якщо пацієнти перебувають в депресії, вони можуть бути спроможні відмовитися від дій, які зберегли б їм життя.

У цьому сенсі може не бути адекватних аналогічних ситуацій. Військові лікарі, які безпосередньо не беруть участі в ході допитів, відрізняються від судових психіатрів, від лікарів, які дають смертельні ін'єкції під час страти злочинців, та від психіатрів, які встановлюють, що певна особа є невиліковним соціопатом і її потрібно або не можна стратити. Так само і затриманий, який хоче голодувати до смерті, не схожий на пацієнта з невиліковною хворобою, що хоче відмовитись від респіратора (або їжі та води), аби прискорити смерть.

Жоден із цих прикладів не є досить близькою копією ситуації із затриманими, щоб служити адекватною етичною моделлю. Якщо цих аналогій недостатньо, то відповісти на поставлені вище питання буде складніше. Етика може пролити у кращому випадку тільки світло на ключові чинники, які необхідно враховувати. Цей аналіз розглянув важливість і обмеження кодексів. Ці кодекси підкреслюють важливість поваги до автономії затриманих. Розробляючи ці правила з повагою до автономії затриманих, їхні автори мали на увазі дещо інше, ніж дозволити затриманим померти в поганих умовах. Тому потрібно розглянути те, що вони мали на увазі.

Святість людського життя є важливою деонтологічною цінністю, так само як і повага гідності людей, яка проявляється іншим чином, наприклад через повагу до їхньої автономії. У деяких ситуаціях вважається виправданим з етичної точки зору, щоб лікарі нехтували автономією пацієнтів і проводили терапевтичну підтримку. Такі дії допускаються законом у всіх штатах і недавно були підтверджені Радою з етичних і судових питань (Council on Ethical and Judicial Affairs), яка підпорядковується AMA [25]. Лікарі можуть виконувати підтримувальні заходи лише тоді, коли, на їхню думку, невиконання цих заходів завдає надмірної шкоди пацієнтам. Можна сперечатись, чи буде нехтування бажанням затриманого відмовитись від їжі відповідати цим критеріям. Але робота заради інтересів затриманих у більш широкому розумінні, зокрема надання їм медичної допомоги, здатна бути єдиною основою, яка виправдовує нехтування автономією затриманих.

Можливість висловлюватись для солдатів

Військові лікарі можуть мати помітно відмінне, навіть негативне ставлення до того, чи потрібно насильно годувати затриманих. У зв'язку з цим виникає питання не лише стосовно цієї ситуації, але й щодо всіх сфер, що стосуються міри, в якій солдати повинні мати можливість вільно висловлювати свої думки; зокрема, чи потрібно давати їм більше свободи, ніж вони мають зараз. Вкрай необхідно, щоб під час бойових дій кожен солдат виконував накази і працював разом з іншими солдатами для досягнення мети місії, як зазначено. Оскаржувати команди немає можливості, якщо тільки накази не суперечать Єдиному кодексу військової юстиції (Uniform Code of Military Justice) або правилам служби. Солдати, які мають відмінну від загальноприйнятної думку, можуть бути уразливі до дуже значних санкцій, якщо скажуть про неї.

Також існують чіткі правила, що обмежують право солдата на свободу слова, яке гарантується першою поправкою. Але чи сучасні обмеження оптимальні з етичної точки зору, чи спрощення комунікативного потоку в середовищі могло би бути більш корисним для солдатів та командування? Чи стане Армія сильнішою, якщо дозволити солдатам висловлювати незалежну думку?

Для цього потрібно встановити на місцях більш «ліберальний» режим, щоб солдати знали, як зробити так, щоб їхня думка стала відомою. Ця зміна може створити більш досконалу систему, надавши солдатам можливість висловлюватись та створивши таким чином своєрідний «клапан» для скидання тиску. Подібний механізм здатний покращити мораль, оскільки дозволить бути почутими навіть солдатам із найнижчим рейтингом. Таким шляхом можна впровадити багато поліпшень.

ПРОБЛЕМИ ПЕРІОДУ ПІСЛЯ РОЗГОРТАННЯ

Три проблеми періоду після розгортання, які виникли нещодавно, виправдовують етичну дискусію. Це: 1) чи можна повторно направляти на розгортання солдатів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), 2) що робити, якщо солдати отримали або могли отримати травми голови внаслідок вибуху, 3) коли, якщо взагалі це можливо, військові лікарі повинні приймати рішення, які відповідають потребам солдатів, але можуть суперечити правилам, положенням чи «виходять за межі» ситуації. Відповідна роль військового лікаря при рішенні цих етичних проблем особливо очевидна. ПТСР є одним із найбільш важливих розладів, які вони мають лікувати.

Посттравматичний стресовий розлад

Перше з цих проблемних питань стосується того, чи можна відправляти на повторне розгортання солдата, якому було поставлено діагноз гострий стресовий розлад, або ПТСР, під час попереднього розгортання. Ця етична дилема обертається навколо конкуруючих потреб людей та Армії. Задовольнити потреби людей якнайкраще можна, якщо дозволити їм затримати розгортання, аби пройти лікування та зцілитись, або взагалі уникнути іншого розгортання.

Це, однак, може негативно впливати на солдатів, адже змусить їх думати, що вони не виліку-

ються. Такі думки спроможні призвести до фіксації їхніх симптомів і подальшої інвалідності. У подібних випадках у солдатів інколи поглиблюється почуття провини за те, що вони не можуть бути зі своїми приятелями і членами підрозділу під час майбутніх операцій. Деякі солдати, особливо ті, які страждають від більш легкої форми ПТСР, можливо, хочуть повернутися в театр воєнних дій, і, імовірно, їм навіть буде краще, якщо вони це зроблять.

Якщо дозволити цим людям уникнути розгортання, це може значно вплинути на готовність їхнього підрозділу до бою. Багато людей можуть почати навмисно імітувати ці хвороби, щоб уникнути розгортання. Подібний сценарій «наслідування» спостерігається в різних військових частинах. Таке явище стосується не тільки розгортання. Помічено багато випадків, коли після того, як одну людину в підрозділі адміністративно відсторонили чи за службовим узгодженням дозволили їй уникнути розгортання, кілька інших членів підрозділу стверджували, що мають такий же рівень стресу. Так, наприклад, буває зі схильністю до суїциду та твердженнями солдатів, що продовження служби наражає їх на ризик. Після цього вони можуть попросити, щоб їх відсторонили адміністративним рішенням. Подібні ситуації впливають на моральний дух підрозділу та зменшують кількість підготовлених рядових. З іншого боку, проблема полягає в тому, що присутність цих людей в бою може бути шкідливою для підрозділу. До того ж ці люди більш уразливі для рецидивів або нових порушень, вони здатні споживати непропорційно багато ресурсів, а також ставити під загрозу безпеку.

Якщо дозволити подібні винятки, особливо для тих, хто має слабкі порушення, це може також вплинути на вербування. У разі, коли потенційні новобранці знатимуть, що про солдатів, які отримують стрес, турбуватимуться так, що від них навіть не будуть вимагати участі в продовженому розгортанні, процес вербування може стати більш активним. Наскільки сильним буде такий ефект і чи він взагалі буде, можна обговорювати. У нинішньому стані невизначеності є три ключові змінні, які потрібно зважити та врахувати. Одна підтримує доводи на користь залучення таких солдатів до розгортання, дві — заперечують їх. Припустімо, що залучення солдатів до розгортання в цілому сприяє їхньому зціленню. Це може слугувати на користь цих людей і членів їхніх сімей. Військові підрозділи також можуть виграти від власного посилення та збільшення числа тренованих солдатів, що допоможе виконувати завдання за призначенням.

Вербування, яке сьогодні стикається з багатьма проблемами, може бути активізоване в інший спосіб, а саме шляхом дозволу постраждалим особам перенести участь у розгортанні до кінця лікування або заборони брати в ньому участь взагалі. Емпіричні дані більш чітко покажуть, як з плином часу солдати з ПТСР реагують у цілому на повторне розгортання. Поки ця інформація не буде отримана, найбільш етичний спосіб вирішити це питання — залишатись більш відкритими для обговорення.

Травми голови

Друге етичне питання стосовно періоду після розгортання пов'язане з солдатами, які повертаються з черепно-мозковими травмами, набутими внаслідок вибуху, здебільшого в Іраку. Тут виявилось, що порушення, які виникли у цих солдатів, можуть відрізнятися від викликаних іншими травмами голови, наприклад отриманих у результаті автокатастрофи [26, 27]. Ці солдати можуть залишитися дієздатними в буквальному сенсі, тобто вони спроможні точно визначити переваги і недоліки прийняття або відхилення лікування чи участі в дослідженні. Але водночас вони можуть, як і раніше, мати великі базові труднощі. Ці труднощі виявляються лише за допомогою використання формального когнітивного тестування. Найголовніше, що подібні складнощі можуть серйозно впливати на їхнє рішення. Тому виникло питання, що краще: оцінювати дієздатність цих солдатів звичайними методами до того, як дозволити їм погодитись на лікування або на участь у дослідженнях, чи необхідно ввести спеціальні нові категорії як в умови лікування, так і в дослідження, щоб краще враховувати недавно виявлені унікальні когнітивні порушення і потреби солдатів із черепно-мозковою травмою? Повага до цих людей вимагає встановлення більш високих та суворих стандартів для визначення їхньої

дієздатності. Однак це було б першим випадком встановлення спеціальних категорій такого типу для такої специфічної групи. Негативним наслідком впровадження подібного стандарту може стати поява «тавра» на таких людях. Це також може призвести до того, що деякі солдати почнуть сердитись або боятись обмеження їхньої автономії через перше отримане ними попередження про наявність у них недоліків, про які вони не знали. Це почуття заперечення, яке нахлинуло раптово, може завдати великої шкоди.

Кращий підхід в обох цих випадках — лікування і дослідження — може полягати в тому, щоб забезпечити більше захисних процедур, індивідуалізованих відповідно до можливої потенційної загрози. Залежно від цієї загрози, дієздатність кожного солдата детально оцінюється спеціально створеною комісією, яка має змінний склад та спеціалізований досвід. Ця комісія застосовує диференційований стандарт, який вимагає більш високого порогу дієздатності тільки тоді, коли лікування або запропоноване дослідження представляло значно більший ризик. Такий підхід може бути приблизно схожим на більш високий ступінь захисту, який в наш час передбачений у заходах із лікування і дослідження за участю дітей. Ті вимоги, які встановлено до досліджень за участю дітей, не висуваються в дослідженнях із дорослими і залежать від рівня особистого ризику для дітей. Правила Міністерства оборони передбачають виняткові вимоги до проведення досліджень, в яких беруть участь діти, особливо якщо існує ймовірність більш ніж мінімального ризику.

Ці додаткові інноваційні заходи можуть здійснюватись на основі компенсаційної справедливості. Оскільки ці солдати стикаються з підвищеним ризиком заради своєї країни, з етичного погляду захист, який гарантуватиме, що вони зроблять кращий вибір, навіть якщо вони не знають, що його можна зробити, є не тільки оптимальним, але й етично обов'язковим з точки зору компенсаторної справедливості.

Рішення, які «виходять за межі ситуації»

Третє етичне питання щодо періоду після розгортання, яке буде тут обговорюватись, стосується того, чи буває коли-небудь виправданим для військових лікарів приймати рішення про лікування, які не узгоджуються з офіційною політикою. Наприклад, чи повинен військовий працівник охорони психічного здоров'я завжди узгоджувати свої рішення з офіційними правилами, якщо ці правила можуть мати негативні наслідки для лікування хворих?

Офіційні правила диктують, що ті військовослужбовці, які не можуть брати участь у розгортанні через фізичні або психічні причини, повинні бути обмежені у виконанні службових обов'язків. Статус обмеженого виконання службових обов'язків є тимчасовим і часто стає причиною відсторонення військовослужбовців від поточної роботи, а також послуговується декільком цілям. Він дозволяє батькам військовослужбовців вимагати заміни їхньої участі в розгортанні. Він також дозволяє покращити умови відновлення військовослужбовців, які не залучаються до розгортання, так, щоб вони могли повернутись до виконання своїх обов'язків у повному обсязі. Без такого обмеження вони б не змогли повернутись до виконання своїх обов'язків. Проте це обмеження може негативно впливати на лікування через закріплення солдата в ролі «хворого» та затримки його відновлення.

Однак можливі випадки, коли пацієнта, через психологічні причини не здатного до участі в розгортанні, не варто обмежувати у виконанні службових обов'язків. Наприклад, пацієнти, які нещодавно повернулись із війни з діагнозом ПТСР, набутим через отриману під час війни травму, можуть бути тимчасово не готові до повернення на війну. Можна продовжувати лікування таких пацієнтів, але не обмежувати їх у виконанні обов'язків, оскільки ще певний час вони не будуть відправлені на розгортання. Такі солдати іноді дуже хочуть подібного розвитку подій, адже це для них вигідно та може запобігти небажаним наслідкам від тривалого перебування в статусі обмеженого виконання обов'язків.

Чи етично з боку військових психіатрів у такому випадку не діяти за офіційними правилами і не надавати хворому статус обмеженого виконання обов'язків, щоб спонукати або сприяти додатковому лікуванню? Що може бути кращим етичним вибором у цій ситуації? За своєю при-

родою всі правила ведуть до «поганих результатів». Роблячи винятки «не для запису», військові лікарі здатні запобігти деяким з них. З іншого боку, якщо всі такі лікарі стануть діяти на власний розсуд, це може підточувати правила і, можливо, заподіяти більшої шкоди. Таким чином, винятки, які роблять військові лікарі, етично виправдані, якщо це буває рідко. У таких ситуаціях вони мають також встановити і визначити критерії такого рішення. Одним із таких критеріїв може стати те, що це рішення не порушуватиме ні духу, ні мети, заради яких ці правила були встановлені.

Відповідні моральні критерії можуть варіювати залежно від типу ситуації. Діючи на власний розсуд, військові лікарі використовують різні критерії і наділяють їх різним етичним змістом. Проте подібні дії та можливі шкідливі наслідки все-таки можуть з етичних міркувань переважувати шкоду, якої було б завдано, якщо не було б зроблено жодних винятків.

ВИСНОВКИ

Цей останній приклад військових лікарів, які роблять винятки, мабуть, є зразком усіх питань, розглянутих в цьому розділі. Тому на ньому найкраще закінчити цю дискусію. Більшість етичних питань потребують більшої рішучості не в тому, що одне чи багато рішень мають бути прийняті «про все одразу», а в тому, де в просторі реальних та уявних обставин слід «провести лінію», хто і чому має зробити це.

Автори спробували в цьому розділі висвітлити багато етичних питань: і тих, що вже існують, і тих, що лише виникли і були порушені. На ці питання немає звичайних очевидних відповідей, з якими могли би погодитися усі розумні люди. Утім, відповідальні за прийняття таких рішень мусять розглядати принципи і факти, які стосуються цієї теми. Це і є сферою досліджень і пильної уваги етики й етичного аналізу. Він дає змогу особам, які приймають рішення, більш ретельно розглядати «обидві сторони».

У деяких випадках «етика» може ясно показати, що щось робиться неправильно. Обґрунтування для геноциду, використовувані нацистами під час Другої світової війни, є очевидним і недвозначним прикладом цього. Проте щодо більшості проблем, зокрема найскладніших із них, необхідно мати змогу для дискусії. У цих ситуаціях дискусія ведеться, звісно, не про те, що правильно та неправильно, а, як це було розглянуто вище, про те, що має бути загальним правилом, чи потрібно робити винятки, якщо взагалі їх можна робити, та хто має приймати таке рішення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Grönvall GK. A new role for scientists in the Biological Weapons Convention. *Nat Biotechnol.* 2005;23(10):1213–1216.
2. Howe EG. Dilemmas in military medical ethics since 9/11. *Kennedy Inst Ethics J.* 2003;13(2):175–188.
3. Beam TE, Sparacino LR, eds. *Military Medical Ethics*. In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2003.
4. Gross ML. *Bioethics and Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War*. Cambridge, Mass: MIT Press; 2006.
5. Howe EG. Ethical issues in military medicine: mixed agency. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas; 1997.
6. Howe EG. Ethical issues regarding mixed agency of military physicians. *Soc Sci Med.* 1986;23(8):803-815.
7. Tan M. Study: waiver troops OK, but need discipline. *Army Times*. May 12, 2008. Available at: http://www.armytimes.com/news/2008/05/army_waivers_051008w/. Accessed July 22, 2010.
8. Martin PD, Williamson DA, Alfonso AJ, Ryan DH. Psychological adjustment during Army basic training. *Mil Med*. 2006;171(2):157–160.

9. Mahon MJ, Tobin JP, Cusack DA, Kelleher C, Malone KM. Suicide among regular-duty military personnel: a retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *Am J Psychiatry.* 2005;162(9):1688–1696.
10. Bloche MG, Marks JH. Doctors and interrogators at Guantanamo Bay. *N Engl J Med.* 2005;353(1):6–8.
11. Rubenstein L, Pross C, Davidoff F, Iacopino V. Coercive US interrogation policies: a challenge to medical ethics. *JAMA.*2005;294:1544–1549.
12. Johnson WB, Bacho R, Helm M, Ralph J. Multiple-role dilemmas for military health care providers. *Mil Med.*2006;171(4):311–315.
13. Intelligence Science Board. *Educing Information: Interrogation: Science and Art*. Washington, DC; National Defense Intelligence College Press; 2006.
14. Howe E. Further considerations regarding interrogations and forced feedings. In: Goodman R, Roseman MJ, eds. *Interrogations, Forced Feedings, and the Role of Health Professionals: New Perspectives on International Human Rights, Humanitarian Law, and Ethics.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2009: 75–102.
15. US Army Medical Command. MEDCOM policy on US Army Behavioral Science Consultation to detention operations, intelligence interrogations, detainee debriefing, and tactical questioning (unpublished policy, 2009).
16. Marks JH. Looking back, thinking ahead: the complicity of health professionals in detainee abuse. In: Goodman R, Roseman MJ, eds. *Interrogations, Forced Feedings, and the Role of Health Professionals: New Perspectives on International Human Rights, Humanitarian Law, and Ethics.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2009: 21–47.
17. US Department of Defense. *Medical Support Program for Detainee Operations*. Washington, DC: DoD; June 6, 2006. DoD Instruction 2310.08E.
18. Lewis NA. Interrogators cite doctors' aid at Guantanamo. *N Y Times.* June 24, 2005:A1, A19.
19. American Psychiatric Association. Psychiatric participation in interrogation of detainees. Position statement, approved by the Board of Trustees May 2006, and the Assembly of District Branches, May 2006 #200601. Available at: http://www.psych.org/Departments/EDU/Library/APAOfficialDocumentsandRelated/PositionStatements/200601.aspx. Accessed July 16, 2010.
20. O'Reilly KB. AMA adopts policy on interrogations. *Am Med News.* July 3, 2006. Available at: http://www.ama-assn.org/amednews/2006/07/03/prse0703.htm. Accessed July 22, 2010.
21. Behnke S. Ethics and interrogations: comparing and contrasting the American Psychological, American Medical and American Psychiatric Association positions. *Monitor Psychol.* 2006;37(7):1–5. Available at: http://www.apa.org/monitor/julaug06/interrogations.html. Accessed July 22, 2010.
22. US Department of the Army. *Human Intelligence Collector Operations.* Washington, DC: DA; September 2006. Field Manual 2-22.3.
23. Annas GJ. Hunger strikes at Guantanamo—medical ethics and human rights in a "legal black hole." *N Engl J Med.*2006;355(13):1377–1382.
24. Nicholl DJ, Atkinson HG, Kaik J, et al. Forcefeeding and restraint of Guantanamo Bay hunger strikers. *Lancet.*2006;367(9513):811.
25. American Medical Association. Withholding information from patients (therapeutic privilege). AMA House of Delegates, policy adopted June 2006. Available at: http://www.ama-assn.org/go/cejareports. Accessed July 22, 2010.
26. Warden DL. Military TBI during the Iraq and Afghanhanistan wars. *J Head Trauma Rehabil.* 2006;21(5):398–402.
27. Tauber KH, Warden DL, Hurley RA. Blast-related traumatic brain injury: what is known? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.*2006;18:141–145.

Розділ 47

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ: ПРИКІНЦЕВІ РОЗДУМИ ТА ПОДАЛЬШІ КРОКИ

Елспет Кемерон Річі[I] · Майкл Дойл[II]

ВСТУП

ОСТАННІ ІНІЦІАТИВИ ЩОДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Відділ охорони психічного здоров'я

Центри передового досвіду з охорони психічного здоров'я

Комплексна програма підготовки солдатів

Програма соціального та психічного оздоровлення

Працівники охорони психічного здоров'я

Інші ініціативи

ВИСНОВКИ

[I] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника Військово-медичної служби Армії США з психіатрії та директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

[II] Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США, заступник начальника медичного відділу з клінічної діяльності, Військова академія США, 00 Washington Road, West Point, New York 10996; у минулому — начальник Військово-медичної клініки Армії США, Wiesbaden, Germany.

ВСТУП

Поки писалась ця книга, Міністерство оборони значно вдосконалило заходи з охорони психічного здоров'я. Ще від початку конфліктів в Афганістані й Іраку проводився якісний контроль наявності стресу на театрі бойових дій. Значна частина покращень стосувалась надання допомоги пацієнтам на театрі бойових дій і після їхнього повернення до Сполучених Штатів. Багато розділів цієї книги, зокрема ті, що зосереджені на догляді за пацієнтами в Регіональному медичному центрі Ландштуль у Німеччині та Військово-медичному центрі Волтера Ріда в Вашингтоні (округ Колумбія), висвітлили ці поліпшення. Підвищення ефективності реінтеграції солдатів, які повернулись до США, та їхніх родин є постійним пріоритетом як для керівників на всіх рівнях, так і для нації загалом.

ОСТАННІ ІНІЦІАТИВИ ЩОДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

В останні роки виникло кілька нових організацій та ініціатив, таких як: а) відділ охорони психічного здоров'я (Behavioral Health Proponency); б) Центр передового досвіду з охорони психічного здоров'я і черепно-мозкової травми (DCoE — Defense Center of Excellence); в) Комплексна програма підготовки солдатів (CSF — Comprehensive Soldier Fitness Program); г) Програма соціального та психологічного оздоровлення в колишньому Центрі поліпшення здоров'я і профілактичного лікування Армії США(CHPPM — Center for Health Promotion and Preventive Medicine), тепер — Командування громадської охорони здоров'я (тимчасове). План кампанії Армії зі зміцнення здоров'я, зниження ризику і профілактики самогубств було розроблено весною 2009 року. У 2010 році було запроваджено Військову комплексну систему охорони психічного здоров'я (CBHSoC — Comprehensive Behavioral Health System of Care). Стрілянина в Форт Худі (штат Техас), яка сталась 5 листопада 2009 року, стимулювала численні рекомендації, які надавало Міністерство оборони військовим службам. Нарешті, існує нова інтегрована стратегія з охорони психічного здоров'я Департаменту у справах ветеранів та Міністерства оборони (Department of Veterans Affairs Integrated Mental Health Strategy). Всі ці нові програми й організації шукали вдосконалені підходи до вирішення проблем, які виникають перед військовою системою охорони психічного здоров'я.

Відділ охорони психічного здоров'я

Відділ охорони психічного здоров'я Медичного департаменту Армії (AMEDD — Army Medical Department) став першою з цих ініціатив, що була розпочата в 2007 році з метою координувати різні заходи, які проводились для охорони психічного здоров'я в межах AMEDD. Створена на кшталт відділу превентивної медицини AMEDD, ця організація є багатопрофільною групою, директор якої перебуває в Управлінні начальника військово-медичної служби (головний редактор цього тому був першим директором відділу охорони психічного здоров'я). У 2007 році було засновано Управління програми попередження самогубств (DSPO — Suicide Prevention Program Office). Його завданням було допомогти централізувати різноманітні елементи AMEDD, які допомагають в освіті, підго-

товці та відстеженні зусиль щодо запобігання самогубствам. Але це Управління стало зайвим через існування Програми соціального та психологічного оздоровлення (BSHOP — Behavioral Health and Social Outcomes Program) та Армійського плану кампанії захисту здоров'я, зниження ризику та профілактики самогубства (Army Campaign Plan for Health Promotion, Risk Reduction, and Suicide Prevention) і на цей час не активне.

Центри передового досвіду з охорони психічного здоров'я

Затверджені конгресом Центри передового досвіду з охорони психічного здоров'я (DCoE) також почали працювати в 2007 році. За підтримки конгресу та за рекомендацією Проектної групи охорони психічного здоров'я Міністерства оборони їхня кількість була збільшена. У DCoE представлені Департамент у справах ветеранів і всі військові служби, у тому числі громадська служба охорони здоров'я. У заяві про місію DCoE (доступно за адресою: http://www.dcoe.health.mil/) зазначено:

> **Місія:** DCoE оцінює, перевіряє, контролює та сприяє профілактиці, стійкості, виявленню, лікуванню, охопленню, реабілітаційним та реінтеграційним програмам, спрямованим на захист психологічного здоров'я і лікування черепно-мозкової травми, і забезпечує адекватну відповідь Міністерства оборони на потреби військових громад країни, військовослужбовців та їхніх сімей.

Комплексна програма підготовки солдатів

Начальник штабу Армії генерал Джордж В. Кейсі (George W Casey) зробив запит на створення Комплексної програми підготовки солдатів (CSF), яку було розпочато 2008 року. Під егідою G-3 (тобто директорату планування, підготовки, мобілізації і безпеки) Армія розробила комплексну стратегію захисту психологічного здоров'я — «фізична підготовка протягом життя», яка містила кілька категорій добробуту (фізичного, емоційного, соціального, сімейного і духовного). Ця стратегія визнає необхідність покращення теперішнього здоров'я (солдата і його родини), профілактики майбутніх проблем і лікування хвороб, коли вони виникають. Стратегія також підкреслює використання внормованих показників для визначення успіху, стандартизованого обстеження і методів лікування, а також використання клінічних рекомендацій, які були побудовані на фактичних даних. У результаті ця стратегія визнає, що військовий підрозділ успішний тоді, коли відбувається взаємодія між командуванням та працівниками з охорони психічного здоров'я для усунення будь-якого тавра, яке асоціюється з визначенням потреби в допомозі і отриманні психологічної медичної допомоги. Ця стратегія передбачає комплексний підхід до питань психологічного здоров'я.

Кампанія «Сильна Армія» була успішною. Але психічна, емоційна і духовна сила, як і фізична, не даються просто так — цим якостям можна та необхідно навчитись, а також можна їх практикувати і вдосконалювати. Так само, як це буває з фізичними здібностями, всі, хто приходить в Армію, мають різний обсяг можливостей у кожній із цих сфер. Кожній людині притаманний потенціал для вдосконалення, і темп покращення та кінцеві результати будуть різними для кожного солдата і його сім'ї. За 9 років Глобальної війни з тероризмом, з його безжалісним темпом операцій, акцент на комплексну підготовку став оперативною вимогою.

