ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

У двох томах

Том 2

2-ге видання

З англійської переклали
Тетяна Охлопкова (частини V і VII)
Олександра Брацюк (частини VI і VIII)

Київ
«Наш Формат»
2022

Американсько-
українська
медична фундація

УДК 364.62-47-057.36
О-92

О-92 **Охорона психічного здоров'я в умовах війни** : у 2 т. / пер. з англ. Тетяна Охлопкова, Олександра Брацюк. — 2-ге вид. — К. : Наш Формат, 2022. — 2 том. — 548 с.
ISBN 978-966-2502-13-8 (паперове видання)
ISBN 978-966-2502-11-4 (2 том паперове видання)
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*. Дизайнер обкладинки *Микола Савчук*. Верстальник *Денис Піорко*. Технічні редактори *Микола Климчук* та *Ірина Щепіна*. Випускова редакторка 2-го видання Харук-Бачуро Галина Григорівна

Дякуємо за допомогу в підготовці видання Роману Корнуті й Валерії Шафранській

Надруковано в Україні видавництвом «Наш Формат» на ТОВ «Прінтстор Груп», Вул. Інститутська, 16, м. Київ, Україна, 01021. Замовлення № 24193-1. Підписано до друку 12.12.2022. Тираж 600 пр. Термін придатності необмежений. ТОВ «НФ», пров. Алли Горської, 5, м. Київ, Україна, 01032, тел. (044) 222 53 49, pub@nashformat.ua. Свідоцтво ДК № 4722 від 19.05.2014. Висновок Держ. сан.-епідем. експертизи № 12.2.18-1/24128 від 19.10.2020.

Наукове видання

ISBN 978-966-2502-13-8 (паперове видання)
ISBN 978-966-2502-11-4 (2 том)
ISBN 978-966-2502-12-1 (електронне видання)

ЗМІСТ

Acknowledgments 12
Подяки 13
Автори 16
Передмова до першого українського видання 32
Передмова до другого українського видання 34
Список абревіатур та акронімів 35

Частина п'ята
Спостереження і втручання

Розділ 24 Спостереження за самогубствами в Армії: необхідні заходи для запобігання суїцидам 45
Розділ 25 Запобігання суїцидам в армії США: набутий досвід і напрями на майбутнє 57
Розділ 26 Управління ризиком суїциду і гоміциду: обґрунтування та принципи групового нагляду в гарнізонах і місцях постійної дислокації 81
Розділ 27 Важкі психічні захворювання у військовій системі охорони здоров'я 101
Розділ 28 Розлади харчової поведінки 111
Розділ 29 Вживання алкоголю, наркотиків та інших заборонених речовин в армії 139

Частина шоста
Діти і сім'ї військовослужбовців

Розділ 30 Вплив розгортання на сім'ї та дітей військовослужбовців 157
Розділ 31 Діти та сім'ї поранених у бою військовослужбовців 177
Розділ 32 Сімейна жорстокість і військове розгортання 213
Розділ 33 Сім'ї та діти загиблих військовослужбовців 225
Розділ 34 Організація комплексної системи охорони психічного здоров'я в шофілдських казармах 249

Частина сьома
Оперативне поведінкове (психічне) здоров'я

Розділ 35 Психіатрія в умовах катастроф 269
Розділ 36 Тероризм: хімічні, біологічні, радіоактивні, ядерні та вибухові речовини 287
Розділ 37 Операція «Іракська свобода» 05-07. Медичні цивільно-військові операції: набутий досвід при наданні гуманітарної допомоги 307
Розділ 38 Питання охорони психічного здоров'я в гуманітарних і військових операціях: особливості надання допомоги в умовах складних надзвичайних ситуацій 319
Розділ 39 Програми для населення та дипломатичні підходи державної системи охорони здоров'я США 337
Розділ 40 Психологічні проблеми серед ув'язнених осіб 353
Розділ 41 Охорона психічного здоров'я у збройних силах Сполученого королівства 371

Частина восьма

Інші воєнні питання

Розділ 42 Вища освіта у сфері військової психіатрії 387
Розділ 43 Військова судова психіатрія 419
Розділ 44 Жінки, психічне здоров'я і Армія 431
Розділ 45 Турбота про психічне здоров'я в операціях з летальними наслідками 449
Розділ 46 Етика та військова медицина: ключові сучасні питання 461
Розділ 47 Охорона психічного здоров'я в умовах війни: прикінцеві роздуми та подальші кроки 487

Додаток 1 Забезпечення охорони психічного здоров'я під час операції «Іракська свобода — I» 495
Додаток 2 Оперативна психіатрія в операції «Непохитна свобода» 519
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» 531

Покажчик 539
Зміст першого тому 545

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

Денніс 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 (МЗС3), 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 теологіїі
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, BMC 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 BMC, 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 Ершоу (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

Рio 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 Маунт 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

Танджener 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

ПЕРЕДМОВА ДО ПЕРШОГО УКРАЇНСЬКОГО ВИДАННЯ

> «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

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 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,
червень 2017 року

ПЕРЕДМОВА ДО ДРУГОГО УКРАЇНСЬКОГО ВИДАННЯ

Наші воїни здивували і надихнули весь світ, боронячи нашу Батьківщину. Дехто й не вірив, що ми можемо так ефективно протистояти ворогу. Успіхи збройних сил на полі бою спираються на героїзм кожного військового, високі моральні цінності, тактичний вишкіл, а також на безмежну підтримку всередині і ззовні України.

Та масштаби війни підкреслюють не меншу важливість ефективної психологічної підготовки до бойового стресу. Адже це допомагає кращій злагодженості підрозділів, витривалості бійців і в підсумку ефективному виконанню бойових завдань.

Ця книжка спирається на досвід американської армії в бойових діях в Афганістані й Іраку. У результаті було вироблено ретельний науковий підхід до вирішення практичних і гуманістичних проблем. Цей досвід разом з науковими дослідженнями найвищого рівня дає змогу отримати найкращі рекомендації з психічного здоров'я у військовослужбовців, які охоплюють три складові: підготовка до військових дій, допомога під час бойових дій і повернення до цивільного життя.

Ми переклали цей посібник з військової психології ще 2017 року. Готували книжку насамперед з думкою про кожного нашого воїна. Але її важливість простягається також на бойові підрозділи, друзів, родину і всю громаду аж до рівня державного планування, щоб успішно реінтегрувати військових у мирне життя після пережитого стресу.

Розраховуємо, що служба психологічної підтримки військових в Україні допоможе нашим захисникам витримати всі випробовування війною і також повернути їх до продуктивного мирного життя.

Слава Україні!
Слава нашим героям!

