



ШЛЯХ ДО ЕФЕКТИВНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ:

інтегрований погляд на виклики
та пошук дієвих рішень

Звіт за результатами дослідження

Дослідження проведено в рамках Проєкту «Посилення спроможності надання послуг комплексної реабілітації в Україні», що фінансується коштом Литовського Фонду розвитку співробітництва та гуманітарної допомоги (з цільовим внеском Міністерства національної оборони Литовської Республіки) та реалізовано литовською державною установою «Центральне агентство проєктного управління» (ЦАПУ). Звіт за результатами дослідження відображає позицію його авторів та може не збігатися з поглядами ЦАПУ.

Для головної ілюстрації було використане фото 503 окремого батальйону морської піхоти, авторка: Юлія Фобія

Редагування: Ірина Ніколайчук

Дизайн та верстка: Ганна Волкова

Зміст

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	7
.....	
ВСТУП І ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ	8
Мета дослідження	8
Предмет дослідження	9
Кому адресований цей звіт	9
Дослідницька команда	10
Методологія дослідження	10
Кабінетний етап дослідження	10
Якісницький етап дослідження	11
Теоретичні підходи до аналізу й інтерпретації даних	14
Обмеження дослідження	17
.....	
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	18
.....	
ЗАГАЛЬНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СИСТЕМУ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ	20
Контекст функціонування системи	21
Узагальнений опис психосоціальних потреб та установок військовослужбовців	22
Загальне уявлення про організаційну структуру та механізми надання послуг	24
Аналіз наявних публікацій у наукових виданнях	30
Загальні характеристики надавачів	30
Бар'єри й фасилітатори впровадження змін та розвитку системи	32
Висновки і рекомендації щодо системи в цілому	34

ВІДБІР	39
.....	
ПІДГОТОВКА	41
.....	
ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД	45
Опис	46
Характеристики організаційної структури та механізми надання послуг	47
Характеристики надавачів	47
Характеристики інтервенцій	49
Висновки та рекомендації	50
Висновок 1. Оптимізувати структуру системи психологічного забезпечення	50
Висновок 2. Розділити ролі психологічного і морального забезпечення між суб'єктами	50
Висновок 3. Делегувати завдання від психологів до непрофесіоналів і посилювати неспеціалізовану психологічну підтримку	51
Висновок 4. Масштабувати ефективні практики впливу командирів як ключових провідників психологічної підтримки	51
Висновок 5. Розвивати неструктуровану психологічну підтримку в підрозділах	51
Висновок 6. Удосконалити інструменти скринінгу й алгоритми скерування на допомогу	51
Висновок 7. Продовжувати зменшувати стигму навколо спеціалізованої психологічної підтримки	52
Висновок 8. Масштабувати короткі втручання, які можуть проводити як психологи, так і непрофесіонали (капелани, бойові медики, волонтери, неформальні лідери колективів)	52
.....	
ПСИХОЛОГІЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ	53
Опис	54
Характеристики організаційної структури і механізми надання допомоги	55
Характеристики надавачів	56
Характеристики інтервенцій	57
Висновки і рекомендації	58

Висновок 1. Покращити професіоналізацію психологічної служби	58
Висновок 2. Закріпити варіативність вибору заходу відновлення з урахуванням наявних ресурсів	58
Висновок 3. Стандартизувати програми відновлення та створювати доказову базу	58
Висновок 4. Налагоджувати ефективну співпрацю між медиками, психологами і підготовленими непрофесіоналами	59
Висновок 5. Впроваджувати інформаційні системи для безперервності психологічного відновлення військовослужбовців	59
Висновок 6. Підвищувати кваліфікацію психологів у доказових методах	59
Висновок 7. Професійно готувати фахівців центрів відновлення та залучати ветеранів до роботи в них	59
Висновок 8. Розбудовувати базу знань на основі даних досліджень	59
.....	
ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	61
Опис	62
Характеристики організаційної структури і механізми надання допомоги	65
Характеристики надавачів	66
Характеристики інтервенцій	67
Висновки і рекомендації	68
Висновок 1. Врегулювати механізм направлення з військової частини для отримання амбулаторної допомоги у цивільному секторі	68
Висновок 2. Розробити критерії госпіталізації у психіатричний стаціонар (у медико-технологічних документах та вимогах ПМГ)	68
Висновок 3. Підвищувати точність сортування на рівні військової частини та маршруті евакуації за допомогою засобів телемедицини	68
Висновок 4. Розширювати взаємодію між цивільною психіатрією і військовою медициною	69
Висновок 5. Розширювати доступ військовослужбовців до дистанційної психологічної, психотерапевтичної та психіатричної допомоги	69

Висновок 6. Розвивати навички медичних працівників цивільного сектору щодо ТРАВМОФОКУСОВАНОГО консультування та основ етичної комунікації із військовими пацієнтами	69
Висновок 7. Адвокатувати запровадження реалістичних тарифів на психіатричне лікування	69
.....	
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ	70
Опис	71
Характеристики організаційної структури та механізми надання допомоги	72
Характеристики надавачів	73
Характеристики інтервенцій	74
Висновки та рекомендації	75
Висновок 1. Визначити поняття психологічної реабілітації, розробити варіанти показань і наповнення послуги	75
Висновок 2. Масштабувати успішні моделі психологічної і психосоціальної допомоги військовим	75
Висновок 3. Визначити обсяг і зміст психологічної допомоги у фізичній/медичній реабілітації	75
Висновок 4. Залучити фахівців з власним досвідом участі у бойових діях до надання психологічної допомоги	75
.....	
ЗАКЛЮЧНІ МІРКУВАННЯ	77
ПОДЯКИ	78
.....	
ДОДАТКИ	79
Додаток 1. Перелік нормативно-правових актів, проаналізованих у кабінетній частині дослідження	79
Додаток 2. Перелік інших публікацій, проаналізованих у кабінетній частині дослідження	81

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

БЗВП	Базова загальновійськова підготовка
ГКБС	Група контролю бойового стресу
ГПСтаВ (ГПСВ)	Група психологічного супроводу та відновлення
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗСУ	Збройні Сили України
КМУ	Кабінет Міністрів України
(i)КПТ	(інтернет) Когнітивно-поведінкова терапія
НаУКМА	Національний університет «Києво-Могилянська академія»
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОУ	Міністерство оборони України
НГУ	Національна гвардія України
НЦ	Навчальний центр Збройних Сил України
ПМГ	Програма медичних гарантій
ППП	Психологічна підтримка персоналу
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
ЦОВВ	Центральний орган виконавчої влади
VR	Virtual reality (технологія на основі віртуальної реальності)

Вступ і постановка проблеми

Попри те, що увага до питань психічного здоров'я у військовій сфері дедалі зростає, система підтримки психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ, яка б гарантувала своєчасний доступ до якісних і прийнятних послуг, знаходиться у процесі становлення і реформування. На практиці надання допомоги часто залежить від конкретних командирів, ентузіазму окремих фахівців чи волонтерських ініціатив. Це породжує нерівність у доступі до підтримки, а також обмежує її ефективність. Дослідження «Шлях до ефективної психологічної підтримки військовослужбовців ЗСУ: інтегрований погляд на виклики та пошук дієвих рішень», результати якого викладені у цьому звіті, має на меті систематизувати наявні практики, визначити їхні сильні сторони та виявити бар'єри, що перешкоджають їхньому розвитку.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: всебічне вивчення наявної системи підтримки психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ та її здатності забезпечити доступ до якісних послуг, що включає аналіз чинних політик та організаційних механізмів, а також

дослідження бар'єрів й фасилітаторів, які впливають на доступність, прийнятність, відповідність, ефективність послуг з охорони психічного здоров'я з погляду як їх надавачів, так і отримувачів.

Попри відсутність єдиного нормативного документа, який узгоджував би всі послуги у взаємопов'язану систему з підтримки психічного здоров'я військовослужбовців, у цьому дослідженні термін «система» використовується у широкому аналітичному значенні – як сукупність інституцій, політик і практик у військовому, цивільному, ветеранському та громадському секторах, що забезпечують послуги з підтримки психічного здоров'я військовослужбовців.

Під час визначення **об'єкта дослідження** нам було важливо дослідити всі наявні напрями, визначені в новій Доктрині психологічної підтримки ЗСУ, як-то психологічна діагностика, психологічна підготовка, психологічний супровід і психологічне відновлення. Втім, ми воліли не обмежуватись тільки ними і також вивчити доступ до амбулаторного та стаціонарного психіатричного лікування, психологічної допомоги

під час проходження фізичної й медичної реабілітації та комплексної медико-психологічної реабілітації військових у цивільних закладах охорони здоров'я, а також усі види психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ у соціальному, ветеранському і громадському секторі.

ПРЕДМЕТ ДОСЛІДЖЕННЯ: фасилітатори й бар'єри, які впливають на доступність, прийнятність, відповідність і ефективність послуг з підтримки психічного здоров'я з поглядом як їх надавачів, так і отримувачів.

КОМУ АДРЕСОВАНИЙ ЦЕЙ ЗВІТ:

Результати дослідження адресовані різним цільовим аудиторіям, залученим до розбудови й функціонування системи підтримки психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ:

Управлінню психологічного забезпечення Міністерства оборони України, Головному Управлінню психологічної підтримки персоналу Збройних Сил України – для забезпечення стратегічного керівництва розвитком системи психологічної підтримки персоналу у ЗСУ, а також створення умов для узгодженого функціонування підрозділів психологічної служби.

Координаційному центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України та Міністерству охорони здоров'я України – для формування єдиної політики: координації діяльності центральних органів виконавчої влади та ініціатив громадського сектору, стандартизації послуг і створення системної рамки для інте-

грації військового й цивільного секторів, підтримці співпраці з міжнародними організаціями та залучення додаткового фінансування.

Фаховим експертам і надавачам послуг з психічного здоров'я (у ЗСУ, системі охорони здоров'я, у сфері ветеранської політики, у соціальному секторі, а також у приватному та громадському секторах) – для покращення доступу до якісних послуг, орієнтованих на потреби військовослужбовців, для розробки нових та вдосконалення наявних протоколів лікування, діагностичних інструментів, змісту навчальних програм.

Донорським організаціям – для спрямування інвестицій у сфері з найбільшим впливом: підготовку кадрів, супервізію, моніторинг якості, масштабування ефективних моделей і розвиток інфраструктури.

Військовим командирам усіх рівнів – для розбудови процесів підтримки психічного здоров'я у підрозділах, розвитку лідерства та створення «швидких маршрутів» без зайвої бюрократії.

Лідерам думок і медіа – для подальшої дестигматизації звернень по допомогу й формування позитивного ставлення до теми психічного здоров'я у суспільстві в цілому і зокрема у Збройних Силах України.

Військовослужбовцям і ветеранам – для посилення власної агентності у турботі про психічне здоров'я, адвокації позитивних змін, поглиблення розуміння механізмів роботи системи й очікуваних результатів на кожному етапі.

ДОСЛІДНИЦЬКА КОМАНДА

Дослідження провели експертами Центру психічного здоров'я НаУКМА у співпраці з експертами "Правозахисного центру для військовослужбовців "Принцип".

Євген Лисенко	Відповідальний за проєкт, ГО «Принцип»	lysenko@pryncyp.org
Сергій Богданов	Провідний дослідник Центру психічного здоров'я НаУКМА, відповідальний за проведення дослідження	s.bogdanov@ukma.edu.ua
Костянтин Думчев	Дослідник Центру психічного здоров'я НаУКМА, відповідальний за проведення кабінетного дослідження	k.dumchev@ukma.edu.ua
Катерина Косс	Дослідниця Центру психічного здоров'я НаУКМА, відповідальна за якісницький етап дослідження	Kateryna.koss@gmail.com
Олександра Рудківська	Співдослідниця, координаторка проєкту від Центру психічного здоров'я НаУКМА	o.rudkivska@ukma.edu.ua

Методологія дослідження

Дослідження складалось з двох частин, а саме:

1. Кабінетного дослідження, яке включало огляд вже наявної інформації з відкритих джерел (нормативно-правових актів МОЗ, Міноборони, Командування медичних сил, КМУ, наукові публікації, звіти, аналітика, сайти державних органів тощо).
2. Якісницького дослідження через напівструктуровані глибинні інтерв'ю із подальшим тематичним аналізом отриманих даних.

На завершальному етапі висновки кабінетного та якісницького етапів були синтезовані з метою триангуляції отриманих даних, виявлення розбіжностей й інтеграції різнома-

нітних джерел. Узагальнені результати були презентовані стейкхолдерам і бенефіціарам дослідження під час воркшопу для їх валідації і обговорення рекомендацій для вдосконалення системи підтримки психічного здоров'я.

КАБІНЕТНИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою визначення компонентів системи психологічної допомоги/ реабілітації, її рівнів та теоретично можливих маршрутів пацієнтів ми провели збір та аналіз інформації з таких джерел:

- Закони України, нормативно-правові акти Кабінету Міністрів України, Міноборони, МОЗ, Мінветеранів, Мінсоцполітики, Генерального штабу ЗСУ (Додаток 1);

- публікації та звіти інших оцінок і досліджень (Додаток 2);
- публічно доступні джерела даних (зокрема НСЗУ);
- інші документи (листи, проєктні звіти, робочі плани, стандарти, протоколи, аналітика) за наявності.

Документи були отримано шляхом запиту до стейкхолдерів, а також пошуку і вивчення ресурсів, наявних у відкритому доступі, зокрема вебсайтів ЦОВВ, громадських організацій, проєктів, надавачів послуг тощо.

Аналіз документації мав на меті вивчення нормативних засад функціонування системи психологічної допомоги, її структури, зон відповідальності державних органів і надавачів послуг, видів таких послуг та категорій громадян, які мають право на їх отримання. Особливо були проаналізовані види допомоги/ послуг, які не є повністю врегульованими нормативно (наприклад, у проєктах,

які реалізуються неурядовими організаціями).

Результати кабінетного дослідження були використані для створення гайдів для глибоких інтерв'ю.

ЯКІСНИЦЬКИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ

Формат

Напівструктуровані інтерв'ю були проведені в онлайн-форматі або телефоном інтерв'юєрами, які живуть в Україні. Учасники інтерв'ю могли постійно проживати й тимчасово перебувати у різних регіонах України, які контролюються українським урядом.

Учасники дослідження і вибірка

До участі у якісницькому етапі дослідження було залучено 49 респондентів з-поміж військовослужбовців, військово-медичного персоналу, надавачів послуг ЗОЗ та неурядового сектору, експертів (Таблиця 1).



Таблиця 1: Соціально-демографічні характеристики респондентів якісницького етапу дослідження.

Військовослужбовці ЗСУ, всього	16
Стать:	
Чоловіки	13
Жінки	3
Вік:	
18–32 роки	8
33–47 років	6
48+ років	2
Звання:	
Рядовий склад	6
Молодший сержантський і старшинський склад	5
Старший сержантський і старшинський склад	2
Молодший офіцерський склад	2
Старший офіцерський склад	1

Надавачі психосоціальних послуг та послуг з психічного здоров'я, всього	23
Чоловіки	15
Жінки	8
Тип надавача:	
Психологи громадських організацій	3
Заступники командирів з питань морально-психологічного забезпечення	2
Офіцери-психологи	2
Офіцери групи контролю бойового стресу	2
Офіцери групи психологічного супроводу та відновлення	2
Бойовий медик роти	1
Начальник медичної служби бригади	1
Лікар військового госпіталю	1
Лікарі психіатричних лікарень	4
Лікар Центру ментального здоров'я	1
Лікарі закладів відновлення та реабілітації	2
Капелани	2
Експерти національного рівня, представники неурядових організацій	10
Всього	49

Респонденти якісницького дослідження були ідентифіковані експертами ГО «Принцип» спільно з дослідницькою командою проєкту. Під час формування вибірки ми врахували максимальну репрезентативність (вік, стать, УБД тощо) та варіативність перспектив і досвіду отримання чи надання психологічних послуг. З учасниками дослідження контактували представники ГО «Принцип», які надавали коротку інформацію про дослідження й одержували згоду надати контактні дані інтерв'юєрам. Перед початком інтерв'ю всі учасники отримали інформацію щодо мети дослідження, ризиків і переваг для них, кроків щодо захисту їхніх прав, опис перебігу інтерв'ю й менеджменту персональних даних. Також потенційні учасники одержали посилення на поінформовану згоду в електронному вигляді. Перед початком інтерв'ю

інтерв'юєр зачитував інформаційний буклет з основною інформацією про дослідження уголос і відповідав на можливі запитання респондента. Після цього отримував усну поінформовану згоду від респондентів щодо їхньої готовності взяти участь у дослідженні.

Протокол дослідження одержав схвалення Комітету з етики наукових досліджень НаУКМА (ухвала від 9 червня 2025 року, протокол №8).

Процес збору даних

Напівструктуровані онлайн-інтерв'ю з респондентами тривали до 90 хвилин. На початку кожного інтерв'ю збиралась коротка соціодемографічна інформація про респондента за допомогою опитувальника.

Інтерв'ю проходили за тематичними гайдами з уточнювальними запитаннями за потреби. Тематичні гайди адаптовувалися до контексту та типу/

досвіду/експертності респондента з метою забезпечення послідовності й узгодженості інтерв'ю. Гайди для інтерв'ю були розроблені за результатами кабінетного дослідження та попереднього пілотування.

Інтерв'ю проводились рідною мовою респондента підготовленим інтерв'юєром. інтерв'юєри були рекрутовані з-поміж співробітників НаУКМА, які мали досвід у сфері досліджень з психосоціальної підтримки та психічного здоров'я. Інтерв'ю були аудіозаписані у разі згоди респондента. Проведення інтерв'ю відбувалось з урахуванням безпеки, комфорту, зручності, гідності респондента й інтерв'юєра, а також конфіденційності респондента. Аудіозаписи зберігались на захищеному хмарному сховищі НАКУМА та були видалені одразу після завершення дослідження командою проєкту.

Аналіз якісних даних

Якісні дані були транскрибовані для подальшого аналізу, який відбувався у два етапи. Перший – дедуктивний аналіз, який передбачав кодування одиниць даних відповідно до методики фреймового аналізу за заданими категоріями (доступність, прийнятність, відповідність, суб'єктивна ефективність) та відповідно до теоретичної інтегрованої рамки CFIR (характеристики контексту, характеристики організаційної структури й процесів, характеристики надавачів, характеристики інтервенції, а також бар'єри і фасилітатори впровадження). Другий етап – індуктивний аналіз, під час якого шляхом кодування та категоризації виявлялись нові теми чи несподівані результати відповідно до мети і завдань дослідження. Аналіз даних проводився за допомогою програмного забезпечення Dedoose version 10.0.35, на яке дослідники НаУКМА мають офіційну ліцензію.

Забезпечення якості

Якість інтерв'ю була забезпечена такими шляхами: по-перше, інтерв'ю проводили дослідники, які мають досвід у застосуванні якісних методів дослідження. По-друге, гайди для інтерв'ю розроблялись за допомогою ретельного процесу, що включав консультації з експертами, групові обговорення та пілотування з метою забезпечення релевантності доречності гайдів. По-третє, процеси транскрибування й аналізу включали групові обговорення між інтерв'юєрами та іншими учасниками аналітичної команди, що сприяло досягненню спільного розуміння та дозволило уникнути суб'єктивності й упередженості. По-четверте, ми застосували прозорий процес аналізу. Він підтримувався за допомогою триангуляції (тобто зіставлення з іншими джерелами даних). По-п'яте, звіт містить розділ про обмеження дослідження для пояснення його потенційних недоліків. І нарешті, якісне дослідження ґрунтувалось на узгоджених принципах належної практики, серед яких прозорість, комплексність, рефлексивність, дотримання етичних норм і системність.

Валідизація результатів

Після завершення процесу аналізу даних кабінетного і якісницького етапу отримані результати були представлені і обговорені з експертами ГО Принцип. Наступним кроком до триангуляції даних було проведення двох онлайн воркшопів тривалістю 4 години (9 учасників) і 2 години (5 учасників) з ключовими інформантами з-поміж головних бенефіціарів дослідження та стейкхолдерів, а саме: представники ЗСУ, Міністерства ветеранів, Міністерства охорони здоров'я, Координаційний центр психічного здоров'я, представників громадського сектору (Veteran Hub тощо). Під час вор-

кшопу дослідники НаУКМА представили результати огляду системи надання послуг з підтримки психічного здоров'я для військовослужбовців та основні висновки і рекомендації щодо етапів психологічний супровід, психологічне відновлення, лікування психіатричних розладів і психологічна допомога в межах реабілітації. Учасники воркшопів обговорили напрацьовані командою дослідників висновки і рекомендації щодо вдосконалення системи, доповнили та пріоритезували їх із погляду величини впливу і складності реалізації.

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО АНАЛІЗУ Й ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ДАНИХ

Для побудови дизайну дослідження ми користувались деякими основоположними теоретичними моделями, які застосовуються в плануванні, організації й оцінці ефективності системи охорони психічного здоров'я у світі. Зокрема це піраміда видів допомоги з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки ВООЗ¹, стратегії організації системи охорони здоров'я task shifting² та інтегрована рамка CFIR³ (consolidated framework for Implementation Research), яка допомагає системно аналізувати впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я.