Виклад бачення місії підготовки на все життя (доступ в інтернеті за адресою: http://www.army.mil/csf/about.html) стверджує:

> **Бачення:** Армія збалансованих, здорових, упевнених у собі солдатів, родин і цивільних осіб, які працюють в ній, чия стійкість і загальна підготовка дозволяють їм процвітати в епоху високого темпу операцій і постійних конфліктів.

> **Місія:** Розробити та запровадити комплексну програму підготовки військовослужбовців, родин і цивільних осіб, які працюють в Армії, для підвищення їхньої продуктивності та стійкості.

Програма CSF гарантує, що всі солдати отримують відповідну оцінку їхньої загальної підготовки,

включаючи всі компоненти «Сильної Армії». За результатами оцінки, солдати будуть направлені на подальше навчання, роботу із фахівцями або лікування за необхідності. Ця робота починається при вступі солдата до Армії та, як і рівень фізичної підготовки, піддається періодичній оцінці через певні проміжки часу. Крім того, керівництво програми, застосовуючи прийняту методологію і науковий підхід, гарантує, що все навчання, заходи і процедури, які використовуються, будуть ефективними. Також воно потурбувалось про забезпечення своєчасної повторної оцінки, щоб продемонструвати користь підготовки для солдатів і офіцерів.

Керівництво CSF стежить за тим, щоб навчальні програми, служби, а також заходи доповнювали один одного, не дублювались, забезпечувались ресурсами відповідно до об'єктивних результатів і були стандартними для всієї Армії, включаючи компоненти Резерву. І, нарешті, CSF докладає зусиль, щоб бути впевненими в тому, що всі зацікавлені сторони — і внутрішні (солдати, сім'ї, офіцери і командування Армії), і зовнішні (члени і співробітники Конгресу, засоби масової інформації, а також групи ветеранів) — розуміють абсолютну необхідність комплексних, скоординованих зусиль для покращення фізичної форми і стійкості Армії. Це особливо важливо в теперішній період тривалого конфлікту і в майбутньому, наскільки його можливо передбачити.

Програма соціального та психічного оздоровлення

Колишній CHPPM, який тепер став Командуванням громадської охорони здоров'я (тимчасово), почав робити акцент на моніторингу психічного здоров'я. На подібний моніторинг існує великий попит, про що свідчить збільшення запитів від військового керівництва на показники здоров'я населення, які можна застосувати на практиці. Останні дослідження Консультативної ради з охорони психічного здоров'я (Mental Health Advisory Team) ясно показали, що жодне джерело даних не є достатнім для отримання інформації, необхідної для проведення аналізу чинників — індивідуальних, суспільних або таких, що належать до військової системи охорони здоров'я, які пов'язані з самогубствами і спорідненими з ними несприятливими наслідками. Для проведення своєчасного й ефективного втручання потрібні дані, зібрані та проаналізовані таким чином, щоб надати всебічне розуміння окремих випадків суїцидів і їхнього соціального контексту (психологічне та фізичне здоров'я, призначення на посаду і чинники, пов'язані з підрозділом, соціальні зв'язки, а також інші відповідні чинники). Колишній CHPPM отримав фінансування від Медичного командування Армії США, щоб утілити в життя цю концепцію. Також Армія профінансувала відділ G-1 (кадрове забезпечення), щоб створити окремий «стратегічний аналітичний осередок» для збирання і відстеження інформації, яку можна буде використати для зменшення кількості самогубств в Армії.

Програма соціального та психічного оздоровлення CHPPM (BSHOP — Behavioral and Social Health Outcomes Program) є комплексною програмою епідеміологічного спостереження. Вона була сформована для проведення оцінки повного спектру питань, пов'язаних із психологічним здоров'ям і соціальним добробутом військових громад. Місія BSHOP полягає в тому, щоб зміцнювати і використовувати ресурси психічного й соціального здоров'я Армії та підтримувати розвиток наявної програми захисту психологічного здоров'я й можливості оцінки в межах CHPPM. Програма дозволяє аналізувати, інтерпретувати і поширювати інформацію про стан, тенденції та детермінанти психологічного здоров'я та фізичної придатності американської Армії. Остаточна мета програми — надати готовий засіб для визначення й оцінки медичних проблем в Армії та створити основу для вжиття превентивних заходів.

Навесні 2009 року заступник начальника штабу Армії США заснував оперативну групу щодо запобігання самогубствам в Армії (ASPTF — Army Suicide Prevention Task Force) у відповідь на зростання кількості суїцидів в Армії. Дії ASPTF зумовили появу приблизно 250 ініціатив, які виконуються сьогодні, на додачу до розвитку плану Армії щодо кампанії захисту здоров'я, зниження ризику та профілактики самогубств.

Дії, спрямовані на пом'якшення психологічних наслідків війни, тривають. Стрілянина в Форт

Худі спричинила появу рекомендацій Міністерства оборони, призначених для конкретних служб. Рекомендації, які стосуються охорони психічного здоров'я, наголошують на необхідності обстежень для виявлення випадків насильства та турботі про медичний персонал. Вони опубліковані на сайті «Захист військ» (доступно за адресою: http://www.army.mil/-news/2010/01/15/33006-protecting-theforcelessons-learned-from-fort-hood/). Поки ще незрозуміло, наскільки добре ці поради будуть реалізовані.

Військова комплексна система охорони психічного здоров'я була запроваджена в 2010 році і спрямована на реалізацію передового досвіду та його оптимальну інтеграцію всієї Армії. Розпочата в Західному і Тихоокеанському регіонах під керівництвом бригадного генерала Patricia Horoho і бригадного генерала Steve Jones, вона спрямована на вдосконалення процесу реінтеграції з використанням накопиченого досвіду всієї Армії. Нова Стратегія захисту психічного здоров'я Міністерства оборони та Департаменту у справах ветеранів (Integrated Mental Health Strategy) містить 28 стратегічних заходів, спрямованих на узгодження двох систем охорони здоров'я. Хоча багато рекомендацій схожі на ті, що вже були зроблені, нова програма робить акцент на переході від військового до цивільного життя.

Стрілянина в Форт Худі спонукала до проведення трьох основних заходів Міністерства оборони, пов'язаних з охороною здоров'я в Армії та спрямованих на:

1) визначення насильницьких тенденцій в окремих осіб;
2) побудову вичерпної психологічної реакції на стрілянину;
3) розширення навчання з підвищення психологічної стійкості медичних працівників.

Також було проведено узгодження зусиль для спрощення доступу до медичної допомоги шляхом збільшення кількості та доступності працівників і зменшення тавра. З 2007 по 2010 роки кількість працівників охорони психічного здоров'я в Армії збільшилась майже на 70 %.

Коли було написано цей розділ, Армія нараховувала 2579 працівників охорони психічного здоров'я, а потреба в них, за мінімальною оцінкою, складала 3072 військових, цивільних і таких, які працюють за контрактом, працівників охорони психічного здоров'я. Тобто кадрова наповненість становила 84 %, не вистачало 493 працівників. Нині Армія намагається винайняти або взяти за контрактом більше працівників (87 психіатрів, 146 психологів, 222 соціальних працівники та 38 психіатричних медсестер). Але через те, що працівники постійно наймаються або звільняються, виробляються нові вимоги, і ці цифри постійно змінюються.

Сучасні проблеми з найманням працівників не пов'язані з нестачею фінансування. Скоріше, проблеми виникають через брак цивільних працівників, готових працювати у віддалених місцях, обмежені компенсації, які властиві роботам на державних посадах, а також через національний дефіцит кваліфікованих працівників. Щоб усунути ці обмеження, Армія вжила деяких заходів для стимулювання вербування і утримання на посаді працівників охорони психічного здоров'я. Ці заходи полягали в:

- запровадженні бонусної програми за володіння необхідними навичками для клінічних психологів на рівні магістра;
- запровадженні бонусної програми за володіння необхідними навичками для посадових осіб із соціальної роботи (керівників);
- створенні стимулів спеціальної оплати професійним психіатричним медсестрам;
- збільшенні норми спеціальної оплати для лікарів-психіатрів за багаторічну роботу;
- використанні програми погашення кредиту для працівників охорони здоров'я, які перебувають на дійсній військовій службі, з метою набору і утримання працівників охорони психічного здоров'я;
- забезпеченні доступності стипендіальної програми як засобу, який вербувальна команда Армії США може використовувати для наймання професійних психіатричних медсестер;
- збільшенні стипендіальних асигнувань для медичних працівників у галузі клінічної психології та збільшенні кількості місць в інтернатурі за програмою з клінічної психології.

ВИСНОВКИ

Ця книга починалася зі стислого огляду історії охорони психічного здоров'я в Збройних силах США, особливу увагу автори приділили історії створення двох підручників із військової психіатрії, які були опубліковані понад 15 років тому. Багато із «засвоєних уроків», описаних у цих двох виданнях, ґрунтувались на військовому досвіді, набутому під час війни у В'єтнамі. І військове, і цивільне суспільство значно змінились від часів В'єтнаму. Але є одна річ, що залишається незмінною: здатність людей адаптуватися до жахів бою обмежена. І лише розвиток активних заходів, які надають можливість допомогти солдатам «загартувати» себе, спираючись на власний досвід, та методів терапевтичного втручання системи охорони психічного здоров'я дає можливість досягти найкращих результатів для військовослужбовців. Цей проект узагальнив досвід понад 150 працівників охорони психічного здоров'я різних фахів, які приділили нам час та розповіли про свій досвід роботи в бойових умовах і отримані уроки.

Система охорони психічного здоров'я в Армії США завжди перебуває в русі, і багато людей та організацій докладають зусиль, щоб вдосконалити її за допомогою різних інноваційних програм. Як показало обговорення в цьому розділі, існує одна незмінна особливість. Вона зводиться до того, що більшість спроб знайти швидке і всеосяжне рішення тільки демонструють складність і труднощі місії. Очевидно, що наслідки конфліктів у рамках операцій «Непохитна свобода» й «Іракська свобода», а також цунамі, інших природних і техногенних катастроф чинитимуть вплив на американських військовослужбовців, членів їхніх сімей та націю загалом. Таким чином, наш національний обов'язок полягає в тому, щоб і надалі надавати військовослужбовцям найкращу можливу допомогу в охороні психічного здоров'я.

Додаток 1

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ «ІРАКСЬКА СВОБОДА – І»

Роберт Д. Форстен[I] · Брет Дж. Шнайдер[II] · Шаретт Кірстен Грей[III] · Колін Деніелз[IV] · Гері Дж. Дроілард[V]

ВСТУП

ЕШЕЛОНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ТЕАТРІ БОЙОВИХ ДІЙ

ПРИБУТТЯ В КУВЕЙТ

ПОЛЬОВІ ВІЙСЬКОВІ ШПИТАЛІ

ПІДРОЗДІЛИ З КОНТРОЛЮ БОЙОВОГО СТРЕСУ

ПІДРОЗДІЛИ ВІДДІЛІВ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

ВИСНОВКИ

[I] Доктор остеопатії, підполковник, Медичний корпус, Армія США; психіатр Командування спеціальних операцій Сухопутних військ (AOMD), 2929 Desert Storm Drive (StopA), Fort Bragg, North Carolina 28310-9110; у минулому — психіатр відділу психіатрії, Військово-медичний центр Волтера Ріда, Washington, DC.

[II] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; заступник начальника відділу психіатрії, корпус 61, дитяча та підліткова психіатрична клініка, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307.

[III] Доктор медицини, Армія США; Головний лікар госпіталю та відділу психічного здоров'я, Військово-медичний центр Карла Р. Дарнелла, Building 36000, Darnell Loop, FortHood, Texas 76544; у минулому — психіатр 4-ї піхотної дивізії, Fort Hood, Texas.

[IV] Доктор медицини, магістр бізнес-адміністрування, підполковник, Медичний корпус, Армія США; психіатр відділу психіатрії, Військово-медичний центр Мадіган, 9040 Fitzsimmons Drive, 7BLM, Tacoma, Washington 98431; у минулому — начальник служби охорони психічного здоров'я 28-го польового шпиталю, операція «Іракська свобода — 2003».

[V] Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник служби лікування залежності від хімічних речовин, відділ психіатрії, 1 JarrettWhiteRoad, Tripler Army Medical Center, Hawaii 96859; у минулому — начальник консультативної служби поєднальної психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii.

ВСТУП

У 2003 році, під час операції «Іракська свобода» (OIF I), Армія США розгорнула чотири окремі підрозділи охорони психічного здоров'я. Кожний із них забезпечував проведення заходів з охорони психічного здоров'я різного рівня відповідно до ешелонування етапів медичної допомоги в зоні бойових дій. У цьому додатку детально обговорюються ешелонування медичної допомоги і кожний підрозділ охорони психічного здоров'я. Основне завдання цих підрозділів полягало в забезпеченні обстеження та лікування всіх розладів психічного здоров'я, що виникали внаслідок бойового стресу. Окрім того, ці підрозділи надавали адміністративні послуги психіатричної допомоги. Структура кожного з підрозділів та методи надання ними допомоги значно різнились, що залежало від низки чинників. Такими чинниками були місце розташування, матеріально-технічне забезпечення та штат особового складу.

Підрозділи охорони психічного здоров'я були розташовані на всій території Іраку в центрах контролю бойового стресу (CSC — combat stress control), відділах охорони психічного здоров'я (DMHS — division mental health section), польових шпиталях (CSH — combat support hospital) та в зоні відповідальності медичного батальйону.

Два з цих різних типів підрозділів охорони психічного здоров'я працювали в польових шпиталях (CSH) і в зоні відповідальності медичного батальйону, і два призначалися для бойових частин (CSC і DMHS). Роботу медичного батальйону було припинено в 2007 році; отже, у цьому додатку вона не буде обговорюватися. Медична рота передового забезпечення (FSMC — forward support medical company*), як і підрозділ медичного батальйону, також могла мати прикріплених працівників охорони психічного здоров'я. Але ця організаційна структура також не обговорюватиметься. Далі розглядатиметься лише діяльність підрозділів CSC, DMHS і CSH.

На тему медичного забезпечення військових операцій існує багато різноманітних джерел. Проте мета цього додатка — допомогти працівникам охорони психічного здоров'я зрозуміти проблеми, виявлені під час наземної фази операції «Іракська свобода — I» (2003 року) на тлі певної невизначеності обстановки, характерної для ранніх етапів бойових дій, і потенційні відмінності між заходами охорони психічного здоров'я з точки зору майбутніх розгортань чи кампаній.

У мирний час лікарі, медичні сестри, адміністратори та військовий медичний персонал Армії США працюють у гарнізонних лікарнях і клініках. Згадані вище підрозділи є основним персоналом, який керує охороною психічного здоров'я в гарнізоні. Під час війни чи рятувальних операцій цей персонал може отримати наказ про введення в дію з метою наповнення медичних частин за допомогою інформаційної системи добору професійних кадрів (PROFIS — Army's Professional Officer Filler Information System). PROFIS призначає персонал, який працює в лікарнях та клініках до розгортання, через підрозділи Командування військ Армії США (FORSCOM — US Army Forces Command).

Армія намагається призначати тих військових працівників охорони психічного здоров'я

* Медична рота передового забезпечення призначена для надання медичної допомоги особовому складу бригади за територіальним принципом. Складається із управління, взводу евакуації і першої медичної допомоги та госпітального взводу. — *Прим. пер.*

(психіатрів, психологів, соціальних працівників, медсестер психіатричного профілю, фахівців з трудотерапії та працівників охорони психічного здоров'я (у минулому — військово-облікова спеціальність 91X, зараз — 68X)), які перебувають географічно ближче до їхнього підрозділу PROFIS. (У багатьох випадках персонал розташований на тій самій базі, що й підрозділ). Отже, персонал може тренуватися чи координувати свої дії з підрозділом у гарнізоні. Однак деяких працівників PROFIS може призначити до підрозділів, розташованих за сотні (а інколи й за тисячі) миль від місця їхнього оперативного базування чи гарнізону FORSCOM. Окрім того, підрозділи військово-медичного забезпечення та охорони психічного здоров'я брали участь в операції «Іракська свобода — I», і дехто з персоналу дійсної військової служби був призначений до Резерву. Більшість працівників, підібраних PROFIS до підрозділів з надання медичної допомоги і охорони психічного здоров'я, які зіткнулися з труднощами розгортання, ніколи не зустрічались один з одним до розгортання. Але це не стосувалось підрозділів FORSCOM (підрозділи родів військ, бойового забезпечення та тилового забезпечення військ), які тривалий час готувалися до військових місій у гарнізонах. Медичні підрозділи Армії США щодня виконують «реальні» місії. Проте під час лікування фізично та психічно постраждалих під час бойових дій виникає низка проблем, таких як матеріально-технічне забезпечення догляду пацієнтів у суворих або небезпечних умовах, більш складні випадки й вищі навантаження порівняно з тими, з якими щодня стикаються в гарнізонних медичних підрозділах. Попри ці труднощі, більшість професійного персоналу адаптувалась до нового оточення і блискуче виконала медичну місію.

ЕШЕЛОНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ТЕАТРІ БОЙОВИХ ДІЙ

Кожен підрозділ охорони психічного здоров'я в районі бойових операцій передбачає різні варіанти лікування, і на кожному наступному рівні обсяг надання медичної допомоги і лікування зростає. Таким чином, існує п'ять рівнів (ешелонів) медичної допомоги. Із них 5-й рівень є найповнішим і завершальним комплексом медичної допомоги (за аналогією з медичним центром у континентальній частині Сполучених Штатів), а 1-й рівень — це самодопомога, допомога з боку інших членів підрозділу (взаємодопомога або «допомога товариша») і лікарська допомога. Зі зростанням рівня (ешелону) медичної допомоги зростає можливість проведення більш детального медичного огляду та розширення спектру медичних послуг. Для охорони психічного здоров'я кожному підрозділу на рівні батальйону — 1-го ешелону — було надано закріпленого строкового працівника охорони психічного здоров'я, чиї дії координувалися DMHS.

Кожен фахівець із питань охорони здоров'я — це солдат строкової служби або ворент-офіцер (noncommissioned officer PROFIS NCO), який може мати свій досвід діагностування психічних розладів, їх лікування та керування ними. Починаючи з бригадного рівня — 2-го ешелону, — підрозділ CSC (також закріплений за корпусом (ешелони PROFIS вище бригади, тобто echelons-above-brigade PROFIS EAB)) концентрує увагу на заходах щодо запобігання оперативним втратам унаслідок реакцій бойового стресу за допомогою дебрифінгу критичних інцидентів стресу. Також підрозділи CSC проводять заняття з управління стресом, впроваджують «нові маркетингові» контакти і програми відновлення/тренування, подібні до коротких денних лікувальних програм, та здійснюють традиційне клінічне оцінювання стану психічного здоров'я пацієнтів, а також лікують їх.

Кожна бригада має закріпленого офіцера охорони психічного здоров'я (зазвичай психолога чи соціального працівника), який може проводити оцінювання солдатів бригади чи сприяти зв'язку командування з підрозділами CSC/CSH. Ешелон-3 складається з підрозділу CSC, який надає програми тренування чи відновлення, CSH (як правило, він призначається на рівні корпусу EAB) та DMHS, якщо війська в театрі воєнних дій організовані за традиційною структурою поділу, а не окремими модульними бригадами. На лінійному полі бою ешелони медичної допомоги також мають перед-

бачувані позиції, пов'язані з передовою лінією військ. Нелінійне поле бою приховує такий зв'язок, адже багато ресурсів охорони психічного здоров'я (підрозділів чи окремих ланок) розташовані на великих територіях, таких як передова оперативна база (forward operating bases PROFIS FOBs) чи район матеріально-технічного забезпечення (logistic support areas PROFIS LSAs). Попри це, деякі ресурси охорони психічного здоров'я можуть підтримувати малочисельні табори чи аванпости з невеликими елементами, які розташовані локально чи переміщуються від FOBs, залежно від місцевих потреб, ресурсів матеріально-технічного забезпечення та очікуваних небезпек, пов'язаних із пересуванням.

До розгортання у воєнний час усі підрозділи, доукомплектовані персоналом PROFIS, проводять медичний огляд, кваліфікаційну підготовку за видами зброї, працюють із документами (заповітами, дорученнями), вправляються у правильному поводженні з боєприпасами, що не вибухнули, вивчають особливості застосування хімічних, біологічних, радіоактивних, ядерних і вибухових речовин (CBRNE — chemical, biological, radiological, nuclear, and explosive) та проводять інші тренування до повної бойової готовності. Персонал PROFIS приєднується до підрозділу на цей конкретний «період тренувань», щоб упевнитись у поінформованості щодо стандартних процедур, ознайомитися з основною метою місії та внутрішньою роботою підрозділу, що приймає. Багатьом працівникам PROFIS може бракувати досвіду роботи в конкретних підрозділах, адже вони ніколи не зустрічалися з їхнім персоналом віч-на-віч. Виняток — це DMHS, який працює в гарнізоні з більшістю персоналу, необхідного під час розгортання, але може бути підкріплений персоналом PROFIS залежно від вимог воєнного часу.

Працівники відділу охорони психічного здоров'я гарнізону повинні тренувати весь персонал (у межах охорони психічного здоров'я), з яким здійснюється розгортання. Це тренування як мінімум має містити вивчення стандартних процедур оцінювання стану хворого, діагностування, лікування, клінічного керування та профілактики захворювань. Таке навчання також дає можливість командуванню підрозділу оцінити рівень кваліфікації та досвід кожного члена команди й визначити, наскільки кожен медичний фахівець здатний працювати самостійно. Залежно від рівня підготовки, ліцензії та атестації працівника може бути необхідним нагляд за ним.

ПРИБУТТЯ В КУВЕЙТ

До прибуття в Ірак більшість підрозділів з OIF I висадились у Кувейті на аеродромі розвантаження та в морському порту розвантаження (SPOD/APOD). Підрозділи очікували, що прибудуть у SPOD/APOD у Туреччині та рухатимуться на північ. Але останньої миті їх спрямували до переповненої військової бази в Кувейті (з дипломатичних міркувань). Більшість частин перемістилися з APOD до «груп» або тактичних районів зосередження, де їх повторно зібрали. Там вони очікували початку переміщення на північ, в Ірак. Цими «групами» були маленькі оперативні бази з мінімальною інфраструктурою, розташовані у віддаленому районі пустелі Кувейту. Значну частину солдатів із OIF I відправили колоною з конвоєм із Кувейту до Іраку, завантаживши в багатофункціональні автомобілі підвищеної прохідності (HMMWVs, або джипи), сімейство військових транспортних засобів малої вантажопідйомності (FMTVs) чи старіші автомобілі M-939, серії 2,5 і 5-тонні вантажівки. Інколи колони з конвоєм переміщувалися протягом близько трьох днів, адже щоразу, коли котрийсь автомобіль виходив із ладу, вся колона мусила чекати, поки його ремонтували. Крім того, на початку фази розгортання колони опинилися під загрозою бойових ударів з боку іракської армії. На додачу перші колони стикалися з труднощами через не позначені на картах шляхи та непідготовлені маршрути, які пролягали некартографованою місцевістю з мінімальною кількістю дорожніх знаків та багатьма шляхами, не придатними для великих і важких військових машин. Тимчасом як деякі підрозділи мали глобальні навігаційні супутникові системи, інші покладалися лише на неточні орієнтири місцевості та нечисленні надійні візуальні орієнтири в сезон,

коли потужні пилові бурі могли повністю позбавляти можливості не лише бачити, але й дихати протягом доволі тривалого часу. (Солдати, яких зараз відряджають для участі в розгортанні до OIF, летять прямо в Ірак через найближчий польовий аеродром, де вони стають відповідальними за хід місії).

Зазвичай військовослужбовці проживали в наметах, хоча деякі солдати розташовувались у брудних, старезних, залишених мешканцями кам'яних будівлях. Як у Кувейті, так і в Іраку під час проведення OIF I число місць у наметах було дуже обмеженим. Багато кому з персоналу щастило, якщо вони мали два лінійні фути вільного простору хоча б з одного боку розкладного ліжка, на якому вони спали й де тримали свої речі. Іншим солдатам пощастило менше, особливо це стосувалось військовослужбовців із частин бойового формування: вони не мали ні намету, ні розкладного ліжка й спали на землі чи в бойових машинах. Окрім того, відбувалися надзвичайні перепади температур: від задушливої спеки до жорстокого холоду. Переповнені намети, стрес і тіснота призвели до швидкого поширення вірусів і частих інфекційних захворювань. З досвіду відомо, що середня втрата ваги у солдата за перший місяць становила 5–10 фунтів. Багато солдатів із піхотної дивізії втрачали 20–40 фунтів під час бойових дій через нерегулярне харчування та періодичні затяжні бойові операції. Однак багато солдатів із цих частин, встановлюючи дружні зв'язки з колективом підрозділу, пристосовувалися до складних умов як фізично, так і морально. У цей період, щоб не втратити повагу солдатів-добровольців, офіцерам доводилося максимально стримувати себе, аби не скаржитись. Проте серед деяких офіцерів скарги, здебільшого висловлені в гумористичній формі, стали єдиним способом послаблення розчарування солдатів, підняття загального бойового духу, покращення настрою і зміцнення дружніх стосунків серед офіцерів.

Найбільшим джерелом стресу в Кувейті стали не оповіщення про ракетні напади Scud та пов'язане з цим використання індивідуальних засобів захисту (mission-oriented protective posture — MOPP-4), захисних костюмів від хімічної зброї зі щільної тканини або легких технологічно інтегрованих захисних костюмів (JSLIST — Joint Service Lightweight Integrated Suit Technology) та супутнього оснащення, а нудьга, поєднана з перенаселеністю і суворим кліматом; усе це підживлювало плітки та міжособистісні конфлікти. На додачу солдати зазнавали емоційного стресу через відсутність точної інформації про конкретну місію кожного підрозділу. Це призводило до роздумів щодо доцільності розгортання та мотивів командування і породжувало очікування часу, коли кожна частина справді почне рухатись до Іраку, щоб розпочати операцію. Здебільшого обладнання частин прибувало в порт опісля того, як персонал прилітав до APOD. Тому персонал вимушений був очікувати свого обладнання в переповнених наметах з мінімальною інфраструктурою та можливістю відпочити.

Більш компетентні командири проводили заняття з оперативної підготовки та тренування щодо майбутніх місій. Подібні заходи сприяли згуртуванню та спілкуванню особового складу й давали змогу послабити руйнівний вплив драматичних обставин, взяти під контроль психологічні проблеми, пов'язані зі стресом. Ці командири ефективно застосовували на практиці основні профілактичні заходи з контролю чинників стресу та зменшення їх впливу, адже відомо, що вони посилюють бойові та робочі стресові реакції. Такі заходи обґрунтовані в базових вказівках бойової психіатрії, наприклад у Бойовому статуті (БС) 4-02.51 (у минулому — БС 8-51), книзі «Контроль бойового та оперативного стресу».