Д-р Борис Легета,
президент АУМФ

Д-р Сергій Нестеренко,
член ради директорів і секретар АУМФ

грудень 2022 року

СПИСОК АБРЕВІАТУР ТА АКРОНІМІВ

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

AA 77: Літак рейсу 77авіакомпанії American Airlines
AAA: діяльність з 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 алкогольної та наркотичної 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 АрміїСША
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 з запобігання суїцидам
ASMB: медичний батальйон територіального забезпечення
ASMC: медична рота територіального забезпечення
ASPP: Програма запобігання суїцидам в армії
ASPTF: Спеціальна група запобігання суїцидам 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: стисліcть, 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 з 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 з 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 з 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 Р450

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 переробкарухами 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-глутамінтрансферази
GI: рядовий Збройних сил США
GKO: Знання безпеки он-лайн
GME: вища медична освіта
GOAT: тестГалвестонанаорієнтацію 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 лізергінова кислота

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 з 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: не зрозумілі 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: Північно-в'єтнамська армія
NVVRS: Національне дослідження адаптації ветеранів В'єтнаму
NYDN: хворий із 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: опеjасрація «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-морського 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 — протеінкіназа 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 торговельний центр
WTP: програма перехідного періоду для військовослужбовців
WTRP: програма підготовки і реабілітації воїнів
WTU: ПП — перехідний період

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-

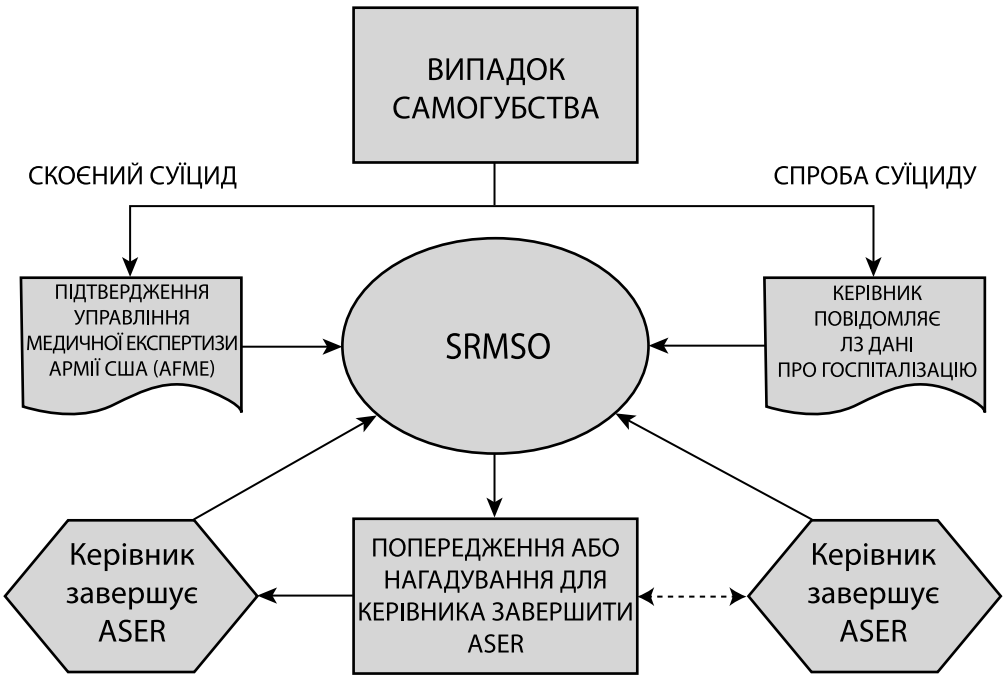


Рис. 24.1. Процес збору армійських звітів щодо суїцидальних дій.

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.

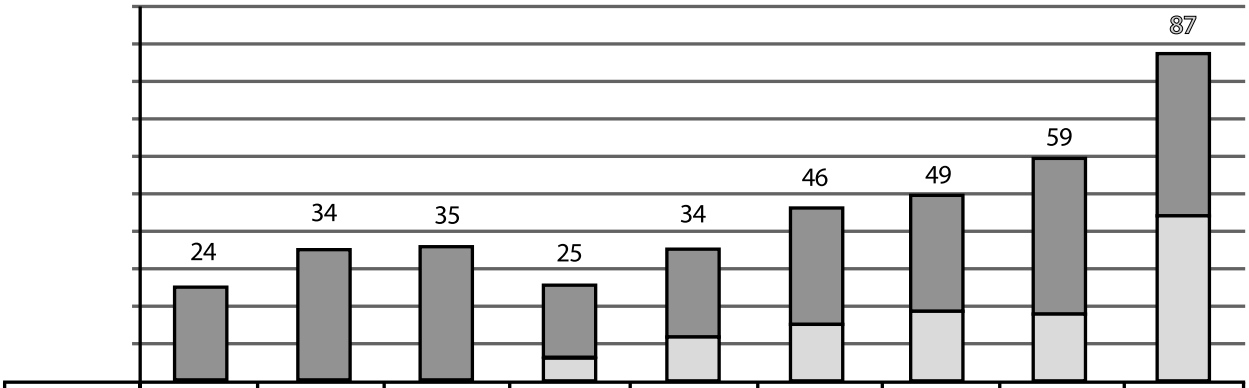
У грудні 1999 року начальник штабу Сухопутних військ США дав критичну оцінку ASPP. У 2000 році Відділ кадрів і Адміністративний відділ (the Army G-1, раніше відомий як відділ заступника начальника штабу Сухопутних військ з кадрів) у співпраці з Управлінням начальника військово-медичної служби (OTSG — 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) одноранговий, 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

Одноранговий:
- 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

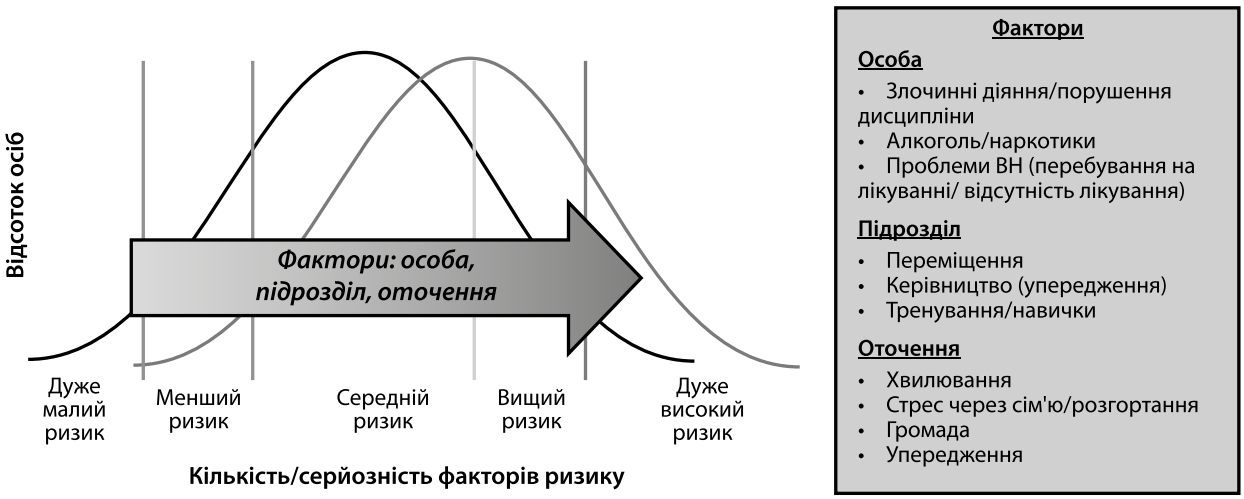


Рис. 25.3. Причинно-наслідкові чинники. Кілька чинників у поєднанні (особистісних, підрозділу й оточення) зміщують ризик особи вправо. Таким чином, солдати потрапляють до категорії «дуже високого ризику», що робить кластер-ефект більш імовірним

