

ЧАСТИНА ВОСЬМА

ІНШІ ВОЄННІ ПИТАННЯ

Розділ 42

ВИЩА ОСВІТА У СФЕРІ ВІЙСЬКОВОЇ ПСИХІАТРІЇ

КЕРОЛ ДЖ. ДЕБОЛД^I · ВЕНДІ М. ВЕЙТС^{II} ·
МІЛЛАРД Д. БРАУН^{III} · ДЕВІД М. БЕНЕДЕК^{IV}

ВСТУП

ІСТОРІЯ

ПРОГРАМА ЛІДЕРСТВА

Роль директора програми

Розвиток факультету

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН

Ключові компетенції

Студенти-медики та ключові компетенції

Психотерапевтичні компетенції

Загальний навчальний план психіатричної ординатури

Дослідження і наукова діяльність

Навчальний план із військової психіатрії

Тренінгова програма після ординатури

РЕЛЕВАНТНІСТЬ ВИКОНАННЯ МІСІЇ

Знання

Навички

Ставлення

МАЙБУТНЄ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

ВИСНОВКИ

ⁱ Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; начальник департаменту психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-5001.

ⁱⁱ Доктор медицини, підполковник, Медичний корпус, Армія США; начальник Стационарної психіатричної служби, кафедра психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-5001; у минулому – співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii.

ⁱⁱⁱ Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; директор психіатричної ординатури, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-5001.

^{iv} Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США; професор і заступник голови відділу психіатрії Військово-медичного університету силових структур ЗС США, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814.

ВСТУП

Вища медична освіта (GME — Graduate medical education) є важливим аспектом військової медицини. Для підтримки здорових і продуктивних сил, спрямованих на досягнення успіху в різних середовищах і сценаріях, медичний персонал повинен мати підготовку та досвід, щоб забезпечити належну й своєчасну охорону здоров'я військовослужбовців. Щоб бути успішними в оперативних і гарнізонних умовах, військовим лікарям потрібні унікальні навички, а це вимагає комплексного навчання та освіти. Загальні уроки минулих конфліктів виявили, що медичні працівники придбали більше знань і досвіду лікування постраждалих на полі бою, ніж покладались на навчання, отримане в цивільних медичних закладах. Головним завданням військової GME, заснованої на початку XX століття, була підготовка медичного персоналу до функціонування у всіх типах операцій.

Із розвитком вищої медичної освіти на початку навчального процесу застосовувались методи набуття специфічних військових навичок. Перед початком першого року GME більшість слухачів проходять Базовий командний курс для офіцерів, на якому отримують елементарні знання з військового етикету та правильного носіння уніформи, а також набувають лідерських навичок і базових бойових навичок солдатів [1]. Студенти, які не мають можливості завершити Базовий курс до вступу до GME, проходять подібну підготовку за короткий строк опісля закінчення навчання. Згідно з навчанням, що проходять всі призначені солдати, військові медичні установи (MTF — Military treatment facility), які мають програму GME, можуть вимагати, щоб студенти брали участь у загальній річній програмі. Це необхідно для підтримання базових військових навичок у таких

сферах, як ядерна фізика, біологія, хімія; знання і технічне обслуговування зброї та процедури військового зв'язку.

Психіатрія — це медичний фах із великою кількістю унікальних військових завдань. Як і цивільний психіатр, що практикує в громадських закладах, таких як в'язниця або судово-медичні установи, військовий психіатр постійно стикається з питанням подвійного зобов'язання як перед організацією, так і перед пацієнтами [2]. Однак, на відміну від цивільних психіатрів, які можуть самостійно визначати ступінь свого залучення в судово-психіатричних та адміністративних питаннях, військові психіатри в таких випадках не мають вибору. Це вимагає від них широкої підготовки в питаннях військової психіатрії щодо оцінки психічного здоров'я підрозділу, дослідження розумових здібностей або психічної відповідальності обвинуваченого (правило 706 для воєнно-польових судів), перевірки службою безпеки оцінки медичної комісії [3–6]. Кожна з цих унікальних військових адміністративних оцінок вимагає спеціальної підготовки і досвіду для належного виконання. На додачу до унікальних адміністративних завдань, військовий психіатр має розвивати різноманітні навички, зокрема проводити консультації з підрозділами, брифінги для військових начальників, які не мають медичної освіти, ознайомлювати солдатів і командирів із основами військової психіатрії та створювати реалістичні плани лікування, зважаючи на певні особливості виконання своїх обов'язків військовослужбовцями.