Стан здоров'я більшості солдатів, яких оглянули працівники охорони психічного здоров'я, не був розцінений як «такий, що потребує невідкладної допомоги». Проте було встановлено, що солдати мали міжособистісні проблеми з керівниками, тужили за домівками чи мали проблеми вдома. Інші військовослужбовці не змогли добре пристосуватися до високого темпу роботи, якого від них потребували умови розгортання. Перші два джерела стресу (проблеми у підрозділах з командуванням і переживання стосовно родинних проблем) виявилися найпоширенішими чинниками стресу серед військовослужбовців, які брали участь у розгортанні. Це відображено в першому та в наступних звітах консультаційної команди з питань психічного здоров'я (MHAT — Mental Health Advisory Team). Кожна група мала невелику

клініку, створену для спостереження та надання швидкої медичної допомоги, а також для лікарняних викликів. Але у цих закладах, еквівалентних батальйонному медичному пункту, не було працівників охорони психічного здоров'я, хоча в деяких випадках окремі фахівці тимчасово перебували на певній базі.

Під час оцінювання стану здоров'я пацієнтів проблемою став особистий простір, адже не було створено ані структури, подібної до «клінічного простору», ані механізму для медичних записів. Попри це, командири знали, де були розташовані медичні пункти, і скеровували персонал на медичне обстеження. Солдатів часто оглядав медичний персонал, який розташовувався поряд із пацієнтами просто на піску, у затінку бойових машин чи намету. Невирішеною залишалась проблема з оформленням документації, адже будь-які засоби для копіювання файлів були відсутні. Жоден солдат не мав медичних записів про огляд чи документа про надання допомоги. Більшість медичних записів під час OIF I були зроблені від руки у формах SF600, які солдати зазвичай губили. Записи тримали в одному закладі й не передавали під час лікування до інших, якщо туди переводили хворого. Технологічний додаток охорони здоров'я Збройних сил (AHLTA — Armed Forces Health Longitudinal Technology Application) або Комплексна система охорони здоров'я (CHCS — Composite Healthcare System), тобто медичні записи в електронному вигляді, не використовувались до пізніх ротацій (приблизно до 2006–2007 року). Здебільшого працівники охорони психічного здоров'я під час OIF I оцінювали стан здоров'я солдатів і визначали, які з них могли рухатися на північ, до Іраку, а яких необхідно було евакуювати з поля бою для подальшого оцінювання стану здоров'я, лікування чи звільнення з військової служби. Деякі солдати мали неочікувані панічні реакції на захисну маску MOPP-4. У таких ситуаціях була необхідна або швидка успішна десенсибілізація (іноді з примусовою релаксацією, викликаною бензодіазепіном) та подальша робота над нормальним сприйняттям маски, або евакуація з поля бою. Пацієнти, які потребували невідкладної психіатричної допомоги, повинні були приєднатися до конвойованого супроводу до лікарень у Кувейті, де працював один психіатр.

ПОЛЬОВІ ВІЙСЬКОВІ ШПИТАЛІ

Два польові військові шпиталі — 21-й і 28-й CSHs — дислокувались у Кувейті до березня 2003 року і готувались до розгортання на півночі Іраку після початку наземної операції. Оскільки 21-й CSH був створений за ранньої ініціативи з медичної реорганізації (MRI — Medical Reengineering Initiative) польових госпіталів, він, на відміну від 28-го CSH, не мав психоневрологічної групи. Головна місія MRI CSH полягала в створенні такої структури, за якої шпиталь міг виконувати окремі операції в двох місцях. Для цього шпиталь був розділений на два відділення, здатні працювати незалежно одне від одного. Підпорядковувались обидва відділення одній командній інстанції. Еволюція кампанії незабаром показала необхідність невеликих лікарняних організацій, які підтримували б аналогічні рівні функціональних можливостей і надавали більш географічно розподілену допомогу. Це також спонукало 28-й CSH виконати операцію розподілу. Відсутність психоневрологічної групи означала, що відділення охорони психічного здоров'я 21-го CSH не мало спальної білизни, матраців, лікарняних ліжок та наметів. Окрім того, число персоналу охорони психічного здоров'я було дуже обмеженим: психіатр, медсестра психіатричного профілю та двоє фахівців з охорони психічного здоров'я. На противагу цьому у 28-му CSH перебували психіатр, військовий соціальний працівник, троє медсестер психіатричного профілю і приблизно шестеро строкових працівників охорони психічного здоров'я. У 28-му CSH не було окремої психоневрологічної палати, тому планувалось використовувати лише одне чи двоє ліжок з медико-хірургічної палати для розміщення пацієнтів психіатричного відділення. Також 28-й CSH не планував працювати в амбулаторній клініці чи використовувати в майбутньому засоби охорони психічного здоров'я (подібні до тренувальної програми CSC).

Із початком операцій число госпіталізованих хворих із порушеннями психіки перевищило кількість медичних пацієнтів у палаті. Крім того, військові частини, що потребували оцінювання стану психічного здоров'я особового складу, часто транспортували солдатів наземними засобами евакуації. Ці колони скеровувалися прямо до CSH, минаючи інші ешелони та наповнюючи CSH амбулаторними пацієнтами. У деяких військових частинах психічні проблеми в межах підрозділу прагнули «розглядати як медичну проблему». У таких випадках солдатів, які вчинили неправомірні дії, відправляли до CSH для передбачуваної евакуації замість вжиття дисциплінарних заходів та ініціювання звіту по тилу. Ці численні амбулаторні оцінювання призвели до того, що багато солдатів, які не потребували госпіталізації чи евакуації, залишались на кілька днів у CSH, аби там за ними спостерігали, перш ніж повернути їх до виконання своїх обов'язків. Окрім того, через затримки в транспортуванні зросли потреби дотримання вимог з догляду пацієнтів з працівниками служби охорони здоров'я.

Коли 21-й CSH було розділено, працівники служби охорони здоров'я та охорони психічного здоров'я потрапили до окремих відділень. Після цього 21-й CSH складався з трьох частин: відділення А (CO-A), відділення Б (CO-B) та штаб (CO — Headquarters). Як уже зазначалося, головним завданням нового MPT CSH було виконання операції поділу таким чином, щоб кожна частина могла працювати незалежно від іншої. У середині квітня CO-A розташувалося в м. Мосул (Ірак). Приблизно за 5 днів до його переїзду CO-B перемістилося на великий аеродром в м. Балад, що за 40 миль на північ від Багдада (Ірак).

У результаті цих переміщень CO-B опинилося на відстані близько 160 миль на північ від CO-A. 28-й CSH спершу встановив свій головний підрозділ в Кемп Богвуд (частина пустелі біля Багдада), а потім розгорнув наметовий шпиталь, щоб переміститись у стаціонарну установу (Ібн Сіна) в Багдаді, підтримуючи меншу медичну частину в Тікріті.

Одним із перших завдань CSH стало створення пунктів невідкладної допомоги (emergency rooms — ER) та операційних кімнат (OR — operating rooms) для приймання пацієнтів протягом 48 чи менше годин. Після того, як «головна лінія» готова, поряд створюються інші підрозділи CSH. Немає стандартної процедури розміщення клінік, палат тощо, тому госпіталі зазвичай розміщуються, виходячи з досвіду командування. Наприклад, 21-й CSH у Баладі мав секцію наметів між ER і ORs, які діяли як «місце обміну». Отже, пацієнтів могли переміщувати в ці намети, якщо виникала така необхідність. Такі «точки обміну» полегшили координацію пацієнтів у разі подій з масовими жертвами, евакуації повітрям та переміщенням з ER до ORs і рентгенологічного відділення. На додачу до стаціонарної допомоги у 21-му CSH була створена амбулаторія. В цьому випадку психіатр працював як в оточенні, наглядаючи за звичайними амбулаторними хворими, так і за стаціонарними, котрі, як правило, надходили через пункт невідкладної допомоги. Амбулаторне обслуговування проводилось у восьмисекційному наметі, де «офіс» складався з половини однієї секції, польового письмового столу та двох стільців. 28-й CSH був організований подібним чином, лише з тією різницею, що «клініка» охорони психічного здоров'я розташовувалася в іншому кінці наметово-госпітального комплексу, далеко від інших відділень, але поряд з «офісом» військових священиків. Сама «клініка» також була лише невеликою секцією намету. І часто в періоди завантаженості пацієнтів опитували в коридорах.

Щойно 21-й CSH прибув у Балад, почалися консультації з охорони психічного здоров'я. Оскільки 21-й CSH був першим лікувальним закладом на військовій базі, психіатр і фахівець охорони психічного здоров'я почали швидко оглядати пацієнтів. Спочатку пацієнтів, які потребували допомоги психіатра, оглядали на амбулаторній основі, госпіталь керував викликами лікарів для хворих. Три чверті лікарів були задіяні командуванням на виклики до пацієнтів, щоб виключити небезпеку для самих пацієнтів чи інших військовослужбовців. Такими пацієнтами були солдати, які погрожували, що заподіють каліцтво собі чи іншим. 25 % лікарів потребували поповнення запасу лікарських засобів. Ці лікарі, перш ніж вирушити до Іраку, впродовж кількох місяців перебували в Кувейті, тому прибули на розгортання з недостатньою кількістю ліків або майже без них. Подібна ситуація щодо оцінювання небезпеки та поповнення запасу лікарських засобів спостері-

галась і в 28-му CSH. Військові частини надсилали військовослужбовців для оцінювання з таких питань, як демобілізація, відмова від військової служби через релігійні переконання чи інші адміністративні проблеми. У підрозділах Резерву Армії та Національної гвардії США, здавалося, непропорційно багато разів проводилося оцінювання готовності підрозділів, адже розгортання в умовах дійсної служби дали цим резервним підрозділам неочікувану можливість оцінювати відповідність виконання службових обов'язків, а також виокремити військовослужбовців, які не відповідали потребам місії. Однак 3-тя піхотна дивізія (ID — 3rd Infantry Division), головний підрозділ дійсної служби, який підтримував 28-й CSH, мала найбільшу кількість випадків симуляції та неналежної поведінки з усіх частин, які спостерігав цей CSH.

Аптечний відділ 21-го CSH розгортався з малою кількістю пароксетину та флуоксетину. Ці ліки закінчилися вже впродовж першого тижня роботи шпиталю. Проте CSH був розташований біля медичного батальйону матеріально-технічного забезпечення (medical logistics battalion), який мав змогу координувати майбутні поставки ліків. Через 6–8 тижнів аптека була наповнена пероральними лікарськими засобами, у тому числі кількома селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну, антидепресантами другого покоління, засобами для стимуляції, атиповими нейролептиками, бензодіазипінами та снодійними засобами. Аптечний відділ 28-го CSH також розгортався з мінімальною кількістю ліків. Тому працівники охорони психічного здоров'я були вимушені розподіляти ліки на тиждень наперед, щоб мінімізувати повну витрату запасів, але таке й далі траплялося. На відміну від 21-го CSH, 28-й не мав матеріально-технічної підтримки, і в період тривалих військових операцій лікарські препарати постачалися в обмеженій кількості; тому психіатри особисто привозили їх на поле бою. Працівники охорони психічного здоров'я з 28-го CSH, які їздили до Регіонального медичного центру Армії США Ландштуль (LRMC) у Німеччині як супровід медичних евакуацій, зробили додатковий запит німецьким психіатрам на поповнення запасу ліків. Це дало їм змогу привезти медичні препарати на місце військової операції. Із цієї ситуації необхідно зробити висновок про те, що кожен психіатр, якого відряджають на місце розгортання з недостатньо розвиненою інфраструктурою, повинен мати замкнений медичний саквояж (чи кілька) із лікарськими засобами та якомога швидше повідомити медичний батальйон матеріально-технічного забезпечення і аптечний відділ про необхідність поповнення запасу.

Динаміка CSH під час розгортання була такою, що лікар мусив мати великий військовий досвід, сильну волю та чутливу вдачу, щоб працювати заступником начальника шпиталю з клінічної роботи (DCCS — Deputy commander for clinical services). DCCS украй необхідний для організації злагодженої команди лікарів. Він виконує роль буфера між лікарями та командуванням, бере участь у адміністративних заходах, щоб інші лікарі тим часом могли зосередитися на своїй медичній місії. Також він має забезпечувати дотримання професійних рекомендацій молодшими за званням фахівцями охорони психічного здоров'я та стежити за тим, щоб ці рекомендації не ігнорувались і не відхилялися старшими за званням. DCCS навчає молодших медичних працівників, організовуючи тренування з військових та медичних навичок, а також узагальнюючи їхній досвід під час розгортання.

Багато звернень надходило до CSH від військовослужбовців, які просили переведення з віддалених підрозділів охорони психічного здоров'я. На початку операції OIF I в разі евакуації військовослужбовця до шпиталю, розташованого далеко від його частини, часто евакуація з бойового оточення здійснювалася спершу до Кувейту, а потім — до Німеччини. Обговорення медичних проблем під час спільних нарад командирів військових підрозділів і команд з охорони психічного здоров'я на початку операції OIF I часто ускладнювалося обмеженнями ліній зв'язку, які в половині випадків виходили з ладу. Також усі конвої часто зупинялися на кілька днів через напружену бойову обстановку. Часто були відсутні взагалі будь-які можливості зв'язку з командуванням особисто чи за допомогою телефонних ліній. Зневірені працівники охорони здоров'я, переповнені приміщення для пацієнтів — усе це призводило до медичної евакуації військовослужбовців, які за інших обставин могли б повернутися до

виконання своїх обов'язків. Психіатр дивізії став свідком численних випадків, коли солдатів залишали в DMHS для оцінювання стану, а далі частина впродовж кількох годин рухалася колоною назад, до їхньої FOB, перш ніж зв'язатися з DMHS. Хоча більшість із цих військовослужбовців були придатними до служби, їх залишали у DMHS на кілька тижнів, тому що ніхто не міг зв'язатися з їхнім командуванням. Солдат міг перебувати там два тижні чи близько того, чекаючи, коли підрозділ повернеться і забере його. У 21-му CSH працівники охорони психічного здоров'я зазвичай скеровували військовослужбовців на огляд до медико-хірургічного відділення (пізніше — до психоневрологічної частини 28-го CSH). Однак політика операції — залишати пацієнтів у CSH не більше ніж на 7 днів — призвела до зростання числа медичних евакуацій, а повернення до виконання службових обов'язків (RTD — return to duty) дедалі ускладнювалося, поки не стало майже неможливим. Більшість командирів військових частин підтримували рекомендації працівників охорони психічного здоров'я щодо евакуації пацієнтів, але в деяких випадках вони були проти евакуації та хотіли, щоб їхні військовослужбовці повернулися до частини. У такому разі представник командної ланки (командир, сержант або ворент-офіцер) приходив до CSH чи CSC, щоб особисто забрати військовослужбовця.

21-й CSH не мав психоневрологічних ресурсів, щоб облаштувати стаціонар. Пацієнти з проблемами психіки, яких скеровували до цього CSH, на відміну від пацієнтів психіатричних палат, не мали таких переваг, як конфіденційність чи багатопрофільний підхід до лікування. Однак це середовище було дуже обмеженим, так само, як і число пацієнтів, яких 28-й CSH був здатний прийняти. Медсестри психіатричного профілю керували кількома групами пацієнтів. Ці пацієнти проживали в палаті разом із пацієнтами терапевтів і хірургів. Сестринський догляд цим пацієнтам надавали медсестри психіатричного профілю. Але через нестачу персоналу про пацієнтів із проблемами психіки також піклувались медсестри терапевтичного та хірургічного профілю. Деякі співробітники прагнули збільшити особистий простір пацієнтів із психічними розладами: вони розвішували ковдри навколо їхніх ліжок, створюючи у такий спосіб «перегородки». Це фактично вказувало, де лежать пацієнти психіатрів, і підживлювало інтерес до тих, хто виходив із-за ковдри. Відкритий простір, натомість, створював умови для анонімності та конфіденційності, адже інші пацієнти не могли знати, з якої причини той чи інший пацієнт був госпіталізований.

Дуже мало пацієнтів із розладами психіки, яких евакуювали з Іраку, повернулися туди знову. Коли пацієнтів евакуювали до 47-го CSH в Кувейті, психіатр госпіталю зазначив таке.

> Більшість солдатів, яких відправили до Кувейту, мали значне покращення стану після переміщення «на захід»; більшість із тих, кого відправили шляхом аеромедичної евакуації до Німеччини (у Регіональний медичний центр Армії США Ландштуль), мали небойову втому чи тяжку психічну хворобу. Швидше за все, вони не змогли адаптуватися до розгортання через професійний стрес і проблеми вдома. Саме тому більшість пацієнтів відправляли назад до підрозділу, але з рекомендацією примусового звільнення з військової служби. Однак багатьох із них транспортували з місця операції за допомогою медичної евакуації, адже пацієнти були «умовно суїцидальними». Але все одно ми рекомендували їх демобілізувати.

Деякі працівники охорони психічного здоров'я не хотіли надавати рекомендації щодо демобілізації. Один із психологів резерву в CSC стверджував: «Мені незручно приймати подібне рішення, адже воно надто вплине на чиєсь життя». Цей працівник охорони психічного здоров'я вважав, що відсторонення від військової служби вплине на кар'єру солдата в цивільному житті. Однак подібні адміністративні обов'язки залишаються невід'ємною частиною роботи військового працівника охорони психічного здоров'я як у гарнізоні, так і під час розгортання. Під час OIF I начальник психіатричного відділу LRMC заявив: «Такі рекомендації надзвичайно допомагають центру Ландштуль, адже солдати мають гарний вигляд, коли потрапляють сюди. Та й нам не доводиться бачити їх у той час, коли вони розумово декомпенсовані в Іраку». Подібні випадки спостерігались у CSH в Іраку, коли солдатів із менших підрозділів охорони психічного здоров'я (DMHS, CSH, офісу військових священиків, відділів охо-

рони психічного здоров'я) скеровували на огляд чи коли в межах бойових підрозділів були впроваджені батальйонні лікарі. Стан здоров'я цих військовослужбовців швидко покращувався. Але коли солдатам повідомляли, що їх відряджають назад до частини, стан здоров'я швидко декомпенсовувався. Працівники охорони психічного здоров'я CSH проводили багато часу, намагаючись зв'язатися з частиною, розташованою далеко від госпіталю, за допомогою примітивних телефонних ліній. Вони намагались отримати додаткову інформацію та на її підставі зробити необхідні висновки. Без додаткової інформації про важливі обставини з життя пацієнта працівники охорони психічного здоров'я часто не могли пояснити його поведінку. Однак деякі військові частини знаходили можливості для кращого спілкування, коли отримували з адміністративної секції CSH повідомлення про те, що солдатові надано статус RTD. У цьому випадку солдата необхідно було забрати й відвезти назад до підрозділу.

Як було зазначено вище, політика CSH полягала в тому, що військовослужбовця, який перебував у шпиталі більше семи днів, необхідно було евакуювати. Зазвичай з частинами, розташованими за межами бази, неможливо було зв'язатися за цей час. Тому таких військовослужбовців відсилали до Німеччини через 47-й CSH у Кувейті. Однак 28-й CSH поступово зібрав багатьох пацієнтів, які чекали на статус RTD. Інколи ці солдати перебували в шпиталі понад сім днів, якщо статус RTD здавався імовірним. Подовження терміну госпіталізації пацієнтів створює певний ризик. Ситуація, що складалася в такому випадку, викликала деяке занепокоєння в командування шпиталю. Але надалі командування використовувало свої ресурси та вплив, щоб налагодити контакти з підрозділом пацієнта і організувати його перевезення. Якщо деякі пацієнти 28-го CSH з психічними розладами потребували медичної евакуації, то їх скеровували до LRMC. Як зазначалося вище, LRMC сприяв поповненню аптек медикаментами. Однак ці евакуації створили іншу проблему: фахівець охорони психічного здоров'я, який супроводжував пацієнта, був відсутній у CSH впродовж 2–3 тижнів. Інколи в ці місії CSH надсилав медичний персонал середньої ланки. Тоді хворих у інших секціях доглядали менше медсестер чи військового медичного персоналу. Неякісні лінії зв'язку з частинами та обмежені варіанти лікування створювали труднощі, з якими підрозділам CSH вдавалося впоратись по-різному. 21-й CSH зазвичай евакуював цих солдатів із місця проведення операцій. 28-й CSH утримував пацієнтів для присвоєння статусу RTD, щоб запобігти скороченню чисельності кадрів у CSH та підрозділі, що скеровує військовослужбовців. На початку OIF I командири, розмістивши своїх солдатів у CSH, мали можливість викликати чи провідати їх, щоб перевірити, як вони почуваються. Часто ці командири гнівалися через те, що «втрачали» своїх солдатів із причини їхнього медичного оцінювання в системі охорони психічного здоров'я. Інколи було дуже складно вмовити солдатів погодитися взяти на себе відповідальність за особисту безпеку й повернутися до своїх військових частин. Це вдавалось лише завдяки підтримувальній терапії та «триразовій теплій їжі й ліжку», особливо якщо солдат сподівався на те, що його відпустять з району бойових дій.

Коли солдати опинялися далеко від джерела стресу, за межами свого підрозділу, відпочивали, приймали душ, їли тричі на день та жили в шпиталі з кондиціонерами, їхні настрій та емоційні реакції зазвичай яскравішали. Багато військовослужбовців, чий стан здоров'я оцінювали за таких умов, повідомляли, що вони вступили в Армію задля отримання «грошей на коледж» і ніколи б не подумали, що опиняться на місці бойового розгортання. Ці військові часто влаштовували істерику, коли їм казали, що відішлють назад до їхніх військових частин. Подібна ситуація стала етичною дилемою для психіатрів, адже вони знали, що відправляють військовослужбовців назад, у район бойових дій, де їх можуть убити, поранити, де їхній психічний стан може погіршитися. Хоча кожен працівник охорони психічного здоров'я знає, що це все може трапитися з будь-яким військовослужбовцем, який перебуває в районі ведення бойових дій.

Після закінчення основного бойового наступу, приблизно наприкінці квітня 2003 року, супровід колоною до госпіталів чи клінік вважався безпечним для підрозділів, хоча поодинокі випадки нападів із застосуванням малокаліберної стрілецької зброї та реактивних протитанкових гранат траплялися й далі. Однак після того, як бунтівні дії стали

більш організованими, такі наземні конвої значно порідшали, оскільки саморобні вибухові пристрої (IEDs — improvised explosive devices) могли виявитися захованими вздовж доріг. Саме IEDs стали основною зброєю проти військ коаліції. Від початку липня 2003 року табори регулярно обстрілювали з мінометів (із закритих позицій). Також значно побільшало IEDs на дорогах і ракетних атак із закритих позицій. Наприклад, у місті Баладі величезний аеродром (відомий як Табір Анаконда, що простягнувся на багато квадратних миль) зазнав численних мінометних атак з 3 липня по 26 вересня 2003 року. Більшість цих мінометних атак припали на квадрат бази, у якій знаходився CSH.

Командири повідомляли, що мали певні труднощі з відправленням солдатів до підрозділів DMHS або CSH, де їх зазвичай оглядали чи призначали їм лікування. Оскільки CSH були розташовані у великих LSAs, військовослужбовців, які потребували допомоги, доправляли до CSH тоді, коли військові частини відправляли колони до LSAs, щоб узяти необхідний вантаж. Психози та манії, що прогресували, становили дуже малий відсоток від усіх випадків захворювань; більшість випадків становили розлади у військовослужбовців нижчого рангу, які не змогли пристосуватися до оточення. Проте психологічні, матеріально-технічні, бойові джерела стресу операції OIF I впливали на всіх військових, незалежно від їхнього службового становища чи виду служби. Наприклад, психіатр 21-го CSH евакуював двох авіаторів. На їхні польоти сильно впливали тривога та панічні атаки, що виникали щоразу в ситуаціях «часткового затемнення» (спричинених піском і пилом через струмінь від гвинта під час посадки). Це призвело до настільки значної тривоги з приводу майбутніх рецидивів, що послабило загальні можливості місії. Інші випадки, пов'язані зі стресом у командирів вищої ланки, становили більш серйозну загрозу.

Приклад із практики Д1.1. 40-річний командир батальйону, який 19 років перебував на дійсній військовій службі, сам звернувся по допомогу через посилення депресивного настрою з суїцидальними думками. У нього з'явилося бажання вистрілити собі в голову зі свого 9-міліметрового пістолета. Командир бригади описав його як «найсильнішого та найбільш надійного командира батальйону в бригаді». Його депресія зосередилась на почутті нестачі контролю над життям підлеглих солдатів. Він переймався через недостатню кількість тренувань для його військовослужбовців, які отримали «додаткові обов'язки» — охороняти та патрулювати. Під час патрулювання двоє з його солдатів були вбиті бойовиками. Після перебування в стаціонарі протягом п'яти днів, подальшого 3-тижневого амбулаторного лікування, що містило психологічне консультування та медикаментозне лікування, суїцидальні думки в пацієнта не зникали, настрій погіршувався. Для інтенсивнішого лікування командира евакуювали з району бойових дій. Згодом відзначили покращення його стану. До сьогодні цей командир перебуває на дійсній військовій службі.

Почуття провини через убивство ворожих військовослужбовців або смертельний страх побачити, як повстанці вбивають друзів під час ворожих атак, також стали причинами для звернення до фахівців охорони психічного здоров'я. Багато солдатів не відчували цих джерел стресу, поки не зустрілися з представниками охорони здоров'я. У багатьох військовослужбовців починали текти сльози, коли їм ставили просте запитання: чи вбивали вони когось у бою? Іншим поширеним джерелом почуття провини були роздуми про те, які дії чи бездіяльність могли призвести до негативних наслідків для друга, цивільної особи чи товариша по службі.

Приклад із практики Д1.2. 22-річного солдата строкової служби відіслали до CSH з його частини через симптоми депресії та психозу. Він звинувачував себе у смерті свого командира. Його командир потягнувся, щоб зловити лінію електропередачі, що падала на бойову машину піхоти «Бредлі», де він знаходився. Командир помер від удару струмом. Цей солдат був навідником-оператором, але знаходився в БМП в той час, коли командир помирав від електрошоку. Солдат почувався винним і виказував ознаки депресії з психотичними рисами: чув голоси, які говорили, що він «поганий солдат» і що він «мав зробити щось, аби допомогти командиру», з яким мав гарні стосунки. Насправді солдат нічого не міг вдіяти, щоб врятувати командира. Проте він вважав, що смерть командира — його провина. У цьому випадку метод управління травматичною подією виявився корисним. Симптоми психозу значно послабшали, а завдяки лікуванню ан-

тидепресантами і низькими дозами атипових антипсихотичних препаратів солдат зміг повернутись до виконання своїх службових обов'язків.

Один із підрозділів охорони психічного здоров'я скерував солдата до CSH з метою подальшої медичної евакуації до LRMC для «дослідження сну, щоб урегулювати лунатизм». Теоретично відправити цього солдата назад до частини для огляду та спостереження було легко, але збільшення інтенсивності мінометних і ракетних обстрілів ускладнило повернення зробило це небезпечним. Працівник охорони психічного здоров'я госпіталізував солдата, оглянув його в CSH, а потім відправив назад до його частини. У більшості випадків військовослужбовців із лунатизмом відправляли назад до їхніх частин після короткого медичного обстеження, щоб уникнути епідемії «синдрому евакуації за допомогою лунатизму» в цих підрозділах.