ВН: психічне здоров'я

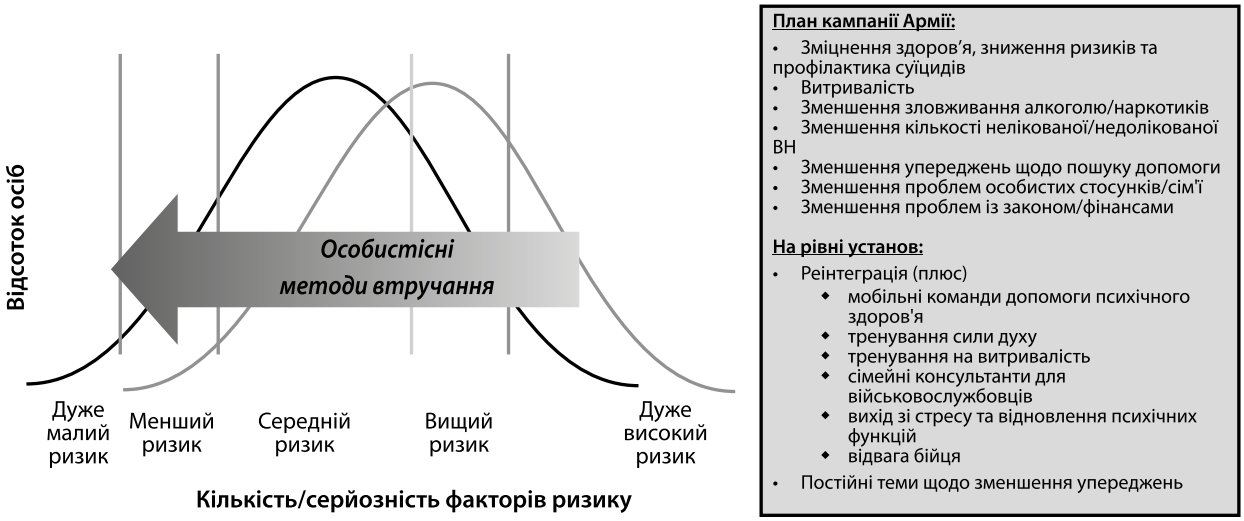


Рис. 25.4. Чинники суїцидів, на які варто зважати. Хоча важливо виявити чинники та допомогти кожному солдату індивідуально, найбільший вплив чинитиметься від програм, що посунуть загальний ризик вліво. Ефективне медичне лікування може захистити осіб від збільшення чи зменшення ризику, але не може значно 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 Брегу 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 xxx-xxxx.

_____
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 стрункіх 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 (пограничний 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 румінацій, 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 БУЛІМІЇ[1]

- 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 моноамінооксидази (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-НТ3-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 пригадати 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:

- **О**: 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	☐ стандартний огляд	☐ сьогодні
		☐ у ліжка хворого ☐ за викликом	☐ 72 години	☐ невідкладна допомога

ЗВІТ ПРО КОНСУЛЬТАЦІЮ

Записи переглянуто ☐ так ☐ ні Пацієнта оглянуто ☐ так ☐ ні Надання медичних послуг ☐ так ☐ ні на відстані

(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 надстрокову 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 невійськовослужбовців	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 РА 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-

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 двоїстими 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 уникненням 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] 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.

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.

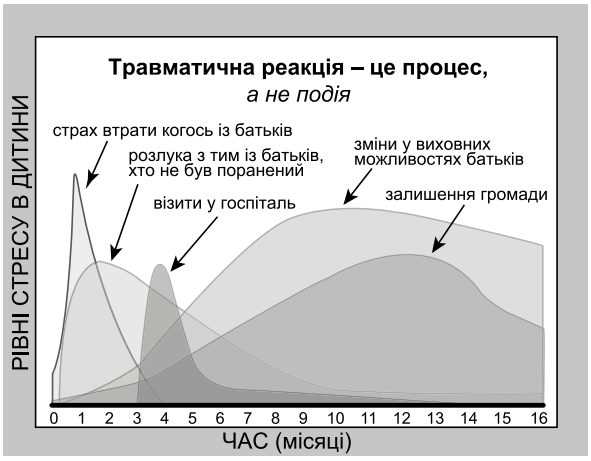


Рис. 31.1. Реакція дитини на події в результаті бойової травми

Рисунок любʼязно 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 мисленя», 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

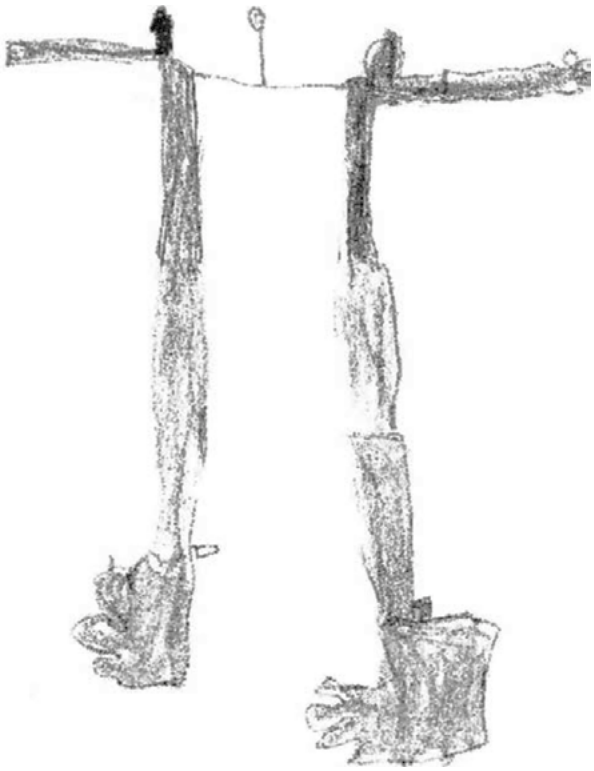


Рис. 31.3. Малюнок 5-річного сина важкопораненого військовослужбовця

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				**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				**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.)?

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**

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**

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-recruit11oct11.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 (МСЕС — 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).