Піраміда видів допомоги з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ВООЗ / IASC):

Модель піраміди відображає ієрархію рівнів допомоги у сфері психічного здоров'я та психосоціальної

підтримки в умовах надзвичайних ситуацій і конфліктів. Вона складається з кількох взаємопов'язаних рівнів:

1. Базові послуги та безпека – задоволення фундаментальних потреб (їжа, вода, житло, безпека), що є передумовою психічного благополуччя. Інтервенції цього рівня:

- гуманітарна допомога (їжа, вода, житло);
- безпека і захист;
- доступ до медичної допомоги;
- створення умов, що мінімізують додаткову травматизацію.

2. Підтримка сім'ї і громади – відновлення соціальних зв'язків, неформальні мережі взаємодопомоги, підтримка колективної згуртованості. Інтервенції цього рівня:

- групи взаємопідтримки;
- дозвільна діяльність за місцем перебування (освітні, культурні, спортивні заходи);
- зміцнення згуртованості, відновлення сімейних і соціальних мереж.

3. Цільова, неспеціалізована підтримка – зменшення гострого стресу, профілактика психологічного виснаження, раннє реагування на кризові ситуації.

Інтервенції цього рівня:

- перша психологічна допомога;
- кризове консультування;
- короткі інтервенції, що надаються психологами без психотерапевтичної освіти, соціальними

1 - Міжвідомча настановча група ООН (IASC). Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. [2017] Женева: Міжвідомча настановча група (IASC). Доступно за посиланням: https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2017-05/iasc_mhpps_guidelines_ukrainian_0.pdf

2 - World Health Organization; PEPFAR; UNAIDS. Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks among Health Workforce Teams. Global Recommendations and Guidelines. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2007. ISBN 978-92-4-159631-2. Доступно за: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43821/9789241596312_eng.pdf

3 - Reardon, C.M., Damschroder, L.J., Ashcraft, L.E. et al. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) User Guide: a five-step guide for conducting implementation research using the framework. Implementation Sci 20, 39 (2025). <https://doi.org/10.1186/s13012-025-01450-7>

чи медичними працівниками після базового навчання;

- супровід і направлення до більш спеціалізованих служб.

4. Спеціалізовані послуги – лікування психічних розладів (ПТСР, депресія, тривожні розлади, залежності, психотичні стани), довготривала реабілітація.

Інтервенції цього рівня:

- індивідуальна та групова психотерапія;
- психіатрична допомога;
- комплексна медико-психологічна реабілітація.

Стратегія делегування завдань (Task shifting)

Це стратегія організації системи охорони здоров'я, що передбачає перерозподіл завдань від вузьких спеціалістів (психіатрів, психотерапевтів, клінічних психологів) до працівників, які не мають спеціалізованої підготовки у сфері психічного здоров'я, але можуть виконувати певні функції після відповідного навчання та під супервізією. Така стратегія є ключовою в умовах браку ресурсів, адже дозволяє масштабувати базові й фокусовані інтервенції, зменшити навантаженість на обмежену кількість спеціалістів та забезпечити доступність навіть в умовах гуманітарних криз і війни.

Мета стратегії:

- подолати дефіцит висококваліфікованих кадрів у сфері психічного здоров'я;
- розширити доступ до неспеціалізованих видів допомоги;
- забезпечити своєчасне втручання на рівні найближчого оточення людини.

Основні принципи

1. Диференціація завдань: спеціалісти з психічного здоров'я зосереджуються на складних випадках, тоді як базові інтервенції

виконують підготовлені неспеціалісти.

2. Навчання та стандартизація: неспеціалізовані працівники отримують короткострокове цільове навчання (наприклад, на теми першої психологічної допомоги, скринінгу, кризового консультування).

3. Супервізія і підтримка: обов'язковий нагляд і регулярні консультації від фахівців для забезпечення якості допомоги.

4. Інтеграція у систему: делеговані функції мають бути вписані у чіткі маршрути надання допомоги (від базового до спеціалізованого рівня).

CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research)

Теоретико-методологічною основою якісного етапу цього дослідження виступає CFIR – інтегрована рамка, спрямована на системний аналіз чинників, що впливають на впровадження та стійкість інновацій у сфері охорони здоров'я. CFIR об'єднує напрацювання низки теоретичних моделей, є уніфікованим підходом та дозволяє враховувати як зовнішні умови, так і внутрішні організаційні й індивідуальні фактори. У нашому дослідженні ми адаптували класифікацію основних доменів CFIR і виокремили шостий домен – потреби та проблеми отримувачів послуг. Це відповідало меті дослідження, а саме вивчення суб'єктивного досвіду користування послугами системи підтримки психічного здоров'я з погляду військовослужбовців ЗСУ.

Рамка складається з шести взаємопов'язаних доменів:

1. Зовнішнє середовище (Outer Setting).

Включає фактори, що перебувають поза межами системи: зовнішні політики, стимули та регуляторні вимоги.

2. Потреби і проблеми користувачів (User needs and problems).

Описує актуальний стан психічного здоров'я військовослужбовців, їхнє ставлення до психологічної підтримки в цілому.

3. Внутрішнє середовище (Inner Setting).

Описує внутрішні характеристики системи – її структуру, культуру, клімат щодо інновацій, а також рівень готовності до змін.

4. Характеристики інновації (Intervention Characteristics).

Охоплює властивості заходів і послуг, зокрема їх інноваційність, адаптивність до військового контексту, складність впровадження, прийнятність, наявність доказової бази.

5. Характеристики надавачів (Characteristics of providers).

Охоплює ставлення персоналу до інновацій, їхні знання та переконання, рівень самоефективності,

готовність змінювати професійну практику.

6. Процес впровадження (Process).

Відображає динаміку реалізації змін: планування, залучення ключових стейкхолдерів, безпосереднє виконання та подальшу оцінку результатів. Бар'єри і фасилітатори під час впровадження.

Таким чином, підхід CFIR забезпечив комплексний підхід до вивчення системи підтримки психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ, дозволяючи аналізувати взаємодію контекстуальних, організаційних та індивідуальних чинників, що зумовлюють успішність, або бар'єри у впровадженні передбачених заходів і послуг. Застосування цієї рамки у дослідженні дало можливість отримати структуроване уявлення про послуги на кожному з етапів системи і сформулювати висновки і рекомендації.

Показники впровадження програм⁴

Критерій	Визначення	Застосування в дослідженні
1. Доступність (Accessibility)	Ступінь легкості, з якою військовослужбовець може дістатися до психологічної допомоги. Враховує фізичну, географічну, часову, фінансову, інформаційну й адміністративну доступність послуг.	<ul style="list-style-type: none"> • Чи відомо військовому, куди звернутися? • Які існують бар'єри (черги, транспорт, обмеження часу, дозвіл командира, пропускна система тощо)? • Як швидко він може отримати допомогу?
2. Відповідність (Appropriateness)	Наскільки послуги, що надаються, відповідають реальним потребам військовослужбовця з урахуванням його стану, контексту, досвіду служби.	<ul style="list-style-type: none"> • Чи адаптовані послуги до потреб військових? • Чи мають фахівці досвід роботи з бойовим стресом? • Чи застосовуються релевантні методи (втручання низької інтенсивності, психотерапія, медикаментозне лікування)?

4 - Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, Griffey R, Hensley M. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011 Mar;38(2):65-76. <http://doi:10.1007/s10488-010-0319-7>

3. Прийнятність (Acceptability)	Ступінь, до якого послуги сприймаються військовослужбовцем як етичні, поважні, зручні, культурно або особисто прийнятні.	<ul style="list-style-type: none"> • Чи довіряє військовий фахівцю? • Чи відчувається він засудженим або стигматизованим? • Чи комфортно йому обговорювати свій стан?
4. Ефективність (Effectiveness)	Наскільки послуги сприяють поліпшенню психологічного стану військовослужбовця, відновленню його функціонування, зменшенню симптомів або покращенню адаптації.	<ul style="list-style-type: none"> • Чи дала допомога полегшення? • Чи почав військовий краще давати раду з емоційним навантаженням? • Чи відновились здатність виконувати завдання? • Він завершив курс допомоги чи відмовився?

ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Це дослідження має низку обмежень, які необхідно враховувати під час інтерпретації його результатів. По-перше, воно базувалося на кабінетному огляді й аналізі якісних даних інтерв'ю, без застосування кількісних методів збору чи статистичної перевірки гіпотез. Таким чином, результати відображають насамперед суб'єктивне сприйняття респондентами спроможності системи забезпечувати доступ до якісних послуг.

По-друге, вибірка учасників була обмеженою, що не дозволяє екстраполювати результати на всю систему психологічної підтримки ЗСУ. Ми не проводили інтерв'ю з представниками МОУ та Генерального штабу ЗСУ. Ми не проводили системного аналізу кількісних показників, а також не досліджували кадрового й фінансового забезпечення системи. Відсутність попередніх досліджень за цими напрямками не дала змоги сформулювати порівняльний огляд чи спиратися на наявну доказову базу.

По-третє, результати дослідження слід розглядати у зв'язку з безпосереднім контекстом учасників. Ми не аналізували специфіки роботи з

військовослужбовцями, звільненими з полону, і не приділяли окремої уваги практикам психологічної підтримки командного складу ЗСУ. Система відбору та підготовки фахівців психологічної підтримки була вивчена лише частково. Ми не оцінювали рівень доказовості та ефективності окремих навчальних програм, психодіагностичних інструментів чи методичних інструкцій.

По-четверте, дослідження не включало роботи з інформацією з обмеженим службовим доступом, зокрема офіційної статистики щодо результативності послуг і діяльності команд психологічної підтримки ЗСУ. Це обмежило можливість формування комплексної оцінки ефективності системи.

Таким чином, представлені висновки варто розглядати як аргументований, але неповний портрет функціонування системи підтримки психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ. Отримані результати підкреслюють необхідність подальших, ширших досліджень із використанням кількісних методів і доступом до розширеної емпіричної бази з метою забезпечення розвитку системи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Презентація результатів дослідження побудована таким чином, що спочатку представлений огляд системи в цілому. Він складається з опису контекстуальних факторів, які є відносно константними і впливають на її функціонування на всіх етапах. Далі ми виокремлюємо й описуємо потреби та стан психічного здоров'я військовослужбовців. Представляємо загальну структуру системи психологічної підтримки – на підставі як аналізу нормативно-правових документів, так і узагальнення даних інтерв'ю, у яких відображено суб'єктивне сприйняття респондентами доступності, ефективності, прийнятності та відповідності послуг. Окрім того, ми окреслюємо шлях військовослужбовця на кожному з етапів системи, описуємо

ключові характеристики надавачів послуг, притаманні системі загалом, а також бар'єри та фасилітатори, що впливають на впровадження запланованих заходів і розвиток системи. Завершуємо цей блок формулюванням висновків і рекомендацій на загальносистемному рівні.

Далі ми розглядаємо кожен етап системи підтримки психічного здоров'я окремо, зберігаючи єдину логіку викладу. Для кожного етапу подано: мету і завдання відповідно до нормативної бази; організаційну структуру та процеси, що забезпечують надання послуг; характеристики суб'єктів, які їх надають (надавачів); опис заходів і послуг етапу. Також для кожного етапу сформульовані висновки та рекомендації.

ЗАГАЛЬНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СИСТЕМУ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ

Ми виділили декілька факторів, які характеризують контекст функціонування системи підтримки психічного здоров'я військовослужбовців і впливають практично на всі заходи на всіх рівнях організація допомоги. Функціонування системи психологічної підтримки у військовому секторі визначається перш за все **пріоритетом боєздатності над охороною психічного здоров'я**. Це означає, що лікування чи реабілітація військовослужбовців відсуваються на другий план, тоді як безперервність виконання бойових завдань стає пріоритетною. За таких умов навіть отримання мінімальної допомоги часто залежить не від формальних процедур, а від волі та позиції конкретного командира, яка у більшості випадків передбачає повернення військовослужбовця у стрій, а не його відновлення. Подібна практика породжує нерівність доступу та затримки у допомозі. Один із надавачів послуг зазначив про це так:

«...немає розуміння, як можна практично реалізувати доступність допомоги для діючих військовослужбовців... фактична ситуація така, що все на розсуд командира. Те, що командир дбає про своїх хлопців, то він і сам буде... свої ресурси використовувати для того, щоб знайти можливість допомоги, можливість лікування. А якщо ні, то це і є, на мій погляд, основний бар'єр. Нічого з цим не зробиш»
(Лікар-психіатр)

Серйозним обмеженням для реалізації заходів підтримки є **відсутність можливостей для ротаций та**

заміни військовослужбовців. Навіть у разі виявлення суттєвих психічних чи фізичних проблем, можливість замінити бійця часто відсутня. Як підкреслив один із респондентів:

«Із позиції він може поїхати в двох випадках: або затрьохсотить, або виїхати в пакеті... бо просто немає ким»
(Бойовий медик роти)

Це призводить до практики «безальтернативного перебування» на позиціях. Додатковим фактором є свідоме небажання деяких військових залишати позиції, оскільки процес виходу і повернення пов'язаний із підвищеним ризиком загибелі чи поранення.

Важливим чинником, що формує умови функціонування системи підтримки психічного здоров'я, є **військова культура, заснована на жорсткій ієрархії та субординації**. Вона задає стиль ухвалення рішень щодо військовослужбовців і часто ускладнює відкриту комунікацію, яка є критично важливою для раннього виявлення проблем. Військові дуже цінують службу в підрозділах, де вдається мінімізувати негативний вплив військової ієрархії. Один із військовослужбовців описав це так:

«...у нас була така у підрозділі, не було цієї воєнщини, знаєте, цих дурацьких построєній, якихось непотрібних шиків, дотримування якихось дурацьких правил, які тільки забирають час... Взагалі, ми жили по своїм звичайним нормальним людським правилам»
(Військовий, молодший офіцерський склад)

Узагальнений опис факторів, які впливають на психологічний стан військовослужбовців

Ми виділили цілу низку психо-соціальних факторів і культурних установок, притаманних багатьом військовослужбовцям, які впливають як на стан їхнього психічного здоров'я, так і на одержання ними психологічної підтримки в цілому.

Військові відчувають **втрату контролю над власним життям** і брак можливостей впливати на свій психоемоційний стан. Це призводить до переживань деморалізації та безсилля.

«Дають тобі випуску – типу, поїдеш туди і все. Знаєте, ми люди військові (сміх). Як би сказати... я завжди говорив, що армія – це рабство. Від тебе там мало що залежить. Що в бумажці напишуть, туди і поїдеш» **(Військовий, молодший сержантський і старшинський склад)**

Хронічна втома, недостатній сон, поверхневий відпочинок, часті пробудження формують стан виснаження та знижують можливість відновлення.

«Ну, можна от любого шороха там, звуку вскочить... даже с локтя ударить уві сні...»⁵ **(Військовий, рядовий склад)**

Перевантаження, стрес і дефіцит ресурсів часто призводять до **підвищеної агресивності й конфліктів** у військових колективах. Агресивність може мати як вербальні, так і фізичні прояви.

«Я ось так навіть людей хапав за горло і міг там.... душити»⁶ **(Військовий, рядовий склад)**

Важкі переживання пов'язані зі смертю та втратами – тема смерті є постійно присутньою, але водночас складною для обговорення, що підсилює емоційний тиск.

«...капітан, на той момент, спитав: “Чи тобі є 30 років вже?”. Я кажу: “Поки немає”. А він мені відповів: “Ну і не факт, що буде”. Ось так ми посміялися з ним. І на цьому вирішили, більше цю тему не підіймати» **(Військовий, молодший офіцерський склад)**

Несприятливі умови проживання, відсутність базового комфорту й високі побутові витрати негативно впливають на відновлення та психічний стан військовослужбовців.

«Там голова села нам виділив в прямому сенсі бувші конюшні... Одна стірка коштувала 100 гривень... Покупатись, сходити в душ – також від 50 до 100 гривень...» **(Військовий, молодший офіцерський склад)**

Брак часу для усвідомлення власних емоційних потреб – зайнятість службою не дозволяє військовим приділити увагу власним переживанням чи втратам.

«...у мене не було часу на це, на те, щоб пережити, якось від-рефлексувати, прийняти втра-

5 - Згідно з оригіналом: «Ну, можно от любого шороха там, звука вскочить... даже с локтя ударить уві сні...».

6 - Згідно з оригіналом: «Я вот так даже людей хватал за горло и мог там душить».

ту цю. Ну, по суті, я досі якби цей момент не пропрацював»
(Військовий, рядовий склад)

Дистанція від рідних. Військові часто не мають достатнього контакту з рідними, що скорочує для них можливість одержати емоційну підтримку. Водночас проблеми сімей лягають тягарем на військовослужбовців.

«...за більше ніж пів року стосунків ми бачились від сили 30 днів. Це теж якось дається взнаки» (Військова, молодший сержантський і старшинський склад)

Замкненість і брак довіри – багато військових приховують власні переживання, не хочуть обтяжувати рідних, рідко діляться з побратимами та не знають, до кого звернутись. Багато з них переконані, що можуть впоратись зі стресом самотужки і допомогти собі краще за психологів.

«Я ні... я майже нікому нічого не розказував. Може, трошки дружині... Ну, я старався сім'ю не тривожити» (Військовий, рядовий склад)

«...більшості, ну, навіть тих людей, з якими ти поруч служиш, вони не знають про тебе майже нічого...» (Військовий, рядовий склад)

Стан постійної мобілізації дозволяє військовим тимчасово триматися, проте після зниження рівня стресу відбувається різке погіршення. У довгостроковій перспективі психологічні ресурси організму й здатність до саморегуляції виснажуються.

«...люди зараз в адреналіні, ті, хто на позиціях... але коли приїде період відпочинку... тоді ті

всі психологічні проблеми просто полізуть ключем нагору»
(Бойовий медик роти)

«Я просто звикла жити в цьому стані, коли ти просто працюєш в мінус, але ти працюєш. Бо в тебе особливо немає вибору»
(Військова, молодший сержантський і старшинський склад)

Ми також виділили непродуктивні установки військовослужбовців, які заважають їм звертатись по допомогу.

Для зняття стресу військовослужбовці часто використовують **шкідливі стратегії самопомоги**, як-то вживання алкоголю, тютюну, наркотиків чи енергетиків. Це поглиблює симптоми та ускладнює пошук професійної допомоги.

«Був такий період... по дві пачки в день міг скурити» (Військовий, молодший офіцерський склад)

«Енергетики... пили їх літрами»
(Військовий, рядовий склад)

Небажання користуватися формальною системою допомоги – військові іноді уникають офіційних механізмів реабілітації, щоб зберігати зв'язок із підрозділом та «залишатися своїм».

«Були хлопці, які після поранення... лікарі давали місяць відпустки... А він сказав, що нікуди не поїде... місяць провів у хлопців в селі, їсти їм готував... »
(Бойовий медик роти)

Стигматизація скарг – у військових колективах поширена установка, що скарги на свій психологічний стан сприймаються як ухилення від служби чи як щось неважливе. Це заважає зверненню по допомогу, формує відчуття провини.

«...є побоювання, що скажуть: ти що, косиш?» (Військовий, рядовий склад)

У військовому середовищі поширені **гендерні й культурні стереотипи**, що заважають сприймати психологічну допомогу. Практики можуть вважатися «слабкими» чи «нечоловічими». Також існують упередження щодо молодих психологинь.

«вправи, наприклад, на «Метелик» – як зняти стрес, – банальні прості речі... військовослужбовці не конче люблять,

їм здається це смішним і трохи “бабським”, перепрошую за слово» (Фахівчиня Центру ментального здоров'я)

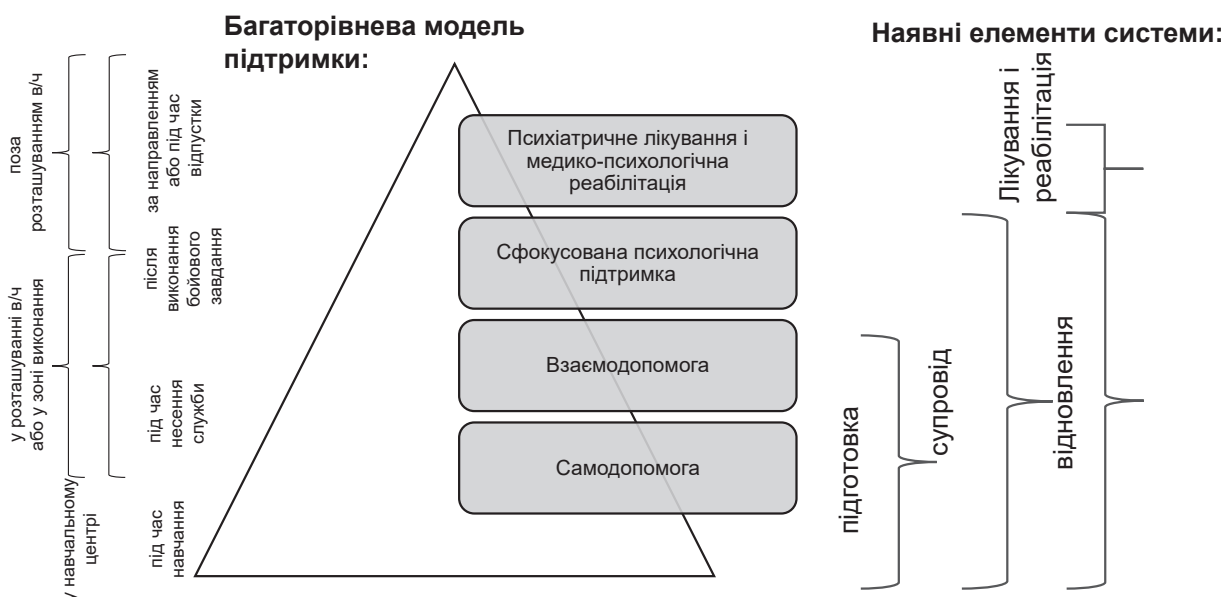
«Інколи в пацієнтів є упередження, якщо це хлопці, до дівчат, до молодих особливо дівчат. І це не є якась їхня провина чи наша, що ми молоді дівчата, а є оце відчуття упередження і воно загалом поширене для всіх пацієнтів, серед всіх категорій населення і пацієнтів, скажемо так, в тому числі військових.» (Експертка)

Загальне уявлення про організаційну структуру та механізми надання послуг

До системи підтримки психічного здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України ми зарахували п'ять ключових компонентів:

- Психологічна підготовка (заходи, спрямовані на формування психологічної стійкості та готовності до виконання завдань)
- Психологічний супровід (заходи під час несення служби та виконання завдань за призначенням, спрямовані на збереження оптимального стану психічного здоров'я)
- Психологічне відновлення (заходи під час та після виконання завдань, спрямовані на попередження й подолання негативних наслідків дії психотравматичних чинників)
- Лікування психічних розладів у закладах охорони здоров'я
- Психологічна й психосоціальна допомога у інших секторах (ветеранська політика, соціальна політика, неурядовий сектор).