Наприкінці 2003 року, коли атаки повстанців почастішали, почали поширюватися чутки, що більшість підрозділів залишаться на місці розгортання на рік, а не на 6 місяців, як планувалося спочатку. У 21-му CSH в Баладі з травня по червень 2003 року сталося шість випадків, у яких виникли підозри в тому, що військовослужбовці самі вистрілили собі в ноги. Кілька подібних випадків трапилися й у 28-му CSH в Кемп Догвуд. Психіатр 21-го CSC консультував медичну команду, щоб оцінити один із таких підозрілих випадків.

Приклад із практики Д1.3. Лікар-ортопед консультував відділ психіатрії, щоб оцінити стан солдата строкової служби (віком близько 25 років). Працівники охорони психічного здоров'я мали визначити, було поранення солдата випадковим чи він заподіяв собі ушкодження навмисно. Так можна було оцінити ризик самотравмування. Солдат казав, що вистрілив собі в стопу випадково. Під час першого огляду він розповів про свої депресивні настрої: «Відтоді, як я потрапив на розгортання...» — і зазначив, що хоче повернутись додому. Він також казав, що має проблеми у стосунках із командиром. Повідомив, що погано спав, відчував провину через операції під час розгортання, страждав через брак енергії. Окрім того, йому було складно концентруватись від самого початку розгортання. Він казав, що до прибуття на розгортання ніколи не мав подібних симптомів. Сподівався, що вони зникнуть, якщо він знову потрапить додому. Військовослужбовець, незважаючи на те, що поранення стопи було чистим і без переломів, здивувався, коли лікар-ортопед відправив його назад виконувати службові обов'язки. Він казав: «Я можу зумисно вистрілити в себе, аби лише не повертатись туди». Працівник охорони психічного здоров'я також помітив, що під час першого огляду солдат турбувався з приводу того, куди його направлять. Він сподівався, що потрапить до Німеччини.

Під час першого психіатричного огляду солдату було рекомендовано відразу після того, як рана заживе, пройти курс CSC у частині, розташованій поряд із частиною військовослужбовця, разом з групою управління стресом. Найближчим часом у військовій частині солдата розпочалося розслідування щодо виконання військових обов'язків, які могли стати причиною стресу солдата. Госпітальний капелан отримав консультацію у відділенні психіатрії через 3 дні після того, як солдат натякнув, що поводитиметься агресивно, якщо його змусять повернутися до частини. Коли його запитували про суїцид чи гоміцид, солдат казав: «Я не знаю, що станеться, якщо я повернусь назад у свою частину». Він також і далі наполягав, що його поранення — нещасний випадок. Він заперечував, що натиснув на курок, і не повідомляв причину пострілу. Через десять днів після другого огляду командир солдата зв'язався з госпіталем і повідомив медичній команді, що солдата планували віддати під суд військового трибуналу. Проте для завершення розслідування щодо виконання військових обов'язків необхідно було ще 2–3 тижні. CSH повідомив у частину, що стопа в солдата достатньо загоїлась, аби виписати його зі шпиталю. Але через віддаленість частини та відсутність медичних засобів для зміни пов'язки на стопі виникла потреба аероевакуації солдата до LRMC у Німеччині. Настрій у солдата покращав до стану еутимії, коли він дізнався про таке рішення. Він сказав: «Я чекав на це». Солдат здавався щасливим через те того, що може бути звільнений з Армії. Він зазначив: «У будь-якому разі це добре. Я радий, що не повернуся до своєї частини із зарядженою зброєю».

Солдат пробув у CSH приблизно 6 тижнів у зв'язку з природою його поранення, розслідуванням щодо виконання військових обов'язків та через поганий зв'язок із частиною. Після цього його відправили до Кувейту, щоб евакуювати в Німеччину. Проте ко-

мандування частини перехопило його в Кувейті. Там йому повідомили, що він повертається до Іраку, де його судитиме трибунал. У момент повідомлення цієї інформації знадобилися кілька працівників, щоб утримати солдата. Попри це, його врешті-решт евакуювали з Кувейту до армійського госпіталю в Німеччині через агресивну поведінку.

З червня по липень 2003 року сталася ціла низка самогубств, і для кожного випадку, імовірно, було кілька чинників впливу. Але, зрештою, основними причинами виявилися почуття безнадії та глибока депресія. Солдати могли почуватися заручниками ситуації: вони не знали жодних точних дат їхнього відправлення чи закінчення операції (безпрецедентний випадок для цього покоління солдатів у період розгортання). На додачу всі солдати постійно мали при собі зброю та амуніцію. Додатковими джерелами стресу під час розгортання стали розлука з сім'єю та коханими людьми, отримання листа про розрив стосунків на кшталт «Дорогий Джоне/Джейн», відсутність зв'язку з домівкою, загроза бути вбитим чи пораненим, висока температура повітря, можлива агресія від командування, короткий сон, неналежні гігієна, їжа і жахливі умови вбиральні. Наслідком цих самогубств стала нарада осіб, які планували заходи з охорони психічного здоров'я та командирів переміщення 113-ї тренувальної команди CSC з Мосула в Багдад, до 21-го CSH в Баладі, з метою організації психоневрологічного підрозділу. Переміщення так і не відбулося. Але CSC тренування чи підрозділ відновлення має бути розташований поряд із CSH, щоб створити можливості для обміну ресурсами, методами лікування і способами оцінювання стану здоров'я солдатів, адже після MRI шпиталів кількість працівників охорони психічного здоров'я обмежили. (Таке розташування дуже добре спрацювало упродовж наступних ротацій розгортання. Автори спостерігали цей процес, коли брали участь у наступних розгортаннях, включно з 1908-м CSC і 10-м CSH у 2006 році в Багдаді та 47-м CSH і 528-1 CSC у спільно використовуваній оперативній базі Speicher 2009-го). Таке розташування могло збільшити кількість солдатів зі статусом RTD і зменшити частоту евакуацій із району бойових дій. У 21-му CSH в Мосулі 98-й CSC створив амбулаторну клініку біля шпиталю, який мав двох психіатрів (вони скеровували пацієнтів до шпиталю, якщо це було необхідно), соціального працівника та п'ятьох фахівців охорони психічного здоров'я.

ПІДРОЗДІЛИ З КОНТРОЛЮ БОЙОВОГО СТРЕСУ

Співтовариство працівників охорони психічного здоров'я Армії США вже давно визнало вплив гострих і хронічних джерел стресу, так само, як і травматичних подій, на функціонування окремих військовослужбовців у військових частинах. Зараз Армія США має два види підрозділів CSC. Це, зокрема, такі види: 1) базові CSC; 2) окремі підрозділи CSC. Базові підрозділи здебільшого укомплектовані працівниками з Резерву та мають 80 осіб персоналу з різних галузей включно з психіатрами, психологами, соціальними працівниками психіатричного профілю, висококваліфікованими медсестрами з психіатричною спеціалізацією, медичними сестрами широкого профілю, медсестрою, здатною працювати в терапевтичному та хірургічному відділеннях, численними санітарами з психіатричним досвідом та персоналом адміністративно-господарського забезпечення (наприклад, кухарем, механіком тощо). Отже, вони можуть працювати як незалежні військові частини в умовах розгортання. Компонент підрозділів CSC дійсної служби зріс на 50 % опісля появи підрозділів MRI. Ці підрозділи становлять половину розміру базових CSC, але з меншим числом психіатрів. Вони не мають такого численного персоналу, як підрозділи до проведення MRI. Підрозділи CSC насамперед створені для проведення профілактичних заходів. Таким чином, персонал у CSC зазвичай поділяється на команди (їх називають «профілактичними командами»). Кожна з команд складається з одного фахівця та двох працівників середнього медичного персоналу (працівників охорони психічного здоров'я). Ці команди, як правило, закріплені за конкретними підрозділами, яким вони надають первинну та вторинну профілактичну допомогу, щоб позбути-

ся проблем, викликаних бойовим стресом. З цією метою вони проводили навчально-психологічні брифінги щодо запобігання самогубствам, управління стресом, визначення бойової втоми та депресії; а також брифінги з підготовки солдатів до возз'єднання з родинами по завершенні розгортання. На початку операції OIF основні військові положення рекомендували дебрифінг критичних подій як кращий метод втручання для груп солдатів у разі травмувальної події. Однак паралельні дослідження як у військовому, так і цивільному середовищі ставлять під сумнів ефективність подібних дебрифінгів.

Як виявили деякі дослідження, дебрифінги критичних подій можуть навіть зашкодити деяким пацієнтам через переживання ними травми знову або через потужні захисні психологічні механізми, які в іншому випадку допомагали солдатові впоратись із травмою без будь-якого втручання, що є особливо важливим для працівника охорони психічного здоров'я. Більше того, багато працівників охорони психічного здоров'я не відвідували курсів підвищення кваліфікації щодо проведення дебрифінгу критичної події. Ці чинники сприяли широкому використанню дебрифінгів та закономірним реакціям на потенційно травмувальні події. Військова спільнота охорони психічного здоров'я до початку операції OIF заохочувала командирів Армії США застосувати дебрифінги критичних подій. У результаті командири дали розпорядження проводити дебрифінги для солдатів у будь-який час після травмувальних подій. Наступний приклад з практики описує деякі проблеми, що виникли в цьому процесі.

Приклад із практики Д1.4. Військовий капелан зателефонував у місцевий підрозділ CSC після пожежі в ангарі, що слугував солдатам за «барак» військової частини. Капелан сказав, що командир підрозділу дав наказ провести дебрифінг критичних подій. Священик попросив допомоги в підрозділу CSC, адже не мав досвіду проведення таких дебрифінгів. Окрім того, дебрифінг планувався у великому підрозділі, де є багато груп (хоча зазвичай їх проводять у групах до 20 людей). Консультант-офіцер охорони психічного здоров'я оцінив ситуацію та визначив, що вогонь не загрожував життю солдатів, підрозділ втратив лише майно і виникла необхідність негайно знайти нове місце для проживання. Персонал CSC обговорив ситуацію з командуванням частини. Було вирішено, що замість дебрифінгу критичної події (де всі брали участь в групах, обговорюючи свій емоційний та фактичний досвід) вони використають інший підхід для цього конкретного випадку. Цей підхід потребував зустрічі всього підрозділу одночасно. Командир підрозділу говорив першим, запевняючи свій підрозділ, що пошук нового місця для проживання вже триває. Окрім того, лунали запевнення в тому, що Армія допоможе солдатам замінити речі, втрачені під час пожежі. Персонал охорони психічного здоров'я провів навчальний брифінг з управління стресом та тренування навичок захисту для всіх солдатів. Також була надана точна контактна інформація на випадок, якщо комусь із солдатів буде потрібна індивідуальна зустріч.

Доктрина адаптації дає змогу командам CSC виявляти більшу гнучкість в оцінюванні стану солдатів і лікуванні тих бійців, які страждають від бойової втоми та психічних розладів. Ці команди також залучаються до управління травматичними подіями та дебрифінгів критичних подій, забезпечуючи оцінювання та відповідне втручання для залучених підрозділів, що потребують допомоги. Крім цього, команди надають консультації командирам, щоб допомогти всьому підрозділові запобігти виникненню дисфункції, зумовленої стресом, а також проводять огляди окремих осіб, коли командири занепокоєні їхньою безпекою чи надійністю. І, нарешті, команди забезпечують огляд і лікування солдатів, які самі звертаються з приводу свого психологічного стану.

Для виконання цих функцій необхідно, щоб профілактичні команди перебували в підрозділах та надавали підтримку солдатам, супроводжуючи їх у межах району бойових дій. Через небезпечність переміщення в районі бойових дій в Іраку та в будь-якому іншому нелінійному полі бою, традиційні плани поїздок трохи змінилися під час OIF I. Ці профілактичні команди «призначені», щоб працювати в підрозділі, хоча вони й не входять до штатного розпису. Отже, працівникам команди важливо прижитись у підрозділі та «влитись» до нього, аби завоювати довіру командирів і солдатів. Без міцних стосунків із командиром та солдатами профілактична команда не зможе виконати свою місію: не через відсутність навичок чи персоналу, а через неможливість завоювати

довіру. Команду повинні сприймати як доступну та «корисну» допомогу. Без довіри неминуче виникають бар'єри і обмежується доступ профілактичної команди до солдатів, які потребують догляду.

Попри завдання профілактики та доктрину місії щодо навчально-психологічних тренінгів, основною метою є налагодження взаємин. У цьому є щось подібне до маркетингових функцій. Хоча з філософської точки зору це питання спірне, та число скерувань від сержанта чи старшини підрозділу надає корисну практичну непряму метрику ефективності роботи профілактичної команди, оскільки ці військовослужбовці, якщо висловлюватися метафорично, «тримають руку на пульсі» підрозділу. Вони скеровують солдатів на огляд лише в тому випадку, коли працівники команди користуються їхньою довірою. Деякі CSC підрозділи прагнули виправдати своє існування, оптимістично враховуючи соціальні й випадкові контакти в статистичних даних як «профілактичні» (маркетингові) контакти. Однак такі контакти є лише мінімальним фактичним наглядом. Справжні окремі чи невеликі групові заняття, як правило, з дипломованими працівниками охорони психічного здоров'я, не ініційовані працівниками CSC, надають значну допомогу та запобігають негативним результатам роботи підрозділів.

На противагу встановленим основним положенням та рекомендаціям команді щодо її подорожей деякі спостереження потребують певних роздумів і детального розгляду для оптимального збалансування переваг та витрат від поїздок. Подорожі збільшували кількість контактів, але значно зменшували глибину втручання. Військовослужбовці, які потребували психологічної допомоги, зазвичай ішли до найближчого пункту охорони психічного здоров'я, котрий вважали спроможним надати допомогу, де персонал складався з груп працівників. Такі групи медичних працівників швидко розпадаються, буквально розриваючись на частини під час подорожей. А солдати рухаються далі замість того, щоб встановити нові стосунки з іншим працівником охорони здоров'я. Командні органи, що скеровують працівників охорони психічного здоров'я, часто не бачать особливої різниці у взаєминах пацієнта та працівника охорони психічного здоров'я. Вони очікують подібної портативності як від працівників охорони здоров'я — просто виклик до хворого, надання стоматологічних чи хірургічних послуг. На нових місцях розташування після подорожі працівники охорони психічного здоров'я досить рідко мають групи клієнтів/пацієнтів такі ж чисельні, як у попередній локації.

Фахівці охорони психічного здоров'я, які працюють заради покращення стану пацієнтів, трохи скептично ставляться до переміщень, не зумовлених нагальною потребою і нелогічних з клінічної точки зору. Якщо таким чином керувати командами з охорони психічного здоров'я, можуть сформуватися нові вимоги, це навіть може покращити показники в чиємусь звіті або огляді, але насправді все це лише відволікає від головного завдання — колективної турботи про солдата. Наприклад, автор ставив під сумнів постановку завдання, що здавалася політично вмотивованою, ніж орієнтованою на допомогу солдатам. Органи управління не дозволяли обговорень чи консультацій із фахівцями профільного напрямку. Саме це завдання зменшило число самостійних звернень до надійної групи на великій військовій базі з 10–12 осіб на день до 2–3 після переміщення. Група CSC повернулась через вісім тижнів, і їй знадобилося від 8 до 12 тижнів, щоб налагодити роботу до попереднього рівня продуктивності.

Підрозділи CSC також мають другий тип функцій — відновлення — з командою відновлення (у минулому їх називали тренувальною командою). Ця команда мала більше персоналу та зазвичай працювала стаціонарно, на відміну від профілактичних команд. Окрім надання маркетингових заходів, подібних до тих, які проводили профілактичні команди, команди відновлення також виступали як лікувальна альтернатива командам профілактики, командирам чи іншим працівникам охорони здоров'я для військовослужбовців, які потребували огляду. Таким чином, солдатам забезпечувалися заходи втручання: від рецептів із тимчасовим наглядом до інтенсивної програми амбулаторної/часткової госпіталізації, що є еквівалентом денним групам та самодопомозі. Згідно з основним положенням (а саме FM 4-02.51) команди відновлення були створені, щоб організувати стаціонарний пункт допомоги на певній відстані від лінії фронту, де солдат зможе «відно-

витись» через основні принципи акроніму BICEPS (стисло, негайно, в контакті, відповідно до очікувань, близько й просто). (PIES — близько, негайно, відповідно до очікувань і просто — попередній акронім, що використовувався в FM 8-51). Проте ці лікувальні концепції призвели до використання «триразової теплої їжі та ліжка» з вірою в те, що більшість пацієнтів із бойовим стресом можна швидко відновити впродовж нетривалого періоду. Як правило, таке відновлення тривало від 1 до 3 днів, проходило під пильною увагою персоналу, щоб уникнути значного напливу пацієнтів, а також подовження часу перебування (> 3–4 днів). Це скорочувало термін очікування солдатом RTD і могло спонукати утримувати симптоми, щоб сповільнити процес усунення синдрому RTD і подовжити термін перебування у відносно комфортному CSC. Концепція полягала в тому, що пацієнти, яких навчали BICEPS, краще адаптуватимуться в довготривалій перспективі, якщо вони повернуться до своїх частин, ніж у тому випадку, коли їх «лікуватимуть медикаментозно» чи евакуюють. Основні положення концепції не рекомендують називати цих військовослужбовців «пацієнтами», оскільки така назва також формує очікування (цей додаток використовує термін «пацієнт» у контексті CSC для позначення особи, що отримує послуги; про жодне конкретне лікування/модель втручання чи результат очікування не йдеться). На практиці надання допомоги зазвичай переходить з одного середовища в інше та продиктоване зовнішніми обставинами (наприклад, надання медичної допомоги може розпочатися в одному місці CSC, продовжитись за столом у пункті вживання їжі, потім — у клінічному офісі CSC з різноманітними комбінаціями фармакологічних, психологічних, навчальних і психічних втручань).

Під час OIF I більшість команд відновлення базувались у таборах, де також заходилися штаби підрозділів військовослужбовців, які інколи потрапляли під вогонь із закритих позицій. Тому працівники охорони психічного здоров'я не вбачали великої різниці між тим, щоб розквартирувати військовослужбовців у CSC, та тим, щоб залишити їх у підрозділі. CSC надає змогу відпочити від безпосереднього перебування в оточенні підрозділу та командної взаємодії, що може бути корисним у певних випадках. Але на солдатів може негативно вплинути близькість їхнього підрозділу та очікування швидкого RTD. Як правило, в документах, які надають командирам підрозділів, містяться рекомендації щодо зміни оточення як частини програми лікування/відновлення, включно з очікуваним доглядом CSC. Як показує досвід, командири, які не відокремлювали військовослужбовців від їхніх товаришів, зменшували число випадків, у яких підрозділ сприймав солдата як такого, що «збожеволів» чи виявився «психом». Таким чином, у цих підрозділах меншало проявів упередженого ставлення. Як уже зазначалося, команди відновлення часто функціонували як клініки охорони психічного здоров'я і надавали психіатричний огляд та лікування амбулаторним пацієнтам. Ця функція також спричинила потік скерувань до працівників охорони психічного здоров'я та профілактичних команд.

Найбільш поширеними у CSC, так само як і в CSH, були скарги військовослужбовців на «проблеми вдома». Це стосувалось, наприклад, проблем із коханою людиною чи іншими членами родини на місці оперативного базування, у США чи в Німеччині. Депресивний стан, безсоння та тривога стали найпоширенішими формами панічних атак. Надлишкова настороженість чи «знервованість» залишались головними симптомами, на які скаржилися солдати, але очевидні посттравматичні стресові розлади у військовослужбовців під час їхньої участі в розгортанні траплялися дуже рідко.

Основні скарги, перелічені вище, більшість психіатрів-практиків легко розпізнавали, тому вони легко визначали, які саме методи психофармакологічного втручання краще допоможуть частково зняти симптоми. Як було зазначено раніше, основні військові положення про CSC були написані для підтримання бойової кампанію в лінійному стилі холодної війни. Сучасні бойові дії з традиційною мобільною системою ведення війни, швидкі переміщення, район бойових дій без сталої лінії фронту потребують радше запобігання та розподілення, аніж формальних діагнозів, лікування та планів із реабілітації. Автори основних положень розробили схему оптимальної психіатричної допомоги (дозволивши RTD) як окремого виду діяльності, що проводиться в тилових районах після того, як основні

втручання CSC не відразу забезпечили RTD, або після швидкого завершення операції. Таким чином, жодні положення в FM 8-51 на початку OIF I не описують детально чи не рекомендують у довідниках, як саме CSC має отримувати або зберігати ліки. Від початку OIF I Армія США визнала необхідність внесення змін до основних положень і подальшої потреби перегляду положення CSC в OIF II (2004).

Слід зазначити, що лікування за допомогою седативних, особливо атипових антипсихотичних, препаратів від безсоння та тривоги, та бензодіазепінів у випадках тривожного стану заслуговує на більш пильну увагу. Зі зрозумілих причин ця проблема викликала занепокоєння командування та набула висвітлення в ЗМІ, адже важливо, щоб солдати зберігали пильність під час виконання місій. Працівники охорони психічного здоров'я мають вирішувати ці проблеми з надзвичайною відповідальністю: вони мають послаблювати симптоми, розуміючи, що солдати можуть бути менш продуктивними чи не настільки пильними, як це потрібно, якщо симптоми не усунути. Бензодіазепіни продемонстрували високу ефективність у випадках подолання або десенсибілізації гострих стресових чинників. Але ці препарати потребують особливої уваги, відповідального призначення і відповідних психологічних втручань. За відсутності уваги до цього часто траплялися випадки надмірного застосування препаратів, що призводило до звикання і збереження симптомів тривоги навіть після повернення до континентальної частини США.

ПІДРОЗДІЛИ ВІДДІЛІВ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Під час OIF I бойові сили розгортались як цілі підрозділи у межах організаційної структури «Оперативна сила» (ідеться про всі підрозділи, крім 4-ї та 25-ї IDs), або «Сила XXI» (4-та та 25-та IDs змінила «Силу XXI» до початку OIF I). Ця організація відрізнялась від нової «модульної» організаційної структури, чинної на сьогодні, відповідно до структурних змін Армії США після OIF I. Цей додаток стосується конкретно DMHS, які існували під час OIF I, ще до нинішньої модульної організаційної структури Армії та операції.

Закріплені працівники DMHS входять до штату дивізії як постійні її складові частини в мирний і воєнний час. Під час розгортання DMHS може постійно отримувати додатковий персонал охорони психічного здоров'я PROFIS, якщо прикріплених працівників не вистачає. На відміну від DMHS, CSH і CSC мають менше медичних працівників і отримують більшість свого медичного персоналу через PROFIS. Персонал DMHS працює в межах дивізії як у гарнізоні, так і в умовах розгортання — це основний підрозділ охорони психічного здоров'я для дивізії. Вони оцінюють та лікують солдатів дивізії, взаємодіють з командирами всіх рівнів і надають консультаційні послуги для різних підрозділів.

У гарнізоні DMHS зазвичай працює в одному місці як підрозділ охорони психічного здоров'я і, як правило, розташований біля іншого підрозділу медичної допомоги. Якщо підрозділи бригади розташовані в різних географічних районах, як, наприклад, у Німеччині чи Кореї, то DMHS має більш ніж одну операційну клініку. Персонал DMHS надає повний спектр послуг охорони психічного здоров'я:

- огляд на предмет усіх психічних розладів (у випадках особистого звернення, скерування від командування чи медичного скерування);
- лікування, що передбачає індивідуальну й групову терапію та фармакотерапевтичне керування;
- профілактичні заходи (як правило, через зв'язки з командуванням та консультації).

У дивізіях, що розгортались у межах організаційної структури «Оперативна сила» чи «Сила XXI», у DMHS зазвичай був дивізійний психіатр, дивізійний психолог, дивізійний соціальний працівник та від шести до восьми фахівців охорони психічного здоров'я (військова спеціальність 68Xs, у минулому позначалась як 91Xs). Залежно від організаційної структури дивізії (тобто «Оперативна сила» чи «Сила XXI»), персонал DMHS призначався до основного батальйону підтримки бригади у складі команди дивізійної підтримки (division

support command) або до спеціального батальйону підтримки дивізії.

В оперативно-структурованій дивізії, наприклад у 101-й Повітрянодесантній дивізії (101st Airborne Division), весь персонал DMHS був закріплений за основним батальйоном підтримки. Однак у 4-ID персонал DMHS працював разом у гарнізоні, але насправді був закріплений за різними батальйонами підтримки. У цих підрозділах психіатр DMHS та ворент-офіцер були закріплені за батальйоном дивізійної підтримки. Інший персонал DMHS був призначений у FSMCs, підрозділи батальйону підтримки передових частин, створених для допомоги конкретним бойовим бригадам під час розгортання. Згідно із цією структурою, зазвичай один працівник охорони психічного здоров'я (соціальний працівник чи психолог) та один чи два працівники охорони психічного здоров'я були закріплені за кожним FSMC. Однак ці FSMC мали лише двох доступних офіцерів охорони психічного здоров'я (тобто соціального працівника та психолога), одна FSMC мала закріплену команду лише з фахівцями охорони здоров'я, але без закріпленого офіцера.

Відповідно до положень доктрини про медичне забезпечення бойових дій, психіатрична допомога надається персоналу, евакуйованому з бойових підрозділів бригади, так само як і персоналу, призначеному до підрозділу підтримки та штабу дивізії, або закріпленому за ними. Проте, як зазначалося вище, розвиток OIF I не відповідав «прямолінійній» моделі бою, зокрема використовувався маневр бригадами і бригадними бойовими групами, розташованими на території всього Іраку, з нелінійними моделями зіткнень з ворогом або орієнтуванням бойових сил. Таким чином, відповідно до основних положень, пацієнти з різних бригад могли бути скеровані просто до підрозділу охорони психічного здоров'я, до головного батальйону підтримки або ж безпосередньо до найближчого етапу медичної допомоги (наприклад, до CSC чи CSH). Близьке розташування стало більш важливим, оскільки небезпека через переміщення посилилась. Тому, зрозуміло, солдатів везли до найближчого пункту, де була можливість адекватно оцінити проблему й звести до мінімуму загальний ризик.

Отримавши наказ про розгортання, DMHS перемістили виконання своєї місії до гарнізону розгортання. Це передбачало огляд та виявлення солдатів, які через свій психічний стан є непридатними для участі в розгортанні, подальше скерування таких солдатів у шпиталь з психіатричним відділенням, а також надання рекомендацій з медичного розподілення за оцінкою Медичної ради (MEB — Medical Evaluation Board) чи адміністративного відсторонення (Active Duty Enlisted Administrative Separations — AR 635–200, розділ 5-13 / 5-17). Для поповнення підрозділів солдати Резерву скеровуються на огляд до початку розгортання. Але іноді траплялось так, що скерування відбувалося після прибуття солдатів у район бойових дій. Інколи медичне обстеження показувало, що військовослужбовець вживав стабілізатори настрою або антипсихотичні препарати для лікування біполярного розладу чи психотичних розладів, про що в підрозділах Резерву не могли знати. Подальші процеси огляду стали більш ретельними і запобігали скеруванню цих солдатів для участі в розгортанні під час наступних ротацій. Як і слід було очікувати, іншими звичайними випадками розладів психічного здоров'я були депресії, тривожні розлади чи розлади, викликані вживанням психоактивних речовин.