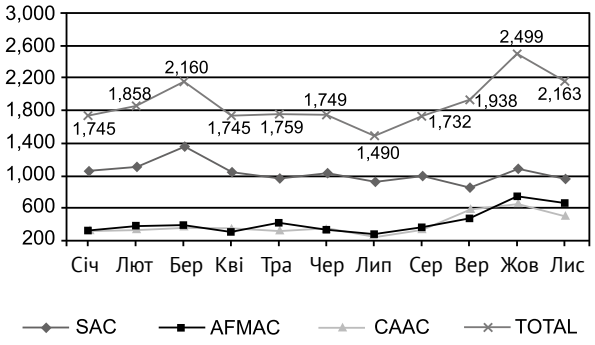


Рис. 34.1. Кількість візитів пацієнтів або клієнтів в три клініки Центру допомоги солдатам та їхнім сім'ям на місяць, дані за період із січня 2005 року до листопада 2006 року.

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 TAMC. 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 TAMC 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.

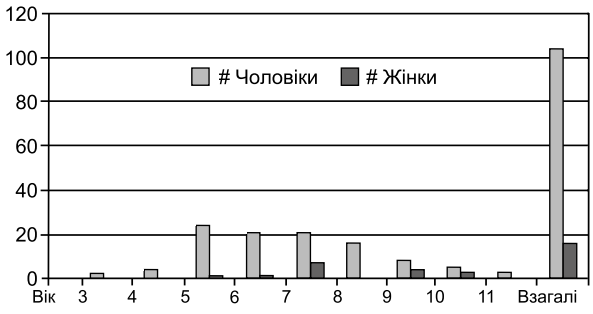


Рис. 34.2. Вік і стать дітей, які оцінювались в Початковій школі Соломона в Програмі Соломона з навчання здорового способу життя з серпня 2001 року по лютий 2007 року (всього: 133)

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

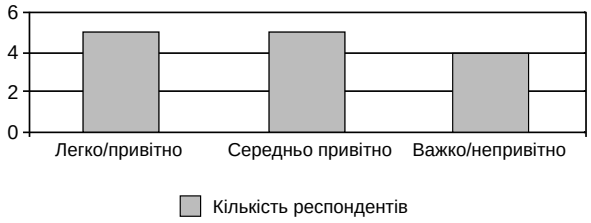


Рис. 34.3. Якість запрошення підрозділом у проекті зв'язку з психіатричними службами

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-навіч 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.

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 35.2

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.

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 «невростенічний 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-

силь 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.

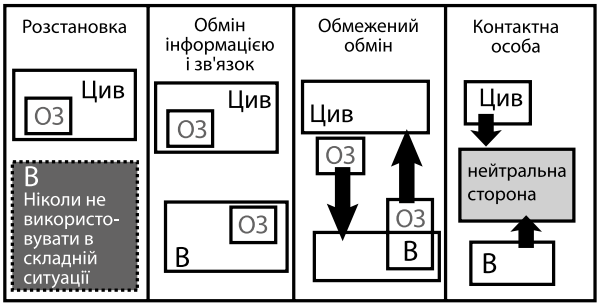
Однак координація цих навичок і активів може бути одним із найважливіших завдань. Беслер і Секі (Bessler і Seki) [13] створили корисний огляд загальних проблем у розвитку цивільно-військового співробітництва в гуманітарному просторі. Вони вказують на те, що, наприклад, цивільні працівники з надання гуманітарної 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/ siteengo.nsf/html/po513. 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, ком́андер, 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, с/о 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 цілo-

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 твориться 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 клінічній 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.

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.

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.

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

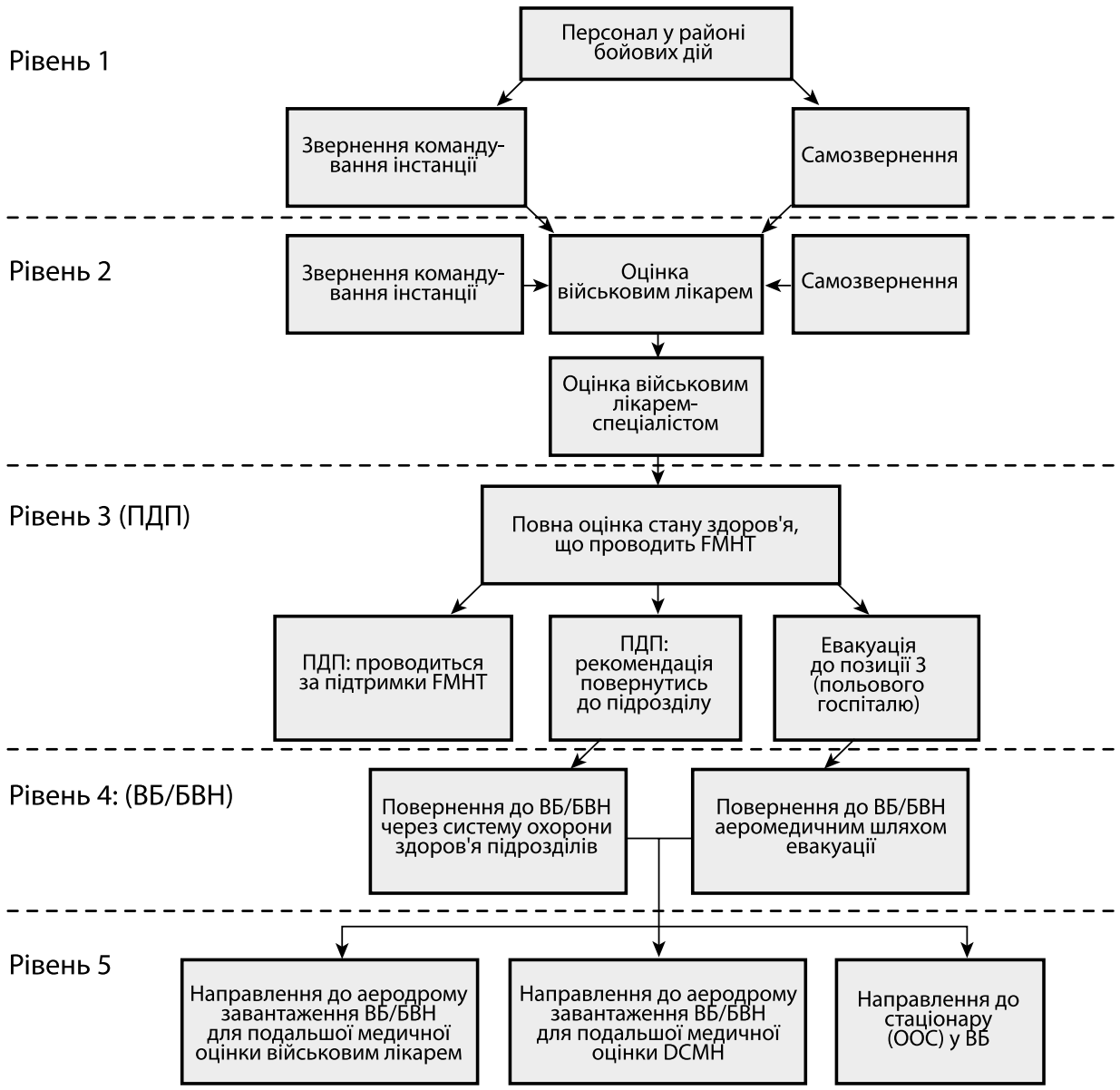


Рис. 41.1. Оперативна схема послідовності дій щодо психічного здоров'я

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 96859-5001.