У цьому розділі буде висвітлена еволюція психіатричної GME у військовій системі охорони здоров'я від її витоків на початку XX століття до нинішнього процесу підготовки військових психі-

атрів. Армія США, Військово-морські сили та Військово-повітряні сили — всі беруть участь у психіатричній GME, підтримуючи виховання добре підготовлених випускників, які часто потрапляють до зони бойових дій незабаром після завершення підготовки. Навчальні програми розрізняються за розміром і структурою, у тому числі специфічні службові програми, що фінансуються одною службою та беруть стажистів з інших служб; програми, побудовані як спільні з громадськими програмами та програмами Департаменту у справах ветеранів, а також програма об'єднаних служб у Вашингтоні (округ Колумбія). Усі програми акредитовані Американською радою вищої медичної освіти (ACGME — American Council of Graduate Medical Education) і відповідають академічним вимогам, які чинні для цивільних програм; окрім того, вони

передбачають набуття унікальних військових психіатричних навичок [7]. На додачу до ординатури в дорослій психіатрії програми військової психіатричної GME можуть запропонувати спеціалізоване навчання з дитячої та підліткової, судової, геріатричної психіатрії та психіатричної роботи щодо зловживання психоактивними речовинами.

У розділі розглядатимуться питання щодо керівництва програмами GME, ролі програмного директора, розвитку факультету і рекрутингу, навчального плану, внеску загальної медичної освіти в психіатричну GME і науково-дослідних можливостей у рамках навчальних програм. Актуальність військового психіатричного навчання буде представлена додатково до рекомендацій стосовно того, як у майбутньому може бути вдосконалена освіта з цієї унікальної спеціальності.

ІСТОРІЯ

Формально психіатрична GME у Збройних силах США є відносно новим утворенням, розвиток якого багато в чому віддзеркалює цивільну психіатричну підготовку в Сполучених Штатах. В інших аспектах, проте, вона розвивалась самостійно, установлюючи унікальну спадщину і створюючи для своїх випускників ширший набір клінічних навичок, ніж той, що отримують більшість випускників цивільних навчальних програм. Полковник у відставці Майкл Вайс (Michael G Wise) є автором чудового огляду військової GME середини 1980-х років, основні моменти якого представлені нижче [8].

Першими слухачами, які проходили ординатуру від Міністерства оборони (МО), як виявилось, були чотири військовослужбовці: двоє з Військово-морських сил і двоє з Армії. Їх призначили працювати в лікарні Святої Єлизавети у Вашингтоні (округ Колумбія) протягом двох років, починаючи з 1909 [9] (той самий рік, коли Зигмунд Фрейд прочитав першу лекцію в Американському університеті, представляючи психоаналітичний рух в США і збільшуючи інтерес американців до психіатрії [10]). На початку Першої світової війни в Армії було лише 50 психіатрів [11] — явно недостатня кількість для лікування 4 мільйонів американських солдатів, які, зрештою, служили на

війні [12]. Для вирішення цього питання до Армії залучили багато психіатрів із державних лікарень, велику кількість військових лікарів зарахували на цивільні навчальні програми з нейропсихології, які тривали в середньому 6 тижнів [11]. До перемир'я 1918 року в Армії служило вже майже 700 психіатрів [11].

Після Першої світової значна кількість психіатрів поступово залишали військову службу. Як наслідок цього, до 1940 року на дійсній службі залишилось менше ніж 100 військових психіатрів [13, 14]. Через рік опісля нападу на Перл-Харбор деяким цивільним інститутам було запропоновано як допоміжний захід поліпшений і стандартизований курс з нейропсихіатрії для військових лікарів, які не є психіатрами [14]. Із того часу і до кінця Другої світової війни цей 12-тижневий курс завершили 1300 випускників, яких називали «90-денками» [15].

У 1946 році Конгрес ухвалив Національний закон про охорону здоров'я, згідно із яким федеральні кошти виділялись на ряд ініціатив у сфері психічного здоров'я, у тому числі на навчання професійних психологів та психіатрів [10]. Протягом наступного десятиліття ACGME відкрила та акредитувала вісім військових ординаторських психіатричних програм (таблиця 42.1). Програма

АМЕРИКАНСЬКА РАДА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ. ІСТОРІЯ АКРЕДИТАЦІЇ АМЕРИКАНСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ОРДИНАТУРИ

Рік	Акредитовані або припинені програми
1946	Програми Військово-морських сил: Бетесди (доктор медицини), Великих озер (Іллінойс) і Філадельфії – акредитовані
1948	Програми Армії: Волтера Ріда (Вашингтон, округ Колумбія) і Леттерман (Каліфорнія) – акредитовані; Програма Великих озер – припинена
1950	Програма Армії Фітцсімонс (штат Колорадо) – акредитована
1951	Програми Військово-морських сил: Сан-Дієго (штат Каліфорнія) і Окленда (штат Каліфорнія) – акредитовані
1954	Програма Сан-Дієго – припинена
1958	Програма Фітцсімонса – припинена
1965	Програма Військово-повітряних сил Вілфорд Хол (штат Техас) – акредитована
1976	Програма Армії Дуайт Ейзенхауер (штат Джорджія) – акредитована, програма Філадельфії переїхала до Портсмута (штат Вірджинія) та продовжила акредитацію
1977	Програма Військово-повітряних сил Райт-Паттерсон (штат Огайо) – акредитована
1978	Програма Армії Тріплер (Гаваї) – акредитована
1981	Програма Сан-Дієго – отримала переакредитацію
1983	Програма Окленд – припинена
1993	Програма Леттерман – припинена
1999	Програма Дуайта Ейзенхауера – припинена