Приклад із практики Д1.5. 44-річний резервіст E-8, який перебував на службі понад 25 років, був скерований для медичного огляду через тривогу та алкогольну залежність. У Кувейті він випивав 375 мл віскі щодня. До розгортання чоловік випивав ящик пива з вечора п'ятниці до вечора неділі, іноді пив пиво впродовж робочих днів тижня. Уперше солдата оглянули до розгортання, а вдруге — через тривогу, що зростала, і депресію, пов'язану з недавнім поверненням на дійсну військову службу та професійними труднощами. Він звів до мінімуму вживання алкоголю. Його призначили старшим сержантом частини, але він відчував, що не зможе впоратися з покладеною на нього відповідальністю. Також він повідомив про неконтрольовані напади плачу, погану концентрацію, втому та зниження апетиту. Працівник охорони здоров'я в CONUS діагностував у нього порушення адаптації з тривожним і депресивним настроєм та призначив йому циталопрам, клоназепам та золпідем. Його визнали придатним до розгортання, але, щойно він прибув у район бойових дій, його скерували на

психологічну реабілітацію. Військовослужбовець повернувся після реабілітації через 2 тижні (протягом яких перебував у CONUS) і повідомив, що почувається краще. Окрім того, він почав вживати призначені медикаменти.

Коли солдат прибув у район бойових дій, симптоми тривоги повернулися. Це спонукало його звернутися по допомогу до CSH у Кувейті. Лікар знову прописав йому ті самі засоби, але військовослужбовець знову перестав їх вживати через 4 тижні. Згодом він звернувся ще раз у зв'язку зі звинуваченням у порушенні Єдиного кодексу військової юстиції (Uniform Code of Military Justice): його звинуватили у вживанні алкоголю під час розгортання, що підпадає під дію положення статуту №1. Він відчував, що не може далі виконувати свої обов'язки. Чоловіка евакуювали з району бойових дій для лікування алкогольної залежності та тривоги.

Під час підготовки до розгортання всі гарнізонні операції DMHS були припинені, а солдатів перевели до гарнізонного шпиталю, у відділення охорони психічного здоров'я. У цей час DMHS були зосереджені на підготовці оснащення та тренуванні до майбутніх місій розгортання. Підготовка оснащення передбачала визначення матеріалів та обладнання, необхідних у районі бойових дій, їхнє пакування та розробку плану завантаження. Також проводилось оцінювання устаткування, що «належало» DMHS згідно з Табелем оснащення (Table of Organization and Equipment). Це були намети, набори приладів для освітлення, польові столи, стільці, розкладні ліжка та різноманітні апарати. Під час цього оцінювання визначали необхідність придбання інших корисних речей для проведення місії (наприклад, витратних матеріалів для ведення записів щодо пацієнтів, шаблонів, блоків рецептурних бланків та інших важливих ресурсів, таких як підручники та польові посібники).

Слід зазначити, що до виходу з гарнізону не були придбані психотропні препарати. Відсутність фармацевтичного забезпечення відразу стала очевидною, коли DMHS прибули в район розгортання і OIF I розпочалася. Ускладнений доступ до району бойових дій спричинив тривалі затримки в постачанні препаратів. Приблизно в середині літа 2003 року було створено надійний канал постачання. Ліки стали легкодоступними завдяки власному постачанню дивізії, а також різних підрозділів CSH.

Бойові бригади та їхні допоміжні частини рухались колоною з Кувейту до Іраку під час штурму, яким розпочалася OIF I. Деякі бойові одиниці, які брали безпосередню участь у початковому наступі, зокрема такі, як 101-та Повітряно-десантна дивізія, буквально «перестрибували» з одного місця на інше. Це тривало від початку бойових дій приблизно до травня 2003 року, коли війська змінили позиціонування з північного напряму, а допоміжні частини пізніше приєдналися до їхньої колони. Із розвитком місії з'явились постійні FOBs зі спеціально створених частин, що працювали в цій місцевості. Під час проведення операцій у галузі охорони психічного здоров'я та психіатричної підтримки під час попередньої «стрибкової» фази виникали особливі складнощі: працівникам охорони психічного здоров'я доводилось працювати в тимчасових приміщеннях, без стабільної інфраструктури чи навіть без встановленої бази.

До прибуття і створення постійних FOBs різні бригади й допоміжні підрозділи (головний і передовий батальйони підтримки) залишалися на одному місці від кількох днів до кількох тижнів, між проведенням операцій розташовуючись у наметах і саморобних будиночках. Протягом цього часу всі підрозділи перебували в суворих умовах, які не відповідали вимогам до проведення довготривалих операцій. На щастя, місія охорони психічного здоров'я не передбачала використання складного обладнання. Тому команди DMHS, яким був потрібен лише папір та ручки, щоб задокументувати місце зустрічі з пацієнтом, мали незначні проблеми. Працівники охорони здоров'я могли оглядати пацієнтів у будь-якому безпечному, зручному і відносно комфортному місці. Медичні працівники виявляли неабияку винахідливість, щоб створити клінічний простір. Так, вони створювали мінімальний особистий простір для солдатів у маленькому наметі DMHS, в задній частині HMMWV або в будь-яких «польових умовах». Опісля того, як були встановлені постійні FOBs, підрозділи могли виділяти більше часу й ресурсів для створення бази й проведення постійних операцій. Також вони займали та ремонтували старі занедбані іракські будівлі на території FOBs, пе-

реоблюючи приміщення на придатні для життя й роботи.

Як уже зазначалося, після розгортання DMHS було розділено на невеликі команди з двох чи трьох осіб (як правило, це офіцер охорони психічного здоров'я як фаховий психіатр, психолог чи соціальний працівник та один чи двоє фахівців охорони психічного здоров'я), призначені для психіатричної підтримки батальйону. Таким чином, це були малі групи, що зазвичай працювали в невеликих наметах або в інших місцях розташування військовослужбовців. Такі команди були доступні 24 години на добу, готові приймати солдатів, які могли прибути в будь-який час (солдати могли прибути вдень або вночі, після того як кілька годин рухалися в колоні, де не було працівників охорони психічного здоров'я). Ці команди DMHS були спроможні забезпечити цілу низку послуг з охорони психічного здоров'я та підтримки для всіх солдатів у бригаді в районі її розташування та поблизу. Вони відповідали за пряму психологічну допомогу пацієнтів, які перебували в гарнізоні. Команди DMHS надавали такі послуги:

- оцінювання гострих психічних проблем за особистим зверненням або за скеруванням командира;
- консультування командування;
- лікування, що передбачає коротку підтримувальну терапію та медикаментозне управління, якщо це необхідно.

До DMHS звертались із різноманітними психіатричними проблемами — від розладів осі I (Axis I — клінічних розладів психіки) до підпорогових симптомів з розладами адаптації, пов'язаними з ситуаційними чинниками стресу (професійними, родинними чи іншими бойовими чинниками стресу, що класифікуються відповідно до основних положень Армії США як «бойові та професійні стресові реакції»), які впливають на поведінку. Найпоширенішими випадками були не ті, що перебували на порозі розладу осі I, а пов'язані з неналежною стресовою поведінкою (наприклад, зловживання психоактивними речовинами, агресивність). Окрім того, доволі часто звертались пацієнти з бойовими та професійними стресовими реакціями — проблемами, які в минулому були діагностовані згідно з «Діагностичним і статистичним довідником психічних розладів» (4-те видання) як професійні проблеми, розлади пристосування або навіть проблеми стосунків з партнерами.

Симптоми стресу солдатів були пов'язані з «професійним» стресовим функціонуванням у суворих умовах з екстремальними температурами, тривалим відлученням від дому і родини, відсутністю особистого життя і зростанням числа психологічних і фізичних потреб. Також спостерігалися випадки професійного стресу через труднощі в стосунках із однолітками чи начальством або стресу через проблеми в родині, стосунки з партнером чи фінансові проблеми. Дехто просто розчаровувався у навколишньому середовищі, а дехто потерпав від кумулятивного ефекту різних чинників стресу.

Солдати також мали фактичні симптоми осі I, дійсні депресивні й тривожні розлади, біполярні розлади та синдром гіперактивності з дефіцитом уваги (ADHD — attention deficit hyperactivity disorder). Це могли бути нові симптоми чи ті, що були присутні до розгортання (останні випадки потребували тривалого та постійного медикаментозного лікування, зокрема від депресії, ADHD чи тривоги). Значна кількість солдатів також мала проблеми з вживанням психоактивних речовин, зазвичай пов'язаних із алкоголем чи іншими лікарськими засобами (такими, як «іракський валіум», який вони нелегально купували в іракців). Солдатів із гострим стресовим розладом (ASD) чи симптомами типу PTSD, пов'язаними з травматичним бойовим досвідом, було досить мало на початку OIF I до активних бойових дій. Однак близько серпня 2003 року, після посилення атак з боку бойовиків (саморобні вибухові пристрої, гранатометні та мінометні обстріли), число солдатів, які мали симптоми ASD/PTSD, значно зросло. У цілому відношення солдатів, які демонстрували «неналежну стресову поведінку» (наприклад, зловживали психоактивними речовинами, накидалися на інших солдатів) або підпорогові симптоми, що класифікуються в армійській термінології як «бойова та професійна стресова реакція», до тих, які мали значні розлади осі I, було приблизно 6:4.

Зазвичай до DMHS за день надходили від восьми до дванадцяти солдатів (чи то особисте звер-

нення, чи скерування від командира). Більшу частину звернень становили пацієнти з гострою кризою та солдати, які приходили для щоденного лікування (для поповнення запасу медикаментів чи наступного огляду). Такі військовослужбовці зазвичай приходили, коли їхня місія надавала їм таку можливість або коли могли приєднатись до колони та доїхати до FOB, де був розташований DMHS (у разі, якщо DMHS був далеко). Командири, як правило, скеровували солдатів у випадках проявів гострих симптомів (солдати з проблемами ризику), але були й такі, яких скеровували через звичайні негострі симптоми.

На додачу до оцінювання і лікування гострих і звичайних симптомів команди DMHS здійснювали інші заходи, пов'язані з охороною психічного здоров'я, аналогічні тим, які вони проводили в гарнізоні. До них належать оцінювання стану психічного здоров'я, коли це необхідно, для адміністративного сортування поділів (розділи 13 і 14 про сортування) та рекомендації для командування щодо розділу 5–13 або 5–17 адміністративного сортування для солдатів, чий стан очевидно вказує на непридатність до продовження служби. Оцінювання психічного стану також проводилось для солдатів, яких мав судити військово-польовий суд. Крім того, іноді огляд проводився для солдатів, які планували вступити до школи військової підготовки під час передислокації. Співробітники DMHS також надавали регулярні консультації командирам, старшинам, військовим священикам, іншому медичному персоналові та персоналові начальника Військово-юридичної служби Збройних сил США з метою забезпечення належного ефективного бойового порядку.

Нижче наведено випадки, з якими звертались до DMHS.

- Солдати, які заряджали й наводили зброю на членів своєї частини; випадків жорстокого поводження одного солдата з іншим бувало по кілька на місяць.
- Солдати всіх рангів у стані гострої суїцидальної кризи, які заряджали зброю і прикладали собі до голови.
- Солдат, який у минулому мав клінічну депресію, був відсторонений від конвоїв/патрулів своєї частини, тому що без жодних причин стріляв у цивільних іракців.
- Солдат, який брав участь у «жорстокій грі» з двома іншими солдатами, втратив контроль над ситуацією, коли інший солдат витягнув свій штик; солдат, якому погрожували, дістав свій 9-міліметровий пістолет.
- Неодружені чи одружені солдати з рецидивом суїцидальної кризи після того, як дізналися, що солдати, з якими вони мали сексуальний контакт, також мали сексуальні стосунки з іншими солдатами в частині.
- Солдати, які вживали алкоголь і мали войовничі, суїцидальні та/або гоміцидальні думки, а іноді нападали на інших солдатів або погрожували своєму підрозділові зброєю в стані алкогольного сп'яніння (два випадки сталися на одному FOB).
- Солдати, які робили спроби самогубства шляхом передозування ліків або ненавмисно передозували «іракський валіум», отриманий від місцевого населення (з тривалим седативним, амнезивним періодом).
- Багато солдатів, які билися головою об цегляні чи бетонні стіни (або ламали руки через те, що вдаряли ними об стіни), оскільки були сповнені люті через поведінку сержантів, товаришів по службі чи проблеми вдома.
- Старшина із занепокоєнням, нападами паніки й кошмарами після випадкової смерті іншого солдата, зумовленої ударом електричного струму.
- Солдати з гострими маніями та психотичними проявами (хоча й рідше).
- Солдати з серйозними симптомами тривоги типу ASD/PTSD, спричиненими бойовими операціями.

Група із DMHS 4-ї ID у складі психіатра та ворент-офіцера була розташована з командою відновлення CSC на одному й тому самому FOB, що було корисно для військовослужбовців, які мали прояви гострих симптомів і покращення від короткого перепочинку на певній відстані від гострих чинників стресу. Військовослужбовці, які потребували евакуації до вищих ешелонів медичної допомоги, скеровувались до найближчого CSH.

З квітня по листопад 2003 року група із DMHS 4-ї ID у складі психіатра та ворент-офіцерів, розташована у FOB Speicher в м. Тікріт, оглянула понад 600 солдатів. Із них 22 були скеровані до програми відновлення CSC (через професійні стресові реакції, що зробили їх тимчасово непридатними до участі в місії) і 12 було евакуйовано до вищих ешелонів медичної допомоги (включно з кількома поза межами району проведення бойових операцій). Це свідчило про підвищення рівня RTD — 94,4 %.

Цей рівень пізніше ще більше зріс, коли та сама команда (хоча й із новим дивізійним психіатром) працювала з додатковими 480 солдатами від середини листопада до березня 2004 року, а 4-та ID перемістилась до США. Так, лише троє солдатів потребували евакуації з району проведення операції.

ВИСНОВКИ

За останні 8 років проблеми охорони психічного здоров'я в Армії та Міністерстві оборони США значно змінились і надалі змінюються. Цей додаток — історичний за своєю сутністю. Його можна використовувати як навчальний посібник для військовослужбовців (наприклад, на семінарі з військової психіатрії), щоб допомогти підготувати майбутніх працівників охорони психічного здоров'я до роботи в умовах розгортання на театрі бойових дій. Приклади з практики можна використовувати для обговорень різноманітних джерел стресу та інших умов періоду розгортання. Незалежно від способу використання цього матеріалу, обговорення роботи кожного підрозділу під час OIF I та проблем, які виникали, необхідно враховувати в майбутніх операціях.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

AmericanPsychiatricAssociation. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSMIV-TR)*. Arlington, Va: APA; 2008.

US Department of the Army. Mental Health Advisory Team (MHAT) Reports I-VI. Available at: http://www.behavioralhealth.army.mil/research/index.html. Accessed November 23, 2010.

US Department of the Army. *Combat Stress Control in a Theater of Operations.* Washington, DC: DA; 29 September 1994.Field Manual 8-51.

US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control.* Washington, DC: DA; July 2006. Field Manual4-02.51.

US Department of the Army. *Active Duty Enlisted Administrative Separations*. Washington, DC: DA; April 27, 2010. AR635-200.

Jones FD, Sparacino LR, Wilcox VL, Rothberg JM, Stokes JW, eds. *War Psychiatry.* In: Zajtchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: DA, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1995.

Додаток 2

ОПЕРАТИВНА ПСИХІАТРІЯ В ОПЕРАЦІЇ «НЕПОХИТНА СВОБОДА»

Брайан Л. Бекон[I] · Мет'ю Дж. Баррі[II] · Джеймс Демер[III]

ВСТУП

СТИСЛА ІСТОРІЯ АФГАНІСТАНУ

ВІЙСЬКОВЕ ВТРУЧАННЯ СПОЛУЧЕНИХ ШТАТІВ АМЕРИКИ В АФГАНІСТАНІ

ОПЕРАЦІЇ АРМІЇ США З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РОЗГОРТАННЯ

Підготовка

Сфери впливу

Профілактика

Навчання

Консультування

Клінічні операції

ОПЕРАЦІЇ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В АФГАНІСТАНІ

Командні інстанції

Матеріально-технічне забезпечення

Системи зв'язку

Пересування

Документація

Збір даних

ВИСНОВКИ

ПРИКЛАДИ З ПРАКТИКИ

[I] Доктор остеопатії, майор, Медичний корпус, Армія США; фахівець психіатрії катастроф, відділ психіатрії, Військово-медичний університет ЗС США, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; у минулому — начальник департаменту психіатрії, медичний відділ Баварії, Vilseck, Germany.

[II] Доктор остеопатії, майор, Медичний корпус, Армія США, Резерв Армії США; штатний психіатр, поліклініка для ветеранів у Рочестері; 465 Westfall Road, Rochester, New York 14620; у минулому — майор, Медичний корпус, Армія США, керівник психіатричної служби MEDDAC, психіатр 10-ї гірсько-піхотної дивізії, Fort Drum, New York.

[III] Доктор медицини, дитячий психіатр, дитячий психіатричний стаціонар, психіатричний центр Хатчінгз, 7682 Warrior's Path, Baldwinsville, NewYork 13027; у минулому — майор, Медичний корпус, Армія США, психіатр дивізії, 10-та гірсько-стрілецька дивізія, Fort Drum, New York.

ВСТУП

Місія з охорони психічного здоров'я під час операції «Непохитна свобода» (OEF) виявила численні проблеми, унікальні для регіону й історії народу.

Щоб читач краще зрозумів складнощі, пов'язані з операціями охорони психічного здоров'я в районі бойових дій, у додатку стисло розповідається про історію Афганістану та перебіг військового втручання Сполучених Штатів на підтримку OEF. Це дає змогу зрозуміти базову модель розвитку місії, її еволюцію та властиві їй складнощі.

Також цей додаток розкриває проблеми психічного здоров'я, які виникали під час розгортання, і надає загальні відомості про завдання охорони психічного здоров'я під час OEF. В останній частині додатка наведено п'ять клінічних прикладів із практики, ознайомлення з якими корисне для навчання фахівців. Окрім того, ці приклади підкреслюють широту розгляду предмета й сприяють удосконаленню навичок працівників охорони здоров'я в умовах розгортання.

СТИСЛА ІСТОРІЯ АФГАНІСТАНУ

Ісламська Республіка Афганістан має бурхливу історію ще від 2000 року до н. е. Ця держава потерпала від незліченних конфліктів. На шляху свого розвитку її народ бачив чимало озброєних угруповань і репресивних режимів. Від часів арійців до Олександра Великого, від епохи Чингісхана до СРСР і нещодавніх подій, «руху Талібану» Афганістан не має стабільності й миру.

Афганістан, або «Земля афганців», виник з Іранської держави Хорасану. Свою незалежність від Великої Британії країна отримала в 1919 році. Провал економічних і соціальних реформ у 1960–1970-х роках призвів до суспільного невдоволення й активізації марксистської Народно-демократичної партії Афганістану (НДПА). У 1978 році НДПА повалила уряд і створила Демократичну Республіку Афганістан. На жаль, внутрішня боротьба, що розпочалась у партії, і реформи, що ґрунтувались на марксизмі та нав'язувались мусульманському населенню, призвели до заколотів, які переросли в громадянську війну. Щоб підтримати вплив комуністичної ідеології, Радянський Союз у грудні 1979 року розгорнув у Афганістані 40-ву Армію. Радянська війна в Афганістані, спрямована на знищення антиурядового заколоту моджахедів та посилення впливу НДПА, закінчилась невдало через 9 років.

У результаті виникла соціальна, економічна та культурна прогалина, яка стала сприятливим підґрунтям для піднесення політично-релігійного руху Талібан, що деспотично нав'язував жорстке тлумачення шаріату. Близько середини 1990-х років Талібан захопив контроль над більшою частиною країни. Період правління Талібану був відносно коротким: підтримка міжнародних терористів і надання їм притулку призвели до краху режиму в 2001 році. Лише нещодавно розпочали робитися певні кроки в напрямі національного самозабезпечення і стабільності. Ратифікована конституція, вільні вибори, акцент на освіті, а також зміцнення національної інфраструктури — яскраві докази такого прогресу.

Економічну безпеку й розквіт нації може забезпечити нещодавно виявлені величезні родовища корисних копалин, вартість яких оцінюється приблизно в 1 трильйон доларів США. Однак освоєння

цих родовищ може тривати кілька десятиліть. Сьогодні Афганістан залишається однією з найбідніших країн поза межами Африки, а його економіка цілком залежить від сільськогосподарського сектору. Прикро, але лише 1 % земель Афганістану придатні для аграрної індустрії, і лише одна десята частина цих земель використовується для сільського господарства. Попитом користуються товарні культури, й вирощування маку заповнює цю нішу. Виробництво маку складає 57 % внутрішнього валового продукту Афганістану. Єдиною надією афганської економіки є саме виробництво маку. Але і цю надію постійно руйнують безперервні заворушення, сприятливі умови для корупції, високий рівень неписьменності та безробіття, гноблення жінок, гориста місцевість і тривала міжплемінна ворожнеча. Все це створює величезні проблеми для Афганістану та його народу.

ВІЙСЬКОВЕ ВТРУЧАННЯ СПОЛУЧЕНИХ ШТАТІВ АМЕРИКИ В АФГАНІСТАНІ

У відповідь на терористичні атаки 11 вересня президент Джордж Буш 7 жовтня 2001 року висунув ультиматум Талібану. Ультиматум містив такі вимоги: «закрити терористичні тренувальні табори; передати лідерів «Аль-Каїди» та повернути всіх іноземних громадян, включно з американцями, незаконно затриманих у вашій країні». Ці вимоги було відхилено. Тоді 20 жовтня першими бойовими діями операції «Непохитна свобода» стали наземні удари 15 бомбардувальниками наземного базування, 25 штурмовиками військово-морських сил та ракетами «Томагавк» із американських і британських кораблів. Перші повітряні атаки були спрямовані на терористичні опорні пункти, розташовані в Кандагарі, Джелалабаді й Кабулі. Невдовзі розпочалось розгортання сухопутних військ.

Район бойових дій в Афганістані значно розширився від початку військової операції. Міжнародні коаліційні сили, на чолі яких стояв персонал США, сьогодні перебувають у складі Міжнародних сил сприяння безпеці (ISAF — International Security Assistance Force). Організація Північноатлантичного договору (НАТО) взяла на себе командування та координацію ISAF у серпні 2003 року; це перша місія НАТО за межами євроатлантичного регіону. ISAF допомагають урядові Афганістану і міжнародній спільноті підтримувати безпеку в межах району проведення операції. ISAF підтримують дії уряду Афганістану щодо поширення його впливу і повноважень по всій країні, а також щодо створення та забезпечення сприятливого середовища для вільних і справедливих виборів, поширення верховенства закону і відновлення країни.

ОПЕРАЦІЇ АРМІЇ США З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РОЗГОРТАННЯ

Основним завданням військової психіатрії та підрозділів охорони психічного здоров'я, сформульованим Медичним департаментом Армії США, є «збереження бойової сили». У районі бойових дій працівники охорони психічного здоров'я виконують це завдання, запроваджуючи профілактичні програми із запобігання виникненню психічних захворювань і бойового й професійного стресу та надаючи ефективне лікування, що дає можливість очікувати одужання.

Працівники охорони психічного здоров'я, якими можуть бути психіатри, психологи, медсестри психіатричного профілю, соціальні працівники чи технічні фахівці у галузі охорони психічного здоров'я, розгортаються відразу із бойовими підрозділами. Як правило, загальне число працівників охорони психічного здоров'я різне залежно від ротації. Актив працівників охорони психічного здоров'я становлять підрозділи з контролю бойового й оперативного стресу (COSC — Combatand Operational Stress Control), дивізійні відділи охорони психічного здоров'я (DMHA — Division mental health activity), бригадні офіцери з охорони психічного здоров'я і вузькопрофільні фахівці чи активовані резервісти, які можуть бути в будь-який момент залучені до всіх родів і служб

збройних сил. Такий заплутаний порядок вимагає добре окресленої структури управління та укладання робочих угод між усіма сторонами з метою підвищення ефективності місії та якості надання медичної допомоги. Для успішного виконання місії за будь-яких бойових умов працівники охорони психічного здоров'я повинні проходити повноцінну підготовку, застосовувати профілактичні заходи й клінічну практику, проводити навчання та консультації.

Підготовка

Планування до розгортання часто має обмежені можливості або взагалі відсутнє. Однак за наявності умов працівник охорони психічного здоров'я має визначити вимоги до місії, її потреби та доступні активи. Надзвичайно важливим до початку розгортання є ознайомлення з районом бойових дій, яке можна здійснити в кілька способів. Так, можна попередньо оглянути місце розгортання або просто зателефонувати чи написати електронний лист команді, яку працівник має замінити. Корисними також є ознайомлення зі звітами про результати виконання завдання та бесіди з працівниками охорони психічного здоров'я з попередніх розгортань. При визначенні кадрових потреб допомагає збір необхідної та достовірної інформації. Коли співробітники підібрані, до відправлення виникає можливість познайомитися з командою. Значно сприятиме виконанню місії налагодження взаємин із командуванням, військовими священиками та медичними працівниками, а також огляд військ, що розгортатимуться.

Сфери впливу

Нещодавні бойові операції проти ворога проводились як нетрадиційні бої низької інтенсивності. Такі конфлікти характеризуються небезпечним почуттям випадковості та неочікуваними періодами активності в межах широкого географічного простору, з використанням традиційної зброї, типово поєднаної з асиметричною тактикою («тероризмом») та використанням даних розвідки.

Щоб сприяти місіям такого типу, війська часто стратегічно розкидані по всій території проведення операції та розміщені в сільських населених пунктах, на так званих «базах вогневої підтримки» чи «базах передового розгортання» (FOB — forward operating bases). Залежно від потреб місії, чисельний склад військ, потенціал і вогнева міць даних сторожових загонів перебувають в стані постійної готовності до маневрених дій. Відповідно, надзвичайно важливо, щоб був налагоджений зв'язок між керівним ключовим персоналом та працівниками охорони психічного здоров'я в підрозділах. Також дуже важливий зв'язок із командуванням, медичними працівниками та військовими священиками, які є сполучною ланкою між потребами окремих осіб і потребами підрозділу та персоналом охорони психічного здоров'я. Призначення до конкретних FOB і баз вогневої підтримки окремих працівників охорони здоров'я, які періодично навідуватимуть підрозділи, до яких вони прикріплені, та обстоюватимуть їхні інтереси, сприятиме налагодженню таких взаємин і підвищенню морального духу. Ці працівники охорони психічного здоров'я сприяють встановленню дружніх стосунків серед особового складу військових частин на місцях і демонструють безперервність надання медичної допомоги тим, хто її потребує (рис. Д2.1 і рис. Д2.2).