[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,

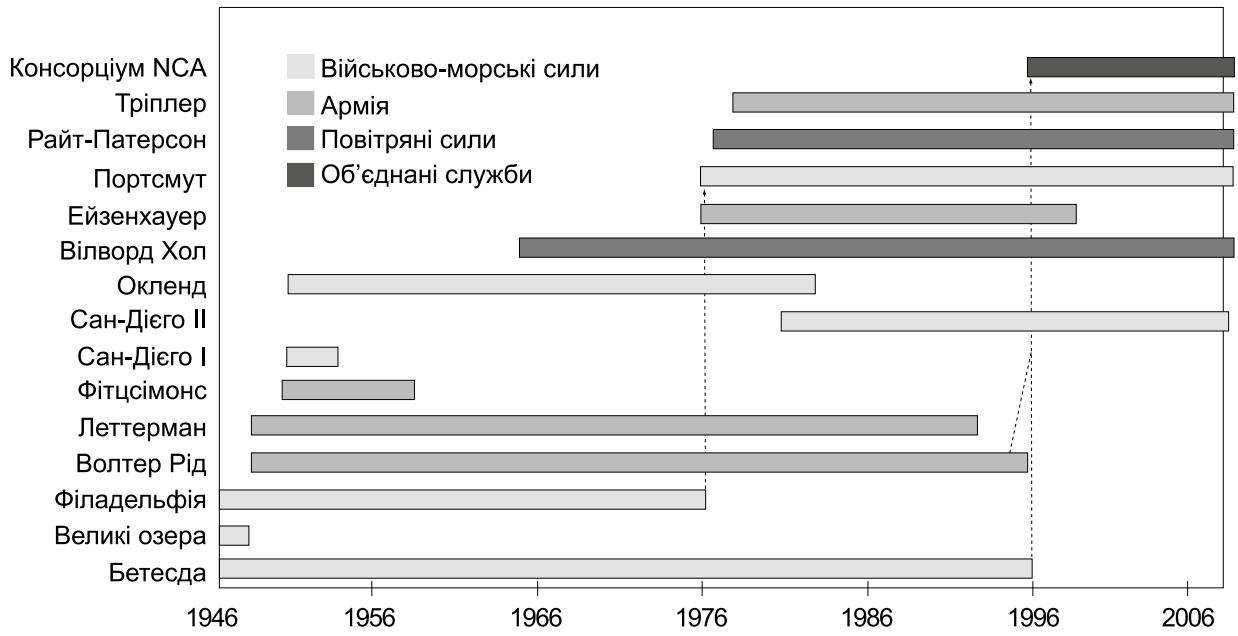


Рис 42.1. Графік роботи акредитованих американських військових психіатричних програм. Пунктирні лінії вказують, коли програми були або переведені в інше місце, або об'єднані.

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 Джефферсона», «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 блага 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 виняткова 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 командувану 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, ББethesda, 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, як-от 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-the-forcelessons-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 – I»

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 дивізійній 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-

реробляючи 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 лютi 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

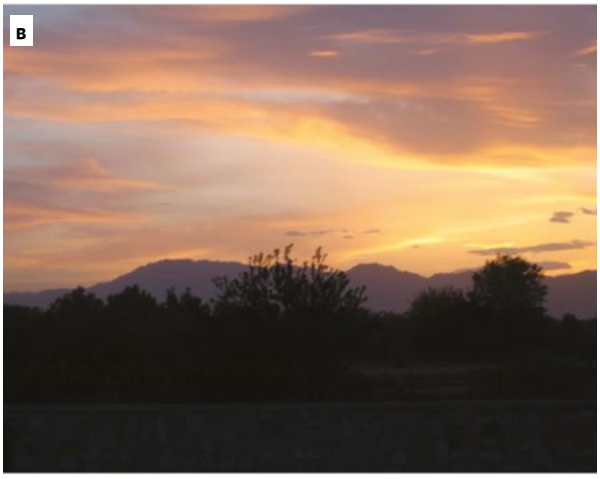


Рис. Д2.2. Заслужити довіру можна не лише завдяки медичним знанням, але й шляхом набуття спільного досвіду з солдатами: наприклад, можна ходити в піші патрулі (а); разом виконувати щоденну роботу у віддалених районах (б); або просто разом насолоджуватись азійським заходом сонця (в)

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 похоронної 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.

ПОКАЖЧИК

Агент Оранж, 297, 299
Агорафобія, 440, 441
Аерооприскування гербіцидами, 298
Ажитована шизофренія, 105
Акроціаноз, 118
Альтруїстичний суїцид, 59
Американська академія дитячої та підліткової психіатрії, 241
Американська академія педіатрії, 241
Американська асоціація суїцидології, 60
Аномальна харчова поведінка, 113
Анонімне опитування, 76
Анорексія, 111, 114, 118, 120, 122–124, 293
Антидепресант, 103, 106, 107, 126, 128, 129, 410
Антиконвульсанти, 129
Антиоксидант, 441
Антипсихотичний засіб, 126, 357, 513
Антракс, 293
Апоптоз, 441
Аптека, 503
Аритмія, 118
Армійський центр допомоги у разі нещасних випадків і з похоронних справ (CMAOC), 228
Аспірантура, 399
Атаксія, 107
Атипова пневмонія, 292, 295
Атропін, 293, 295
Афективний розлад, 117

Бензодіазепіни, 512
Біль у м'язах, 291, 300
Біохімічне тестування, 148
Біполярний афективний розлад, 103, 105
Біполярний розлад типу I, 105
Біполярний розлад типу II, 106
Біполярний розлад, 105, 106, 431, 440
Бойова травма, 196
Бойове оточення, 109
Булімія, 113, 114, 117, 126, 128, 130

Вагітність, 215, 218, 262, 436, 437, 438
Вербування військовослужбовців, 219
Вживання наркотиків, 48, 145, 146, 148, 149, 281
Вживання тютюну, 144
Вибух в Оклахома–Сіті, 292, 300
Випадки насильства, 216
Відділ запобігання суїцидам, 54
Війна у В'єтнамі, 227, 297, 300, 493, 534, 539
Військова медицина, 395, 404, 441
Військова психіатрія, 381, 404, 407, 409, 539
Військовий психіатр, 86, 271, 274, 389, 403, 404, 406, 408, 411, 413
Військовий дитячий освітній союз, 241
Військовий священик, 219
Військовий суд, 424
Військові звіти, 75
Військові чинники стресу, 106
Військові польові психіатричні бригади (FMHT), 377
Військово–медичний центр Тріплер, 253
Військовополонений, 236, 355, 365, 467, 468, 478
Вірус імунодефіциту людини, 454
Віспа, 289, 294
Вовчак, 441
Вплив телевізійних трансляцій, 292
Вторинна травматизація, 168
Втрата годувальника, 234