Схематично ці компоненти можна зобразити так:



Формально ці компоненти охоплюють усі рівні послуг з охорони психічного здоров'я, які визначає піраміда інтервенцій ВООЗ. Наявна система психологічної підтримки військовослужбовців ЗСУ включає заходи і послуги відповідно до кожного з рівнів піраміди інтервенцій Міжнародного керівництва МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій – починаючи з забезпечення базових потреб і зусиль, спрямованих на зменшення впливу стресогенних факторів, і завершуючи спеціалізованими послугами з психіатричного лікування. Так, під час БЗВП військовослужбовці мають отримувати знання про вплив бойового стресу на психіку та його прояви, підвищують психологічну готовність до бою і навички самопомоги під час стресу. До завдань командирів належить забезпечення базових потреб військовослужбовців у їжі, сні, воді тощо, наскільки це можливо у місці розташування підрозділу. Під час психологічного супроводу і на початкових етапах відновлення очікується застосування військовими навичок самопомоги та взаємопідтримки, започаткована школа військового лідерства, програми з підготовки інструкторів «помічників психолога», або «хорунжих», які надають неформальну допомогу за принципом «рівний-рівному»⁷. У деяких підрозділах функціонують патронатні служби, які підтримують, у тому числі психологічно, родини загиблих військових, що також поширює культуру піклування і взаємопідтримки. Військові перебувають у постійному зв'язку зі своїми родинами чи друзями, які підтримують їх матеріально і психологічно. Військові психологи проводять заходи психологічного забезпечення і психологічної підтримки під час несення служби в цілому, і зокрема в зоні ведення бойових дій і в період відновлення. Ці заходи включають психологічну діагностику,

кризові втручання, індивідуальні та групові консультації, більш комплексні заходи декомпресії та програми відновлення на рівні бригади у пунктах психологічної допомоги. За потреби психологи можуть взаємодіяти з медичною службою підрозділу та з соціальними, медичними, психологічними службами і закладами у цивільному секторі. Все це відповідає сфокусованим на травмі неспеціалізованим формам послуг з охорони психічного здоров'я. За призначенням командира медичної служби військовослужбовці також можуть бути скеровані до спеціалізованого психіатричного лікування та комплексної медико-психологічної реабілітації у закладах охорони здоров'я у цивільному секторі.

Водночас доступ до описаних послуг з підтримки психічного здоров'я є неоднорідним і характеризується цілою низкою бар'єрів – організаційних, соціокультурних, фінансових. Ми розглянемо ці бар'єри детальніше, описуючи кожен етап системи окремо.

Шлях доступу до послуг підтримки психічного здоров'я.

Також ми систематизували ключову інформацію, яка регулює доступ до послуг з підтримки психічного здоров'я військовослужбовців на кожному з етапів відповідно до доступної нормативно-правової документації, та представили її у вигляді таблиці. Ця таблиця є «картою» і включає (1) перелік усіх етапів підтримки психічного здоров'я, (2) закріплена за надавачами послуг відповідальність, (3) інформацію з НПА, що регламентує діяльність на кожному етапі, (4) «тригери», які запускають послуги етапу.

7 - Психологічне забезпечення Збройних Сил України: навчально-методичний посібник / за редакцією генерал-майора В. Клочкова. – Київ : «Центр учбової літератури», 2024.

Задача підтримки психічного здоров'я	Психологічний відбір	Психологічна підготовка	Психологічний супровід на рівні батальйону, бригади
	МОУ	МОУ	МОУ
Посади, відповідальні за надання послуги за НПА	Офіцери ТЦК, Офіцер управліннь ППП	Циклова комісія з псих. підготовки в структурі в.ч НЦ, Інструктор загально-військової підготовки (інструктор з психологічної підготовки)	Заступники командирів з ППП
Мета етапу в НПА - цитата	Встановлення ступеня відповідності особистісних характеристик вимогам та умовам виконання службових обов'язків, контролю психоемоційного стану в/с	Формування у в/с психологічної стійкості та психологічної готовності до дій у бою, в екстремальних умовах, в бостановці, що різко змінюється, під час тривалої нерво-во-психічної напруги, подолання труднощів, пов'язаних з виконанням військового обов'язку.	Підтримання оптимального стану психічного здоров'я в/с під час виконання ними завдань за призначенням шляхом формування їх психологічної стійкості до впливу стресових чинників, психологічної готовності до виконання завдань за призначенням і запобігання виникненню негативних психічних станів.
Яке НПА регламентує	Наказ 272	Наказ 173	Наказ 349
Трігер початку послуги	Обов'язковий процес	Обов'язковий процес	Самозвернення, спостереження-звернення командування, та бойовий медик взводу чи роти
Коли надається	Під час відбору кандидатів, під час БЗВП	Під час БЗВП	В ході застосування військ
Де надається послуга	ТЦК, НЦ, або безпосередньо в бригаді	У навчальних центрах	За місцем служби

Психосоціальна підтримка від цивільного сектору	Додатково: Підтримка від капеланів, бойових медиків, начмедів	Само-взаємо допомога від побратимів	Відновлення на рівні бригади
МОЗ, Мінсоц	МОУ	МОУ	МОУ
Медичні, соціальні працівники, психологи, психотерапевти. Гарячі лінії, VeteranHUB, СЕТА, Опора, Вільний Вибір, Імпульс тощо	Капелан, помічник капелану, бойовий медик	Рівний-рівному, застосунок База, тощо	Офіцери ГКБС, офіцери ГПСтаВ бригади, офіцери-психологи, інші посадові особи
Сприяння соціальній адаптації (реадаптації), соціально-психологічна підтримка та надання соціальних послуг, зокрема соціального супроводу, консультування, сприяння психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю	Метою сприяння реалізації конституційного права військовослужбовців, працівників та членів їх сімей на свободу світогляду та віросповідання шляхом задоволення їх духовно-релігійних потреб	<ul style="list-style-type: none"> • відновлення та збереження психічного та фізичного здоров'я військовослужбовців; • стабілізація, корекція, повернення до оптимального психоемоційного стану, готовності до виконання завдань; • профілактика психогенних втрат і психопатологічних змін особистості внаслідок пережитої бойової психічної травми; • сприяння психосоціальної адаптації до зміненої життєвої ситуації. 	
ПКМУ 1338, Наказ МОЗ 2118 діяльність ГО не регламентовано	Закон України «Про службу військового капеланства»	Накази 174, 349, 378	Накази 174, 378
Самозвернення	Самозвернення або звернення медика, капелана	Самозвернення військового, ініціатива побратимів	Якщо стан не покращився протягом 3х діб. Заст.командира з ППП, за висновками офіцера-психолога
Під час відпустки, дистанційно - під час служби	Весь час під час служби	Весь час під час служби	Протягом 3х діб після події
У цивільних ЗОЗ, державних, приватних, ГО, приватні надавачі послуг	За місцем служби	За місцем служби	Пункти псих допомоги бригади поблизу медпункту бригади

Задача підтримки психічного здоров'я	Декомпресія	Відновлення у спеціалізованих закладах у тилівій смузі	Відновлення у спеціалізованих закладах поза районом бойових дій	Відновлення звільнених із полону
	МОУ	МОЗ, МОУ	МОЗ, МОУ	МОЗ, МОУ
Посади, відповідальні за надання послуги за НПА	Група із оф пс. підтримки органів управління, оф. ГКБС, оф ГПСтаВ, оф-психологів, начмед служби	Працівники ЗОЗ, під керівництвом кваліфікованих фахівців.	Персонал закладу/установи	Мультидисциплінарна команда
Мета етапу в НПА - цитата	Комплекс заходів, які здійснюються після виведення підрозділів з району виконання завдань, та спрямовані на відновлення психічного здоров'я в/с.	<ul style="list-style-type: none"> • відновлення та збереження психічного та фізичного здоров'я військовослужбовців; • стабілізація, корекція, повернення до оптимального психоемоційного стану, готовності до виконання завдань; • профілактика психогенних втрат і психопатологічних змін особистості внаслідок пережитої бойової травми; • сприяння психосоціальної адаптації до зміненої життєвої ситуації. 		Мета – повернути особу до професійної діяльності (виконання службових обов'язків) та / або суспільного життя Мета постізоляційного супроводу - закріплення результатів реінтеграційних або постізоляційних заходів, забезпечення повноцінної постізоляційної адаптації, відновлення фізичного та психічного здоров'я звільнених осіб, надання необхідної допомоги членам їх сімей
Яке НПА регламентує	Накази 174, Інструкція з декомпресії	Наказ 378	Наказ 378	ПКМУ 296 від 15.03.2024
Трігер початку послуги	Обов'язковий процес. Мають проходити всі, організовує командир	Якщо стан не покращився протягом 3х діб. Командир в/ч за рекомендацією заступника з ППП, за погодженням начмеда	Якщо стан не покращився протягом 3х діб. Командир в/ч за рекомендацією заступника з ППП, за погодженням начмеда	Звільнення з полону
Коли надається	Тривалість - 3-7 діб. Як окремий захід під час ротації, відведення	Тривалість до 14 діб.	Тривалість до 21 доби.	Після звільнення
Де надається послуга	Не визначено	ЗОЗ у тилівій смузі	ЗОЗ поза районом бойових дій	У спеціальних закладах/установах

Лікування у спеціалізованих психіатричних цивільних ЗОЗ, відділеннях військових шпиталів	Психологічна підтримка, психіатричне лікування під час лікування у ЗОЗ (захворювання або поранення)	Психологічна реабілітація для військових під час відпустки або дистанційно	Комплексна медико-психологічна реабілітація
МОЗ, МОУ	МОЗ, МОУ	Мінвет	МОЗ
Медичні та немедичні працівники	Медичні та немедичні працівники	Лікарі-психіатри, психотерапевти, психологи із організацій, які включені до Реєстру Мінвет	Мультидисциплінарна команда
Лікування психічних розладів	Лікування поранень/ травм, покращення психологічного стану під час лікування	Метою надання психологічної допомоги є: 1) збереження та відновлення психічного здоров'я, профілактика/запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів отримувачів послуг; 2) подолання складних життєвих обставин; 3) посттравматичне зростання особи.	Відновлення або компенсація порушених психічних функцій, особистісних властивостей і системи стосунків отримувачів послуг, створення умов для повноцінного виходу із психологічної кризи з метою збереження їх здоров'я, відновлення боєздатності або працездатності, психічних і соціальних механізмів адаптації, що впливає на ефективність соціальної поведінки та якість життя.
Програма Медичних Гарантій (ПКМУ 1503)	Програма Медичних Гарантій (ПКМУ 1503)	ПКМУ 1338, Наказ МОЗ 2118	ПКМУ 1338, Наказ МОЗ 2118
Ургентно або самозвернення (під час служби або у відпустці), направлення начмеда в/ч згідно статті 260 статуту вн.служби	Ургентно або самозвернення (під час служби або у відпустці)	Самозвернення до суб'єкта або через заяву у Дії	За направленням лікаря первинної ланки, або лікуючого лікаря, або направлення суб'єкта 2го рівня, або самозвернення
14+ днів	Протягом всього періоду лікування	В будь-який момент дистанційно або амбулаторно під час відпустки	14+ днів стаціонарно
Психіатричні, наркологічні відділення і лікарні, центри ментального здоров'я	Всі ЗОЗ де проводиться лікування поранень, травм, захворювань	Організації, інформація про яких включена до Реєстру Мінвет	Окремі ЗОЗ

Аналіз наявних публікацій у наукових виданнях

У кабінетному компоненті дослідження ми провели пошук наукових публікацій із метою оцінки доказової бази щодо наявних програм відновлення та інших елементів системи психологічного забезпечення у Силах безпеки та оборони України. Публікації, що стосувалися оцінки психологічного стану військовослужбовців або психометричних характеристик скринінгових інструментів, до пошуку не включалися.

У результаті ми виявили 13 публікацій (Додаток 2). Переважна більшість із них мала теоретико-методологічний характер і не відображала результатів систематичних досліджень. Лише у двох статтях було представлено результати оцінки ефективності програм відновлення. В одній із них оцінювання здійснювалося на одній когорті, що вклю-

чала 1090 військовослужбовців (без контрольної групи) і було зроблено висновок про позитивні зміни у психологічному стані після проходження 7-денної програми. В іншій публікації результати базувалися на вибірці лише з семи учасників.

Таким чином, наявні дані свідчать про фактичну відсутність систематичних досліджень ефективності заходів психологічного супроводу та відновлення. Водночас слід відзначити, що в більшості виявлених публікацій відсутня ключова інформація про дослідження, зокрема опис дослідницького протоколу й етичного схвалення. Надійність отриманих результатів залишається невідомою через відсутність груп порівняння та відстроченої оцінки наслідків втручань.

Загальні характеристики надавачів психологічної підтримки у ЗСУ

Недостатнє кадрове забезпечення. За результатами дослідження кадрового забезпечення ЗСУ, на 400–500 військовослужбовців працює один психолог. Натомість, до прикладу, в армії Ізраїлю встановлений норматив військових психологів та соціальних працівників – один фахівець на 70–90 осіб⁸. Нормами

навантаження на одного психолога для психологічного супроводу виконання завдань за призначенням визначається не більше як 400 осіб в мирний час і не більше як 300 осіб у воєнний час (особливий період). Станом на 24.06.2023 укомплектованість посад офіцерів-психологів у ЗСУ складала 72%.⁹

8 - Стан психічного здоров'я військовослужбовців значно гірший, ніж серед решти населення – АрміяInform, публікація за посиланням <https://armyinform.com.ua/2023/02/28/stan-psyhichnogo-zdorovya-vijskovoslužhbovcziv-znachno-girshyj-nizh-sered-reshty-naselennya/>

9 - Організація психологічного забезпечення у Силах оборони України: історія та досвід: історичний нарис. – К.: НДЦ ГП ЗС України, 2025. – 176 с., с. 79.

Невідповідність підготовки (на посадах психологічної служби ЗСУ в більшості випадків працюють фахівці без психологічної освіти). У 2023 році було створено структури ППП, але фактично відбулася лише зміна назви, а персонал залишився, як і був. 32% осіб на посадах військових психологів не мали освіти за відповідним фахом¹⁰. Експерти в інтерв'ю дослідникам вказували, що цей відсоток може бути ще меншим.

Рівень виснаження військових та офіцерів ППП – вищий за допустимий. Це зумовлено тривалістю та інтенсивністю ведення бойових дій, а також неможливістю проводити ротачії та заходи відновлення з потрібною періодичністю через брак особового складу¹⁰. Надавачі допомоги самі перебувають у стані постійного стресу, працюють і живуть у складних умовах, що призводить до їхнього емоційного виснаження. Це може ускладнювати їхній контроль власних реакцій та знижувати ефективність роботи.

«Це була така досить нервова ситуація. Така неконфліктна, можливо трошки конфліктна, але більш просто емоційна. Ну, і мені важко було трошки переступити себе, відмовитися від виконання наказу, трошки сперечатись з кимось. По ідеї можна було промовчати, піти і там сидіти далі. Ну якось вже трошки не вистачило нервів» **(Військовий, молодший офіцерський склад)**

Командирський фактор та загальна культура управління. З погляду респондентів, командирська лояльність та базові знання у сфері психічного здоров'я є визначальними факторами для надання підтримки. На жаль, командири часто виявляють негативне ставлення чи відмовляють військовослужбовцям у погодженні відновлення чи лікування. Це частково обумовлено нестачею особового складу для виконання завдань, але значною мірою також свідчить про брак у них розуміння важливості психологічної підтримки для збереження психічного здоров'я і, відповідно, бойової готовності. Важко переконати «совкових офіцерів» у значущості психологів, а відсутність лояльності чи базових компетенцій у командира робить будь-які зусилля малоефективними. Також слід зазначити, що через велику кількість завдань командири самі виснажені й не мають можливості приділити увагу питанням психологічної підтримки.

«...що б ми не робили, це не працює, якщо немає лояльності до цього командира і немає його базових компетенцій в цій сфері психічного здоров'я... Тому навчання командирів – це ключова прогалина... якщо командир лояльний до цього питання, то він приділяє цьому увагу, і воно вже знаходить там і ресурси, і можливості. Якщо ні, то ні» **(Лікар-психіатр)**

10 - Психологічні проблеми на війні: з чим стикаються військовослужбовці з Херсонщини та яку допомогу отримують, публікація за посиланням <https://suspilne.media/kherson/922243-psihologicni-problemi-na-vijni-z-cim-stikautsa-vijskovosluzbovcz-z-hersonsini-ta-aku-dopomogu-otrimuut/>

Бар'єри й фасилітатори впровадження змін та розвитку системи

Бар'єри

Довготривала й вартісна підготовка психологів знижує спроможність державних інституцій залучати й утримувати сертифікованих фахівців. Через невідповідні ставки й обмежені стимули вони переходять у приватний сектор або громадські організації, що поглиблює кадровий дефіцит у ЗСУ та державних закладах.

«Дефіцит саме психотерапевтів, психологів з навичками психотерапевтичними, але так само і для нас є проблема в дефіциті кадрів кваліфікованих психотерапевтів, сертифікованих, супервізованих за напрямком психотерапії із зрозумілих причин, тому що це тривалий і дорогий шлях отримання кваліфікації. Відповідно, ці фахівці працюють або в проектній діяльності, або в міжнародних організаціях, або в приватних закладах, або ведуть свою особисту приватну практику. Ну, принаймні їх очікування – не 200 гривень за годину роботи, а там більше. Так? Може коштувати тисячу гривень чи дві тисячі гривень. Ну, скільки цей фахівець коштує. А пакет ЗСУ не покриває такі речі. Більший рівень оплати, тому і рівень психологів відповідний» (Лікар-психіатр)

Обмежене залучення кваліфікованих цивільних фахівців до армії. Кількість кваліфікованих психологів, які пройшли навчання з доказових психологічних втручань, у громадському секторі не є достатньою. Низьке грошове забезпечення й складні умови служби роблять

військову службу неконкурентною для цивільних психологів, що зменшує кадровий резерв для системи підтримки. Таким чином, якісні спеціалізовані послуги, наприклад психотерапевтичні, залишаються малодоступними.

«Я не можу залучити якісних психологів до себе на службу через умови служби. Більшість цивільних психологів не погодяться ні на таке грошове забезпечення, ні на такі умови життя». (Офіцер групи контролю бойового стресу)

Невдоволеність військових психологів наслідками реформ психологічної служби. Часті організаційні зміни, такі як створення і потім фактичне скасування груп психологічного супроводу та відновлення, перерозподіл кадрів тощо без чіткої довгострокової логіки породжують відчуття нестабільності, додаткові навантаження та зниження віри у результативність змін.


«Тому, ну, за великим рахунком від того, що прибрали – спочатку ввели на кілька місяців, а потім прибрали от ці ГПСВ в батальйони, групи психологічного супроводу та відновлення, – від того нічого не змінилося». (Офіцерка-психологиня)

Наявні курси для підвищення кваліфікації надавачів сприймаються як формальні й неякісні. Запровадження коротких «сертифікаційних» курсів для набуття статусу клінічного психолога/психотерапевта створює ризики зниження якості допомоги.


Навчання часто формальне, не супроводжується супервізіями та практикою належного обсягу, а також вивчає фахівців із робочих процесів.

 «...з наступного року без освіти клінічного психолога не можна працювати... виходом є курси... тримісячний курс... ще тримісячний курс... або піврічний... Це дуже дика штука... курс тримісячний... несе... формальний характер... виглядає як просто ще одна... спосіб трохи збити грошей.» (Психолог психіатричної лікарні)

Недостатня підтримка впровадження інновацій. Технологічні новації (наприклад eye-tracking, VR) зустрічають супротив як серед військовослужбовців, так і серед частини надавачів. А відсутність довіри зменшує готовність до впровадження та масштабування нових підходів.

 «...у Збройних Силах зайшло погано. Бо немає довіри» (Військовий, рядовий склад).


За твердженням експертів і провайдерів інформаційна платформа Призма, яка дозволяє створювати діджитал кабінети, проводити індивідуальні та групові тестування онлайн, відстежувати динаміку психологічного стану досі має статус експериментального проекту і впроваджується напівлегально. Водночас, бракує належного інформування про можливості цієї платформи серед військових психологів.