Джерело даних (до 1987 р.): Wise MG. Минуле, сьогодні і майбутнє психіатричної підготовки Збройних сил США. *Військова медицина (MilMed)* 1987; 152: 550.553.

«90 днів» залишалась активною в Форт Сем Г'юстоні (штат Техас) із 1946 по 1950 роки, тимчасом як психіатри проходили навчання в нових психіатричних ординатурах [16].

Психіатрія отримала плацдарм також і в цивільному секторі. Протягом цього ж десятиліття було проведено перший збір Інституту психіатричної допомоги, засновано журнал «Психіатрична служба», Американська психіатрична асоціація санкціонувала створення районних відділень, відбулось перше засідання Асамблеї Американської психіатричної асоціації, було опубліковано перший випуск «Діагностичного та статистичного довідника психічних розладів», і в Сполучених Штатах увійшли в обіг психотропні препарати [9].

Можливо, у результаті впровадження психотропних препаратів і подальшого зменшення числа госпіталізацій три з перших військових ординатур було закрито незабаром після відкриття: програма ВМС Великих озер (Іллінойс, 1948 р.); програма ВМС у Сан-Дієго (Каліфорнія, 1954 р.) і програма Армії Фітцсімонс (Колорадо, 1958 р.) [8]. Однак інші програми залишались відкритими протягом багатьох років (рис. 42.1).

У 1980-ті, коли спогади про війну у В'єтнамі згасали і фізичні прояви конфлікту Холодної війни здавались все менш імовірними, збільшився тиск із боку федерального уряду, спрямований на об'єднання американських військових установ [17]. Після попереднього етапу припинення роботи, ініційованого МО в 1988 році,

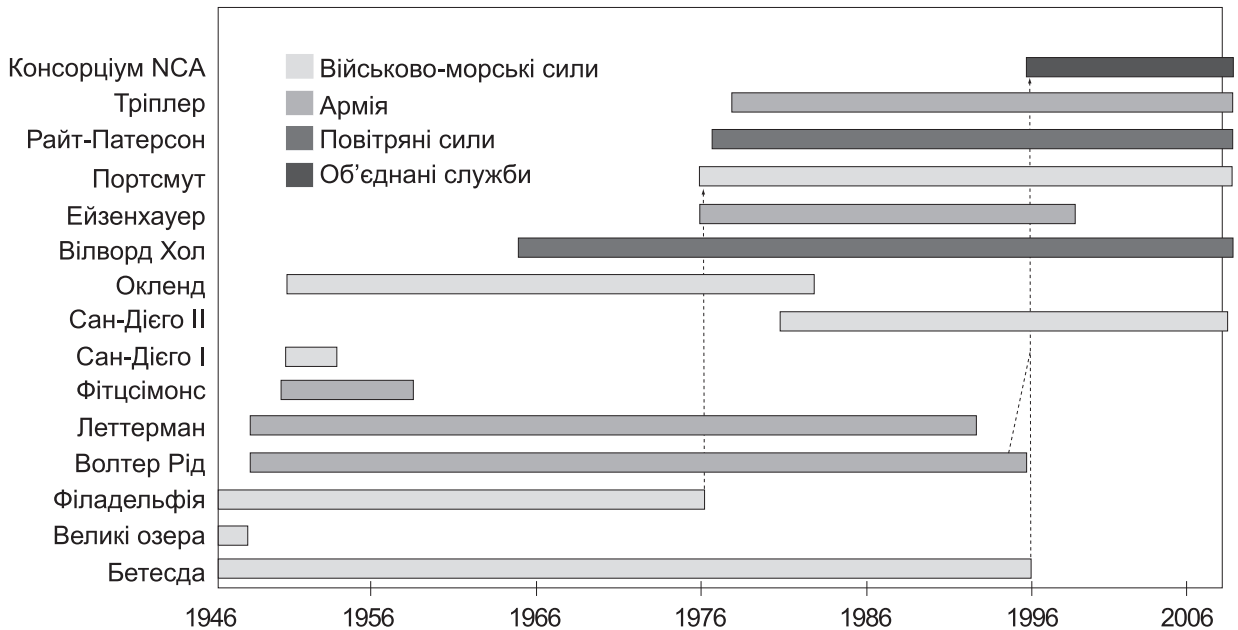


Рис 42.1. Графік роботи акредитованих американських військових психіатричних програм. Пунктирні лінії вказують, коли програми були або переведені в інше місце, або об'єднані.