Геноцид в Руанді, 329
Гепатит А, 454
Геріатрична психіатрія, 399
Героїн, 145
Гідрокодон, 145
Гідроморфон, 145
Гіперкаротинемія, 118, 119
Гіпертермія, 130
Гіперхолестеролемія, 119
Гіпокаліємія, 119
Гіпоманія, 106

Гіпонатріємія, 119
Гіпохлоремія, 119
Головне управління Сухопутних військ США, 60
Головний біль, 231, 232, 291, 296, 300, 301
Голодування, 114, 115, 118, 119, 121, 124, 365–368, 479
Гоміцид, 81–99
Гоміцидальні думки, 84–96, 106, 516, 536
Госпіталізація, 83, 86, 87, 92–97, 108, 124, 125, 440, 529
Госпітальне судно, 278, 339, 342, 343, 375
Гостра інтоксикація, 150
Гостра променева хвороба, 293
Група «Аль-Каїда», 289
Груповий нагляд, 83, 84, 85, 88, 93, 98
Групові дослідження, 51
Гуманітарна допомога, 274, 309, 310, 313, 314, 317, 321–327, 333

Департамент у справах ветеранів США, 59
Депресивний настрій, 106, 300
Депресивний стан, 106, 440
Депресія, 103, 106, 431, 438, 455
Десенсибілізація, 501
Дефіцит цинку, 126
Дисфункція щитоподібної залози, 440
Діагноз, 86, 91, 98, 103–107, 113, 120, 122, 124, 131, 295, 357, 361, 365, 374, 406, 425, 427, 467, 481
Діарея, 294, 296
Дівчата з вільним часом (GTO), 187
Догляд за ув'язненими, 356, 358, 366
Дозування вітаміну Е, 50
Домашнє насильство, 216
Дофамін, 116

Евакуація, 108, 325, 348, 501, 503, 526, 539
Егоїстичний суїцид, 59
Екстрапірамідальні побічні ефекти, 105
Електроенцефалографія, 109
Електролітний дисбаланс, 118, 119
Електрошокова терапія (ЕШТ), 107
Емоційне насильство, 216
Емоційне залучення, 449, 454
Ендогенна депресія, 106
Епідеміологічна консультація, 78
Епідеміологічні методи дослідження, 76
Естроген, 441
Етил-глюкуронід, 144
Еутиреоїдний синдром, 119

Заборонені речовини, 105
Закон про національну оборону США, 228
Запас лікарських засобів, 502
Запобігання суїцидам, 78
Запобіжні заходи, 92, 292, 339, 465
Запровадження карантину, 295
Зарин, 272, 289, 294–299
Засоби масової інформації, 237, 273, 295, 346, 533
Засоби механічної фіксації, 107
Застосування проносних засобів, 124
Збудник сибірської виразки, 295
Звіт випадків самогубства, 60
Звіт про причини та спосіб смерті, 53
Звіт, 53, 67, 77, 87, 277, 358, 380, 423
Землетрус, 277, 290, 328
Зловживання алкоголем, 65, 74, 87, 93, 117, 144, 251, 297, 332
Зневоднення організму, 119, 454
Зона бойового розгортання, 131

Інгібітори моноамінооксидази, 127
Індекс маси тіла (ІМТ), 116
Інфекційна епідеміологія, 76

Казарми Шофілд, 256
Капелан, 64, 74, 233, 411, 507, 509
Кататонія, 107
Катехоламін, 116
Кіфоз, 119
Клінічна депресія, 218
Кломіпрамін, 125
Коаліція, 312, 314, 317
Когнітивно-поведінкова терапія, 125
Кодеїн, 145
Коефіцієнт смертності, 120, 331
Комітет запобігання та зниження ризику суїцидів, 59
Коморбідна патологія, 114
Компульсивне переїдання (BED), 114, 129
Конвенція про біологічну зброю, 289
Консиліум лікарів, 107
Констипація, 118
Консультативно-міждисциплінарна психіатрична служба (PCLS), 186
Консультаційна епідеміологічна команда, 59
Контроль ризику самогубств, 83
Конференція запобігання суїцидам, 59
Конфлікт у Судані, 329

Корейська війна, 227
Короткочасний психічний розлад, 104
Кримінальна відповідальність, 421

Лейкемія, 300
Лептин, 116
Лікар-інтерн, 276
Лікарські засоби, 108, 129, 363, 367, 400, 533
Лікування наркоманії, 406
Літій-індукований гіпотиреоз, 440
Лунатизм, 507

Магнітно-резонансна томографія, 109
Марихуана, 145
Масова паніка, 293
Материнська депресія, 438
Мегаколон, 118
Медико-психіатричне обстеження, 109
Медична документація, 365
Медична евакуація, 107, 108, 503–505, 524
Медична карта, 364
Медичне командування Армії США, 62, 218
Метаболічний алкалоз, 118
Метаболічний ацидоз, 118
Методи типу «випадок-контроль», 51
Міжнародні стандарти, 361, 365
Міністерство оборони США, 54, 116, 174, 175, 216, 235, 239, 275, 279, 298, 312, 313, 355, 371, 378, 390, 469, 483, 490, 492
Множинні травми, 236
Мобільний госпіталь, 279
Модель Mercy, 339, 340, 342

Набряк мозку, 441
Навчання молодих батьків, 220
Нагасакі, 299
Надзвичайна ситуація, 293, 314
Надлишкова вага, 116
Налтрексон, 127, 129
Насильство у сім'ї, 217, 221
Національна гвардія, 279
Національна військова сімейна асоціація, 240
Національна інформаційна база лікарів (NPDB), 97
Національна мережа дитячого травматичного стресу, 240
Національна система управління інцидентами, 277
Національний інститут психічного здоров'я, 66
Національний центр синдрому дитячого струсу (NCSBS), 220
Начальник медичної служби, 97, 112, 253, 535, 536
Невротична депресія, 300
Нейрогенна булімія, 114, 115, 123
Нейролептичні засоби, 126
Нейроциркуляторна астенія, 298
Нервово-психічна анорексія, 111, 114, 118, 120, 124
Неуточнені харчові розлади, 114
Норепінефрин, 116

Ожиріння, 111, 113, 116, 117, 129, 131
Ознака Рассела, 119
Операція «Гренбі», 375
Операція «Заспокоєння», 402
Операція «Іракська свобода», 394, 433
Операція «Непохитна свобода», 251, 394, 433
Операція «Об'єднана допомога», 278
Опитування, 68, 74, 76, 116, 120–123, 142–146, 217, 228, 257, 272, 275, 279, 280, 292, 296, 332, 358, 361, 366, 375, 428, 429, 528, 529, 535
Опромінення, 291, 294, 296, 298–300
Організація «Від нуля до трьох», 235, 240
Остеопороз, 119, 122
Отруєння хімічними речовинами, 294
Отруйні речовини, 291, 294
Офіцер медичного нагляду» (MRO), 146
Охорона психічного здоров'я, 47–62, 66, 69, 70, 73, 75, 77, 85, 91–93, 96, 97, 103, 104, 114, 130, 174, 251–289, 308, 321–333, 335, 338, 342–344, 350, 352, 354, 355, 356–364, 366–368, 373–381, 402, 420, 432, 451, 456–459, 463–467, 475, 487–493, 496–517, 521–538, 539
Оцінка компетентності, 398, 402