 «Наскільки я знаю, є проект Призма пілотний, який спробував налагодити через систему CRM. Саме менеджмент процесів, які знаходяться у відповідальності офіцера психологічного забезпечення. Але я не знаю, наскільки він був успіш-

ним і наскільки в нього є шанси до масштабування в реальності війська і перетворення на дійсно доступну послугу, якою зараз воно точно не є.» (Експерт)

Фасилітатори

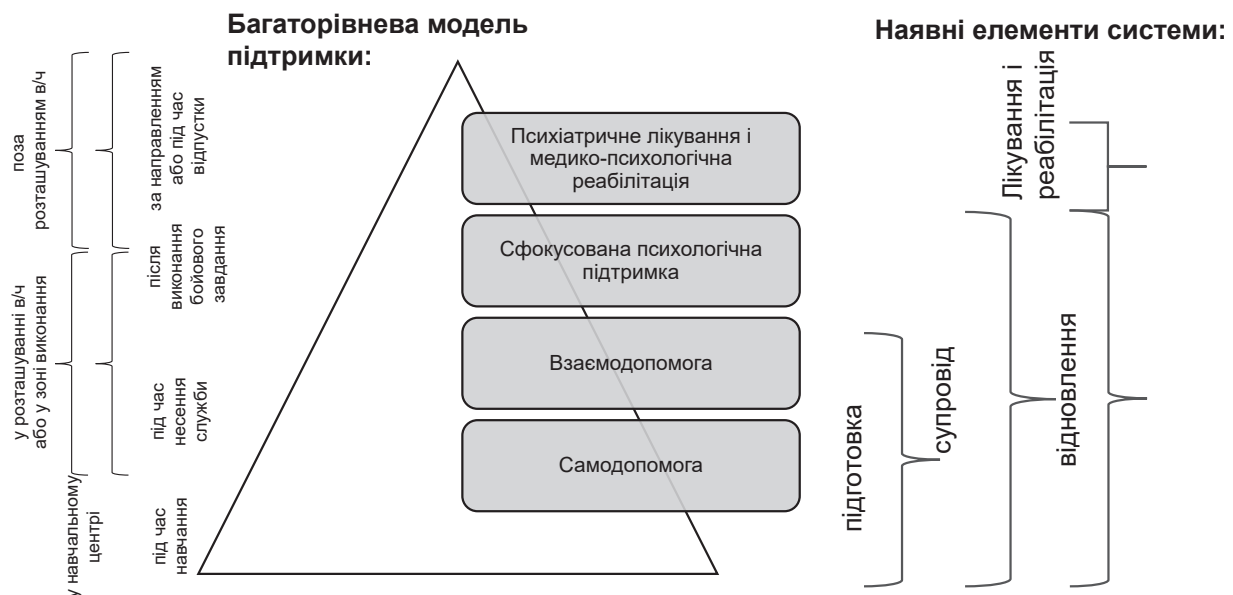
Ринок послуг психологічної підтримки стрімко розвивається. Ветеранські та громадські ініціативи відкривають власні осередки допомоги – від безпечних просторів до мультидисциплінарних команд. Це розширює доступність послуг, підсилює здорову конкуренцію та підвищує загальні стандарти якості.

 «... поле діяльності це зараз так кипить. В тому сенсі, що постійно з'являються нові структури, гравці, організації, тобто, наприклад, ветеранські організації... Відповідно, це є добре, це не є погано, це добре – і далі вже намагаємося налагодити контакт з ними з точки зору скерування тих військовослужбовців, які потребують спеціалізованої допомоги, але просто що це такий дуже динамічний процес на сьогоднішній день» (Лікар-психіатр)

Горизонтальні мережі поєднують прогаліни формальної взаємодії та брак якісних навчальних програм у професійних спільнотах. Неформальні об'єднання, інтервізійні зустрічі та регулярні обміни досвідом, у чатах і наживо, прискорюють циркуляцію дієвих практик і дають фахівцям оперативний зворотний зв'язок. Спільний «розбір» складних випадків допомагає уточнювати підходи й помітно покращує якість допомоги. Водночас відчуття плеча колег і можливість «виговоритися по-діловому» стримують професійне вигорання. Такі мережі працюють поруч із формальними інститутами, заповнюючи їхні прогаліни та роблячи систему підтримки стійкішою.

«Зрозуміло що постійно йде навчання і в сенсі дуже допоміжна велика кількість проєктів... Спільноти – їх декілька з фахівцями. Можна сказати, що це такий неформальний рівень контакту, і фактично наші зустрічі... вони носять характер таких інтерв'їзій, обмін досвідом... горизонтальні зв'язки – вони мабуть, найважливіша річ... це дуже важливо» (Лікар-психіатр)

Висновки і рекомендації щодо системи в цілому



Система підтримки психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ складається з п'яти взаємопов'язаних етапів: психологічної підготовки, психологічного супроводу, психологічного відновлення, лікування психіатричних розладів та психологічної допомоги в рамках реабілітації та у інших секторах. Кожен з них має концептуально визначені завдання та інструменти, однак на практиці характеризується сут-

тєвими розривами між задумом і реалізацією, її функціонування залишається нерівномірним і лише частково досягає визначених цілей. На жаль, більшість заходів на всіх етапах недостатньо враховують реальні обмеження, які ми вже визначили раніше:

- 1) неможливість швидко подолати проблему нестачі кваліфікованих кадрів,

- 2) перевантаженість командирів всіх рівнів,
- 3) стійку стигму щодо проблем із психічним здоров'ям,
- 4) постійний брак особового складу ЗСУ і, як наслідок – пріоритет завданням збереження боєздатності над завданнями підтримки психічного здоров'я.

Основними бар'єрами системи залишаються кадровий дефіцит, розрив між задумом і реалізацією, поєднання завдань з моральної та психологічної підтримки у функціональних обов'язках військових психологів, надмірна формалізація процедур, що створює бар'єри доступу, стигматизація психічних проблем і залежність доступу до послуг від рішення командирів. Попри це, дієвість системи підтримується завдяки неформальним практикам, культурно прийнятним заходам і локальним ініціативам, що відповідають реаліям фронтового контексту.

Хоча формально описана у нормативно-правових актах модель системи відповідає принципам багаторівневої підтримки, на практиці вони недостатньо реалізовані. На думку експертів, такий стан викликаний як браком кваліфікованого персоналу на посадах психологів, так і нечітким розподілом завдань психологічній підтримці між підготовленими непрофесіоналами, військовими психологами, військовими медиками і лікарями-психіатрами, а також недостатнього рівня компетенцій, необхідних для виконання як спеціалізованих, так і неспеціалізованих заходів психологічної підтримки. Від себе зазначимо, що світовий досвід впровадження таких підходів передбачає обов'язкове навчання доказовим втручанням на всіх рівнях допомоги і регулярну супервізію під час роботи. За словами респондентів дослідження, це завдання практично не виконане.

Доступність

На всіх етапах системи доступність є обмеженою через брак кадрів, ресурсів і надмірною формалізованістю процедур (велика кількість звітів, паперової документації, регламентаційних документів). На рівні психологічного супроводу це виявляється в недостатній кількості психологів на бригадному й батальйонному рівнях, відсутності умов для конфіденційних розмов та в значному ступені залежності від ставлення командирів до психологічної підтримки. У психологічному відновленні доступ визначається можливістю військовослужбовців потрапити до програм відновлення на бригадному рівні, наявністю центрів відновлення у тилівій смузі й місць в таких центрах, дозволом командира і кадровим ресурсом підрозділу, що робить послугу фрагментарною та нерівномірною. У лікуванні психіатричних розладів доступ також регулюється командирами й формальною маршрутизацією; відсутні чіткі механізми отримання амбулаторної допомоги, доступ обмежений через дефіцит кваліфікованих лікарів-психіатрів, наркологів, психотерапевтів.

Ефективність

Ефективність системи загалом часткова. У психологічному супроводі найбільш результативними виявляються неформальна підтримка побратимів, короткі відпустки, виїзди психологів на позиції та інноваційні практики. Натомість широко розповсюджені психологічні тестування проводяться формально і не досягають мети своєчасного виявлення, сортування, скерування і, як результат – профілактики, лікування та реабілітації психічних розладів. Ефективність програм психологічного відновлення коливається від позитивних ефектів (зниження симптомів стресу, покращення

настрою, відновлення сну) до формального виконання без реальної користі через відсутність стандартизованих методик і брак персоналу. У психіатричному лікуванні стабілізація стану досягається вибірково, часто обмежуючись фармакотерапією, тоді як довготривала терапія і реінтеграція залишаються недостатньо забезпеченими. Вибір неадекватного до діагнозу виду лікування, як-то госпіталізація військовослужбовців із розладами невротичного спектру, не тільки є неефективною, але й додатково посилює недовіру військових до системи в цілому.

Прийнятність

Форми підтримки, що спираються на побратимські відносини, гумор і позитивне лідерство командирів, сприймаються як культурно прийнятні на всіх етапах. Водночас формалізм, стигматизаційні практики та авторитарні стилі управління підбивають довіру й знижують готовність звертатися по допомогу. У відновленні військові позитивно реагують на практики, адаптовані до військової культури (спорт, розмови, режим, творчі заняття), але відкидають «чужі» моделі. У лікуванні прийнятність сильно залежить від ставлення медиків: людиноцентричний підхід формує довіру, тоді як формалізм і погані умови перебування відштовхують.

Відповідність

У психологічному супроводі відповідає нагальним потребам зниження напруги й коротких пауз для відновлення, але не забезпечує довготривалої стійкості. У відновленні ключовими є реальний відпочинок

і зняття з бойових завдань. Проте бар'єрами залишаються погані умови в окремих закладах і відсутність стандартизації програм. Лікування частково відповідає потребам: короткі терміни й домінування фармакотерапії не дозволяють якісно працювати з травмою та інтеграцією, а координація між цивільною і військовою системами є недостатньою.

Рекомендації

Для забезпечення довготривалої психологічної стійкості й ефективного лікування потрібна системна інтеграція етапів на основі принципів багаторівневої моделі втручань ВООЗ¹¹ і стратегії делегування повноважень (task shifting)¹², які дозволяють побудувати ефективну систему підтримки психічного здоров'я в умовах обмежених ресурсів. Ці керівництва вже активно впроваджуються в цивільному секторі України починаючи з 2014 року і спираються на спільний консенсус серед фахівців сфери охорони психічного здоров'я щодо їх доцільності й ефективності.

Перегляд організаційної структури кожного з етапів системи щодо його відповідності до зазначених керівних принципів сприятиме підвищенню узгодженості заходів з підтримки психічного здоров'я щодо мети і завдань та дозволить краще враховувати реальний контекст функціонування системи і наявні ресурси для їх реалізації. Зокрема, напрямок психологічного супроводу регламентовано декількома наказами ГК ЗСУ (№№ 174, 349, 378). Понятійний апарат, визначення елементів системи (наприклад визначення психологічної допомоги) у цих документах не збігаються

11 - Міжвідомча настановча група ООН (IASC). Напрями психічного здоров'я та психосоціальної підтримки у надзвичайних ситуаціях: керівництво (українською). [2017] Женева: Міжвідомча настановча група (IASC).

12 - World Health Organization; PEPFAR; UNAIDS. Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks among Health Workforce Teams. Global Recommendations and Guidelines. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2007.

між собою та з іншими документами (Доктрина¹³). У наказах немає чіткого розподілу функцій між суб'єктами («Психологічний супровід здійснюється командирами, офіцерами-психологами, ГКБС, ГПСтаВ, та іншими посадовими особами, що відповідають за психоемоційний стан підлеглих»).

Окремо слід виділити завдання з продовження професіоналізації психологічної служби ЗСУ, що передовсім передбачає належний рівень укомплектованості кваліфікованими кадрами з психологічною освітою. З одного боку, під час дослідження на рівні експертів ми побачили широкий консенсус, що без виконання цього завдання неможливо побудувати будь-яку ефективну систему підтримки психічного здоров'я. Переважно всі експерти апелювали до наявності необхідних людських ресурсів, які може залучити психологічна служба ЗСУ, а саме – до значної кількості фахівців-психологів, яких щороку випускають українські заклади вищої освіти (ЗВО). З іншого боку, необхідність у комплектації кваліфікованими психологами була визначена ще у 2023 році у попередньому дослідженні¹⁴, і з цього періоду відомих нам значущих зрушень у розв'язанні проблем комплектації не відбулось. Слід також зауважити, що серед випускників за напрямом «психологія» (053) переважну більшість становлять жінки, які не підлягають мобілізації. Другим стримувальним фактором є відсутність військової кафедри у ЗВО й обов'язкової військової підготовки для багатьох психологів під час проходження навчання. Посада військового психолога – це офіцерська посада, і значна кількість

мобілізованих психологів не зможе їх обійняти, бо мобілізується рядовими. Ми рекомендуємо вивчити бар'єри, які заважають реалізації цього важливого завдання, й знайти ефективний шлях їх усунення в середньостроковій та довгостроковій перспективі.

До завдань професіоналізації психологічної служби ЗСУ слід також зарахувати розділення ролей психологічної підтримки і морального забезпечення. Поєднання дисциплінарних (у т. ч. проведення службових розслідувань) та терапевтичних функцій психолога є взаємно суперечливим. У разі поєднання дисциплінарної функції, моральної підтримки, та психологічної підтримки у функціональних обов'язках на одній посаді пріоритети командування зазвичай виявляються не на користь психологічної підтримки. Крім того, залучення офіцерів-психологів до службових розслідувань підриває довіру та впевненість у конфіденційності з боку військовослужбовців. Унаслідок цього військові уникають звернень по допомогу навіть за наявності потреби й бажання її отримати. Офіцери-психологи також замість виконання своїх безпосередніх завдань із психологічної підтримки витрачають час і сили на адміністративну діяльність. Можливе рішення – розділення функцій моральної та психологічної підтримки між різними посадами. Завдання моральної підтримки і пов'язані з цим, або просто додаткові адміністративні доручення, не повинні перекладатись на кваліфікованих фахівців-психологів.

Ще тривалий час нагальним залишатиметься завдання підвищення якості підготовки кадрів на всіх

13 - Доктрина Психологічна Підтримка Персоналу, затверджена Головнокомандувачем ЗСУ 21.08.2025.

14 - ГО «Безбар'єрність» на замовлення програми «Ти як?» за підтримки проекту USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я». Аудит ресурсів системи надання послуг у сфері психічного здоров'я. 2023. <https://bbu.org.ua/audit-resursiv-isnujuchoi-sistemi-nadannya-poslug-u-sferi-psihichnogo-zdorov-ya/>

етапах. Передовсім це стосується масштабування програм навчання психосоціальним, психотерапевтичним інтервенціям з доведеною ефективністю, які на сьогодні вже представлені в Україні й пройшли етап культурної адаптації. Як показує досвід впровадження підходу багаторівневої допомоги у світі, його ефективна реалізація можлива лише за умов якісного навчання і супервізії серед надавачів як спеціалізованих, так і неспеціалізованих послуг. Необхідно передбачити скерування фінансових ресурсів на масштабування ефективних навчальних програм з тих видів доказових втручань, які мають найбільший реальний вплив і вже пройшли адаптацію до українських умов. Навчання доказовим психосоціальним інтервенціям відбувається за принципом наставництва і передбачає швидкий перехід до надання практичної підтримки військовослужбовцям під супервізією відразу після завершення дидактичного циклу, який триває від декількох днів до декількох тижнів.

Важливим завданням є стандартизація послуг відповідно до мети етапу, реальним потребам військовослужбовців, культурним нормам і доступним на сьогодні доказовим втручанням на всіх рівнях допомоги, в тому числі й уже поширеної практики телемедицини. Це стосується як спеціалізованих послуг, на кшталт програм відновлення чи психологічної допомоги під час медичної реабілітації, так і неспеціалізованих психосоціальних втручань «рівний-рівному». Стандартизовані послуги можуть бути масштабовані значно швидше, зокрема із залученням професійних і організаційних ресурсів цивільного сектору і фінансування в рамках міжнародного співробітництва. Особливу увагу слід приділити точності процесу сортування і скерування до спеціалізованих послуг

відповідно до визначених потреб. Ефективність цього процесу суттєво впливає на систему, що будується за принципами багаторівневості.

Плануючи впровадження змін системи психологічної підтримки важливо враховувати два ключові, із нашої погляду, фактори, а саме: **командирський фактор і рівень довіри до психологічної підтримки** серед військовослужбовців. Вплив рішення командирів на стан психічного здоров'я військових і їхній доступ до послуг з підтримки психічного здоров'я має системний характер і відчувається на всіх етапах. Командири підрозділів виступають провідниками системи, від їхніх рішень залежить доступ до всіх формальних видів підтримки. Їхня роль також визначальна для формування психологічного клімату у підрозділах, що також суттєво впливає на якість неформальної підтримки. Під час дослідження ми спостерігали серед військовослужбовців високий рівень недовіри до психологічної підтримки на всіх етапах, за винятком неформальної підтримки побратимів. Хоча ми чули твердження, що рівень стигми і недовіри до психологів і психіатрів поступово зменшується, проте ще тривалий час він впливатиме на процес пошуку військовими професійної допомоги. Під час дослідження ми побачили, що процеси першого користування спеціалізованими послугами почасти незрозумілі військовослужбовцям. Це компенсується наполегливістю самих військових у формулюванні запиту на допомогу й активними кроками для її отримання. Проте ми не можемо очікувати цього від усіх військовослужбовців, особливо від тих, чий рівень соціального функціонування обмежений унаслідок надмірного виснаження і загальної втрати віри у можливість впливати на своє життя під час проходження військової служби.

ВІДБІР

Етап психологічного відбору не був ключовим у нашому дослідженні, оскільки ми розуміли, що завдання відбору кандидатів не можуть бути повноцінно виконані в актуальній ситуації. Але з погляду підтримки психічного здоров'я цей етап є складником загальної системи.

«...відбір ще відбувається... в навчальному центрі... Для певних категорій спеціальностей повинні бути відповідні психологічні особливості, спецпризначенці, снайпери повинні мати певні особливості... Якщо це справді якісна підготовка і відбір, то визначається, як і наскільки людина придатна до служби саме за цією спеціальністю...»
(Експертка)

«...коли людей вже привозять... в бригади... ми, відповідно, проводимо також професійне вивчення... рекомендуємо або не рекомендуємо цю людину брати на службу в той чи інший підрозділ»
(Офіцерка-психологиня)

У разі невідповідності особистих характеристик професії можна очікувати дезадаптації військовослужбовців через невідповідність ролі: страх, відчуття некомпетентності й провини. Формально етап багоступеневий: відбір у ТЦК, у навчальному центрі та у військовій частині. Але за оцінками респондентів процес відбору працює радше як формальність, через яку проходять навіть очевидно непридатні кандидати, що впливає як додаткове навантаження на командування підрозділів:


«...люди з ураженням мозку приходили. Це... винні ТЦК і психологи, які в тилу працюють. І це велика проблема по всіх бригадах, крім таких, як 3-я штурмова, хто може відібрати нормальних людей собі»
(Офіцер групи психологічного супроводу та відновлення бригади)


ПІДГОТОВКА

Метою психологічної підготовки є формування у військовослужбовців психологічної стійкості та психологічної готовності до бою (виконання завдань за призначенням). Психологічна підготовка здійснюється під час навчальних зборів, тренувань, навчань, курсів, у тому числі під час загального процесу бойової підготовки військ. Заходи з підготовки повинні відбуватись регулярно під час несення служби. До методів психологічної підготовки належать вербальні (переконання, навіювання, психологічна консультація), практичні (вправи і тренування), та емоційно-вольові регуляції (навички самоуправління, самоконтролю). За рівнями проведення та змістом психологічна підготовка поділяється на загальну, спеціальну, та цільову.


Психологічна підготовка у ЗСУ проводиться згідно Інструкції¹⁵, Посібника¹⁶ та стандартів¹⁷.

Етап базової загальновійськової підготовки (БЗВП) було детально проаналізовано у дослідженні від БФ «Повернись живим»¹⁸. Учасники нашого дослідження також відзначали, що протягом курсу мотивація новобранців системно знижується. Стрес, зумовлений базовими побутовими труднощами, та низька «емоційна культура» частини персоналу навчальних центрів (НЦ) погіршують засвоєння матеріалу. Будь-які майбутні зміни в роботі НЦ мають прямо враховувати завдання підтримки психічного здоров'я: людина в стресі навчається істотно гірше, ніж у спокійному стані.

 «БЗВП – це та сама армія, в яку ніхто не хоче. Тут, як би, бац – і купа незнайомих людей. І коли відстоюєш свої кордони, то це чомусь багатьом людям не подобається, особливо якщо ви живете ніс до носа» **(Військовий, рядовий склад)**

 «Спочатку він ((психологічний стан) погіршився на БЗВП, коли я зіткнулася з великою кількістю алкоголіків, цієї непонятної м-м... радянщини з боку інструкторів. Потім, коли я зіткнулася з некомпетентністю, я вже пошвидше чекала, коли я потраплю в бригаду» **(Військова, молодший сержантський і старшинський склад)**

Надавачі й учасники підготовки фактично описують два завдання психологічної підтримки на етапі підготовки: (1) підтримка під час адаптації цивільної людини до армії та (2) власне психологічна підготовка до виконання професійних завдань. У різних НЦ та надалі у підрозділах один або обидва напрями можуть випадати з фокусу. І найчастіше це саме підтримка адаптації до армії. Декілька респондентів зазначили, що не мали жодної психологічної підготовки або мали формальні «лекції з книжки» і вимушені були готувати себе до бою самотійно.