Рис. Д2.1. Місія охорони психічного здоров'я OEF вимагає мобільності працівників

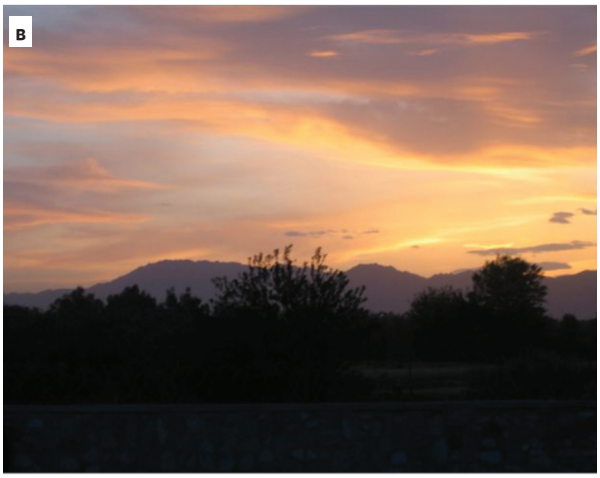


Рис. Д2.2. Заслужити довіру можна не лише завдяки медичним знанням, але й шляхом набуття спільного досвіду з солдатами: наприклад, можна ходити в піші патрулі (а); разом виконувати щоденну роботу у віддалених районах (б); або просто разом насолоджуватись азійським заходом сонця (в)

Профілактика

За класичною медичною моделлю профілактика — це діяльність, завдяки якій особа уникає розвитку хвороби чи патологічного стану (первинна профілактика), діагностування хвороби на ранній стадії чи запобігання її повторному прояву (вторинна профілактика) або уникнення погіршення захворювання та відновлення стану здоров'я до оптимального функціонування (третинна профілактика). Важливість профілактики неможливо переоцінити в районі бойових дій; вона може відігравати значну роль у готовності війська й ефективної місії.

Найчастіше військовослужбовці проводять низку тренувань до розгортання, що зазвичай передбачає стислі психологічні інструктування на різноманітні теми з охорони психічного здоров'я, зокрема щодо емоційного циклу розгортання чи загальної психіатричної симптоматології. Однак ці тренування, зміст і якість яких можуть різнитися, не гарантують якісного навчання, тому первинна профілактика має проводитись у районі бойових дій. Чудовим засобом досягнення результату є забезпечення платформи у масштабі всього театру бойових дій для докладного інформування всього персоналу, який прибуває зі США. Інший варіант — це знайомство з місцевими військовими священиками та медичними працівниками, які можуть надати інформацію про поширені проблеми і симптоми та пояснити, як зв'язатись зі службою охорони психічного здоров'я.

Військовослужбовці певних військово-облікових спеціальностей (ВОС) будуть відчувати підвищений ризик виникнення емоційних проблем та їхнього впливу в будь-який період воєнного часу. Необхідно завчасно визначати такі групи й регулярно їх відвідувати, використовуючи концепцію «терапії по колу», описану Міллікеном. Це необхідно робити для забезпечення засобами декомпресії, оцінювання стану та, якщо виникає така необхідність, для надання послуг із охорони психічного здоров'я. Зазвичай працівники поховальної служби, команди медичної евакуації, військові лікарі (хірурги і травматологи), медсестри,

військові священики, водії транспортних засобів і вище керівництво мають гарний результат завдяки вторинній профілактиці.

У разі окремої, часто травматичної події може використовуватись третинна профілактика. Сьогодні точиться багато суперечок щодо значення й ефективності управління стресом у критичному випадку чи дебрифінгу і, зокрема, щодо семиступеневої моделі Мітчелла. Зараз охорона психічного здоров'я Армії США підтримує концепцію управління травматичною подією (TEM — traumatic event management), що дає змогу лікареві створити програму відповідно до потреб підрозділу, враховуючи саму подію, історію підрозділу і темп бойових дій.

Незалежно від моделі, що використовується, третинна профілактика в районі бойових дій буде надзвичайно важливою. Лікарі відповідатимуть за втручання на власний розсуд при оцінюванні, наданні підтримки й навчанні командування різних підрозділів, які можуть і далі використовувати «застаріле» управління стресом у критичних ситуаціях (CISM — critical incident stress management).

Навчання

Розробка модифікованого, достатньо інтенсивного плану навчання сприятиме покращенню якості медичної допомоги і водночас послаблюватиме тягар робочого навантаження. Добре навчений працівник-технік охорони психічного здоров'я (помічник лікаря-психіатра — mental health technician) може ефективно виконувати обов'язки координатора прийому пацієнтів, фахівця з профілактики психічних розладів, надавати допомогу на основі навичок психотерапевта, працівника зі зв'язків з особовим складом, а також бути представником на базах передового розгортання. Інвестування часу в базове навчання та нагляд дадуть змогу значно підвищити ефективність охорони психічного здоров'я під час розгортання.

Окрім підвищення кваліфікації внутрішніх ресурсів, освітні зусилля, спрямовані на підтримку лікарів, фельдшерів і військових священиків, можуть сприяти покращенню медичного обслуговування на всій території району бойових операцій. Отримані знання з різноманітних тем, зокрема щодо термінології, діагностичного оцінювання, основ психофармакології, релаксації та сну, можуть ефективно прискорити ухвалення планів лікування і забезпечення їхньої ефективності, зменшити число непотрібних евакуацій і відфільтрувати справжні випадки розладів психічного здоров'я від випадків, пов'язаних із адміністративними або професійними питаннями.

Консультування

Працівники підрозділів із охорони психічного здоров'я є експертами з конкретних питань у галузі психічного здоров'я і бойового і оперативного стресу. У командирів часто виникає потреба скерування окремих осіб чи цілого підрозділу для проведення експертного оцінювання психічного стану та отримання рекомендацій стосовно їхніх проблем. Крім того, необхідні консультації щодо питань, які впливають на військових у період розгортання, зокрема щодо запобігання самогубствам, сексуальному насильству, а також планування передислокації. Працівник охорони психічного здоров'я також виконує функції консультанта медичних працівників усього району бойових дій із усіх родів і служб збройних сил США, а також осіб із цивільних підрядних організацій і країн коаліції.

Клінічні операції

Хоча більша частина місії добре засвоїла принципи та підходи підрозділів з контролю бойового і оперативного стресу, розмістити працівника охорони психічного здоров'я в кожній частині району бойових операцій неможливо через значну кількість баз передового розгортання та обмежені ресурси кадрів охорони психічного здоров'я. Таким чином, активи з охорони психічного здоров'я, як правило, діляться на дрібніші команди, які розташовуються в кількох місцях дислокації військ значної чисельності. Вони мають доступ до транспорту для переміщення в районі бойових дій, а також відповідні медичні та розвідувальні підрозділи й пункти управління.

Темп буденної клінічної роботи в період розгортання, як правило, не такий швидкий, як у гарнізоні. Рекомендується працювати у визначені години, а також скласти графік роботи за викликом. Створені в такий спосіб обмеження захищають від «перегорання» та водночас дають змогу зберегти доступність допомоги для тих, хто її потребує. Обсяг роботи в клініці залежить від місії підрозділу, наявних у ньому ресурсів і кадрів. Як правило, проводяться індивідуальні консультування і короткочасна терапія, обмежена за часом групова терапія на основі створених груп, управління лікарськими засобами, оцінювання психічного статусу (для спеціальних шкіл, служб чи адміністративних відділень), оцінювання стану військовослужбовців, скерованих командуванням. Окрім того, відбуваються семінари за такими темами, як управління гнівом, зниження стресу, відмова від куріння і проблеми стосунків.

Як і в усіх клінічних операціях, заздалегідь повинні бути розроблені стандартні операційні процедури, яких необхідно дотримуватись. Ролі, відповідальність, командна структура, документація, зберігання записів, прийом, евакуація, доступність працівників за викликом, а також політика щодо різних програм (таких як запобігання суїцидам, оцінювання стану військовослужбовців, скерованих командуванням тощо) — це теми, які мають бути офіційно викладені в стандартній операційній процедурі. Вона має бути зрозумілою, стислою і легко сприйматися всіма членами команди охорони психічного здоров'я.

ОПЕРАЦІЇ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В АФГАНІСТАНІ

Наприкінці 2001 року в районі бойових дій в Афганістані перебувала незначна кількість працівників охорони психічного здоров'я. Так, у місті Кандагарі служили двоє техніків з охорони психічного здоров'я. Окрім того, в Узбекистані, до переміщення в аеропорт Баграм на початку 2002 року, працювала команда в складі соціального працівника, трудотерапевта й двох фахівців із охорони психічного здоров'я. Психіатр і соціальний працівник надавали консультативні послуги в Кувейті. Звідтоді від ротації до ротації спостерігалося посилення присутності працівників охорони психічного здоров'я.

До загальних проявів психічних розладів належать професійні чвари, проблеми в стосунках із партнером, проблеми зі сном і стрес. Психосоматика, тривога та стани депресії становлять найменше число з-поміж усіх випадків, а психотичні розлади та чисто бойові симптоми розладів — дуже рідкісне явище. Можна очікувати постійного потоку командноскерованих пацієнтів для оцінювання та інших адміністративних психіатричних завдань, проте працівники охорони психічного здоров'я повинні підтримувати здоровий скептицизм щодо вторинної вигоди.

Ефективні програми спостереження і профілактики, доступ до охорони психічного здоров'я в районі бойових дій та подальшого відновлення сприяли поверненню 98 % пацієнтів до виконання службових обов'язків упродовж останніх років. Попри досягнутий успіх Афганістан характеризується багатьма унікальними проблемами, які можуть поставити під загрозу задовільне виконання місії з охорони психічного здоров'я. Ці проблеми потребують вирішення для забезпечення ефективності місії.

Командні інстанції

Служба в Міжнародних силах сприяння безпеці (ISAF — International Security Assistance Force) має багато рівнів командних складнощів, що часто поглиблюються через спільні зусилля та модульні принципи Армії. Працівники охорони психічного здоров'я повинні тісно співпрацювати з іншими службами Збройних сил та навчитись досягати домовленостей із командними структурами. Крім того, ролі й обов'язки, а також командна ланка повинні бути швидко налагоджені таким чином, щоб усі зацікавлені сторони розуміли специфіку місії.

Матеріально-технічне забезпечення

Робочі місця для підрозділів з охорони психічного здоров'я обираються залежно від виду діяльно-

сті в районі бойових дій, чисельності військ, наявності інфраструктури, даних розвідки, підтримки команди й можливості її переміщення на театрі бойових дій. Зважаючи на ці змінні, нещодавніми робочими місцями для підрозділів з охорони психічного здоров'я в Афганістані були міста Баграм, Кандагар, Оргун-Е, Джалалабад, Кабул і Салерно. Оскільки війська розкидані по всьому району бойових дій і є дуже мобільними, клінічні бази можуть змінюватись під час ротацій відповідно до розвитку потреб місії. Окрім того, може бути корисним тимчасове перебування працівників охорони психічного здоров'я в окремих FOB і базах вогневої підтримки на підставі даних тактичної оперативної розвідки. Нарешті, діяльність команд COSC має бути гнучкою, щоб вони були здатними пристосуватись до району бойових дій без сталої лінії фронту.

Системи зв'язку

Хоча район бойових дій значно змінився, доступ до телефону й інтернету залишається ненадійним. Це потребує розроблення планів на випадок непередбачених обставин і творчого вирішення проблем, поки системи зв'язку не нормалізуються.

Пересування

Переміщення в межах району бойових дій надзвичайно важливе для успіху місії, проте його організація залишається неефективною. Команди COSC, скеровані до бойових підрозділів, як правило, чекають кілька днів на переміщення в обох напрямках для виконання своєї місії. Польоти часто скасовуються через бойові операції, технічні проблеми чи погодні умови. Наземні конвої мають ті самі обмеження в поєднанні з ризиком застосування місцевим населенням саморобних вибухових пристроїв. Щоб поліпшити ситуацію, необхідно встановити зв'язок із місцевими керівниками повітряного і наземного руху, дізнатись про всі можливі способи переміщення до конкретних точок (наземні конвої, планові кругові обльоти гелікоптерів по колу, спеціальні ротаційні польоти короткої посадки і зльоту) та підготуватись до затримок.

Документація

Під час OEF була створена електронна програма надання медичної інформації в театрі бойових дій (TMIP — theater medical information program). Це значно вдосконалило процес догляду за пацієнтами. Однак не всі підрозділи медичного забезпечення матимуть однакові технології чи можливість технічного обслуговування. Створення документації стандартних операційних процедур та використання «журналів реєстрації FOB» дасть змогу скласти список пацієнтів і стимулювати плавний перехід догляду від однієї дільниці до іншої.

Збір даних

З історичної точки зору статистичної системи збору даних або узгоджених критеріїв оцінювання результату для порівняння між ротаціями ніколи не існувало. Отже, майже неможливо порівняти відповідні статистичні відомості з нинішніх і попередніх розгортань. TMIP дасть змогу зібрати деякі демографічні й діагностичні дані, але комплексну програму з повноцінними критеріями результату ще належить створити.

ВИСНОВКИ

Працівники охорони здоров'я стикаються з низкою труднощів у наданні якісних послуг з охорони психічного здоров'я в умовах розгортання. Крім того, OEF характеризується особливими труднощами, що надзвичайно ускладнює і без того непросту місію. Однак раціональні стратегії міцно закорінені в концептуальній військовій психіатрії; вони сприяють розвиткові комплексної системи медичного забезпечення військовослужбовців, а також є ефективними в справі збереження бойової сили.

ПРИКЛАДИ З ПРАКТИКИ

Приклад із практики Д2.1. Значення історії хвороби (HPI — History of Present Illness).

Ситуація: одружений білий чоловік дійсної військової служби, який у минулому не мав жодних проблем із психікою, сам звернувся по допомогу до клініки у Баграмі. Він повідомив, що мав думки про самогубство, а також протягом останніх п'яти діб потерпав від проблеми зі сном. Військовослужбовець також розповів, що його дружина, імовірно, зраджувала його. Він припускав, що єдиною можливістю врятувати шлюб було повернення додому. Якщо ж він не зможе повернутись додому, то «жити не варто». Детальне опитування й оцінювання суїцидальної схильності виявили низький ризик заподіяння собі каліцтва, а також відсутність чіткого плану. Після проходження половини терміну служби чоловіка просто відправили на 3 дні на відпочинок для відновлення сил (R&R — rest and recuperation); він очікував у перехідному статусі в Баграмі свого перельоту назад до FOB.

Оцінка: розлад у сімейному житті, професійна проблема з умовною суїцидальною поведінкою.

Лікування: щоденна підтримувальна терапія в очікуванні польоту, полегшення симптомів за допомогою амбієну (Zolpidem — N,N,6-триметил-2-(4-метилфеніл) імідазоло[1,2-а]піридин-3-ацетамід), повернення до FOB якомога швидше.

Навчальні аспекти:

1. Очікуйте напливу самостійних звернень опісля закінчення половини терміну служби та періоду R&R.
2. Проводьте детальне оцінювання стану кожного солдата.
3. Впливайте на реальні симптоми, такі як проблеми зі сном; навчайте та підтримуйте солдатів.
4. Чітко фіксуйте надію, що військовослужбовці повернуться до свого підрозділу.
5. Виявляйте місця повернення з R&R і встановлюйте присутність медичного персоналу в цих місцях. Коли солдати повертаються до району бойових дій, їм зазвичай доводиться чекати кілька днів, перш ніж їх відправлять назад до FOB. Упродовж цього часу вони перебувають у перехідному стані, без обліку. Налагоджуйте зв'язок із військовослужбовцями в таких місцях, щоб надавати персоналові, який там працює, щоденні завдання, та відслідковуйте повернення солдатів до FOB та підрозділу.

Приклад із практики Д2.2. Управління травматичною подією пішло не за планом.

Ситуація: гелікоптер розбився в районі бойових дій, що призвело до кількох смертей. Приблизно через тиждень у клініку надійшов запит від капелана та лікаря авіаційного підрозділу щодо надання допомоги в заслуховуванні звіту про причини трагедії. Усі працівники охорони психічного здоров'я об'єднали свої зусилля, аби допомогти розібратися з цим відомим інцидентом.

Процес. Лікар авіаційного підрозділу детально розповів про аварію. Капелан надав інформацію про підрозділ. Було обрано належне місце для зустрічі з тими, хто знав осіб із цього підрозділу. З огляду на значну чисельність військовослужбовців у підрозділі було вирішено провести збори в два етапи: одні — для офіцерів, а другі — для солдатів контрактної служби. Збори розпочалися з розповіді командира, який описав аварію і надав оновлену інформацію щодо розслідування. Далі він відповідав на запитання. Потім військовослужбовцям запропонували розійтись або залишитись на дебрифінг за бажанням. Усі присутні (хоч багато хто й неохоче) залишились. Представники командування, не відомі працівникам охорони психічного здоров'я, залишились у кімнаті й робили нотатки. Капелан перебрав на себе роль співкоординатора, але почав переривати тих, хто виступав, робив недоречні зауваження і врешті полишив дебрифінг. Обурення серед солдатів було відчутним, і працівника охорони психічного здоров'я, очевидно, розцінювали як агента командування.

Навчальні аспекти:

1. Ретельно вивчайте історію підрозділу; неадекватна доповідь у цій ситуації була спричинена давньою ворожістю між солдатами і командуванням.
2. Якщо ТЕМ передбачає груповий метод, робіть ці збори справді добровільними, без жодного впливу командування чи записів стосовно присутності.
3. Виявляйте, хто забезпечує проведення зборів, перш ніж продовжувати підготовку.
4. Будьте уважними: не сприяйте динаміці дебрифінгу шляхом поділу солдатів та офіцерів

на окремі групи, не загострюйте конфлікту в такий спосіб.

Приклад із практики Д2.3. Використовуйте свої навички і будьте креативними.

Ситуація: підрозділ став учасником небойової дорожньо-транспортної пригоди, що трапилася в густонаселеному цивільними особами районі. Попри зусилля військовослужбовців уникнути дорожньо-транспортної пригоди, кілька цивільних було травмовано, кілька загинули. Коли солдати допомагали постраждалим, натовп почав зростати і виявляти ворожість. Багато солдатів пригадали подібну ситуацію з кінострічки «Чорний яструб». Військовослужбовці почали побоюватися щодо власної безпеки. Невдовзі атмосфера стала ще напруженішою: цивільні почали кидати в солдатів камінням та іншими предметами. Коли військові повернулись до FOB, командир підрозділу надав запит про допомогу своїм солдатам. Психіатр приїхав до FOB і провів кілька днів, допомагаючи солдатам привести до норми свої почуття та реакції на подію. Він запропонував за можливості поступово повертати солдатів до їхньої діяльності поза межами зони військового табору. Тому гуманітарна місія була розташована в сусідньому селищі. Психіатр супроводжував конвой підрозділу як лікар первинної допомоги гуманітарної місії. Він також був поряд із солдатами, більшість із яких були проти відрядження за межі FOB.

Навчальні аспекти:

1. Довіра досягається завдяки клінічній компетентності, ефективному спілкуванню, чесності й тісній взаємодії з солдатами. Творчий підхід при встановленні взаєморозуміння сприяє цьому.

Приклад із практики Д2.4. Перукар із Росії.

Ситуація: психіатр підрозділу вийшов за ворота й побачив підозрілого чоловіка, який сидів навпочіпки край дороги. Психіатр спробував із ним поговорити, проте ці зусилля виявились марними через мовний бар'єр. Отже, психіатр пішов по допомогу. Чоловік рушив за ним і спробував вихопити зброю. Психіатр відштовхнув руку чоловіка, той пішов геть. Трохи згодом військова поліція привела до військового шпиталю чоловіка, якого знайшли біля огорожі мінного поля. Перекладач із російської мови перекладав діагностичне психіатричне опитування. Молодий чоловік у минулому вже мав депресію, але його успішно вилікували в Росії. Його найняли працювати перукарем у військовій установі. Від моменту прибуття в Афганістан у чоловіка почалися прояви депресії з галюцинаціями і суїцидальними думками. Його лікували в польовому госпіталі (CSH) з конвойним наглядом, покращуючи стан за допомогою оланзапіну (Olanzapine — Thienobenzodiazepine). Перукаря евакуювали з району бойових дій через 48 годин і повернули в Росію для подальшого лікування.

Навчальні аспекти:

1. Для військовослужбовців США встановлено суворі процедури перевірки, чого не можна сказати про значне число підрядників, які працюють у підрозділах підтримки OEF.
2. Як один із кількох експертів з питань охорони психічного здоров'я країни ви побачите, що вам знадобляться навички в галузі психіатрії різних культур — від культури афганців до традицій цивільних працівників коаліційних сил різних національностей, які працюють за контрактом.
3. У системі CSH відсутні стаціонарні психіатричні відділення. Якщо пацієнтам потрібна госпіталізація, їх зазвичай приймають до CSH з конвойним наглядом до моменту евакуації.

Приклад із практики Д2.5. Думайте про кінцевий результат.

Ситуація: медичні працівники на південному сході Афганістану дедалі більше розчаровувались у медичних правилах збереження «життя, кінцівки чи зору» (preserve life, limb and eyesight) та в сучасних правилах застосування зброї (ROE — Rules of engagement) стосовно сотень місцевих громадян, які приходили до воріт, благаючи про надання медичної допомоги. Лікарі самостійно організували зв'язок з міністром охорони здоров'я, а також провідними неурядовими організаціями, які надавали медичну допомогу в Кандагарі. У результаті вони знайшли колишнього декана медичної школи, яка на той час уже не існувала, створили медичну бібліотеку за рахунок пожертвувань лікарів, які брали участь у розгортанні, й організували навчання. Американські лікарі навчали студентів-медиків за власними спеціальностями й організували матеріально-технічне і медичне забезпечення для місцевої лікарні. До завершення 12-місячної ротації місцева лікарня могла впоратися з лікуванням ран легкого та середнього ступеня складності у разі виникнення масових уражень населення в місті.

Навчальні аспекти:

1. Повстанські конфлікти можна частково залагодити завдяки послідовним гуманітарним зусиллям.
2. Якщо ви розчаровані складнощами розгортання, зробіть щось конструктивне, щоб змінити ситуацію.

Додаток 3

ГАРНІ ЧИ ПОГАНІ НОВИНИ? РЕПОРТАЖІ ЗМІ ПРО ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: УВАГА ДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ІРАКУ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ «ІРАКСЬКА СВОБОДА 05-07»

Джефрі С. Ярвіс[I] · Елспет Кемерон Річі[II]

ВСТУП

ОСНОВИ СПІЛКУВАННЯ ІЗ ЗАСОБАМИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ

ВИНИКНЕННЯ ПРОБЛЕМ ЧЕРЕЗ РЕПОРТАЖІ ЗМІ ЩОДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ІРАКУ

Рівень суїцидів в Армії

«Багдад: невідкладна допомога»

Хадіса

ВИСНОВКИ

[I] Магістр соціального управління, доктор філософії, підполковник, Медичний корпус, Армія США; керівник відділення психіатрії, BordenPavilion, Військово-медичний центр Волтера Ріда, 6900 Georgia Avenue NW, Washington, DC 20307; у минулому — завідувач кафедри соціальної роботи, Військово-медичний університет, Bethesda, Maryland.

[II] Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому — консультант начальника військово-медичної служби Армії США з психіатрії та директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз — головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

ВСТУП

Питання охорони психічного здоров'я військовослужбовців під час війн в Іраку й Афганістані постійно цікавили засоби масової інформації (ЗМІ). Найбільшу увагу преси привертали такі основні проблеми, як самогубства, звільнення з Армії, психотропні лікарські засоби, фізична підготовка перед розгортанням, медичний догляд поранених військовослужбовців і турбота про них та черепно-мозкові травми. У цьому додатку розглянуто принципи взаємодії та спілкування зі ЗМІ з подальшим обговоренням випадків висвітлення інформації у ЗМІ за конкретні проміжки часу. Окрім того, зосереджено увагу на таких питаннях: «Чи правильно ЗМІ подають інформацію про психічні розлади солдатів?», «Яким чином подана в ЗМІ інформація про психічне здоров'я солдатів впливає на операції охорони психічного здоров'я?». У цьому додатку розповідається про можливий шкідливий вплив через негативне зображення солдатів із психічними розладами за допомогою прикладів з операції «Іракська свобода (OIF) 05-07» та обговорення таких болючих проблем, як самогубство. Також аналізується те, як впливає на громадськість зображення бойового середовища, зокрема за допомогою документальної кінострічки «Багдад: невідкладна допомога» (Baghdad ER), а також заплутані події, як-от убивства у місті Хадіса. У деяких випадках репортажі ЗМІ здатні збільшити стигму військовослужбовців, які мають проблеми з психічним здоров'ям, і вплинути на роботу військової охорони психічного здоров'я. В інших випадках представники засобів масової інформації, порадившись із військовими працівниками охорони психічного здоров'я та вищим керівництвом, можуть розповісти широкому загалу про події, справді варті розголосу.

ОСНОВИ СПІЛКУВАННЯ ІЗ ЗАСОБАМИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ

ЗМІ часто звертаються до військових працівників охорони здоров'я. Перше правило працівника охорони здоров'я під час контакту з журналістом — зв'язатися з управлінням зі зв'язків із громадськістю (PAO — Public affairs office). Працівники PAO після переговорів із представниками ЗМІ вирішують, чи є доцільним таке спілкування, та приймають рішення щодо інтерв'ю. Працівник охорони здоров'я, який дає інтерв'ю, має бути готовим до неочікуваних запитань, пам'ятати, що його слова можуть вирвати з контексту. Оратор, який читає лекції, також повинен пам'ятати, що ЗМІ часто присутні серед слухачів. Перед будь-якою промовою працівники PAO повинні надати відповідні вказівки ораторові. Перед спілкуванням зі ЗМІ вказівки мають отримати й військові лікарі.

ВИНИКНЕННЯ ПРОБЛЕМ ЧЕРЕЗ РЕПОРТАЖІ ЗМІ ЩОДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ІРАКУ

Коли почалася OIF 05-07, війна в Іраку тривала вже четвертий рік. Як і всі війни, Іракська була надзвичайно складною з постійно мінливою динамікою. Поле бою значно змінилося від 2003 року, коли

Армія США вперше вступила на територію Іраку: протягом перших кількох місяців здебільшого проводились бойові операції, а надалі впроваджувалися цивільно-військові заходи. За цей час противник також еволюціонував від організованих сил Іраку до різноманітних груп ополченців включно з іноземними бойовиками. У країні проживають понад 1100 племен. Території племен часто простягаються за межі державного кордону Іраку. Окрім того, Ірак відчуває зовнішній тиск з боку інших держав. Різні релігійні та етнічні групи змагаються за обмежені ресурси відповідно до культурної традиції бедуїнів. Приватири* та торговці чорного ринку призвели до хаосу в соціальному середовищі та економіці країни. Іракські політики мають різні погляди на управління державою. Попри таке складне середовище, що постійно еволюціонує, звіти ЗМІ інколи надають спрощене уявлення щодо безперервного конфлікту через насильство на релігійному підґрунті між сунітами, шиїтами і курдськими групами.