Паніка, 290
Парасуїцидальна поведінка, 365
Пентагон, 269, 271, 274–277, 289, 290
Передача травми через покоління, 169
Передбачення суїцидів, 47, 48, 49, 50
Передменструальний дисфоричний розлад, 438
Перекладач, 360, 361
Периферичний набряк, 118
Післядипломна освіта, 399
План запобігання самогубствам, 61
Плацебо, 126–129
Пневмомедіастинум, 118
Побічні ефекти, 127, 363, 364

Побутове насильство, 217, 442
Повідомлення про поранення, 181
Повідомлення про смерть військовослужбовця, 227
Пограничная психопатія, 117
Подразнення очей, 295, 297
Позбавлення залежності, 105
Позитронно-емісійна томографія, 109
Польовий госпіталь, 376, 501
Порушення когнітивних функцій, 141, 142
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), 107, 131, 144, 159, 168–170, 176, 181, 234–237, 251, 254, 256, 257, 265, 271–274, 277, 280, 281, 298–301, 375, 378, 381, 421–425, 442–444, 481–483
Похмільний синдром, 143
Право солдата на свободу слова, 481
Практичне тренування з запобігання суїцидам, 62
Працівник охорони психічного здоров'я, 49, 97, 464
Пременопауза, 441
Пренатальний вплив вальпроатів, 440
Природні лиха, 321
Прогестерон, 441
Прогнозування самогубств, 47
Програма допомоги при урагані Катріна, 281
Програма епідеміологічного спостереження, 66
Програма запобігання самогубствам в армії, 54
Програма захисту сім'ї, 216, 252
Програма нещасних випадків в армії, 227
Програма охорони здоров'я військовослужбовців дійсної служби, 239
Програма підтримки молодих батьків (NPSP), 220
Програма позбавлення наркотичної залежності, 252
Програми запобігання самогубствам, 65
Програми Соломона з навчання здорового способу життя, 258
Продромальний синдром, 293
Пролапс мітрального клапана, 118
Променева хвороба, 294
Протокол голодного страйку, 366
Протокол, 357, 359, 377
Процесс реабілітації, 190, 442
Психіатр дивізії, 504
Психіатрична госпіталізація, 83
Психіатрична ординатура, 394, 399
Психіатричний аналіз, 109
Психіатрія катастроф, 271, 274, 281, 403, 520
Психіатрія, 273–285, 389, 391, 394, 400, 419
Психічне захворювання, 114, 423, 467, 537
Психічне здоров'я, 53, 71–84, 259, 274, 279, 375, 394, 435–447, 453–459, 533, 537
Психічний розлад, 106, 107, 241, 251, 362, 421, 441
Психічний стан, 75, 84, 90, 105, 114, 271, 319, 328, 365, 375, 399, 424, 505, 513, 516
Психоактивна речовина, 75, 109, 150, 276, 390, 402, 405, 515
Психоз, 104, 105, 108, 120, 259, 357, 423, 440, 506
Психолог, 49, 255, 366
Психологічна травма, 159, 256, 294, 295, 323, 333
Психологічна аутопсія, 60, 64, 421, 427
Психологічна експертиза, 429
Психологічна програма управління поведінкою, 362
Психологічна реакція на катастрофу, 272
Психологічний захист, 274
Психологія, 247, 373, 404, 421, 536
Психомоторна функція, 142
Психосоматичний розлад, 300
Психотерапевти, 125
Психотерапія, 123, 127, 373, 409
Психофармакологія, 107, 399, 525

Радіаційна аварія, 294
Радіоактивне забруднення, 294
Радіоактивне опромінення, 292
Рак, 244, 292, 297, 300, 476
Раптова зупинка серця, 125
Регламент Армії США 40–5, 73
Релігійні обряди, 331
Речовини нервово-паралітичної дії, 293
Ризик жорстокого поводження з дитиною, 218
Ризик суїциду та вбивства, 83
Рівень карбогідрат-дефіцитного трансферину (CDT), 144
Рівень самогубств в Армії США, 59, 61, 68, 69, 74, 77, 78
Рівень стресу, 165, 179, 190, 378, 443, 482
Розгортання, 67, 74, 75, 81, 85, 92–95, 105, 113, 116, 130, 131, 142–144, 150, 157–191, 215–223, 229, 239, 250–265, 317, 353–358, 362, 364, 373–381, 393–396, 401, 402, 407, 409, 412, 413, 421, 433–437, 459, 463–466, 481–483, 497–517, 521–525, 527, 534
Розлад апетиту, 116
Розлад особистості, 120

Розлад харчової поведінки, 113

Самогубство, 47–51, 60, 63, 86, 94, 97, 120, 125, 244, 280, 409, 427, 528, 533
Самодопомога, 273
Самозаспокоєння, 273
Саморобні вибухові пристрої (IEDs), 506
Сеанс психоаналізу, 53
Сезонний афективний розлад, 438
Сексуальна дисфункція, 443
Сексуальне насильство, 216
Секта «Аум Сінрікьо», 289
Сибірська виразка, 294
Симуляція, 421, 425, 426
Синдром атипової пневмонії, 289
Синдром «Агент Оранж», 297
Синдром компенсації, 274
Сім'ї загиблих, 227, 229, 235
Сімейний капелан, 219
Сімейний психотерапевт, 220
Слабоумство, 50
Служба охорони психічного здоров'я Збройних сил (DMHS), 373
Служба побутового забезпечення військовослужбовців, 252
Сортування психіатричних хворих, 341
Соціальний захист, 272, 273, 274
Спалах бубонної чуми, 295
Спеціальна група запобігання суїцидам в Армії, 61
Стрес від похоронних робіт, 458
Стресові реакції на катастрофи, 272
Стрілянина в Форт Худі, 489, 492
Судовий психіатр, 421, 475
Суїцидальна депресія, 465
Суїцидальні думки, 50, 86, 88, 91, 93, 96, 232
Суїцидальні схильності, 49, 50, 53
Суїцидальні чинники ризику, 48

Тахіпное, 118
Телефонне опитування, 292
Теорія самогубств у військових, 59
Терапевтичний дебрифінг, 276, 277
Терористичні атаки, 272, 290
Тест на вживання наркотичних речовин, 150
Тест Фагерстрома на нікотинову залежність, 144
Токсини, 293
Топірамат, 128, 129
Травма головного мозку, 443
Тразодон, 129
Тренінг для психіатрів, 260
Тривалість госпіталізації, 184

Ув'язнені військовослужбовці, 355
Управління військової сім'ї, моралі, добробуту і відпочинку США, 220
Управління медичної експертизи, 52
Ураган Катріна, 271, 276, 279–281, 341, 342