 «На психологічну підготовку, або на якісь психологічні штуки, щоб тебе підготувати до поля бою, всі забивають великий зелений болт. От у більшості

15 - Наказ ГК ЗСУ №173.


16 - Організація психологічної підготовки у Збройних Силах України: навч.-метод. посіб./ За редакцією генерал-майора В. Клочкова. – К.: НДЦ ГП ЗС України, 2023. – 325 с.

17 - СТІ 000Г(В).58А, СТІ 101А.26В, СТІ 000Г.22Л, СТІ 000А.22А, СТІ 000Г.22К.(И), СТІ 000Г.22Л.02


18 - Як цивільні стають військовими? Проблематика базової загальновійськової підготовки в Збройних Силах України (станом на 2024). Публікація за посиланням <https://cbacenter.ngo/page/doslidzennia-ia-civilna-liudina-staje-viiskovoiu-problematika-bazovoyi-zagalnoviiskovoyi-pidgotovki-v-zbroinix-silax-ukrayini-standom-na-2024-rik>

підрозділів. Я не кажу, можливо, є якісь там, де високо мотивовані, ..., де серйозно займаються всередині підрозділу підготовкою якісних бійців. От, там – типу, згоден, що там, можливо, так. В більшості, в посередніх частинах, в більшості на психологічну підготовку... ніхто, ніхто нею не займається, крапка. Ну, принаймні там, де я був. Само собою, закриваються документи, кажуть, що проводяться заходи і все інше» **(Бойовий медик роти)**

Окреме третє завдання – допомога реалізувати потребу у спеціалізованих інтервенціях підтримки психічного здоров'я у період БЗВП (на кшталт термінового коригування лікування наявного психічного розладу чи кризових втручань після суїцидальних інцидентів у підрозділі під час БЗВП). Доступ до спеціалізованої допомоги в цей момент обмежують: (1) установки персоналу НЦ, що одразу розцінюють подібні скарги як симуляцію та спробу ухилення, і (2) невідпрацьовані маршрути звернення до спеціалізованої допомоги на цьому рівні. Попри поодинокі приклади якісної допомоги від психологів-інструкторів, загальна доступність низька. Персонал НЦ має бути навчений доказовим інтервенціям низької інтенсивності (навчання навичок вирішення проблем, поведінкової активації, гейткіпінгу з профілактики суїциду) та мати чіткий алгоритм скерування.

 «Я потребував консультації психіатра, щоб трошки підкоригувати дози препаратів, бо там треба було інакшу схему зробити. Ніяк не міг з нею зустрітися, бо всі думали, що я сачкую, а не у мене є реальна потреба. Ну, трошки якто знання про психологію у нас хромають у армії. Не у всіх, але у деяких хромають» **(Психолог психіатричної лікарні)**

Потенціал змін уже існує. Респонденти говорять про дієві, адаптовані до війни практики – від програм, узгоджених зі стандартами НАТО, і проектів ГО до напрацювань спеціалізованих підрозділів ЗСУ, ефективних програм окремих підрозділів ЗСУ та НГУ, які можна тиражувати. Доцільно описати стандарти цих практик і масштабувати їх.

 «У нас відповідна програма до підготовки новобранців. Вона триває від 2 тижнів до 4 тижнів, в залежності від того, які бійці потрапили. І в нас є свій кусок програми, доволі немаленький. Він включає в себе... оцінку психоемоційного стану новобранців, які поступають на курс, і по ходу, м-м... реалізації програми цього курсу ми проводимо кілька занять, включаючи не лише теоретичні, а і практичні. Тобіш там протоколи ICOVER або інші способи першої психологічної допомоги за умов афективних станів, тренуємось на свіжому повітрі, на полігоні або десь на галявинці. Відпрацьовуємо ці всі речі» **(Офіцер-психолог бригади)**

Також респонденти описують ефективний, але нерозповсюджений досвід застосування VR-технологій, що допомагають виконувати завдання психологічної підготовки до ведення бою.

Для професійно орієнтованої підготовки критичною залишається різноманітність мотивації військовослужбовців (нижча у недобровільно мобілізованих), різний рівень навчальних умінь і, відповідно, педагогічна майстерність інструкторів. За наявності емоційної незрілості окремих інструкторів очікувана якість цього блоку знижується. Додатковий фактор ризику – приховані конфлікти між інструкторами з бойовим досвідом і без нього; це слід враховувати під час впровадження змін на етапі БЗВП.



«Людина, яку спіймали, яку призвали, вона морально ще нестабільна, вона не готова до цього. Тобто вона сама себе вже відсторонює. Вона вже починає собі нагнітати, що все погано і тому подібне. І, приходячи в армію, вона не готова до цих чи інших екстремальних умов. Я вам вже кажу, що є 3 групи військовослужбовців на базову загальну військову підготовку. Або навіть даже фахову. Тобто ми і фахової також навчаємо. Є 3 різні категорії військовослужбовців. Перша категорія – це ті, яких проконсультували чи “викупили”, чи ще щось. Вони приходять – вони не хочуть нічого вчити. Не хочуть. Вони потім приїдуть до себе в бригаду і скажуть: “А мене не навчили”. Але він не хоче. Він просто ходить і “штани тягає”, так сказати. він просто не хоче. Тобто він “косить”. Друга категорія військовослужбовців – це ті, які хочуть. Вони розуміють, вони хочуть, вони навчаються. І з ними навіть підтримують в подальшому зв'язок і інструктори, і викладачі. Третя категорія військовослужбовців – це ті, для яких мало часу на підготовку. Ось так. Тобто їм треба більше. Вони не сприймають інформацію настільки швидко, як, наприклад, друга категорія військовослужбовців. Але я їх і не віднесу до тих, хто “косить”. Тобто вони намагаються, вони роблять. Але вони не так швидко це все в себе сприймають»
(Військовий, молодший офіцерський склад)

БЗВП не здатна повністю закрити потреби довготривалої психологічної готовності «раз і назавжди» – потрібні повторення та підсилення в ключові моменти служби. Це не тільки дозволить оновлювати знання серед тих, хто пройшов навчання, але й дасть можливість отримати необхідні знання і навички вперше тим військовим, що були мобілізовані у 2022 році – в період, коли, за твердженнями експертів, психологічна підготовка здійснювалась неефективно, наприклад у вигляді лекцій без практичних вправ. Технологічні рішення для масового, зручного в умовах війни навчання (онлайн-модулі, мікронавчання, симуляції) є актуальними.

Нарешті, чітко проступає проблема відсутності тягlosti психодіагностичних даних. Тести нерідко збирають на етапі БЗВП, але подальші ланки системи не мають зрозумілих протоколів використання цих результатів. Потрібні уніфіковані маршрути передачі даних, їх захист і механізми зворотного зв'язку між НЦ та бойовими частинами.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД

Опис

Психологічний супровід – це комплекс заходів зі збереження оптимального стану психічного здоров'я військовослужбовців.

Завдання супроводу:

- Запобігання виникненню негативних станів
- Надання своєчасної допомоги
- Виявлення осіб з нервово-психічною нестійкістю та недопущення їх до завдань.

Заходи супроводу:

- Психологічна оцінка
- Тренінги, навчання, індивідуальні й колективні заняття, інші види колективної підготовки
- Психоедукація, просвітницька робота.

Психологічний супровід повинен здійснюватись командирами, офіцерами-психологами, групами контролю бойового стресу (ГКБС), групами психологічного супроводу та відновлення (ГПСтаВ), а також іншими посадовими особами, що відповідають за психоемоційний стан підлеглих, проте у нормативній базі обов'язки та ролі між суб'єктами чітко не розділені («Психологічний супровід здійснюється командирами, офіцерами-психологами, ГКБС, ГПСтаВ, та іншими посадовими особами, що відповідають за психоемоційний стан підлеглих»).

Заходи супроводу мають здійснюватись у безпечних місцях, з забезпеченням умов конфіденційності.

В наявній нормативній базі самої взаємодопомога не належить до психологічного супроводу. Але, якщо говорити про завдання (профілактика, надання допомоги), то само- і взаємодопомога є важливими способами їх реалізації. Крім того, з цього ж погляду, до психологічного супроводу також можна зарахувати душпастирську підтримку від капеланів і психологічні послуги, які надаються неурядовими організаціями.

У окремому наказі Головнокомандувача ЗСУ¹⁹ описано порядок організації моральної підтримки військовослужбовців ЗСУ. Моральна підтримка не входить у поняття «психологічної підтримки», визначеного у відповідному наказі²⁰, Положенні про психологічну службу ЗСУ²¹ та проекті наказу МОУ²². Однак, згідно з наказом №177, моральна підтримка здійснюється командирами (начальниками) всіх рівнів через посадових осіб структурних підрозділів психологічної підтримки персоналу. Відповідно, на офіцерів-психологів покладаються завдання, пов'язані як з психологічною, так і з моральною підтримкою, і баланс між цими завданнями має визначатись командиром підрозділу.

19 - Наказ ГК ЗСУ №177 від 14.04.2025.

20 - Наказ ГК ЗСУ №349 від 01.08.2024.

21 - Наказ ГК ЗСУ №317 від 04.12.2014.

22 - Порядок надання психологічної допомоги військовослужбовцям в системі Міністерства оборони України, проект Наказу.

Характеристики організаційної структури та механізми надання послуг

Ефективність психологічного супроводу залежить передовсім від того, як організовані ролі, інструкції, комунікація і взаємодія психологів з іншими надавачами послуг. Однією з найпомітніших проблем є конфлікт ролей, закріплених за посадою офіцера з психологічної підтримки. Посада часто передбачає поєднання функцій підтримки й дисциплінарного контролю, що породжує перевантаження і робить роботу психолога менш спрямованою на допомогу. Внаслідок цього фахівці витрачають час на завдання, які не відповідають терапевтичним цілям, і втрачають можливість системної роботи з бійцями. Ми вже згадували про це раніше, оскільки ця проблема негативно впливає відразу на декілька етапів системи.

Інша частотна перешкода – невідповідність професійних інструкцій реальним умовам служби. Інструкції можуть існувати на папері, але під час бойових дій і щоденного надмірного навантаження вони виявляються незручними чи непридатними для практичного використання. Наприклад, такими є інструкції щодо

проведення скринінгу і механізму скерування на допомогу. Психологічне звернення перетворюється на формальність, якщо немає чіткого механізму продовження допомоги (наприклад, доступу до реабілітації чи спеціаліста).

Існують випадки, коли побратими чи командири помічають проблему й ініціюють звернення – це критично важливий елемент системи виявлення. Військові самі відзначають важливість негайного скерування у разі явних ознак важкого стресу:



«Я, дивлячись на його стан, скерувала його до офіцера з ППП, і (він) скерував на реабілітацію»
(Військова, молодший сержантський і старшинський склад)

Такий приклад показує, що коли процеси працюють – вони можуть запобігти ескалації проблеми. Якщо цього не відбувається, проблеми військових залишаються невирішеними, і вони втрачають віру в те, що вони можуть впливати на важливі події в їхньому житті.

Характеристики надавачів

Психологічний супровід у війську забезпечують різні групи надавачів: військові психологи, командири та неформальні лідери, капелани і військові медики. Кожна з цих категорій виконує важливу роль, проте їхня ефективність дуже неоднорідна і суттєво залежить від рівня компетентності, мотивації та умов, у яких вони працюють.

Часто військовослужбовці відзначають, що ставлення окремих командирів до психологічних потреб є байдужим. У такому випадку бійці не мають ані проактивних пропозицій підтримки, ані розмов на важливі для них теми. Це формує відчуття покинутості, особливо серед молодших військових, які не витримують навантаження. Як зауважив один із надавачів:

● «Мої побратими молоді, по 20 років... просто демобілізувалися із-за поранення. На жаль, вони скурилися, спилися, бо на них було байдуже» **(Офіцер групи психологічного супроводу та відновлення бригади)**

Капелани і неформальні лідери у підрозділах відіграють особливу роль у підтримці «рівний-рівному». Їхні неформальні розмови, поради чи навіть просто присутність часто створюють безпечний простір, якого бракує у формалізованій системі. У підрозділах, сформованих з іноземців, підтримка капеланів є визначальною, оскільки вони залишаються єдиними, хто може здійснювати заходи з психологічного супроводу рідною мовою.

Брак професійної освіти і професійних компетенцій заступників командирів з ППП є системною проблемою. Часто на ці посади потрапляють випадкові люди без психологічної підготовки, що робить їх неефективними у кризових ситуаціях. Один із військових описав подібний досвід так:

● «Компетентності в тої людини не було від слова “геть зовсім”... Військовослужбовці хотіли придушити, аніж з ним взагалі розмовляти.» **(Військова, молодший сержантський і старшинський склад)**

Самі психологи не завжди вільні від упереджень. Іноді вони мимоволі стигматизують військових із психічними проблемами, використовуючи ярлики та знецінюючи складні стани. Це знижує рівень довіри й заважає своєчасному зверненню по допомогу.

Для військових психологів залишається складним завданням розрізнити симуляцію від реальних кризових станів. Невміння провести таку межу створює ризики як для дисципліни і боєздатності підрозді-

лу, так і для тих, хто справді потребує допомоги.

Поряд із цими викликами помітним є високий рівень внутрішньої мотивації багатьох фахівців. Моральні й патріотичні цінності, почуття обов'язку і відповідальності часто стають джерелом витривалості для надавачів послуг у складних обставинах. Як пояснив один із них:

● «Коли було складно і важко, я пам'ятав, чого я туди прийшов... Це давало свій плюс в якийсь інший момент» **(Бойовий медик роти)**

Важливою характеристикою є й наполегливість деяких командирів у відстоюванні прав військових на лікування. Вони можуть діяти усупереч адміністративному чи медичному тиску, щоб забезпечити госпіталізацію та належну допомогу. Як згадає один із молодших офіцерів:

● «Все через те, що у цього невролога також є така негласна планка... Ми так прямим текстом їм і кажемо, що, мабуть, ви підете куди подалі, а ми як направляли, так і будемо направляти» **(Військовий, молодший офіцерський склад)**

Таким чином, надавачі психологічної підтримки в армії становлять неоднорідну групу: від професійних психологів до командирів, медиків та капеланів. Їхня ефективність визначається поєднанням професійних компетенцій, особистої мотивації та готовності брати на себе відповідальність у кризових моментах. Попри брак підготовки й ризики стигматизації, ключовими залишаються людяність, наполегливість і здатність створити атмосферу підтримки – саме ці риси найчастіше впливають на те, чи отримає військовослужбовець своєчасну й дієву допомогу.

Характеристики інтервенцій

Заходи етапу «Психологічний супровід», на думку учасників дослідження, охоплюють різноманітні форми підтримки. Вони поєднують як психологічні інтервенції, так і ширший спектр неформальних практик, що виникають у бойових колективах.

Допомога з боку військових психологів, яку вони самі вважають дієвою, на практиці будується навколо регулярних візитів до підрозділів. Навіть короткотривалі зустрічі виявляються корисними, оскільки дозволяють військовим виговоритися, відчувати увагу і турботу. Однак критичним обмеженням залишається нестача кваліфікованих кадрів: кілька офіцерів-психологів змушені опікуватися тисячами військовослужбовців, що робить неможливим охоплення всіх військових. Психологи самі визнають, що через брак часу не можуть проводити заходи психологічного супроводу достатньої тривалості та якості, а військові часто не довіряють їхній конфіденційності, оскільки ті підпорядковані командирам. Деякі структуровані втручання демонструють ефективність, наприклад групові відреагування після кризових подій. Консультування командирів щодо організації відпочинку для бійців респонденти також відзначали як дієві. Проте такі заходи вдається провести не завжди через брак ресурсу психологів. Додатково військові і надавачі відзначають формальність психологічного тестування та непрозорість процедур зарахування до груп «посиленої уваги», що знижує довіру до офіційних процедур.

Самі військовослужбовці наголошують на цінності навіть коротких моментів індивідуальної уваги:

«Чи просто, що ми приїхали, вони нам просто виговорились. Побачили нових людей, виговорилися, і їм стало краще» **(Офіцер групи психологічного супроводу та діагностики бригади)**

Паралельно з формальними заходами діє цілий спектр неформальної допомоги. Вона виникає у щоденному житті підрозділів і виступає реальною психологічною підтримкою, здатною охопити всіх військових. Це підтримка побратимів у форматі «рівний-рівному», неформальні розмови з капеланами чи медиками, а також власні стратегії самопомоги військових: дзвінки до рідних, спорт, гумор, догляд за тваринами чи навіть дрібні господарські справи.

Усе це допомагає знижувати напругу й посилює відчуття контролю над ситуацією. Один із військових підкреслює:

«Мабуть, тваринка допомогла найбільше... все, наче все нормально» **(Військова, старший сержантський і старшинський склад)**

Надавачі послуг також наголошують на значенні простого неформального спілкування:

«Якщо бачиш, що чуваку погано, ти просто підходиш і кажеш: "Що таке?". Сідаєш, закурюєш з ним по сигареті і сидите говорите» **(Бойовий медик роти)**

Ключовим чинником у психологічному супроводі залишається мікроклімат у колективі. Теплі стосунки, взаємодопомога та навіть чорний гумор зміцнюють стійкість

і знижують ризик психологічного виснаження. Водночас група може виступати і бар'єром – обмежувати доступ до інформації чи закріплювати небажані практики самостійного подолання стресу, якщо вони стають нормою всередині підрозділу. Військовослужбовці згадують знання і навички самопомоги, які отримали під час БЗВП та використали у критичних ситуаціях. Деякі психосоціальні та психодіагностичні інновації пройшли випробування і позитивно оцінюються як надавачами послуг, так і військовими. Наприклад, серед них використання дистанційного обстеження за допо-

могою трекінгу руху очей чи VR-технології для зменшення стресу. Так, інформаційна система Призма дозволяє проводити оцінку психологічного стану військовослужбовців, в тому числі іноземців рідною мовою. Додатковим ресурсом, який військові знаходять самостійно, є дистанційне консультування цивільними психологами. Проте інноваційні дієві підходи розповсюджені нерівномірно та не є частиною системної діяльності психологічної служби. Вони реалізуються завдяки ініціативі й кваліфікації окремих військових психологів або особистій ініціативі самих військових.

Висновки та рекомендації

1. ОПТИМІЗУВАТИ СТРУКТУРУ СИСТЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Проблема: Напрямок психологічного супроводу регламентовано декількома наказами Головнокомандувача ЗСУ (№№ 174, 349, 378). Понятійний апарат, визначення елементів системи (наприклад визначення психологічної допомоги) у цих документах не збігаються між собою та з іншими документами (Доктрина²³). У наказах немає чіткого розподілу функцій між суб'єктами.

Наслідки: Нечіткість формулювань та відсутність розподілу обов'язків не дає можливості запровадити ефективну структуру психологічного забезпечення.

Можливості/Рішення: Переглянути й оновити ключові нормативно-правові акти (з урахуванням інших висновків нижче), передбачивши чітку структуру системи, визначити відповідальність кожного суб'єкта.

2. РОЗДІЛИТИ РОЛІ ПСИХОЛОГІЧНОГО І МОРАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МІЖ СУБ'ЄКТАМИ

Проблема: Поєднання дисциплінарних (у т.ч. проведення службових розслідувань усупереч наявним нормам²⁴) та терапевтичних функцій психолога є взаємно суперечливим. У разі поєднання дисциплінарної функції, моральної підтримки та психологічної підтримки у функціональних обов'язках на одній посаді пріоритети командування зазвичай виявляються не на користь психологічної підтримки. Крім того, залучення офіцерів-психологів до службових розслідувань підриває довіру й упевненість у конфіденційності з боку військовослужбовців.

Наслідки: Офіцери-психологи не мають часу займатись психологічним супроводом. Військові уникають звернень по допомогу, навіть коли мають реальні потреби в ній.

Можливості/Рішення: Розділити функції моральної та психологічної підтримки між різними посадами.

23 - Доктрина Психологічна Підтримка Персоналу, затверджена Головнокомандувачем ЗСУ 21.08.2025.

24 - Пункт 8.3 розділу II Наказу ГК №349 забороняє залучати психологів до службових розслідувань.

3. ДЕЛЕГУВАТИ ЗАВДАННЯ ВІД ПСИХОЛОГІВ ДО НЕПРОФЕСІОНАЛІВ І ПОСИЛЮВАТИ НЕСПЕЦІАЛІЗОВАНУ ПСИХОЛОГІЧНУ ПІДТРИМКУ

Проблема: Виконання завдань психологічного супроводу покладене переважно на офіцерів-психологів, кількість яких обмежена. Водночас існують інші бар'єри доступу до підтримки психолога: відсутність конфіденційності й анонімності, розпорошеність підрозділів, відсутність зв'язку, ризику виїздів у зону бойових дій.

Наслідки: Завдання етапу виконуються частково чи формально (проведення тестувань), а якісна психологічна допомога є малодоступною.

Можливості/Рішення: Посилити роль неспеціалізованої психосоціальної підтримки через делегування частини функцій (task shifting) непрофесіоналам (проведення навчання навичок само- та взаємодопомоги, психоедукація, короткі втручання) за умов наявності алгоритмів, навчання й супервізії. Масштабувати навчання непрофесіоналів (без змін у штатній структурі чи з введенням відповідних посад) методикам взаємодопомоги, коротким інтервенціям, наприклад TRIM. Делегувати частину завдань супроводу та відновлення непрофесіоналам.