Щоб допомогти солдатам подолати робочі й емоційні труднощі, на всій території Іраку були розміщені підрозділи з контролю бойового стресу та охорони психічного здоров'я. За час OIF 05-07 безперервна війна в Іраку вплинула на охорону психічного здоров'я у двох важливих напрямах. По-перше, тривалість розгортання дала змогу військовим керівникам ознайомитись із проблемами та наслідками періоду OIF I (першої ротації) та OIF II (другої ротації). Відповідно, виникла потреба нової політичної стратегії з метою створення спільноти охорони психічного здоров'я (зокрема, щодо профілактики самогубств, використання психотропних лікарських засобів; для більш детального ознайомлення з цими темами див. розділ 25 «Запобігання суїцидам в Армії США: набутий досвід та напрями на майбутнє» і розділ 10 «Застосування психотропних препаратів у військовій психіатрії»). По-друге, тривалість конфлікту і кількість поранених і хворих призвели до зростання зацікавленості ЗМІ війною загалом і кількістю підрозділів охорони здоров'я, послугами яких можуть користуватись військовослужбовці, зокрема. Хоча й неможливо визначити, наскільки суттєво ЗМІ вплинули на щоденні операції працівників охорони здоров'я, постійна пильна увага дійсно хвилювала військове керівництво. Це стало причиною збільшення кількості підрозділів охорони здоров'я.

Репортажі ЗМІ з війни беруть свій початок від моменту появи газетної журналістики. Протягом Другої світової війни, з появою кінематографії, воєнні репортажі завойовували увагу дедалі ширшої глядацької аудиторії. У цей період, як і під час війни в Кореї, більшість відеорепортажів показували в кінотеатрах. А під час війни у В'єтнамі репортажі про події на війні почали транслювати по телебаченню для широкої аудиторії американських телеглядачів. Такий відеоматеріал, перш ніж пустити в ефір, попередньо редагували, адже у ЗМІ не було можливостей для прямих включень із поля бою. Від початку війни у Перській затоці (1990–1991) журналісти отримали змогу транслювати прямі включення з місця подій прямо в ефір телебачення. Командувачі та політики просто не мали часу, щоб переглянути, який саме матеріал транслюватиметься, і в багатьох випадках вони дізнавались про проблеми лише після того, як їх озвучували ЗМІ.

Наступні три проблеми, зокрема суїциди, демонстрування документальної стрічки про невідкладну допомогу в Багдаді та події в місті Хадіса, відбулись під час OIF 05-07. Розглянемо, як про них повідомляли в ЗМІ та яких заходів вжило військове керівництво. Не можна повністю виміряти ні характеру останніх досягнень у сфері ЗМІ, ні впливу ЗМІ на громадську думку. Проте нелегко уявити, що репортажі про охорону психічного здоров'я могли мати шкідливий вплив на роботу і поведінку військовослужбовців. Згадка про Абу-Грейб чи Хадісу може викликати широкий спектр реакцій: від належної поінформованості до поширення чуток. Це саме той випадок, коли можна відчути справжню владу ЗМІ та силу їхнього впливу. Позитивний вплив полягає в тому, що військовий сектор частіше привертає увагу і, таким чином, отримує необхідну політичну підтримку. Так з'являється можливість займатися важливими психологічними потребами військо-

* Приватири (англ. Privateers) — приватні особи, які мають дозвіл від держави захоплювати торгові кораблі противника чи навіть нейтральних держав. — *Прим. пер.*

вослужбовців, наприклад вирішувати проблеми суїцидів у Армії.

Рівень поширення суїцидів у Армії

Від 2003 року різні джерела ЗМІ почали повідомляти, що рівень поширення суїцидів значно зріс і що найбільше самогубств спостерігалася серед військовослужбовці, які брали участь у розгортанні в Іраку та Кувейті [1]. Хоча, за даними статистики, рівень поширення суїцидів у Армії залишався нижчим, ніж серед цивільних осіб такої самої вікової групи, начальник медичної служби Армії США генерал-полковник Джеймс Пік сказав: «Будь-яка спроба самогубства — це для нас привід занепокоїтись і прагнути не допустити його скоєння» [2]. Попри те, що статистичні дані збігалися зі свідченнями про тенденції в цивільному секторі, необхідно було дотриматися всіх рекомендацій, включно з удосконаленням програми запобігання суїцидам в Армії та створенням умов для кращої доступності охорони психічного здоров'я солдатам у бойовому середовищі та в будь-яких інших умовах високого стресу. Однак звіти ЗМІ, зокрема статті про самогубства, можуть змінювати напрям роботи місії та впливати на підрозділи охорони психічного здоров'я, відволікаючи обмежені ресурси для реагування на подібну звітність.

В Армії перше опитування щодо стану психічного здоров'я проводилось у бойовій зоні в 2003 році (для детальнішого обговорення процесу опитування див. розділ 5 «Внесок Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда (WRAIR) в операції «Іракська свобода» та «Непохитна свобода»: від досліджень до політики охорони здоров'я»). Відповідно до розпорядження командувача, Сили багатонаціональної оперативної групи-7 (Combined Joint Task Force-7) об'єднаного центрального командування Армії США створили консультаційну команду з питань охорони психічного здоров'я (МНАТ). Команда повинна була провести опитування та надати рекомендації стосовно послуг охорони психічного здоров'я під час OIF. Від кінця серпня до початку жовтня 2003 року 12 військових і цивільних психіатрів, психологів, соціальних працівників і фахівців із бойового стресу опитали 756 військовослужбовців в Іраку. Вони також опитували працівників охорони психічного здоров'я, медичний персонал, командирів підрозділів і військових священиків підрозділів. Опитування проводилось у несприятливих умовах: наприкінці дуже спекотного літа; бракувало ще більшої частини інфраструктури, що могла б покращити умови проживання. Крім того, більшості військовослужбовців ще не було відомо, що їх переведуть на місця постійного базування їхніх підрозділів. Командир групи першої МНАТ полковник Віргіл Паттерсон повідомив, що один із чотирьох опитаних військовослужбовців мав помірні чи серйозні емоційні або сімейні проблеми, а також зловживав алкоголем. Більше половини військовослужбовців мали низький чи дуже низький моральний дух.

Після того, як у ЗМІ почали з'являтись репортажі про суїциди, фахівці з охорони психічного здоров'я отримали на додачу до своїх важливих обов'язків завдання підтримувати поточні чіткі дані про суїциди в районі бойових дій та бути готовими реагувати на повідомлення ЗМІ. Наприклад, у 2003 році в газеті «Балтімор Сан» з'явилася стаття під заголовком «Рівень самогубств в Армії стривожив фахівців» і підзаголовком «Більшість із них служили в Іраку і померли після головного етапу активних бойових дій» [3]. Подібні новини з'явились у більшості провідних медіаагенцій та газет. Пізніше в статтях використовували висловлювання, подібні до тих, які вжила «Балтімор Сан» у 2003 році. Наприклад, газета «Хартфорд Каррент» у 2007 році висловилася так: «В Армії і далі борються з суїцидами», а також: «Рівень самогубств в Іраку за 2006 рік може перевищити рекордне число суїцидів 2005-го» [4]. Від початку OIF05-07 зростання рівня поширення суїцидів мало місце серед військовослужбовців дійсної активної служби; детально про це розповідається у розділі 25 «Запобігання суїцидам в Армії США: набутий досвід та напрями на майбутнє».

«Багдад: невідкладна допомога»

У 2006 році телекомпанія HBO (Home Box Office) створила документальну кінострічку «Багдад: невідкладна допомога». Фільм, у якому розповідається про роботу відділення невідкладної допо-

моги військового польового шпиталю, є яскраво оформленою графічно й емоційною розповіддю про реалії війни. На початку фільму продюсери зазначили, що 90 % поранених військовослужбовців в Іраку виживають — це найвищий відсоток виживання в американській військовій історії. (Під час OIF 05-07 відсоток виживання досяг 96 %) [5].

Завдяки візуалізації подій документальна кінострічка може стати потужним інструментом нагадування чи «пусковим механізмом» для військовослужбовців, які залишаються беззахисними перед впливом вигляду, звуків чи запахів бойових травм. «Багдад: невідкладна допомога» — саме таке жорстоке нагадування про брутальні реалії війни. Багатьом урядовцям дозволили переглянули документальній фільм до офіційного показу, щоб завчасно підготуватись до його впливу. На той період начальник медичної служби Армії США, генерал-полковник Кевін Кілі (Kevin Kiley) рекомендував підготувати медичний план Армії для тих осіб, які отримають глибоке враження від перегляду стрічки. Кілі сказав: «Цей фільм матиме вражаючий вплив на глядачів і може занепокоїти деяких солдатів та членів їхніх сімей» [6]. Він також зазначив: «Дехто може мати сильні реакції на хірургічні процедури, такі як ампутація кінцівки» [6]. Кілі зауважив, що військові лікувальні заклади повинні бути готові допомагати військам та членам сімей, котрі засмутяться через перегляд кінофільму. Він запропонував подовжити робочі години лікувальних закладів охорони психічного здоров'я та активно допомагати військам [6]. Також Кілі акцентував увагу на тому, що родини військовослужбовців і солдати з проблемами психіки можуть мати додаткові психологічні потреби після перегляду програми. Жодних негативних впливів після перегляду програми не було виявлено, хоча спостереження не велися систематично. Після бесід з глядачами один із авторів повідомив про позитивну реакцію на програму.

Хадіса

Додатковий інтерес із боку ЗМІ до військовослужбовців в Іраку з'явився після вбивства 23 іракців 19 листопада 2005 року в місті Хадіса (західна іракська провінція Анбар). Вважалось, що ці вбивства стали помстою за напад на американських морських піхотинців із застосуванням саморобного вибухового пристрою, унаслідок чого було вбито молодшого капрала Мігеля Терразаса (Miguel Terrazas) [7]. В офіційній заяві морської піхоти спершу стверджувалось, що в результаті вибуху бомби загинуло 15 цивільних осіб. Згодом морські піхотинці відкрили вогонь проти ворожих сил, які напали на колону, внаслідок чого було вбито 8 повстанців. Однак докази, наведені в ЗМІ, суперечили даним про число жертв, які повідомили в морській піхоті [7]. Згідно з повідомленнями ЗМІ, принаймні 15, а можливо, і всі жертви були цивільними особами; їх убили морські піхотинці.

Обговорюючи події в Хадісі, психіатр Роберт Джей Ліфтон (Robert Jay Lifton) пояснює: «Жорстокість і безчинства — це групове діяння» [8]. У зв'язку з цим він написав: «Приписувати можливу різанину в Хадісі "кільком паршивим вівцям" чи "окремим невдачам" — це погана психологія і корисливий моралізм» [8]. Ліфтон говорить, що випадок у Хадісі можна зрозуміти як те, що він називає «ситуацією, яка спричинила безчинства». Такій ситуації Ліфтон дає визначення.

> Психологічна ситуація з використанням військової сили, структурована таким чином, що звичайні люди, чоловіки чи жінки, ні кращі, ні гірші за нас із вами, можуть коїти безчинства... Визнавши, що жорстокість та безчинства — групова дія, виникає питання: як же окремі солдати з готовністю приєднувались до групи? Я вважаю, що вони проходили через певний тип розщеплення особистості, який я називаю «подвоєнням»; це формування власного другого «я». Індивідуальна психіка може адаптуватись до середовища, що породжує безчинства, за допомогою «суб-я», яке поводиться як автономне «я» і, таким чином, бере участь у діяльності, котра в іншому випадку задавалась б огидною [8].

У середовищі та умовах, де дозволена жорстокість стає нормою, гоміцидальні думки та імпульси, що «сплять» у більшості людей, імовірно, можуть реалізуватись [9]. Жорстока та насильницька енергія групи досягає такого рівня, коли проти окремого військовослужбовця, який чи яка має сумніви, може повстати вся група. (Наприклад, ветеран

війни у В'єтнамі, який був у селищі Май Лай*, розповів автору [JY], що він відмовився стріляти і демонстративно опустив ствол пістолета до землі). Для того, щоб протистояти сильному тиску групи, необхідне поєднання совісті та моральної мужності — це ті якості, які військова служба прагне прищепити солдатам як «основні цінності».

Раніше Ліфтон пояснював концепцію виникнення ситуацій із безчинствами під час лекції про можливі тортури ув'язнених в Абу-Грейб [8]. Він зазначав, що у таких ситуаціях, хоча особи й відповідальні за власні вчинки, при спробах приписати провину за безчинства, можливо, краще дослідити умови та приклади, які наводить вище командування. Коли правила щодо правомірності використання зброї прописані нечітко або існують певні нез'ясовані моменти щодо того, які методи варто використовувати для досягнення «гідного» завершення, шансів, що солдати дотримуватимуться цінностей, які їм намагалися прищепити, значно менше. Крім того, стрес виникає внаслідок того, що військовослужбовці не знають, хто їхній ворог, почуваються в небезпеці та постійно стають свідками жорстоких вчинків. У сукупності ці ситуації впливають на поведінку, яка часом може перейти межу правил використання зброї. На додачу інколи військовослужбовцям у запалі бою або за обставин, що перебувають за межами їхнього досвіду чи знань, важко діяти відповідно до правил. Таке пояснення не означає, що можна ухилитись від відповідальності. Проте воно дає підстави говорити про процес «патологізування» нового покоління військовослужбовців.

Політика, соціальний контроль і психічне здоров'я вже давно пов'язані одне з одним. Наприклад, діагностичні терміни здатні відбивати упередження людей і певних періодів розвитку суспільства. Так, «істерія» — термін, який, по суті, передбачає упередження щодо жінок. Термін «психічне здоров'я» використовувався як для обмеження громадських прав, так і для їх захисту. Останні розглядав і описував психіатр Томас Затц [10]. У 1961 році він стверджував, що «психічне захворювання» та загроза потрапити до спеціального лікувального закладу були засобами, за допомогою яких суспільство контролювало осіб, які не дотримувались основ загальноприйнятної моралі. Він виступав на захист прав тих осіб, які були госпіталізовані таким чином, та започаткував рух, за допомогою якого було звільнено багатьох пацієнтів, замкнених у лікувальних закладах [10].

ВИСНОВКИ

Надання послуг з охорони психічного здоров'я у збройних силах відрізняється від подібної практики в цивільному середовищі однією рисою: завданням військових працівників охорони психічного здоров'я є збереження бойової потуги збройних сил. Таким чином, окрім того, що військові працівники охорони психічного здоров'я лікують окремих осіб, вони також приділяють увагу всім пацієнтам, які перебувають у медичній установі. Вони виконують свою місію, одночасно дбаючи про добробут військового персоналу та його родин. Однак цих працівників можуть відволікати ситуації, які неминуче виникають, коли складні проблеми психічного здоров'я подаються в спрощеному вигляді. ЗМІ здатні привертати увагу до сфер, які дійсно потребують змін. Проте ЗМІ також можуть створити сенсацію з будь-якої теми, про що свідчать такі заголовки, як «Потужна суміш: золофт і зброя» [11].

Чіткі дані про стан психічного здоров'я надзвичайно важливі для курсу й програми допомоги в умовах бойового та професійного стресу. Однак нечітко сформульовані, незрозумілі або вирвані з контексту відомості здатні підірвати загальну підтримку військовослужбовців і потенційно вплинути на їхнє психічне здоров'я. До можливих сфер, що матимуть наслідки через висвітлення проблем у ЗМІ, належать, зокрема, такі, як зміна політики щодо евакуації постраждалих військовослужбовців, які мають проблеми з психічним

* Май Лай — селище, яке було повністю знищене американськими військами і стало одним із символів військових злочинів. — *Прим. пер.*

здоров'ям; обмежене використання психотропних препаратів у районі бойових дій; зменшення довіри до «інстинктів» працівників охорони здоров'я. Через подібний практичний вплив з'явився термін «ефект CNN» [Cable News Network]. Це рядно на два боки: «стратегічний чинник сприяння» і потенційний практичний ризик [12].

Важко дати кількісну оцінку оперативному чи стратегічному впливові, який можуть справляти ЗМІ на процес планування і виконання операцій з охорони психічного здоров'я. Проте очевидно, що ЗМІ — це потужна сила, яка формує середовище, де можуть працювати фахівці з охорони психічного здоров'я. Таким чином, лікарі повинні в своїй практиці виявляти ініціативу, щоб демонструвати ефективність своєї роботи, планувати ефективне втручання та операції для контролю бойового та професійного стресу, а також допомагати з оглядом військовослужбовців та спостереженням за ними в межах їхніх обов'язків. ЗМІ також мають вагоме значення у залученні необхідної уваги до ситуацій у збройних силах, що впливають на військовослужбовців як у гарнізоні, так і в бойових умовах. Така унікальна взаємодія двох професійних спільнот спроможна зробити значний внесок у збереження бойової сили. Ця місія, звісно, і є завданням всіх членів військово-медичної спільноти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Miles D. 2003 Suicide rates elevated among [Operation] Iraqi Freedom troops; 2004 rates dip. *American Forces Press Service*. March 25, 2004. Available at: http://www.defenselink.mil/news/newsarticle.aspx?id=27000. Accessed August 4, 2010.
2. Miles D. Army suicide rate in combat zones elevated. *American Forces Press Service*. March 26, 2004. Available at: http://usmilitary.about.com/cs/terrorism/a/arsuicide.htm. Accessed August 4, 2010.
3. Martinez M. Army's suicide rate has outside experts alarmed: most died serving in Iraq after major combat phase. *Baltimore Sun*. December 30, 2003. Available at: http://www.commondreams.org/headlines03/1230-01.htm. Accessed August 4, 2010.
4. Chedekel L, Kauffman M. Army's suicide struggles continue: 2006 rate of self-inflicted deaths in Iraq could exceed record set in 2005. *Hartford Courant*. January 31, 2007. Available at: unfitstrugglescont-jan31-2007,0,4648693.story. Accessed August 4, 2010.
5. Swann S, Berry T. Task Force 30th Medical Brigade Commander's Overview: OIF 05-07. ERMC Medical Service Corps Conference, Grassau, Germany, November, 2006.
6. Starr B. Army: HBO documentary could trigger stress disorder. *CNN*. May 15, 2006. Available at: http://www.cnn.com/2006/SHOWBIZ/TV/05/15/baghdad.ER/index.html. Accessed August 4, 2010.
7. McGirk T. Collateral damage or civilian massacre in Haditha? *Time*. March 19, 2006. Available at: http://www.time.com/time/world/article/0,8599,1174649,00.html. Accessed August 4, 2010.
8. Lifton RJ. The psychology of atrocity. *Editor and Publisher*. 2006. Available at: www.editorandpublisher.com/. 9. Kirkland FA. Honor, combat ethics, and military culture. In: Beam TE, Sparacino LR, eds. *Military Medical Ethics*. Vol1. In: Lounsburg DE, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Officeof The Surgeon General, Borden Institute; 2003: 157–198.
9. Szasz TS. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York, NY: Hoeber-Harper; 1961.
10. Kauffman M, Chedekel L. Potent mixture: Zoloft & a Rifle. *Hartford Courant*. May 16, 2006. Available at: http://www.courant.com/news/specials/hc-unfitzoloft0516.artmay16,0,3148380.story. Accessed August 4, 2010.
11. Belknap MH. *The CNN Effect: Strategic Enabler or Operational Risk?* Carlisle Barracks, Penn: US Army War College; 2001. Available at: www.au.af.mil/au/awc/awcgate/army-usawc/cnn-belknap.pdf. Accessed August 4, 2010.

ПІСЛЯМОВА

Горе, яке приніс російський президент Путін моїй країні, неможливо переоцінити. Убиті й покалічені люди, окуповані території, зруйновані принципи міжнародного права... Але українці, які вміють твердо говорити керівництву своєї країни «ні», досить швидко відродили своє військо, яке до того було зруйновано — і фізично, і морально.

Не маючи своєї самостійної ефективної армії, Україна не мала й ефективної військово-медичної системи. Вітчизняні експерти називали українську армію «армією генералів». Рівень медичної допомоги в її спеціалізованих установах був набагато нижчим, ніж у цивільних громадських госпіталях і медичних центрах. Так, це правда, ми поступово відроджуємо свою українську армію. Боєздатну, справжню. Армію розумного і добре навченого солдата, а не примітивного корумпованого генерала. Нам допомагають наші західні друзі нелетальною зброєю, новими медикаментами, тренінгами для військових фахівців. Нас підтримують військові психологи, лікарі, епідеміологи. Але лекцій та тренінгів недостатньо, нам необхідна спеціалізована література. У тому числі й медична.

Нічого подібного країни Східної Європи раніше не мали! Життя армії, її функціонування — це не лише щоденна робота з військовою технікою, зброєю, топографічними картами на сучасних електронних носіях. Насамперед, це люди. Солдати й офіцери, які по-різному реагують на стреси, мають особисті проблеми, нарешті, розлади особистості.

Книга «Охорона психічного здоров'я в умовах війни», яку наші американські колеги (Американсько-українська медична фундація) подарували Україні, про все це. Я упевнений, що тисячі українських фахівців, які не мають прямого стосунку до армії, також будуть шукати цю книгу. Вони захочуть отримати чіткі відповіді на питання, які ставить перед ними життя. Це і психологи, і лікарі, і організатори охорони здоров'я, і юристи, і соціальні працівники. Для нас, українців, ця книга надзвичайно актуальна. Ми нарешті повинні стабілізувати канони і стандарти медичної та психологічної практики. Тільки це дасть нам змогу відсіяти сотні псевдоспеціалістів, як вітчизняних, так і іноземних, які пропонують свої некваліфіковані послуги клієнтам в Україні.

Д-р Семен Фішельович Глузман,
лікар-психіатр, правозахисник,
президент і основоположник
Асоціації психіатрів України

ПОКАЖЧИК

Агент Оранж, 817, 819
Агорафобія, 960, 961
Адаптація ветеранів, 61, 88, 92, 445, 479, 483, 490
Адаптивна стрес-реакція, 123, 129
Адиктивна поведінка, 443, 453
Адреналін, 109, 558
Адренергічні реакції, 113
Аеромедична евакуація, 301–321
Аерооприскування гербіцидами, 818
Ажитована шизофренія, 625
Акроціаноз, 638
Аксональна травма (АТ), 352
Альтруїстичний суїцид, 579
Амбієн, 256
Американська академія дитячої та підліткової психіатрії, 761
Американська академія педіатрії, 761
Американська асоціація психіатрів, 350
Американська асоціація суїцидології, 580
Американська психіатрична асоціація, 82
Американський конгрес реабілітаційної медицини, 350
Анкета з оцінки травми, пов'язаної з провиною (TRGI), 451
Анкета з оцінювання посттравматичного мислення (PCTI), 451
Анксіолітики, 65
Аномальна харчова поведінка, 633
Анонімне опитування, 596
Анорексія, 631, 634, 638, 640, 642-644, 813
Антивоєнний рух опору, 80
Антидепресант, 65, 247, 248, 251, 254, 255, 376, 382, 452, 505, 623, 626, 627, 646, 648, 649, 930
Антиконвульсанти, 649
Антиоксидант, 961
Антипсихотичний засіб, 646, 877, 1033
Антракс, 813
Апоптоз, 961
Аптека, 1023
Аритмія, 638
Армійський центр допомоги у разі нещасних випадків і з похоронних справ (CMAOC), 748
Армійські психо-неврологічні спеціалізовані центри, 70
Асиметричні війни, 58
Асоціативна пам'ять, 106
Аспірантура, 919
Атаксія, 627
Атипова пневмонія, 812, 815
Атропін, 813, 815
Афективний розлад, 637

Бази передового розгортання, 226
Безсоння, 243, 255, 371, 382, 428
Бензодіазепіни, 1032
Біль у м'язах, 811, 820
Біопсихологічна придатність, 276
Біохімічне тестування, 668
Біполярний афективний розлад, 623, 625
Біполярний розлад типу I, 625
Біполярний розлад типу II, 626
Біполярний розлад, 254, 625, 626, 951, 960
Бойова втома, 69
Бойова травма, 716
Бойове виснаження, 71, 163
Бойове оточення, 629
Бойовий статут армії США 4–02.51, 279
Бойовий стрес, 57, 64, 72, 85, 94, 105, 116, 123–141, 149–151, 162–186, 205, 206, 213, 214, 219, 226, 227, 233, 236, 246–252, 279, 280, 282, 289, 318, 327, 332, 333, 339–413, 530, 531, 557, 558
Булімія, 633, 634, 637, 646, 648, 650
Бупропіон, 250, 254

Вагітність, 735, 738, 782, 956, 957, 958
Валлерова дегенерація, 354
Венлафаксин, 250, 253, 255, 452
Вербування військовослужбовців, 739

Весприн, 246
Вестибулярні розлади, 355, 356
Вживання героїну, 65, 81, 82, 85, 86, 90, 94
Вживання марихуани, 73
Вживання наркотиків, 65, 75, 76, 78, 81, 83, 84, 85, 90, 91, 94, 568, 665, 666, 668, 669, 801
Вживання тютюну, 664
Вибух в Оклахома–Сіті, 812, 820
Виведення військ із В'єтнаму, 76, 88
Вигорання, 547
Визначення психологічної стійкості, 103, 276
Використання гелікоптерів, 69, 302
Випадки насильства, 736
Виснаження від співчуття, 553
Виснаження медичного працівника, 546, 547, 551, 556, 557, 560
Відділ запобігання суїцидам, 574
Відділ психічного здоров'я, 163
Відмова від участі в бойових діях, 85
Відновлення, 136, 137, 197, 333, 419–437, 439, 441, 486
Відчуття колективної ефективності, 108
Війна у В'єтнамі, 57, 747, 817, 820, 1013, 1054, 1059
Військова медицина, 915, 924, 961
Військова нейропсихіатрія, 84
Військова норма доказового права, 266
Військова психіатрія, 58–101, 166, 185, 420, 901, 924, 927, 929, 1059
Військовий дитячий освітній союз, 761
Військовий конфлікт в Іраку, 55
Військовий психіатр, 606, 791, 794, 909, 923, 924, 926, 928, 931, 933
Військовий священик, 195, 265, 266, 267, 269, 271, 739
Військовий суд, 944
Військові звіти, 595
Військові польові психіатричні бригади (FMHT), 897
Військові чинники стресу, 626
Військово-медичний центр Тріплер, 773
Військово-морський аналітичний центр, 210
Військовополонений, 756, 875, 885, 987, 988, 998
Вірус імунодефіциту людини, 974
Віспа, 809, 814
Вовчак, 961
Волтер Рід (Walter Reed), 55
Вплив телевізійних трансляцій, 812
Вторинна травматизація, 688
Втрата годувальника, 754
Втрата цілісності особистості, 187
Галанін, 109
Галоперидол, 247, 250, 255
Генерал Вестморленд (Westmoreland), 72
Генерал Крейгтон Абрамс, 75
Генерал Омар Бредлі, 163
Генералізований тривожний розлад, 255
Геноцид у Руанді, 849
Гепатит А, 974
Геріатрична психіатрія, 919
Героїн, 665
Гідрокодон, 665
Гідроморфон, 665
Гінгівіт, 395, 398, 405, 408
Гіпералгезія, 503
Гіперкаротинемія, 638, 639
Гіпертермія, 650
Гіперхолестеролемія, 639
Гіпнотерапія, 371, 376, 381
Гіпокаліємія, 639
Гіпоманіакальний епізод, 254
Гіпоманія, 626
Гіпонатріємія, 639
Гіпохлоремія, 639
Глобальна війна з тероризмом (GWOT), 203
Глобальний центр забезпечення процесу переміщення хворих і поранених, 314
Головне управління Сухопутних військ США, 580
Головний біль, 751, 752, 811, 816, 820, 821
Голодування, 634, 635, 638, 639, 641, 644, 885-888, 999
Гоміцид, 601-619
Гоміцидальні думки, 604-616, 626, 1036, 1056
Госпіталізація, 603, 606, 607, 612-617, 628, 644, 645, 960, 1049
Госпіталь імені генерала Леттермена, 70
Госпітальне судно, 798, 859, 862, 863, 895
Гостра інтоксикація, 670
Гостра променева хвороба, 813
Гострий стресовий розлад, 89, 376
Градієнтехо МРТ, 355
Група «Аль-Каїда», 809
Групи військових священиків, 265
Групи готовності родин армійського резерву (FRGs), 530
Групи евакуації ВПС, 310
Групи швидкої психіатричної допомоги — «SPRINT», 201, 206
Групова психотерапія, 381
Груповий нагляд, 603, 604, 605, 608, 613, 618