Фаза консолідації, 332
Федеральне агентство управління в надзвичайних ситуаціях, 277
Фізична підготовка, 434, 533
Фізичне насильство, 216

Хвороба Альцгеймера, 50
Хімічна аварія, 321
Хімічні отруйні речовини, 294, 296, 299
Хіросіма, 299
Холера, 454

Цезій-137, 296
Центр з вивчення травматичного стресу, 240
Центр контролю захворюваності, 280
Центр передового досвіду охорони психічного здоров'я, 59
Центр першої допомоги сім'ям, 228
Центр розвитку дитини, 220
Центр утримання в Гуантанамо, 468
Ципрофлоксацин, 295
Цунамі, 240, 244, 271, 274, 277, 278, 279, 280, 321, 339, 340, 341, 351, 403, 493

Черепно-мозкова травма (ЧМТ), 441
Чинники для передбачення самогубства, 48
Чума, 293, 295

Шизофренія, 98, 103, 431, 437, 438
Шпиталь, 501, 502, 513

ЗМІСТ ПЕРШОГО ТОМУ

Acknowledgments 12
Подяки 13
Автори 16
Передмова до першого українського видання 32
Передмова до другого українського видання 34
Передмова 35
Вступ 38
Список абревіатур та акронімів 40

Частина перша
Закладання основ

Розділ 1 Охорона психічного здоров'я військовослужбовців: оновлення накопиченого досвіду 51
Розділ 2 Військова психіатрія США: спадщина війни у В'єтнамі 59
Розділ 3 Підготовка до відправлення військ за кордон: зміцнення психологічної стійкості 101
Розділ 4 Контроль бойового стресу 121
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 141

Частина друга
На арені бойових дій

Розділ 6 Дивізійні психіатри та офіцери з охорони психічного здоров'я у бригадах 159
Розділ 7 Модель простору бойового та оперативного стресу корпусу морської піхоти та військово-Морських сил США: інструмент для керівників 181
Розділ 8 Мобільні засоби контролю бойового та оперативного стресу у військово-морських силах США 199
Розділ 9 Охорона психічного здоров'я під час операції «Іракська свобода» 05-07 221
Розділ 10 Застосування психотропних препаратів у військовій психіатрії 241
Розділ 11 Роль військового священика в бойових формуваннях армії США 259
Розділ 12 Психіатричне консультування командування 271

Частина третя
Шлях додому

Розділ 13 Аеромедична евакуація 297
Розділ 14 Охорона психічного здоров'я в ландштульському регіональному медичному центрі армії США 321
Розділ 15 Черепно-мозкові травми у військовослужбовців 345
Розділ 16 Психіатрична допомога пацієнтам із бойовими пораненнями і травмами 369
Розділ 17 Наслідки бойового стресу для здоров'я порожнини рота 393

Частина четверта
Возз'єднання з родиною і реінтеграція в суспільство

Розділ 18 Відновлення військовослужбовців: повернення до мирного життя 415
Розділ 19 Лікування посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з військовою службою 441
Розділ 20 Діапазон допомоги новим ветеранам бойових дій та їхнім родинам: підхід суспільної охорони здоров'я 475
Розділ 21 Лікування болю 495
Розділ 22 Трудова терапія в американській армії: запровадження оптимальної продуктивності 517
Розділ 23 Виснаження медичного працівника і тренінг із психологічної стійкості 541

Покажчик 561
Зміст другого тому 566

Книжки для українського війська

Чимало наших захисників та захисниць уперше на війні і потребують базових тактичних знань. Видавництво «Наш Формат» і ГО «Реформація» закриває потребу в сучасній мілітарній літературі та з початку повномасштабного вторгнення підготували до друку вкрай важливі видання: «Невідкладна військова хірургія», «Мініпосібник з оборони міст у сучасних умовах» Джона Спенсера та «Тактика легкої піхоти для малих підрозділів» Крістофера Ларсена.

Українські військові вже отримали сотні примірників книжок, які здатні пришвидшити нашу перемогу. Для друку нових накладів на потреби ЗСУ необхідна фінансова підтримка, тож закликаємо небайдужих громадян донатити на проєкти.

Якщо ви військовий/військова або ж знаєте бійців, яким ці книжки стануть помічними в захисті нашої країни, заповніть форму за лінком вище. «Наш Формат» та ГО «Реформація» безкоштовно надсилає видання у госпіталі та військові частини.

Також доступні безкоштовні електронні версії книжок:

«Невідкладна військова хірургія» від Інституту Бордена. Видано спільно з Американсько-українською медичною фундацією

«Тактика легкої піхоти для малих підрозділів»

У співпраці з Крістофером Ларсеном — провідним американським військовим експертом — і виданням Цензор.НЕТ

«Мініпосібник з оборони міст у сучасних умовах». У співпраці з Джоном Спенсером — провідним фахівцем з ведення бойових дій в умовах міста — та перекладацьким бюро «Таск Форс»

А ще ви можете придбати такі книжки:

«Бойовий статут Сухопутних військ. Війська протиповітряної оборони Сухопутних військ Збройних сил України»

«Бойовий статут механізованих і танкових військ Сухопутних військ Збройних сил України. Частина II. Батальйон, рота»

«Бойовий статут механізованих і танкових військ Сухопутних військ Збройних сил України. Частина III. Взвод, відділення, екіпаж»

Разом до Перемоги!

НАШ ФОРМАТ —
це розбудова модерної української нації,
боротьба на культурному фронті загалом
та українізація книговидання зокрема

Наше видавництво принесло українському читачеві понад 300 перекладів знакових видань, зокрема книжки лауреатів Нобелівської премії, бестселери New York Times та Economist. Серед авторів — Френсіс Фукуяма, Ніл Ферґюсон, Дарон Аджемоґлу, Насім Талеб, Джордан Пітерсон, Фарід Закарія, Деніел Канеман та інші. Звичайно ж, ми видаємо й українських авторів.

Nashformat.ua — одна з найбільших мультибрендових інтернет-книгарень в Україні, яка принципово ніколи не продавала і не продає російської книжки. В асортименті є книжки різної тематики: бізнес, психологія, історія, мемуаристика, філософія, педагогіка, художня та дитяча література від провідних українських видавців.

Крім того, у Києві працює клубна книгарня «Наш Формат» (пров. Алли Горської, 5), де наші книжки з'являються в продажу найперше.

Разом із ГО «Реформація» ми започаткували проєкт «Військо читає» і забезпечили майже 50 військових частин та навчальних закладів близько 40 тисячами світоглядних книжок. Також завдяки благодійним внескам небайдужих випускаємо й передаємо бійцям і медикам украй потрібну літературу, як-от «Невідкладна військова хірургія», «Мініпосібник з оборони міст у сучасних умовах», «Тактика легкої піхоти для малих підрозділів» та інші. Ці видання допоможуть зберегти тисячі життів і стануть важливим кроком до здобуття Перемоги.

Книжки — це зброя.

Наш Формат — це Перемога!