4. МАСШТАБУВАТИ ЕФЕКТИВНІ ПРАКТИКИ ВПЛИВУ КОМАНДИРІВ ЯК КЛЮЧОВИХ ПРОВІДНИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

Проблема: Командири мають вирішальний вплив на психологічний клімат у підрозділі та на доступ підлеглих до допомоги, але їхня підготовка залишається несистемною й не стандартизованою достатньою мірою. Управлінська зрілість командирів завжди різнитиметься.

Наслідки: У кращому випадку командири підтримують, у гіршому – стають чинником додаткового стресу.

Можливості/Рішення: Розробити та впровадити прості стандарти декількох ключових процесів для командирів. Підготувати матеріали навчальних модулів для командирів та приділити 5–10% від всього обсягу навчання питанням підтримки психічного здоров'я. Покращити підготовку тренерів для масштабування навчання.

5. РОЗВИВАТИ НЕСТРУКТУРОВАНУ ПСИХОЛОГІЧНУ ПІДТРИМКУ В ПІДРОЗДІЛАХ

Проблема: Існують ефективні практики взаємопідтримки (гумор, слова підтримки, наставництво), застосування коротких відпусток, але їх впровадження нерівномірне й залежить від культури підрозділу.

Наслідки: У «здорових» колективах ці практики підсилюють стійкість, у «токсичних» – практично відсутні.

Можливості/Рішення: Систематизувати і поширити найкращі практики командирського лідерства через навчання формальних і неформальних лідерів (інструкторів, молодших командирів, помічників психолога), що дозволить зробити ці методи доступними й більш однорідними.

6. УДОСКОНАЛИТИ ІНСТРУМЕНТИ СКРИНІНГУ Й АЛГОРИТМИ СКЕРУВАННЯ НА ДОПОМОГУ

Проблема: Скерування військових на спеціалізовану підтримку, як і виявлення тих, хто її потребує, працює слабо. Є скарги на формалізм тестувань, відсутність цифрових сучасних інструментів скринінгу. Також визначення рівня відновлення у багатокроковій моделі потребує чіткої й прозорої процедури на базі об'єктивного і валідного обстеження.

Наслідки: Військові з реальними потребами залишаються без відновлення чи лікування, втрачаючи довіру до системи.

Можливості/Рішення: Впровадити валідовані цифрові інструменти скринінгу. Вдосконалити стандартні операційні процедури збору і ви-

користання даних з урахуванням реальної ситуації в частинах. Цифровізувати збір, збереження даних. Використовувати етичні протоколи. Залучити українські наукові організації, бажано у співпраці з міжнародними науковими й академічними партнерами, до розробки єдиного наскрізного діагностичного інструменту відповідно українському контексту для точного сортування і оцінки ефективності втручання.

7. ПРОДОВЖУВАТИ ЗМЕНШУВАТИ СТИГМУ НАВКОЛО СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

Проблема: Військові сприймають неформальну підтримку побратимів позитивно, але спеціалізована допомога (від офіцерів-психологів та лікарів-психіатрів) часто викликає страх і стигму. Стигма з боку надавачів, конфлікт ролей психологів, спостереження за негативним досвідом побратимів у психіатричних лікарнях і загальна недовіра до психологічної допомоги створюють поєднаний негативний ефект.

Наслідки: Зниження готовності звертатися по професійну допомогу навіть у кризових випадках. Під час лікування військовослужбовці отримують негативний досвід.

Можливості/Рішення: Адвокатувати зменшення госпіталізацій без показів і перевірки якості стаціонарного лікування, впровадження стандартів спілкування з військовими. Націлити програми зі зменшення стигми на всі компоненти ланцюга через навчальні програми школи лідерства.

8. МАСШТАБУВАТИ КОРОТКІ ВТРУЧАННЯ, ЯКІ МОЖУТЬ ПРОВОДИТИ ЯК ПСИХОЛОГИ, ТАК І НЕПРОФЕСІОНАЛИ (КАПЕЛАНИ, БОЙОВІ МЕДИКИ, ВОЛОНТЕРИ, НЕФОРМАЛЬНІ ЛІДЕРИ КОЛЕКТИВІВ)

Проблема: Існують апробовані в Україні й адаптовані до контексту методики психологічного супроводу та допомоги, у тому числі цифрові (застосунки «База», «Аніма», «Призма», «Навчання інструкторів – помічників психолога із компонентом супервізії», ICOVER, TRIM, підготовка гейткіперів з превенції суїциду, ранні втручання зі зменшення зловживання (AUDIT, мотиваційне консультування), доказові програми травмофокусованого консультування (СЕТА, УП+, EMDR). Але вони не включені до офіційних методичних рекомендацій, і їх застосування обмежено.

Наслідки: Потенціал наявних методів використовується недостатньою мірою.

Можливості/Рішення: Включити апробовані методики до методичних рекомендацій. Пілотувати методики серед непрофесіоналів за методом «рівний-рівному».

ПСИХОЛОГІЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ

Опис

Психологічне відновлення – це комплекс заходів, спрямованих на збереження, відновлення, і корекцію психофізіологічних і психічних функцій військовослужбовців, які зазнали впливу психотравматичних чинників.

На відміну від супроводу, який (як і будь-яка профілактика) мусить охоплювати всіх військовослужбовців, відновлення має здійснюватись лише з певною частиною військовослужбовців відповідно до їхньої потреби.

Завдання психологічного відновлення:

- Відбір особового складу, який потребує відновлення
- Проведення декомпресії
- Надання допомоги в ході застосування військ (сил)
- Проведення відновлення у спеціалізованих закладах

Система психологічного відновлення розподілена на п'ять рівнів:

1. Само- та взаємодопомога (протягом трьох годин після психотравматичної ситуації)
2. Відновлення на рівні батальйону (до трьох діб)
3. Відновлення на рівні бригади (до трьох діб)
4. Відновлення у спеціалізованих закладах у тилівій смузі (7–14 діб)
5. Відновлення у спеціалізованих закладах поза районом бойових дій (до 21 доби).

Між рівнями психологічного відновлення передбачено послідовне перенаправлення, умовою для якого є недостатність заходів на попередньому рівні. Відповідно, така система передбачає що кількість військовослужбовців, які потребуватимуть відновлення, зменшуватиметься на кожному наступному рівні, і кількісні потреби у відновленні можна схематично представити у вигляді піраміди (де найінтенсивнішого відновлення потребує найменша частина особового складу).

Спектр заходів, включених до відновлення починаючи з рівня бригади, є дуже широким – від поглибленого діагностування до фізичних активностей і культурологічних заходів. У спеціалізованих закладах спектр заходів є ще більш розширеним і охоплює психофізіологічні (фізіотерапію) та соціальні (культурно-дозвільні заходи й соціальну адаптацію) компоненти.

У цій схемі психологічного відновлення в нормативних актах декомпресія не виділяється як окремий рівень або етап, але зазначено, що вона є формою первинного відновлення, обов'язковою для всіх військовослужбовців після виконання бойових завдань.

Характеристики організаційної структури та механізми надання послуг

Важливою частиною покрокового відновлення є процедура оцінки потреб за допомогою скринінгів, покликаних допомагати визначати тих, хто потребує направлення – від допомоги на рівні бригади до відновлення у спеціалізованому закладі поза районом бойових дій. Механізм маршрутизації передбачає взаємодію між психологами, медичною службою та командирами. Одним із ключових елементів маршрутизації є наявність чітких інструкцій, які визначають покази для сортування і скерування: від допомоги у пунктах психологічної підтримки до повноцінної реабілітації у спеціалізованих центрах. Проте на практиці часто виникає плутанина між маршрутами: військових можуть скерувати не на відновлення, а одразу на лікування у психіатричні заклади. Це створює додатковий бар'єр і підсилює стигму, адже шлях від підрозділу до психіатричної лікарні виглядає для військовослужбовця значно складнішим і менш прийнятним, ніж тимчасове відновлення у центрі.

Окремим викликом є складність погоджувальних процедур під час скерування. Для одержання спеціалізованої психологічної підтримки військовослужбовець проходить через багаторівневу бюрократичну систему рапортів і дозволів. Це не лише уповільнює доступ до допомоги, а й робить її малозрозумілою для самих бійців. Перший крок до звернення залишається найважчим: для багатьох визнання потреби у психологічній підтримці супроводжується внутрішнім бар'єром і браком навігації у системі. Як описав один із військових:

«Якось от цей бар'єр, “що треба”, важко в такому випадку перетнути. Якби мені сказали: “Іди,

з тобою поговорять і ти зрозумієш, треба чи не треба”... Мені важкувато піти і сказати: “Мені да, мені треба”» **(Військовий, рядовий склад)**

Під час дослідження ми не отримали відомостей про наявність цифрової інформаційної системи збереження даних про психологічний стан військовослужбовця. Розробка і впровадження такої системи необхідні з метою збереження і передавання даних у межах багатокрокового мультидисциплінарного підходу до процесу психологічного відновлення. Водночас експерти вказували на наявність такої системи у психологічній службі Національної гвардії України, яка могла б бути адаптована і до потреб ЗСУ.

Однією з головних проблем етапу, про яку згадували учасники дослідження, є відсутність достатньої кількості спеціалізованих центрів, особливо у безпосередній близькості до зон бойових дій. Військовослужбовці в кращому випадку мали змогу пройти програму відновлення у віддалених закладах, що ускладнювало логістику і знижувало своєчасність допомоги. Як пояснював один із надавачів:

«Ну, таких центрів, щоб вони знаходилися максимально наближено до зони ведення, – їх немає. Максимально наближено знаходяться пункти психологічної допомоги, які розвертаються бригадою» **(Офіцерка-психологиня)**

Попри ці проблеми, існують ресурси, які можна використовувати для розширення реальної спроможності етапу відновлення: санаторії,

туристичні бази та заклади відпочинку в тилкових районах, що залишаються незадіяними під час війни. Їх можна було б залучати через договори, інтегруючи в систему заходів декомпресії й короткотривалих програм відновлення на рівні бригади. Залучення психологів громадського сектору може допомогти розв'язати проблему браку кадрів військових психологів.

У деяких регіонах функціонує інфраструктура для організованого відновлення. Центри приймають від 30 до 100 військовослужбовців одночасно, програми тривають два тижні й включають щоденну роботу з психологами. Перебування в цих центрах безплатне завдяки державному фінансуванню, що дозволяє військовим пройти як психологічні, так і медичні процедури. Один із військових розповідає:



«Ну, по-перше це все було безкоштовно, по-друге, нам умовно на кожен день перебування там виділяли щось там по 900 гривень... Тобто те, що хотіла, то поперевіряла все» **(Військова, молодший сержантський і старшинський склад)**

Водночас на практиці виникають обмеження. Кількість путівок і місць у центрах вкрай обмежена: іноді на цілий батальйон виділяють лише кілька місць. Умови перебування не завжди відповідають потребам відновлення: переповнені палати, шум і спека знижують ефективність відпочинку. Додатковим ризиком стає небезпека розташування деяких центрів – близькість до стратегічних об'єктів, які регулярно обстрілюються, провокує стрес замість полегшення.

Характеристики надавачів

Ефективність етапу психологічного відновлення, який передбачає фахову підтримку психічного здоров'я, значною мірою залежить від надавачів послуг – офіцерів-психологів, персоналу центрів відновлення та медичних закладів. Їхня роль полягає не лише у наданні допомоги, але й у запуску та підтримці самої системи відновлення.

Тут спостерігається нерівномірність: як і для всієї системи підтримки, слухним є спостереження, що деякі фахівці не мають відповідної освіти, інші ж демонструють високий професіоналізм, здатні проводити ресурсні дебрифінги, психоедукаційні сесії та будувати індивідуальні маршрути допомоги. Важливою характеристикою є ініціативність офіцерів-психологів. Часто саме вони шукають можливості для направлення військовослуж-


бовців у центри відновлення, домовляються з закладами і створюють канали для доступу до ресурсів. Як зазначає один із надавачів:



«Тобто це, грубо кажучи, робота психолога. Знайти вихід на цей заклад відновлення, домовитися про місця і потребуючих людей туди відправити» **(Офіцер групи психологічного супроводу та відновлення бригади)**

Вплив командира як провідника послуг на цьому етапі також очевидний, про що ми вже згадували.

Якщо ж говорити про персонал центрів відновлення, то військові особливо цінують тих спеціалістів, які мають досвід роботи саме з військовими й уміють знаходити з ними спільну мову:


 «Ну, іменно з психологом... ця жіночка працює багато з військовими, які повертаються з полону... я рахую, що вона компетентна» **(Військовий, молодший офіцерський склад)**

Окремо слід відзначити і медичний персонал програм відновлення, які реалізуються на базі закладів охорони здоров'я. Там, де ставлення уважне і доброзичливе, військовослужбовці відзначають значно кращий ефект від перебування та вищу готовність залучатися до процесів.

Характеристики інтервенцій

Програми відновлення як на рівні бригади, так і в спеціалізованих закладах передбачають комплексність. Крім психологічної допомоги, військові отримують медичні огляди, масажі, фізіопроцедури, змогу відвідувати спортивні та культурні заходи. Це створює відчуття турботи й багатовимірної підтримки і має забезпечувати поступове повернення військовослужбовців до стабільнішого стану після інтенсивних бойових дій. Проте на практиці його реалізація стикається із суттєвими викликами.

По-перше, заплановані заходи декомпресії рідко відбуваються у повному обсязі. Брак ротацій, часу та умов не дозволяє створити безпечне середовище. Коли підрозділи роками залишаються на одному напрямку, у них немає навіть формальної можливості пройти відновлення. Це призводить до кумулятивного виснаження й зниження боєздатності. Нерідко декомпресія зводиться до поверхневих рекреаційних активностей без психологічного опрацювання, після чого військових швидко повертають у стрій. Як підкреслюють надавачі:

 «На практиці, на жаль, це не працює, просто у нас нема стільки

часу на відновлення підрозділів» **(Заступник командира з питань морально-психологічного забезпечення)**

По-друге, наповнення програм відновлення на рівні бригади й у спеціалізованих закладах не описано чітко, тому єдиних стандартів послуги не існує. Кожен надавач реалізує свої уявлення про ефективність тих чи інших заходів під час психологічного відновлення. У кабінетній частині дослідження ми проаналізували декілька публікацій, які описують зміст програм відновлення у стаціонарних закладах (установах). Однак дані щодо ефективності цих програм у наукових джерелах фактично відсутні. Ми знайшли лише дві публікації з результатами впровадження заходів відновлення^{25, 26}, однак надійність результатів таких досліджень є невідомою (відсутність даних про наявність дослідницького протоколу, отримання етичного дозволу, використання обсерваційного дизайну дослідження без рандомізації, і загальний брак детальної інформації про організацію дослідження і збір даних), що не дає змоги оцінити реальний рівень ефективності програм відновлення.

25 - І. І. Приходько, Я. В. Мацегора, М. С. Байда. Психологічне відновлення українських військовослужбовців після тривалої участі у бойових діях

26 - Когут, О & Вишніченко, С. (2023). Результати апробації програми реабілітації військовослужбовців. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія». 109–115. 10.32782/psyvisnyk/2023.3.22

Висновки та рекомендації

1. ПОКРАЩИТИ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЮ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ

Проблема: Посади психологів лише частково укомплектовані психологами з освітою.

Наслідки: Відсутність базових фахових компетенцій, необхідних для виконання заходів з відновлення. Наслідки – відсутність результативного відновлення, втрата ресурсів і довіри до служби в цілому.

Можливості/Рішення: Визначити кількість психологів відповідно до оптимального навантаження, необхідну для виконання заходів з відновлення (завдання для мобілізації – відібрати психологів). Сконцентрувати офіцерів-психологів з фаховою підготовкою у окремих підрозділах на рівні бригад (корпусів). У функціональних обов'язках психологів таких підрозділів надати пріоритет навчанню і супервізії непрофесіоналів та наданню спеціалізованої підтримки.

2. ЗАКРІПИТИ ВАРІАТИВНІСТЬ ВИБОРУ ЗАХОДУ ВІДНОВЛЕННЯ З УРАХУВАННЯМ НАЯВНИХ РЕСУРСІВ

Проблема: Заплановані етапи відновлення не можуть бути реалізовані в повному обсязі. Декомпресії майже не відбуваються через відсутність ротаций. Відновлення у тилівій смузі та поза районом бойових дій мало відрізняється через брак центрів. У НПА передбачено послідовне перенаправлення між етапами.

Наслідки: Формально існує багаторівнева модель, але фактично більшість її елементів не працює. Це знижує довіру до системи і створює ризик перевантаження небагатьох діючих центрів. У психолога бригади

немає варіантів заходів з відновлення, які можливо реалізувати на рівні батальйону з урахуванням обмежених ресурсів.

Можливості/Рішення: Розробити та стандартизувати додаткові заходи з відновлення, які можливо реалізувати в умовах обмежених кадрових ресурсів і без необхідності виводу підрозділу із зони виконання завдань. Передбачити можливість направлення на будь-який рівень відновлення з будь-якого рівня. Таким чином буде забезпечена варіативність вибору заходів відновлення з урахуванням наявних ресурсів (кадровими, інфраструктурними).

3. СТАНДАРТИЗУВАТИ ПРОГРАМИ ВІДНОВЛЕННЯ ТА СТВОРЮВАТИ ДОКАЗОВУ БАЗУ

Проблема: В Україні немає стандартизованих програм відновлення на 2–3, 7 чи 14 днів із доведеною ефективністю. Використовуються фрагментарні чи авторські підходи. Фінансування відновлення відбувається несистематично, вирішується тимчасовими заходами (реабілітаційний пакет НСЗУ, міжнародні кошти).

Наслідки: Відновлення має нерівномірну якість, складно масштабувати позитивні практики, відсутній доказовий фундамент для залучення державного та міжнародного фінансування.

Можливості/Рішення: Провести порівняльні дослідження ефективності програм різної тривалості, стандартизувати їх, залучити фінансування МО для їх впровадження й масштабування. Інституціалізувати партнерства (санаторії, ГО, ЗОЗ) через єдині правила (вимоги, специфікації) закупівлі послуги.

4. НАЛАГОДЖУВАТИ ЕФЕКТИВНУ СПІВПРАЦЮ МІЖ МЕДИКАМИ, ПСИХОЛОГАМИ І ПІДГОТОВЛЕНИМИ НЕПРОФЕСІОНАЛАМИ

Проблема: Відсутнє системне навчання військових лікарів загального профілю за mhGAP, бракує процедур спільного ведення випадків медиками, психологами і підготовленими непрофесіоналами. Не вистачає навичок роботи в мультидисциплінарній команді.

Наслідки: Військові отримують допомогу фрагментарно, без наступності, що знижує ефективність відновлення.

Можливості/Рішення: Переглянути інструкції до визначених завдань до кожної ролі згідно зі стратегією делегування завдань (task shifting), зокрема процедури спільного ведення випадків із скринінгом, кейс-менеджментом, сортуванням відповідно потребам, моніторингом впливу, супервізією випадків. Провести спільні тренінги за участю лікаря психіатра, медика, психолога, підготовленого непрофесіонала (помічника психолога) для злагодження.

5. ВПРОВАДЖУВАТИ ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ ДЛЯ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

Проблема: Відсутність єдиної цифрової системи з даними військового (результати діагностики, історія заходів, плани відновлення, матеріали для самодопомоги).

Наслідки: Дані розпорошені, важко оптимізувати ресурси і визначити ефективний тип відновлення.

Можливості/Рішення: Адаптувати та масштабувати готові цифрові інформаційні системи, що об'єднують психологічну і медичну інформацію про військовослужбовця (психологіч-

ний статус, запити, впроваджені лікувальні та психологічні заходи) від періоду постановки на облік, під час підготовки, служби і демобілізації.

6. ПІДВИЩУВАТИ КВАЛІФІКАЦІЮ ПСИХОЛОГІВ У ДОКАЗОВИХ МЕТОДАХ

Проблема: Рівень підготовки військових психологів нерівномірний, особливо щодо доказових інтервенцій.

Наслідки: Це знижує якість і ефективність програм відновлення, обмежує можливість масштабувати найкращі практики.

Можливості/Рішення: Сформува-ти перелік пріоритетних доказових втручань, залучати цивільні й міжнародні організації для навчання, забезпечити фінансування підготовки.

7. ПРОФЕСІЙНО ГОТУВАТИ ФАХІВЦІВ ЦЕНТРІВ ВІДНОВЛЕННЯ ТА ЗАЛУЧАТИ ВЕТЕРАНІВ ДО РОБОТИ В НИХ

Проблема: Спеціалісти програм відновлення у центрах не завжди мають достатню кваліфікацію та не викликають довіри у військових.

Наслідки: Це знижує ефективність програм і може посилювати недовіру до самої системи відновлення.

Можливості/Рішення: Стимулювати перенавчання ветеранів і демобілізованих військових у сфері доказових травмофокусованих інтервенцій та залучати їх до роботи у програмах відновлення.

8. РОЗБУДОВУВАТИ БАЗУ ЗНАНЬ НА ОСНОВІ ДАНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проблема: Рішення щодо програм відновлення ухвалюються без достатньої інформації про ефективність того чи іншого втручання.

Наслідок: Невідома ефективність використання обмежених ресурсів підриває довіру до дієвості допомоги.

Можливості/Рішення: Визначити пріоритетні психологічні заходи з відновлення та замовити проведення порівняльних досліджень, наприклад: порівняння ефективності психотерапії онлайн КПТ і іКПТ під час відновлення; порівняння ефективності програм зі спеціалізованої психологічної підтримки vs відпустка і неспеціалізована допомога (побратими, родичі, відновлення з тваринами) тощо. Провести навчання для дослідницьких установ МОУ з сучасних методів дослідження (дослідження впровадження, когортні дослідження тощо).

ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Опис

Усі послуги, які надаються у державних та комунальних закладах охорони здоров'я межах Програми медичних гарантій, є теоретично доступними для військовослужбовців згідно з концепцією єдиного медичного простору²⁷. Фінансування послуг у сфері охорони здоров'я, у тому числі психічного здоров'я, передбачених Програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, здійснюється Національною службою охорони здоров'я відповідно до Порядку²⁸. Фінансування здійснюється відповідно до догово-

рів між НСЗУ та закладами охорони здоров'я за визначеними пакетами медичних послуг, для яких встановлюються єдині специфікації та умови закупівлі, яких повинні дотримуватись усі надавачі.

Загалом, послуги з лікування психічних розладів передбачені у наступних пакетах Програми медичних гарантій.

Загалом, послуги з лікування психічних розладів передбачені у наступних пакетах Програми медичних гарантій.

Назва пакету	Послуги, пов'язані з психічним здоров'ям	Кількість надавачів станом на 25.07.25
Первинна медична допомога	Надання окремих послуг з питань психічного здоров'я, зокрема: <ul style="list-style-type: none"> проведення скринінгу на виявлення розладів психічного здоров'я, а також неврологічних розладів та розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин (ПНПР-розлади) у пацієнта/пацієнтки; надання екстреної (кризової) психосоціальної допомоги у разі гострої стресової реакції чи гострого переживання кризи; надання психосоціальної допомоги з метою недопущення загострення психосоціальних проблем, перетворення їх на хронічні форми чи запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів або інших проблем психічного здоров'я; ведення пацієнта/пацієнтки з ПНПР-розладами із застосуванням фармакотерапії та наданням психосоціальної допомоги в межах компетенції сімейного лікаря відповідно до НПА та програми mhGAP; 	2582

27 - Воєнно-медична доктрина України, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 року №910.

28 - Постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 №1503 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році».

	<ul style="list-style-type: none"> • здійснення профілактичних заходів щодо груп, сімей та окремих осіб, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх факторів; • за необхідності видача направлення пацієнту/пацієнтці з ПНПР-розладами до лікаря-психіатра або лікаря-нарколога щодо консультування та лікування пацієнта/пацієнтки; • підвищення обізнаності, заохочення та супровід населення щодо збереження психічного здоров'я та добробуту. 	
<p>Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах</p>	<p>Надання пацієнту/пацієнтці консультативно-діагностичної, лікувально-профілактичної спеціалізованої медичної допомоги та послуг у галузі охорони здоров'я за визначеними класами, зокрема:</p> <p>1.17. Психіатрія – консультування, діагностика, оцінювання, лікування пацієнтів із розладами психіки та поведінки. Включає навчання пацієнта/пацієнтки та/або його/її законних представників з метою покращення їхніх знань, усвідомлення та розуміння хвороби, а також надання рекомендацій із запобігання розвитку загострення хвороби</p> <p>1.40. Психологія – оцінка, діагностика та лікування психологічних розладів, пов'язаних зі станами, що впливають на мозок, включає послуги: (а) оцінювання природи когнітивних, поведінкових та емоційних змін, які могли статися внаслідок розвитку набутих або дегенеративних станів, травми головного мозку, (б) оцінювання впливу вищевказаних змін на спосіб життя, (в) когнітивне тестування, (г) когнітивну терапію та психосоціальне консультування. Включає навчання пацієнта/пацієнтки з метою покращення його/її знань, усвідомлення та розуміння свого стану, а також надання рекомендацій із запобігання розвитку погіршення проявів психологічних розладів.</p>	<p>1113</p>
<p>Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Проведення психіатричного огляду; • Проведення необхідних психодіагностичних тестів; • Фармакотерапія, психотерапія, методи психологічного впливу, а також реабілітаційна допомога; • Цілодобове лікарське спостереження лікарем-психіатром. 	<p>118</p>

<p>Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що організовується центрами ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг щодо питань психічного здоров'я пацієнта/пацієнтки на вторинному рівні в амбулаторних умовах відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; • Надання психіатричної допомоги в амбулаторних умовах, зокрема мультидисциплінарною командою та/або мобільною мультидисциплінарною командою; • Розробка та формування індивідуального плану відновлення; • Визначення потреб пацієнта/пацієнтки з розладами психіки та поведінки у соціальних послугах та сприяння його/її соціально-трудоваї соціалізації; • Надання психологічної підтримки членам родини пацієнта/пацієнтки. 	128
<p>Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Послуги з психічного здоров'я окремо у спеціфікації не зазначені, але у обсягах вказано: • Складання індивідуального реабілітаційного плану та програм терапій фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди. 	513
<p>Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Крім того, до вимог включено таке: • Наявність кабінету для надання психологічної допомоги; • Наявність лікаря-психолога та/або лікаря-психотерапевта, та/або психотерапевта, та/або клінічного психолога, та/або психолога. 	368

Отримати послуги з психічного здоров'я у секторі охорони здоров'я військовослужбовці можуть двома шляхами. Перший – самостійне звернення до закладу під час відпустки на загальних підставах. Другий – через направлення лікаря військової частини за процедурою, описаною у статті 260 Статуту вну-

трішньої служби ЗСУ. Однак у цій статті прямо врегульовано лише можливість направлення на стаціонарне обстеження та лікування – відповідно, направлення за отриманням медичних послуг поза розташуванням військової частини в амбулаторному форматі не унормоване.

Характеристики організаційної структури та механізми надання послуг

Етап лікування для військовослужбовців формується на перетині трьох площин: організації доступу (як і куди людина потрапляє), якості первинного сортування і маршрутизації (що робити саме цьому пацієнтові зараз), а також спроможності системи підтримувати безперервність терапії (скільки і якої допомоги реально отримує військовий).

Доступ і поріг входу. Ургентна психіатрична допомога часто починається запізно, вже на етапі госпіталізації у віддалених стаціонарах. Відстань до спеціалізованих закладів і залежність від ланцюга погоджень підвищують поріг звернення та затягують старт лікування. На практиці військовий майже ніколи не може самостійно обрати заклад і звернутися до нього напряму; рішення проходить рівень підрозділу і медичної служби, що нерідко гальмує маршрут до допомоги.

«...коли вже мова йде про гострий стан і госпіталізацію, то це пов'язано з віддаленістю надання допомоги... до цього людина вже йде у важкому стані... Основна проблема... в організаційному полі» **(Лікар-психіатр)**

«...просто піти в шпиталь до якогось лікаря не можна. Треба... щоб начальник медичної частини направив. І він валідує цей запит або не валідує» **(Військовий, рядовий склад)**

Сортування і маршрутизація. Первинне сортування на рівні бригад часто є неоднорідним: бракує чітких алгоритмів, підготовки й супервізії. Через це до психіатричних стаціонарів потрапляють і ті, кому достатньо амбулаторного психіатричного лікування та психотерапе-

втичної підтримки за місцем служби. Водночас поодинокі практики телепсихіатричних консультацій з військовими психологами та начмедами демонструють високу ефективність – дозволяють залишати частину військових у підрозділі з короткотерміною підтримкою та швидким поверненням до служби, – але така модель поки що недостатньо нормативно врегульована.

«...телепсихіатрична консультація... з 10 консультацій 8 – не відправлені в тил і швидко повернулися до завдань; двоє – відправлені раніше, бо це було потрібно. Модель ефективна, але фактично не врегульована» **(Лікар-психіатр)**

Умови і тривалість лікування. Психіатричне стаціонарне лікування часто відбувається в умовах перевантажених відділень, з короткими термінами госпіталізації (орієнтовно 14 ліжко-днів) і відсутністю подальшого супроводу військовими медиками. Таке обмеження суперечить клінічним потребам багатьох військових, що дійсно потребують госпіталізації та стаціонарного лікування, особливо в разі розладів, де ефект від фармакотерапії і психотерапії потребує часу та безперервності. Низькі тарифи НСЗУ можуть мінімально покрити лише проживання і харчування в умовах стаціонару. Неспівмірна зі складністю і обсягами роботи вартість пакетів ПМГ на лікування одного пацієнта у стаціонарі (13326,57 грн за один епізод лікування, з коефіцієнтом 0,751 у разі розладів адаптації (типовий діагноз під час направлення військовослужбовців)). Водночас залишається не врегульованим механізм звернення

з розташування військової частини до амбулаторного психіатричного лікування, що практично обмежує можливості вибору пацієнтами виду допомоги лише до госпіталізації. Хоча найпоширеніші розлади, як-то

посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожні розлади та розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами, потребують передовсім амбулаторного лікування.

Характеристики надавачів

Надавачетапулікуванняпрацюють у трьох вимірах одночасно: клінічному (діагностика, медикаментозна й психотерапевтична допомога), організаційному (маршрутизація, взаємодія з військовими частинами, дотримання вимог НСЗУ) та емоційно-етичному (робота з травмою, стигмою, конфліктом пріоритетів «підтримка vs. боездатність»).

Щоденна робота надавачів відбувається у стані хронічного дефіциту часу й кадрів, із великим обсягом адміністративних завдань. Це зменшує простір для якісного терапевтичного контакту, підвищує ризик помилок і плінність кадрів. Окремі команди запроваджують програми самопомоги й зовнішні супервізії, але системної підтримки бракує.

● «У нас є ліміт часу... щоб усе встигнути, треба запакувати по максимуму... сиплеться особисте життя і власне психічне здоров'я фахівця» **(Фахівчиня Центру ментального здоров'я)**

До перевантаження додаються й етичні дилеми пріоритетів. Учасники дослідження згадували випадки,

коли надавачі не ставили точних діагнозів і використовували «пом'якшені» формулювання, наприклад «розлади адаптації». Частина лікарів підозріло ставиться до запитів на психіатричну допомогу, трактуючи їх крізь призму «симуляції».


Помітною є нерівномірність кваліфікації. Досвідчені лікарі та психотерапевти, знайомі зі специфікою війни, викликають довіру і здатні будувати індивідуальні плани. Але загалом система відчуває «перегрів» ринку – найкращі фахівці йдуть у приватний/проєктний сектор, а державні ЗОЗ залишаються з неконкурентною оплатою й нестачею ставок. Особливо відчувається брак військових психіатрів.

Водночас багато учасників дослідження згадували про важливість для них людиноцентричного підходу під час лікування, підлаштованого під стан пацієнта, і поступове відновлення довіри.

● «Дуже допомогло... лікарка емпатична, обходила щодня, можна було записатись... Мені стало легше» **(Військовий, рядовий склад)**


Характеристики інтервенцій

У більшості військовослужбовців «вхідні» скарги мають типову картину: порушення сну, пам'яті й концентрації уваги, почасти – наслідки контузій, черепно-мозкових травм. У закладах загального профілю шлях до психологічної допомоги часто починається з соматичної причини: поранення, загострення хвороби під час служби чи у відпустці. Щоби пацієнт «не загубився» між ланками допомоги, працюють «теплі» перенаправлення: команда напряму сконтактовує профільних фахівців і заклади (психіатрію, наркологію) та домовляється про прийом. Цей неформальний, але дієвий шлях між системами сприймається як прояв уваги і турботи. Як описує надавач:

 «...скеровуємо до тих, хто це робить... міська наркологічна, обласна... в основному все в ручному режимі, шляхом теплого перенаправлення» **(Фахівчиня Центру ментального здоров'я)**

На цьому етапі первинні психіатричні діагнози нерідко «полегшують», щоб не фіксувати тяжчі стани,

що впливають на службу. Це затягує корекцію лікувального плану і відтерміновує спеціалізовані втручання. Як пояснюють клініцисти:

 «Частіше діагнози – ПТСР або розлад адаптації... а пацієнт уже так... ледве купки тримається. Ну, тобто там з дуже сильним ПТСР або і контузією». **(Психолог психіатричної лікарні)**

Окремий виклик – це лікування залежностей. Наявність доказових програм короткострокового лікування, що не потребують госпіталізації і можуть бути впроваджені за місцем служби, обмежена (і в Україні, і глобально), військові заклади зазвичай не мають повноцінних маршрутів аддиктологічної допомоги, а в цивільних військові пацієнти з залежностями стикаються зі стигмою і відсутності змоги отримати лікування. Додатково заважає співзалежна поведінка родичів (наприклад, передавання препаратів у відділення). У підсумку інтервенції часто редукуються до дисциплінарних заходів, без довготривалого плану ремісії.

Висновки та рекомендації

1. ВРЕГУЛЮВАТИ МЕХАНІЗМ НАПРАВЛЕННЯ З ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ ДЛЯ ОТРИМАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ У ЦИВІЛЬНОМУ СЕКТОРІ

Проблема: Відсутність чіткої процедури направлення до амбулаторної психіатричної допомоги (як і будь-якої іншої амбулаторної допомоги поза розташуванням військової частини). У законодавчій базі²⁹ визначено механізм направлення на стаціонарне лікування у цивільні ЗОЗ, але прямо не вказано, чи може цей механізм застосовуватись для отримання амбулаторної допомоги.

Наслідки: Лікування починається із запізненням або не починається взагалі, що посилює симптоми і збільшує тривалість терапії. Водночас пацієнти з розладами, які не потребують госпіталізації, потрапляють у стаціонар, що призводить до перевитрати ресурсів і зростання недовіри до психіатрії.

Можливості/Рішення: Розробити й унормувати стандартизований механізм скерування на амбулаторне лікування як частину психологічної підтримки (у т. ч. у центри психічного здоров'я). Розробити критерії госпіталізації у разі первинних психічних розладів та внести їх у специфікацію та/або клінічні стандарти.

2. РОЗРОБИТИ КРИТЕРІЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У ПСИХІАТРИЧНИЙ СТАЦІОНАР (У МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТАХ ТА ВИМОГАХ ПМГ)

Проблема: Направлення військових із психічним розладами (або з підозрою на їх наявність) до стаціонару відбувається невідповідно до об'єктивних показань. У специфікації ста-

ціонарного психіатричного пакету ПМГ та у клінічних стандартах відсутні критерії для госпіталізації.

Наслідки: Пацієнти з тяжкими розладами не отримують належної допомоги, стигма посилюється. Водночас пацієнти з розладами, які не потребують госпіталізації, потрапляють у стаціонар, що призводить до перевитрати ресурсів і зростання недовіри до психіатрії.

Можливості/Рішення: Розробити критерії госпіталізації (та стандарти щодо тривалості) у разі психічних розладів та внести їх у специфікацію ПМГ та/або клінічні стандарти.

3. ПІДВИЩУВАТИ ТОЧНІСТЬ СОРТУВАННЯ НА РІВНІ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ ТА МАРШРУТІ ЕВАКУАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ЗАСОБІВ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ

Проблема: Направлення військових із психічним розладами (чи з підозрою на їх наявність) до стаціонару відбувається невідповідно до об'єктивних показань. Військові лікарі не мають кваліфікації для оцінки показань для госпіталізації.

Наслідки: Пацієнти з тяжкими розладами не отримують належної допомоги, стигма посилюється. Водночас пацієнти з розладами, які не потребують госпіталізації, потрапляють у стаціонар, що призводить до перевитрати ресурсів і зростання недовіри до психіатрії.

Можливості/Рішення: Розробити алгоритм встановлення взаємодії між військовими частинами та цивільними ЗОЗ. Включити в алгоритм консультації засобами телемедицини для уточнення показань для госпіталізації.

4. РОЗШИРЮВАТИ ВЗАЄМОДІЮ МІЖ ЦИВІЛЬНОЮ ПСИХІАТРІЄЮ І ВІЙСЬКОВОЮ МЕДИЦИНОЮ

Проблема: Відсутність чітких алгоритмів взаємодії з цивільною психіатрією після навчання військових лікарів mhGAR. Засоби телемедицини не використовуються у достатньому обсязі. Відсутність алгоритмів супроводу після виписки з психіатричного стаціонару.

Наслідки: Частина військових не отримує спеціалізовану психотерапевтичну і психіатричну допомогу вчасно і згідно зі стандартами. Лікувальний ефект після стаціонару швидко втрачається, військові залишаються без підтримки.

Можливості/Рішення: Запровадити регулярні консультації психіатрів для лікарів медичних підрозділів ролі 1 та ролі 2, та психологів бригад і формалізувати механізм консультування для точнішого скерування. Залучати цивільних психіатрів та психотерапевтів до спільного дистанційного ведення пацієнтів, консультування та лікування засобами телемедицини.

5. РОЗШИРЮВАТИ ДОСТУП ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ДИСТАНЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Проблема: Відсутність регламентів використання онлайн-втручань із залученням військових або цивільних спеціалістів обмежує доступ до травмофокусованої допомоги під час відновлення.

Наслідки: В умовах недоступності амбулаторної психіатричної допомоги військові часто залишаються без своєчасного втручання, що збільшує ризик розвитку психічних розладів.

Можливості/Рішення: Розробити й запровадити регламенти для дистанційної (онлайн, телефоном) психологічної допомоги.

6. РОЗВИВАТИ НАВИЧКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЦИВІЛЬНОГО СЕКТОРУ ЩОДО ТРАВМОФОКУСОВАНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ОСНОВ ЕТИЧНОЇ КОМУНІКАЦІЇ З ВІЙСЬКОВИМИ ПАЦІЄНТАМИ

Проблема: Недостатня увага до травмофокусованого/орієнтованого підходу та специфіки військових контекстів серед медичних працівників цивільних ЗОЗ.

Наслідки: Військові не довіряють спеціалістам, складніше сформувати терапевтичний альянс і ефективно використати стаціонарне лікування.

Можливості/Рішення: Проводити навчання (із залученням військових) медичних працівників навичкам травмо-сфокусованого консультування з використанням наявних ресурсів.

7. АДВОКАТУВАТИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ РЕАЛІСТИЧНИХ ТАРИФІВ НА ПСИХІАТРИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Проблема: Передбачена вартість пакетів ПМГ на лікування у стаціонарі не відповідає складності й обсягам роботи.

Наслідки: Мотивація ЗОЗ до скорочення терміну стаціонарного лікування, зменшення ефективності лікування, вигорання медичних працівників, брак кваліфікованих фахівців готових працювати з малу зарплату

Можливості/Рішення: Адвокатувати зміни до пакетів ПМГ.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ

Опис

Окрім спеціалізованої медичної допомоги, послуги з психічного здоров'я для військовослужбовців доступні у неспеціалізованих (не психіатричних/ наркологічних) закладах охорони здоров'я (за фінансування НСЗУ), у державних або приватних закладах за фінансування Міністерства ветеранів, у закладах які надають соціальні послуги (за фінансування Мінсоцполітики та/або місцевих бюджетів), та у неурядових організаціях. Новий закон України про охорону психічного здоров'я заклав основу для оновленої структури системи психічного здоров'я, але його норми поки не реалізовані у підзаконних нормативних актах.

У сфері охорони здоров'я (окрім первинної ланки та спеціалізованої психіатричної/наркологічної допомоги) психологічна допомога є складовою частиною медичної реабілітації (після лікування поранень/ травм). Медична реабілітація проводиться в рамках двох пакетів НСЗУ: «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах». Послуги з психічного здоров'я ок-

ремо у специфікації не зазначені, але в обсягах допомоги вказано, що надані послуги повинні включати реабілітаційний план та ведення мультидисциплінарною командою. У вимогах також зазначено що у закладі мають бути (лікарі) психологи або психотерапевти.

Існують унікальні приклади закладів, які надають спеціалізовану реабілітацію саме у разі наслідків психотравми талегких черепно-мозкових травмах (контузіях) для військових («Лісова поляна»). Але такі заклади фінансуються напряму від ЦОВВ, і їхні програми реабілітації залишаються унікальними.

Крім того, Міністерство ветеранів України фінансує надання послуг з психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям. Ця допомога надається державними або приватними організаціями чи закладами (другий рівень) або закладами охорони здоров'я в рамках комплексної медико-психологічної реабілітації (третій рівень). Важливо відзначити, що послуги, які фінансуються Мінветеранів, не визначаються як «психологічна реабілітація» у відповідній постанові КМУ.

КОМЕНТАР ДОСЛІДНИЦЬКОЇ КОМАНДИ ЩОДО ТЕРМІНУ «ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ»

Визначення психологічної реабілітації з закону України про охорону психічного здоров'я: «Психологічна реабілітація спрямована на сприяння відновленню, покращення функціонування особи та якості її життя шляхом поєднання психологічної і психотерапевтичної допомоги, діяльності з розвитку соціальних навичок та соціальної підтримки, залучення ресурсів громади». Але у підзаконних актах «психологічна реабілітація» не описана як цілісна послуга, і тому загальнови-знаного розуміння цього поняття немає. Наприклад, Постанова КМУ №1338 регламентує «психологічну допомогу», наказ МОЗ №2118 – «психосоціальну допомогу», а не психологічну реабілітацію. Відповідно, у цьому розділі ми описуємо послуги з психічного здоров'я так, як вони визначені у відповідних нормативних актах.

Характеристики організаційної структури та механізми надання послуг

Учасники дослідження наголошували, що найбільшим системним бар'єром у реалізації програм реабілітації є відсутність визначення змісту послуги «психологічна реабілітація». Як правило, обсяг і зміст психологічної допомоги, включеної до пакету «медична реабілітація», також не визначені чітко. Відсутні покази для проведення реабілітації для пацієнтів з основними психіатричними коморбідними діагнозами.