Групові дослідження, 571
Гуманітарна допомога, 794, 829, 830, 833, 834, 837, 841-847, 853

Дезипрамін, 246
Декстроамфетамін, 245
Дел Джонс, 57, 58, 64, 84, 85
Деморалізація, 83, 87, 94
Департамент у справах ветеранів, 58, 92, 197, 492, 579
Депресивний настрій, 626, 820
Депресивний стан, 626, 960
Депресивні розлади, 190, 256
Депресія, 623, 626, 951, 958, 975
Десенсибілізація, 1021
Десенсибілізація й опрацювання рухом очей (EMDR), 450
Дефіцит цинку, 646
Дивізійний психіатр, 69, 162, 163–181, 244, 274, 293
Дивізійний психолог, 166
Дисоціативні розлади, 286
Дистрес, 110, 136, 188, 189, 191, 194, 197, 204, 511
Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, 409
Дисфункція щитоподібної залози, 960
Дисциплінарні порушення, 85
Дифузійно-тензорна томографія, 355
Дифузне аксональне ушкодження головного мозку, 353
Дифузні аксональні ушкодження, 354
Діагноз, 606, 611, 618, 623-627, 633, 640, 642, 644, 651, 815, 877, 881, 885, 894, 926, 945, 947, 987, 1001
Діазепам, 247
Діарея, 814, 816
Дівчата з вільним часом (GTO), 707
Догляд за ув'язненими, 876, 878, 886
Дозування вітаміну Е, 570
Домашнє насильство, 736
Допінг-контроль, 251
Дофамін, 636

Евакуація, 69, 628, 845, 868, 1021, 1023, 1046, 1059
Егоїстичний суїцид, 579
Експедиційні медичні заклади (EMF), 206
Екстрапірамідальні побічні ефекти, 625
Електроенцефалографія, 629
Електролітний дисбаланс, 638, 639
Електрошокова терапія (ЕШТ), 627
Емоційне залучення, 969, 974
Емоційне зараження, 547
Емоційне насильство, 736
Емпатична відповідь, 547, 548, 549
Емпатична здатність, 547
Емпатичне занепокоєння, 547, 549
Емпатичний вплив, 371, 380
Ендогенна депресія, 626
Епідеміологічна консультація, 598
Епідеміологічне дослідження, 147
Епідеміологічні методи дослідження, 596
Естроген, 961
Етил-глюкуронід, 664
Еутиреоїдний синдром, 639

Женевська угода 1954 року, 66
Жертва сексуального насилля, 230
Жіночий корпус медичних фахівців, 523

Заборонені речовини, 625
Закон про національну оборону США, 748
Запас лікарських засобів, 1022
Запобігання психічним стресовим розладам, 379
Запобігання суїцидам, 20, 598
Запобіжні заходи, 612, 812, 859, 985
Запровадження карантину, 815
Зарин, 792, 809, 814-819
Засоби масової інформації, 757, 793, 815, 866, 1053
Засоби медичної евакуації, 85
Засоби механічної фіксації, 627
Застосування проносних засобів, 644
Збройний конфлікт, 56, 57, 350
Збудник сибірської виразки, 815
Звіт випадків самогубства, 580
Звіт про причини та спосіб смерті, 573
Звіт, 573, 587, 597, 607, 797, 878, 900, 943
Землетрус, 797, 810, 848
Зловживання алкоголем, 585, 594, 607, 613, 637, 664, 771, 817, 852
Зловживання психоактивними речовинами, 359
Зневоднення організму, 639, 974
Зона бойового розгортання, 651

Інгібітор моноаміноксидази, 247, 647
Індекс маси тіла (ІМТ), 636
Інститут Бордена, 58
Інститут військових досліджень Волтера Ріда (WRAIR), 65
Інститут Геллапа, 78

Інфекційна епідеміологія, 596
Ішемія головного мозку, 354

Казарми Шофілд, 776
Капелан, 584, 594, 753, 931, 1027, 1029
Карбамазепін, 247
Карієс, 399, 401
Кататонія, 627
Катехоламін, 636
Катехол-О-метилтрансфераза, 507
Кіфоз, 639
Клінічна депресія, 738
Кломіпрамін, 645
Коаліція, 832, 834, 837
Когнітивна терапія, 106, 458, 459, 507
Когнітивні наслідки ЧМТ, 356
Когнітивні розлади, 372, 387
Когнітивно-поведінкова психотерапія, 255
Когнітивно-поведінкова терапія, 645
Кодеїн, 665
Коефіцієнт смертності, 640, 851
Колективний соціально-психіатричний розлад, 92
Комітет запобігання та зниження ризику суїцидів, 579
Коморбідна патологія, 634
Комплексна система охорони здоров'я, 228
Компульсивне переїдання (BED), 634, 649
Конвенція про біологічну зброю, 809
Конверсійний розлад, 388
Консиліум лікарів, 627
Констипація, 638
Консультант із питань охорони психічного здоров'я, 167
Консультативна служба поєднальної психіатрії (PCLS), 373
Консультативно-міждисциплінарна психіатрична служба (PCLS), 706
Консультаційна епідеміологічна команда, 579
Консультаційна команда з питань психічного здоров'я, 149
Консультаційна служба з питань адаптації (RCS), 480
Консультаційна служба з питань психічного здоров'я, 70
Контроль бойового стресу, 125
Контроль ризику самогубств, 603
Конференція запобігання суїцидам, 579
Конфлікт у Судані, 849
Концепція «стресової травми», 186
Концепція пікової продуктивності, 534
Корейська війна, 747
Корейський конфлікт, 57
Короткочасний психічний розлад, 624
Корпус капеланів Армії США, 133
Корпус морської піхоти, 197, 202, 210, 214
Кортизол, 108, 109, 402, 408, 499
Кортиколіберін, 109
Кримінальна відповідальність, 941
Критерії звільнення зі служби, 285
Курс реабілітації, 56

Лейкемія, 820
Лептин, 636
Лібріум, 246
Лікар-інтерн, 796
Лікарські засоби, 628, 649, 883, 887, 920, 1053
Лікування болю, 501–517
Лікування наркоманії, 926
Ліндон Джонсон, 68
Літак С-130 «Геркулес», 304
Літак С-17 Globemaster III, 304
Літій-індукований гіпотиреоз, 960
Лоразепам, 247, 250, 255, 256
Лунатизм, 1027

Магнітно-резонансна томографія, 354, 629
Марихуана, 665
Масова паніка, 813
Масові поховання в Боснії, 55
Материнська депресія, 958
Мегаколон, 638
Медико-психіатричне обстеження, 629
Медична документація, 885
Медична допомога, 69, 73, 125, 131, 425, 431, 433, 437, 438, 477, 481
Медична евакуація, 217, 627, 628, 1023-1025, 1044
Медична карта, 884
Медичне командування Армії США у В'єтнамі, 82
Медичне командування Армії США, 76, 582, 738
Метаболізм серотоніну, 120
Метаболічний алкалоз, 638
Метаболічний ацидоз, 638
Метилфенідат, 257, 262
Метод дебрифінгу, 163
Метод керованих образів, 546
Метод психотерапевтичного втручання, 393

Методи типу «випадок-контроль», 571
Методика управління стресами у критичних ситуаціях, 219
Механізм психологічного захисту, 387
Міжнародна класифікація хвороб, 369
Міжнародні стандарти, 881, 885
Міністерство оборони США, 574, 636, 694, 695, 736, 755, 759, 795, 799, 818, 832, 833, 875, 891, 898, 910, 989, 1003, 1010, 1012
Множинні травми, 756
Мобільний госпіталь, 799
Модель EAT, 555, 568
Модель Mercy, 859, 860, 862
Модель громадської охорони здоров'я, 498
Модель невідкладної психологічної допомоги, 346
Модель простору бойового та оперативного стресу, 198
Модель простору стресової травми, 198
Модель соціального стресу, 104
Модульний експедиційний підрозділ, 218
Моноамінергічні ядра стовбура мозку, 122
Морська піхота США, 80

Набряк мозку, 961
Нав'язливі спогади, 106
Навчальний центр із охорони здоров'я (AHEC), 493
Навчання молодих батьків, 740
Навчання стресостійкості, 105
Нагасакі, 819
Надзвичайна ситуація, 813, 834
Надлишкова вага, 636
Налтрексон, 647, 649
Нардил, 246
Наркоманія, 64, 485, 512
Насильство у сім'ї, 737, 741
Наступальна операція «Тет», 75, 79
Національна військова сімейна асоціація, 760
Національна гвардія, 55, 71, 192, 248, 307, 308, 317, 417–420, 424, 425, 431, 433, 447, 480–485, 492, 529, 532, 799
Національна інформаційна база лікарів (NPDB), 617
Національна мережа дитячого травматичного стресу, 760
Національна система сертифікації для трудотерапевтів (NBCOT), 524
Національна система управління інцидентами, 797
Національний інститут психічного здоров'я, 586
Національний центр синдрому дитячого струсу (NCSBS), 740
Начальник медичної служби, 617, 632, 773, 1055, 1056
Невропатичний біль, 501, 512
Невротична депресія, 820
Нейробіологічні чинники, 108
Нейробіологія психологічної стійкості, 108
Нейрогенна булімія, 634, 635, 643
Нейролептичні засоби, 65, 255, 646
Нейроциркуляторна астенія, 818
Нервово-психічна анорексія, 631, 634, 638, 640, 644
Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), 505
Неуточнені харчові розлади, 634
Нефазадон, 255
Норадреналін, 109, 505
Норепінефрин, 636
Ностальгія, 127, 163, 275
Ноцицепція, 501

Обсесивно-компульсивний розлад, 255
Ожиріння, 631, 633, 636, 637, 649, 651
Ознака Рассела, 639
Ознаки психологічної залежності, 509
Оперативний стрес, 185–199, 205–219, 221, 279, 339, 340, 343, 344, 519, 520, 525, 528–531
Операція «Буря в пустелі», 165
Операція «Відродження надії» у Хорватії, 145
Операція «Гренбі», 895
Операція «Заспокоєння», 922
Операція «Іракська свобода», 58, 59, 145–157, 166, 203, 212, 225, 227–241, 286, 292, 293, 313, 326, 333, 374, 399, 420, 914, 953
Операція «Непохитна свобода», 58, 145, 771, 914, 953
Операція «Об'єднана допомога», 798
Операція «Підтримка демократії», 145
Операція «Спільний вартовий», 145
Операція «Справедлива справа», 145
Операція «Щит пустелі», 57
Опитування, 588, 594, 596, 636, 640-643, 662-666, 737, 748, 777, 792, 795, 799, 800, 812, 816, 852, 878, 881, 886, 895, 948, 949, 1048, 1049, 1055
Опіоїд-індукована гіпералгезія (ОІГ), 505
Опромінення, 811, 814, 816, 818-820
Організація «Від нуля до трьох», 755, 760
Організація «Жінки в сірому» (Gray Ladies), 523
Особистісні розлади, 87, 288
Остеопороз, 639, 642
Отруєння хімічними речовинами, 814

Отруйні речовини, 811, 814
Офіцер з медичного огляду, 230
Офіцер з охорони психічного здоров'я, 165–181
Офіцер медичного нагляду» (MRO), 666
Офіцер-психолог, 166
Охорона психічного здоров'я, 567-582, 586, 589, 590, 593, 595, 597, 605, 611-613, 616, 617, 623, 624, 634, 650, 694, 771-809, 828, 841-853, 855, 858, 862-864, 870, 872, 874, 875, 876-884, 886-888, 893-901, 922, 940, 952, 971, 976-979, 983-987, 995, 1007-1013, 1016-1037, 1041-1058, 1059
Оцінка компетентності, 918, 922
Оцінка ризиків для здоров'я (HRA I), 426
Оцінювання болю, 509
Оцінювання стану психічного здоров'я, 288

Паніка, 810
Панічний розлад, 190, 454
Парасуїцидальна поведінка, 885
Парнат, 246
Пародонтит, 395, 405, 406
Пентагон, 789, 791, 794-797, 809, 810
Передача травми через покоління, 689
Передбачення суїцидів, 567, 568, 569, 570
Передменструальний дисфоричний розлад, 958
Перекладач, 880, 881
Перехресні консультування, 283
Периферичний набряк, 638
Петер Борне, 65
Пікова продуктивність, 534
Післядипломна освіта, 919
Плавучий госпіталь, 201, 205
План запобігання самогубствам, 581
Плацебо, 646-649
Пневмомедіастинум, 638
Побічні ефекти, 647, 883, 884
Побутове насильство, 737, 962
Повідомлення про поранення, 701
Повідомлення про смерть військовослужбовця, 747
Погранична психопатія, 637
Подразнення очей, 815, 817
Позбавлення залежності, 625
Позитронно-емісійна томографія, 629
Покоління Вудстоку, 79
Полковник Мет'ю Періш, 76
Польовий госпіталь, 896, 1021
Порушення когнітивних функцій, 356, 661, 662
Постбойовий стрес, 128
Поств'єтнамський синдром, 88
Постконтузійний синдром, 352
Посттравматична амнезія (ПТА), 351, 355
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), 203, 382, 425, 426, 444, 447–473, 479, 484, 536, 546, 627, 651, 664, 679, 688-690, 696, 701, 754-757, 771, 774, 776, 777, 785, 791-794, 797, 800, 801, 818-821, 895, 898, 901, 941-945, 962-964, 1001-1003
Похмільний синдром, 663
Поширеність психоневрологічних захворювань, 91
Пошкодження цитоскелета, 354
Правило 80/20, 132
Право солдата на свободу слова, 1001
Практика психологічного дебрифінгу, 151
Практичне тренування з запобігання суїцидам, 582
Працівник охорони психічного здоров'я, 569, 617, 984
Превентивна психіатрія, 275
Президент Джон Кеннеді, 78
Президент Ніксон, 77
Пременопауза, 961
Пренатальний вплив вальпроатів, 960
Принцип «розбитого скла», 228
Принцип конфіденційності, 266
Природні лиха, 841
Притуплення співчутливості, 217
Прогестерон, 961
Прогнозування самогубств, 567
Програма «Battlemind», 131
Програма «Єдина армія», 424
Програма боротьби із сексуальним насиллям, 230
Програма допомоги при урагані Катріна, 801
Програма епідеміологічного спостереження, 586
Програма з реінтеграції в роботу, 538
Програма запобігання самогубствам в армії, 574
Програма захисту сім'ї, 736, 772
Програма наркореабілітації/амністії, 86
Програма нещасних випадків в армії, 747
Програма оперативного контролю стресу і готовності, 206
Програма охорони здоров'я військовослужбовців дійсної служби, 759
Програма підтримки молодих батьків (NPSP), 740
Програма позбавлення наркотичної залежності, 772
Програма психологічної стійкості Bell, 115
Програми втручання Селіджмена, 113
Програми запобігання самогубствам, 585
Програми клінічної пастирської освіти, 494

Програми Соломона з навчання здорового способу життя, 778
Продромальний синдром, 813
Проект геному людини (HGP), 507
Пролапс мітрального клапана, 638
Проліксин, 246
Пролонгована експозиційна терапія (PE), 450
Променева хвороба, 814
Протокол голодного страйку, 886
Протокол, 877, 879, 897
Професійна шкала оцінки якості життя (ProQOL), 553
Професійний стрес, 216
Профілактика психічних розладів, 277
Процесс реабілітації, 710, 962
Психіатр дивізії, 1024
Психіатрична госпіталізація, 603
Психіатрична допомога, 69, 73, 91, 149, 170, 233, 375–393
Психіатрична ординатура, 914, 919
Психіатрична статистика, 234
Психіатричне відділення, 60, 94
Психіатричне консультування командування, 275
Психіатричний аналіз, 629
Психіатричний огляд, 81, 228, 288
Психіатрія катастроф, 791, 794, 801, 923, 1040
Психіатрія, 793-805, 909, 911, 914, 920, 939
Психічне захворювання, 238, 634, 943, 987, 1057
Психічне здоров'я військовослужбовців, 55, 57, 59, 198, 426, 477, 485
Психічне здоров'я, 55, 59, 92, 93, 113, 126, 145–148, 152, 153, 163, 168, 169, 185, 204, 210, 215, 268, 270, 275, 484, 489, 559, 573, 591-604, 779, 794, 799, 895, 914, 955-967, 973-979, 1053, 1057
Психічний розлад, 64, 306, 312, 313, 317, 327, 328, 332, 626, 627, 761, 771, 882, 941, 961
Психічний стан, 595, 604, 610, 625, 634, 791, 839, 848, 885, 895, 919, 944, 1025, 1033, 1036
Психічний стресор, 127
Психоактивна речовина, 231, 309, 310, 317, 336, 347, 359, 360, 446, 460–500, 512, 595, 629, 670, 796, 910, 922, 925, 1035
Психоз, 84, 85, 624, 625, 628, 640, 779, 877, 943, 960, 1026
Психолог, 569, 775, 886
Психологічна аутопсія, 580, 584, 941, 947
Психологічна експертиза, 949
Психологічна залежність, 256
Психологічна підтримка, 211, 446
Психологічна програма управління поведінкою, 882
Психологічна реакція на катастрофу, 792
Психологічна травма, 679, 776, 814, 815, 843, 853
Психологічне навантаження, 90
Психологічний догляд у зоні бойових дій, 332
Психологічний захист, 794
Психологія, 767, 893, 924, 941, 1056
Психомоторна функція, 662
Психомоторне збудження, 376
Психоневролог-консультант головнокомандувача армії, 70
Психосоматична регресія, 71
Психосоматичний розлад, 820
Психосоціальний комплекс, 72
Психотерапевти, 645
Психотерапія, 643, 647, 893, 929
Психофармакологія, 627, 919, 1045
ПТСР, 58, 88, 89, 92, 105–112, 116, 126–131, 140, 148–153, 185–190, 196, 197, 203, 205–209, 214, 215, 250, 254, 255, 328, 335, 347, 358, 375–389, 420, 445–463, 467, 471–478, 487, 488, 494, 495, 500, 501, 517, 534–538

Радіаційна аварія, 814
Радіоактивне забруднення, 814
Радіоактивне опромінення, 812
Рак, 764, 812, 817, 820, 996
Раптова зупинка серця, 645
Расова сегрегація, 79
Реабілітаційний центр в Камрані, 69
Реакція бойового стресу, 69
Реакція на стрес, 194, 219, 234, 484
Революція «чорної гідності», 80
Регламент Армії США 40-5, 593
Релігійні обряди, 851
Ретроградна амнезія, 351
Речовини нервово-паралітичної дії, 813
Ризик жорстокого поводження з дитиною, 738
Ризик суїциду та вбивства, 603
Рівень болю, 334, 500, 508
Рівень госпіталізації, 64
Рівень карбогідрат-дефіцитного трансферину (CDT), 664
Рівень самогубств в Армії США, 579, 581, 588, 589, 594, 597, 598
Рівень стресу, 685, 699, 710, 898, 963, 1002
Різновиди поранень, 67

Розгортання військ, 58, 168, 253, 278, 282, 317, 343, 358, 361, 397–399, 410
Розгортання, 587, 594, 595, 601, 605, 612-615, 625, 633, 636, 650, 651, 662-664, 670, 677-711, 735-743, 749, 759, 770-785, 837, 873-878, 882, 884, 893-901, 913-916, 921, 922, 927, 929, 932, 933, 941, 953-957, 979, 983-986, 1001-1003, 1017-1037, 1041-1045, 1047, 1054
Розлад апетиту, 636
Розлад особистості, 87, 640
Розлад харчової поведінки, 395, 401, 633
Розлади адаптації, 286, 328

Самогіпноз, 376, 510
Самогубство, 567-571, 580, 583, 606, 614, 617, 640, 645, 764, 800, 929, 947, 1048, 1053
Самодопомога, 793
Самоефективність, 107
Самозаспокоєння, 793
Саморобні вибухові пристрої (IEDs), 1026
Сеанс психоаналізу, 573
Седативні засоби, 246
Сезонний афективний розлад, 958
Сексуальна дисфункція, 963
Сексуальне насильство, 230, 736
Секта «Аум Сінрікьо», 809
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI), 382
Селище Мі Лай, 78
Сепараційна тривога, 375
Сертралін, 254
Сибірська виразка, 814
Симптоми ПТСР, 148, 186, 255, 445, 451, 452, 454, 460, 506
Симптоми стресової травми, 190, 191
Симуляція, 941, 945, 946
Синдром «Агент Оранж», 817
Синдром атипової пневмонії, 809
Синдром гіперактивності, 248, 254
Синдром дефіциту уваги, 252
Синдром евакуації, 91
Синдром компенсації, 794
Синдром короткостроковика, 73
Система аеромедичної евакуації, 301
Система конфіденційності CHCS-ITT, 228
Система психологічної підтримки One Source, 486
Системи стеження за кількістю психічних порушень, 235
Ситуаційна інформованість, 231
Сім'ї загиблих, 747, 749, 755
Сімейний капелан, 739
Сімейний психотерапевт, 740
Скринінг наркотиків у сечі, 82, 85
Слабоумство, 570
Служба військових священиків, 265, 266
Служба охорони психічного здоров'я Збройних сил (DMHS), 893
Служба побутового забезпечення військовослужбовців, 772
Сортування психіатричних хворих, 861
Сортування, 137, 235, 280, 488, 558
Соціальна когнітивна теорія, 108
Соціальний захист, 792, 793, 794
Соціальний працівник, 166
Соціально-економічний статус, 108, 446
Спалах бубонної чуми, 815
Спеціальна група запобігання суїцидам в Армії, 581
Стандарт аналізу психіатричних амбулаторних карт, 236
Стандарт медичної придатності, 285
Стандарт психічного здоров'я, 236
Стандартна доза, 256
Стиль поведінки, 73
Стрес від похоронних робіт, 978
Стресові реакції на катастрофи, 792
Стрілянина в Форт Худі, 1009, 1012
Стюарт Л. Бейкер, 65
Судовий психіатр, 941, 995
Суїцидальна депресія, 985
Суїцидальні думки, 570, 606, 608, 611, 613, 616, 752
Суїцидальні схильності, 569, 570, 573
Суїцидальні чинники ризику, 568
Сухопутні війська, 71, 93

Тарактан, 246
Тахіпное, 638
Театр бойових дій, 69, 94, 131, 420, 426, 540
Телефонне опитування, 812
Темазепам, 247
Теорія дуалістичної репрезентації, 447
Теорія самогубств у військових, 579
Теорія стресу, 106
Терапевтичний дебрифінг, 796, 797
Терористичні атаки, 792, 810
Тест Галвестона, 356
Тест на вживання наркотичних речовин, 670
Тест Фагерстрома на нікотинову залежність, 664

Токсини, 813
Томас Салмон, 57, 163
Топірамат, 648, 649
Травма головного мозку, 963
Травматична реакція, 104
Тразодон, 649
Транзитний медичний підрозділ, 326
Транквілізатори, 256
Транспортне командування регулювання і контролю системи евакуації, 314
Тренінг для психіатрів, 780
Тривалість госпіталізації, 704
Трициклічні препарати, 65
Тріазолам, 247
Трудова терапія (ОТ), 521–541
Трудотерапевти, 523, 526, 527, 532, 534, 538, 540, 541

Убивство в Хадиті, 239
Ув'язнені військовослужбовці, 875
Уніфікована оцінка порушення свідомості, 359
Управління військової сім'ї, моралі і добробуту і відпочинку США, 740
Управління медичної експертизи, 572
Управління психіатричної освіти, 57
Управління травмувальними подіями, 136
Ураган Катріна, 55, 791, 796, 799-801, 861, 862

Фаза консолідації, 852
Фантомний біль, 503, 509
Федеральне агентство управління в надзвичайних ситуаціях, 797
Фізична підготовка, 954, 1053
Фізичне насильство, 736
Формування стійкості підрозділів, 191
Формуляр психотропних препаратів, 248

Хвороба Альцгеймера, 570
Хімічна аварія, 841
Хімічні отруйні речовини, 814, 816, 819
Хіросіма, 819
Хлоргідрат, 246
Холера, 974
Холодна війна, 66

Цезій-137, 816
Центр для ветеранів, 477, 480, 481
Центр з вивчення травматичного стресу, 760
Центр забезпечення процесу переміщення хворих і поранених, 306
Центр зміцнення здоров'я та профілактичної медицини Армії США, 270
Центр контролю і профілактики захворювань, 350, 800
Центр передового досвіду охорони психічного здоров'я, 579
Центр першої допомоги сім'ям, 748
Центр розвитку дитини, 740
Центр травматології головного мозку, 355
Центр утримання в Гуантанамо, 988
Ципрофлоксацин, 815
Циталопрам, 250, 254
Цунамі, 760, 764, 791, 794, 797, 798, 799, 800, 841, 859, 860, 861, 871, 923, 1013

Черепно-мозкова травма (ЧМТ), 349–369, 961
Чинники для передбачення самогубства, 568
Чума, 813, 815

Шизофренія, 285, 489, 618, 623, 951, 957, 958
Шкала COMFORT, 508
Шкала важкості коми Глазго, 351
Шкала психологічної стійкості, 112
Шкала реакцій на стресовий досвід, 112
Шлунково-стравохідний рефлюкс, 400
Шок занурення, 73
Шпиталь, 1021, 1022, 1033

Явище появи запізнілих симптомів ПТСР (LOSS), 456