«...чому ми не можемо проводити в рамках медичної реабілітації повний комплекс?... потрібно в перелік реабілітаційних діагнозів... внести психологічні розлади» **(Фахівець закладу відновлення та реабілітації)**

Проходження медичної реабілітації відбувається за направленням від медичної служби і формально врегульовано. Проте деякі підрозділи укладають меморандуми з лікувальними закладами і шукають можливості для скерування військовослужбовців з метою психологічного відновлення. Деякі надавачі стверджують, що такі меморандуми пришвидшують процес скерування.

«...на рівні командування у нас підписані меморандуми... Простіше до нас направляти. Вже вони знають про центр... госпіталізація узгоджується легше» **(Фахівчиня закладу відновлення та реабілітації)**

У рамках медичної реабілітації психологічна допомога надається в обмеженому обсязі через недостатній рівень фінансування. Деякі на-

давачі вказували на прогалину під час проведення оцінки спроможності закладу, яка не передбачає включення до категорії «спроможність команди» фахівців-психологів, хоча за твердженням самих надавачів питома вага психологічної допомоги може сягати до 30 %. Це відображається на доступності психологічних послуг навіть за наявності потреби.

«Якби я мав можливість частіше зустрітися, я скористався б... Але [психолог] був завантажений... Скільки зміг – стільки й отримав» **(Військовий, рядовий склад)**

«...медико-психологічна допомога... недоступна. Просто: "Ось тобі 10 процедур на 14 днів". Усі під одну гребінку» **(Військовий, старший сержантський і старшинський склад)**

Там, де заклади мають цифрові рішення, електронні системи планування втручань дозволяють мультидисциплінарним командам бачити призначення одне одного, синхронізувати психотерапію з іншими заходами лікування, кодувати інтервенції в Е-системі й відслідковувати виконання, – це підвищує узгодженість і прозорість процесу лікування. Водночас передача інформації між етапами лишається фрагментарною: до наступного надавача часто доходить лише виписка чи довідка військово-лікарської комісії без розгорнутого психологічного висновку та повного переліку діагнозів. Це ускладнює планування індивідуальної програми і визначення реабілітаційних цілей.

Характеристики надавачів

Психологічну підтримку в реабілітаційних закладах надають клінічні психологи й психотерапевти в тісній взаємодії з лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними/ерготерапевтами, медсестринським персоналом.

Попит на психологічну допомогу перевищує наявний ресурс та можливості команд.

«Нам потрібно більше психологів... іноді просто не встигають приймати. За день у них 6 годин робочого часу... І психологам теж потрібно відпочити» **(Фахівець закладу відновлення та реабілітації).**

Надавачі регулярно підвищують кваліфікацію (сертифікаційні курси, інтервізії, опанування нових методик), щоб підлаштувати психологічну допомогу до потреб військового:

«У роботі з військовими 90 % — це комунікація... Якщо тобі довіряють, немає різниці, в якому методі ти працюєш... Постійно вчимося» **(Психолог ГО)**

Частина команд забезпечує високу якість роботи завдяки вираженій мотивації служіння, взаємній підтримці й зовнішнім партнерствам (навчання, супервізії, проектні ставки). Це знижує ризики вигорання і підвищує стабільність послуги навіть за умов браку кадрів.

Психологи фактично виконують роль координаторів: допомагають зібрати документи, пояснюють кроки після виписки, підтримують зв'язок дистанційно, коли це можливо.

Там, де дозволяють ресурси, вони збільшують частоту сесій попри формальні ліміти, щоб закріпити зміни.

Фахівці, знайомі з умовами бойового побуту чи самі мають досвід служби, швидше вибудовують контакт і допомагають орієнтуватися в системі (куди звернутися, як узгодити зустрічі, як поєднати лікування з вимогами підрозділу):

«Психолог... теж пройшов війну... я міг до нього прийти будь-коли... він був для мене як провідник: пояснював, що відбувається і куди звертатися» **(Військовий, молодший сержантський і старшинський склад)**

Стигматизаційна мова самих надавачів залишається дуже чутливою темою для військових. Тон і ставлення персоналу завжди були важливою частиною лікування. Деперсоналізована лексика («хворі»), заборони без пояснення, «совдепівські» правила підривають мотивацію до терапії. Надавачам потрібні навички деескалації, травма-інформований підхід до консультування і стандарти комунікації для всіх, хто взаємодіє з військовими:

«Я столкнувся з такою совдепщиною... нас звали “хворими”... Я кажу: ми захисники, по-друге — пацієнти, а не “хворі”. Є ім'я і прізвище, по яких можна звертатися» **(Військовий, старший сержантський і старшинський склад)**

Характеристики інтервенцій

Психологічна допомога під час реабілітації вибудовується як частина мультимодальної програми поряд із фізичною та медичною частинами. Пропускна здатність закладів і короткі цикли перебування можуть обмежувати ефект програми. Часто реальну потребу підміняє формальна тривалість, яку задає довідка військово-лікарської комісії, – це не дає часу ні на повну діагностику, ні на стійке опанування навичок саморегуляції. Як описує один із військових:

«Вони переповнені... змушені відмовляти багатьом людям, які потребують їхньої допомоги»
(Військовий, рядовий склад)

У працюючих моделях психологічна допомога починається з короткої психоедукації та безпечного контакту. Фахівці пояснюють природу симптомів (сон, тривога, спогади, наслідки черепно-мозкових травм), нормалізують реакції та разом із пацієнтом планують подальші кроки.

«...пояснив, що зі мною відбувається... розставити пріоритети у відновленні»
(Військовий, молодший сержантський і старшинський склад)

За твердженням експертів, це не «лекції», а короткі, практичні пояснення, після яких одразу вводять елементи тілесних технік, дихальних вправ та КПТ-протоколів. Слід зазначити, що норми навантаження (години прийому, кількість сесій) та черга змушують пріоритетувати найгостріші випадки, частіше працювати групами й менше – індивідуально. Це знову збільшує час очікування і призводить до недостатнього «дозування» психотерапевтичних травмофокусованих втручань.

Діагностика на початку реабілітації поєднує стандартизовані військові опитувальники з клінічним інтерв'ю та аналізом бойового досвіду, щоб уникнути «гарних балів» при очевидній виснаженості. Як каже надавач:

«Дивишся – штурмовик 3 роки, а балів 57... це не про правду, починаємо інтерв'ю»
(Фахівець закладу відновлення та реабілітації)

Далі працює команда: психологи, психотерапевти, лікарі загального профілю та ерготерапевти, вибудовують єдиний план із персоналізованою частотою та комбінаціями втручань. У дієвих програмах доступ до психолога залишають низькопороговим (можливість «зайти й поговорити» за домовленістю протягом дня), а у вечірні та нічні години підтримку підсилюють чергуванням, бо саме в цей час загострюються симптоми:

«...вночі дуже часто актуалізуються симптоми – присутність психолога важлива»
(Фахівчиня закладу відновлення та реабілітації)

Допомога не обмежується кабінетом. Заклади додають підтримувальні модулі (активності на території, садівництво, VR-сесії, релаксаційні практики) та спираються на загальні терапевтичні чинники – зв'язок із родиною, короткі виїзди в місто, структуроване дозвілля. Після виписки зберігають простий канал зв'язку (месенджери, короткі стабілізаційні дзвінки), щоб підхопити людину в момент «накриття» вже відомими техніками.

Висновки та рекомендації

1. ВИЗНАЧИТИ ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, РОЗРОБИТИ ВАРІАНТИ ПОКАЗАНЬ І НАПОВНЕННЯ ПОСЛУГИ

Проблема: Психологічна реабілітація не описана в підзаконних актах як цілісна послуга, тому загально-визнаного розуміння цього поняття немає.

Наслідки: Неможливо виміряти ефективність програми. Для військових це почасти дублювання програми відновлення за метою і змістом. Неможливо запровадити прозорі механізми фінансування, що у тому числі обмежує можливість масштабування.

Можливості/Рішення: Визначити поняття й зміст послуги «психологічна реабілітація», розглянути варіанти показів і наповнення, зокрема необхідність наявності первинного психіатричного діагнозу.

2. МАСШТАБУВАТИ УСПІШНІ МОДЕЛІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ І ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Проблема: Кількість закладів і організацій, які надають психологічну допомогу військовослужбовцям, та їхня пропускна здатність залишається дуже обмеженою. Наявні найкращі практики психологічних і психосоціальних програм для військових не масштабуються, зокрема через їхню унікальність і відсутність прозорих механізмів фінансування.

Наслідки: Не всі військові мають доступ до психологічної та психосоціальної допомоги.

Можливості/Рішення: Ідентифікувати успішні моделі для подальшого масштабування. Стандартизувати їхній зміст та запровадити прозорі механізми фінансування.

3. ВИЗНАЧИТИ ОБСЯГ І ЗМІСТ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ФІЗИЧНІЙ/МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Проблема: В деяких медичних реабілітаційних центрах (які надають медичну реабілітацію після лікування травм) психологічна допомога надається на найвищому рівні, з широким спектром методик та високим рівнем задоволеності пацієнтів. Але в інших доступність психологічної допомоги під час медичної реабілітації є обмеженою (доступна не у всіх центрах або у неналежному обсязі). Це частково зумовлено тим, що у специфікації реабілітаційного пакету НСЗУ немає чітких вимог щодо надання психологічної допомоги, окрім того, що вона повинна бути частиною лікувального плану.

Наслідки: Психологічним проблемам і психічній коморбідності не приділяють уваги під час реабілітації у деяких програмах, що зменшує ефективність реабілітації в цілому.

Можливості/Рішення: Чітко прописати обсяги і зміст психологічної допомоги у реабілітаційних пакетах ПМГ.

4. ЗАЛУЧАТИ ФАХІВЦІВ З ВЛАСНИМ ДОСВІДОМ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ ДО НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Проблема: Фахівці цивільного сектору, які надають психологічну та психосоціальну допомогу військовим і не мають власного військового досвіду, можуть стикатись з проблемами формування довіри з боку військовослужбовців.

Наслідки: Передчасне припинення участі у заходах психологічної та психосоціальної допомоги або зменшення позитивного впливу цих заходів через сповільнення форму-

вання довіри в умовах обмеженого часу.

Можливості/Рішення: Розширити програми підготовки «рівний-рівному». Розширювати кількість фахівців з власним досвідом участі у бойових діях, з обов'язковим відбором та систематичною підготовкою.

ЗАКЛЮЧНІ МІРКУВАННЯ

Дослідження показало, що система підтримки психічного здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України вже має низку напрацювань і структурних елементів, проте залишається у процесі становлення та вдосконалення. Вона функціонує в умовах постійного дефіциту ресурсів, високої інтенсивності бойових дій і значного навантаження на персонал. Це створює ситуацію, коли навіть найефективніші ініціативи можуть втрачати свій потенціал через бар'єри на рівні організації, кадрового забезпечення чи військової культури.

Водночас результати дослідження засвідчують наявність потужних фасилітаторів: високої мотивації військовослужбовців підтримувати одне одного, а також активності експертних спільнот і громадського сектору. Ці чинники створюють фундамент для подальших реформ, спрямованих на інтеграцію військової та цивільної систем психічного здоров'я, розвиток кадрового потенціалу, стандартизацію послуг і масштабування успішних практик.

Наостанок варто підкреслити, що психічне здоров'я військових не може розглядатися лише як допоміжний елемент бойової готовності. Це ключовий компонент життєздатності Збройних Сил, а також запорука повноцінної інтеграції й соціальної адаптації ветеранів після завершення служби. Розбудова стійкої системи підтримки психічного здоров'я вимагає системних інвестицій, міжвідомчої координації та постійного діалогу між державними структурами, військовим керівництвом, громадянським суспільством і самими військовослужбовцями.

Цей звіт є внеском у формування спільного бачення та дорожньої карти змін. Подальші кроки мають спиратися на доказову базу, систематичний моніторинг результатів і безперервне навчання всіх залучених сторін. Тільки так можна створити цілісну, доступну та ефективну систему охорони психічного здоров'я, здатну відповідати на виклики сучасної війни та забезпечувати довгострокове благополуччя військовослужбовців і суспільства в цілому.

ПОДЯКИ

Дослідницька команда щиро дякує всім, хто зробив можливим проведення цього дослідження.

Насамперед – військовослужбовцям Збройних Сил України, які поділилися своїм досвідом, думками й почуттями, попри складні обставини служби. Їхня відвертість та довіра стали основою для глибшого розуміння реальних потреб і викликів у сфері психічного здоров'я.

Також ми висловлюємо вдячність фахівцям – психологам, лікарям, представникам військових і цивільних закладів охорони здоров'я, а також експертам громадського сектору, які поділилися своїм професійним баченням і практичними рекомендаціями. Їхній досвід і знання допомогли комплексно окреслити можливості й обмеження чинної системи підтримки.

Окремі слова подяки – представникам Міністерства охорони здоров'я, Міністерства у справах ветеранів, Міністерства соціальної політики та громадським організаціям, які підтримали дослідження, сприяли нашому доступу до інформації та брали участь у валідаційних обговореннях.

Ми також вдячні нашим міжнародним та національним партнерам, які надали експертну підтримку й допомогли у поширенні результатів.

Це дослідження стало можливим завдяки співпраці, взаємній довірі та спільному прагненню зробити систему підтримки психічного здоров'я військовослужбовців більш ефективною, доступною та стійкою.

Додатки

ДОДАТОК 1. Перелік нормативно-правових актів, проаналізованих у кабінетній частині дослідження

ЗАКони України

- Про соціальний та правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей
- Про соціальний і правовий захист осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України, та членів їхніх сімей
- Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту
- Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні
- Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я
- Про систему охорони психічного здоров'я в Україні
- Порядок проведення відновлювальних (постізоляційних, реінтеграційних) заходів, заходів з адаптації, підтримки (супроводу) осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України, після їх звільнення

Назва акта	Чим затверджений
АКТИ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ	
<ul style="list-style-type: none"> • Порядок та умови надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб • Порядок речового, медичного, психологічного та соціального забезпечення військовослужбовців з урахуванням потреб жінок і чоловіків • Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році 	<ul style="list-style-type: none"> • Постанова КМУ від 29 листопада 2022 р. №1338 (в редакції Постанови КМУ № 307 від 18.03.2024) • Постанова КМУ від 29 жовтня 2024 р. №1234 • Постанова КМУ від 24 грудня 2024 р. №1503
НАКАЗИ МІНОБОРОНИ, ГОЛОВНОКОМАНДУВАЧА ЗСУ	
<ul style="list-style-type: none"> • Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах • Інструкція про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України • Положення про пункти психологічної допомоги у ЗСУ • Порядок надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України 	<ul style="list-style-type: none"> • Наказ МОУ №702 від 09.12.2015, зі змінами №629 від 11.12.2019 • Наказ МОУ №591 від 04.11.2016, зі змінами 2017, 2018 • Наказ ГК ЗСУ №99 від 28.07.2020 • Наказ ГК ЗСУ №174 від 02.05.2024

<ul style="list-style-type: none"> • Система психологічного відновлення військовослужбовців ЗС України • Порядок проведення психологічної підтримки військовослужбовців Збройних Сил України • Порядок з організації та проведення заходів психологічного відновлення військовослужбовців Збройних Сил України • Порядок організації моральної підтримки військовослужбовців ЗСУ • Інструкція з організації психологічної декомпресії в/с ЗСУ • Інструкція з організації професійно-психологічного відбору у ЗСУ та ДССТ • Інструкція з організації психологічної підготовки у ЗСУ • Інструкція «Протоколи надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в бойових (екстремальних) умовах» • Інструкція з організації психологічного забезпечення особового складу Збройних Сил України 	<ul style="list-style-type: none"> • Затверджено ГК ЗСУ 07.05.2024 • Наказ ГК ЗСУ № 349 від 01.08.2024 • Наказ ГК ЗСУ №378 від 22.08.2024 • Наказ ГК ЗСУ №177 від 14.04.2025 • Наказ ГК ЗСУ №194 від 26.04.2025 • Наказ ГК ЗСУ №462 від 27.12.2018 • Наказ МОУ №272 від 12.09.2022 • Наказ ГК ЗСУ №173 від 23.10.2020 • Затверджено начальником ГШ ЗСУ 2021 • Наказ ГК ЗСУ №305 від 18.10.2021
--	--

НАКАЗИ ІНШИХ ЦОВВ

<ul style="list-style-type: none"> • Порядок надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг щодо питань психічного здоров'я, у тому числі щодо запобігання суїциду і психосоціального компоненту реабілітації ветеранів війни та інших груп населення • Державний стандарт соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей • Про затвердження реєстру 	<ul style="list-style-type: none"> • Наказ Міністерства охорони здоров'я України №2118 від 13.12.2023 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» • Наказ Міністерства соціальної політики України №175-Н від 11 квітня 2024 року • Наказ Мінветеранів №330 від 14.12.2023
--	--

СТАНДАРТИ НАТО

<ul style="list-style-type: none"> • NATO STANDARD AMedP-8.6 FORWARD MENTAL HEALTHCARE, Edition B, Version 1, October 2019

ДОДАТОК 2. Перелік інших публікацій, проаналізованих у кабінетній частині дослідження

.....

1. І. І. Приходько, Я. В. Мацегора, М. С. Байда. Психологічне відновлення українських військовослужбовців після тривалої участі у бойових діях. <https://chiz.nangu.edu.ua/article/view/295208>
2. Когут, О & Вишніченко, С. (2023). РЕЗУЛЬТАТИ АПРОБАЦІЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія». 109–115. 10.32782/psy-visnyk/2023.3.22.
3. Родченкова, Ірина. (2023). Комплексна програма соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців постраждалих на бойовий стрес. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 157–172. 10.33216/2219-2654-2023-62-3-2-157-172.
4. Ярцев, Д., Почтарук, М., & Артюшенко, О. (2025). ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ТРАВМИ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ. UNIVERSUM, (15), 384–390. <https://archive.liga.science/index.php/universum/article/view/1554>
5. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., 2017 ПРОЕКТ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ. Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України. Харків, 2017
6. Борисова, О. О. (2024). ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ/УЧАСНИЦЬ БОЙОВИХ ДІЙ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДРУГОГО РІВНЯ В УКРАЇНІ. Наукові записки. Серія «Психологія», (1), 9–17. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1>
7. Чижевський, С. О. (2023). ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО РОСІЙСЬКОГО ВТОРГНЕННЯ: Наукова доповідь на методологічному семінарі «Актуальні проблеми охорони психічного здоров'я українського народу у воєнний і повоєнний час», 16 листопада, 2023 р. Вісник Національної академії педагогічних наук України, 5(2), 1–5. <https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5229>
8. Мацегора Я. В. Психометричні властивості методики «Оцінювання негативних психічних реакцій і станів у військовослужбовців» та досвід її використання у короткостроковому психологічному відновленні / Я. В. Мацегора, І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, М. С. Байда // Честь і закон. – 2023. – № 1. – С. 114–124. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Chiz_2023_1_18.
9. НАУКОВА РОБОТА на тему: «ВИЯВЛЕННЯ ОСІБ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІДРОЗДІЛУ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ»
10. Момот, М. (2024). ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ. Наукові записки. Серія «Психологія». 55–60. 10.32782/cusu-psy-2024-3-8.
11. Bespalko, A & Lelyuk, M. (2022). Algorithm of psychological support of personnel in the area of military (combat) operations. Visnyk Taras Shevchenko National University of Kyiv. Military-Special Sciences. 9–13. 10.17721/1728-2217.2022.52.9-13.

12. СУРГУНД, Н., & ВЕРБА, Г. (2024). ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА ЕТАПІ ВІДНОВЛЕННЯ. *Psychology Travelogs*, (3), 47–56. <https://doi.org/10.31891/PT-2024-3-5>
13. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с.
14. Програма «Відновлення під час війни»: результати роботи у 2022–2023 роках. <https://www.programa.vaadua.org/?p=945>
15. ГО «Безбар'єрність» на замовлення Програми «Ти як?» за підтримки проекту USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я». Аудит ресурсів системи надання послуг у сфері психічного здоров'я. 2023. <https://bbu.org.ua/audit-resursiv-isnujuchoi-sistemi-nadannya-poslug-u-sferi-psihichnogo-zdorov-ya/>
16. ГО «Безбар'єрність» на замовлення Програми «Ти як?» за підтримки проекту USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я». Потреби населення у послугах сфери психічного здоров'я. 2022. <https://bbu.org.ua/audit-potreb-u-poslugah-sferi-psihichnogo-zdorov-ya/>
17. ГО «Соціологіст» на замовлення БФ «Харків з тобою» за підтримки БФ «Здорові рішення». Наркозалежність в Силах оборони України: вивчаємо ситуацію. 2025.
18. <https://healthsolutions.ngo/library/narkozalezhnist-v-sylakh-oborony-ukrayiny-vyvchayemo-sytuatsiyu/>
19. Центр ініціатив ПЖ (ГО «Повернись живим»). ЯК ЦИВІЛЬНА ЛЮДИНА СТАЄ ВІЙСЬКОВОЮ? Проблематика базової загальновійськової підготовки в Збройних Силах України (станом на 2024 рік).
20. <https://cbacenter.ngo/page/doslidzennia-iak-civilna-liudina-staje-viiskovoiu-problematika-bazovoyi-zagalnoviiskovoyi-pidgotovki-v-zbroinix-silax-ukrayini-standom-na-2024-rik>
21. ГО «Принцип» за підтримки Міжнародного фонду «Відродження». Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долання не-системності. Київ, серпень 2024.