NCA: Національні столичні райони

Конгрес ухвалив запропонований Міністерством оборони США Закон про перебудову та закриття від 1990 (також відомий як «закон BRAC» або Публічне право 101-510) [18], який встановив комітет, непов'язаний із МО, а також графік для оцінки військових баз для закриття. У результаті прийняття цього закону в 1991-му, 1993-му і 1995 роках було проведено додаткові етапи BRAC.

Припинення програм військової психіатричної ординатури відбувалось різними шляхами. У 1988 році було вирішено закрити Військово-медичний центр Леттерман у Сан-Франциско (Каліфорнія) [19].

Остання група студентів психіатричної ординатури закінчила навчання в 1993 році, і рік по тому лікарню було закрито [20]. Навчальна програма у Військово-медичному центрі Ейзенхауера в Августі (штат Джорджія), хоча це і не було офіційно пов'язано з BRAC, була превентивно закрита Армією в 1999 році через скорочення числа клієнтів [21]. Так само, хоча і було вирішено, що Військово-морський госпіталь Оак Кнол в Окленді (штат Каліфорнія) буде закритий після

1993 року, BRAC і Військово-морські сили перенесли навчальну програму з психіатрії з Окленда в Сан-Дієго в середині 1980-х.

У 1995 році, намагаючись зміцнити свої програми перед загрозою закриття, три лікарні, підпорядковані МО, — Військово-медичний центр Волтера Ріда у Вашингтоні (округ Колумбія), Національний військово-морський медичний центр в Бетесді (штат Меріленд) і Лікарня Військово-повітряних сил Малькольм Гроу в графстві Принс-Джордж (штат Меріленд) — об'єднали свої сили, створивши Консорціум національних столичних районів. Приєднана до Військово-медичного університету силових структур Збройних сил (USUHS — Uniformed Services University of the Health Sciences) в Бетесді (штат Меріленд), програма консорціуму сьогодні є найбільшою активною навчальною програмою з військової психіатрії.

Нова ініціатива BRAC в 2005 році закликала до закриття центра Волтера Ріда в 2011 році [22], але очікується, що психіатрична ординаторська програма консорціуму залишиться без змін і буде мати штаб-квартиру там, де зараз розташований Національний військово-морський медичний

центр Ініціатива BRAC 2005 року також пропонує об'єднати Медичний центр Військово-повітряних сил Вілфорд Хол із Військово-медичним центром Брук в Сан-Антоніо (штат Техас) Лише Військово-медичний центр Сан-Антоніо, як очікується, існуватиме до 2011 року, причому північне відділення (Брук) буде спеціалізуватися насамперед на стаціонарному лікуванні, а південне (Вілфорд Хол) надаватиме тільки амбулаторні послуги [23]. Що стосується Вашингтона (округ Колумбія), також очікується, що психіатричні ординаторські програми в Сан-Антоніо залишаться без змін.

Глобальна війна з тероризмом (GWOT — Global war on terror) сприяла зростанню кількості психіатричних проблем серед військовослужбовців дійсної служби та членів їхніх родин, а також серед ветеранів і цивільних осіб у Сполучених Штатах. Інтерес до психіатрії як до професійної сфери також виглядає як такий, що зростає. Він може бути прямим результатом збільшення попиту в результаті GWOT [24]. У майбутньому військова психіатрична GME, імовірно, продовжить розвиватись відповідно до потреб у її послугах під час війни, як це відбувалось останнє сторіччя.

ПРОГРАМА ЛІДЕРСТВА

Армія підкреслює важливість компетентного лідерства як невід'ємного чинника для успішного завершення місії. Значну частину військової освіти офіцерів становлять розвиток і уміння використовувати належні техніки лідерства [25]. Хоча більшість військових медичних співробітників ніколи не служитимуть на командних посадах, багато з них стануть керівниками служб, відділів або департаментів, які безпосередньо відповідають за високу якість медичного обслуговування на додачу до сприяння професійному розвитку підлеглих. Кілька щасливчиків будуть призначені керувати програмами GME, беручи на себе відповідальність за підготовку майбутніх військових лікарів, які мають досягти успіху в різних умовах.

Керівник відділу виконує різнопланові ролі у військовій психіатричній програмі GME. Крім того, вимоги, встановлені керівництвом ACGME, також повинні відповідати стандартам, очікуваним від військових лідерів [7]. Основними атрибутами є формулювання ясного бачення, надання пріоритетного значення місії, управління персоналом і контроль бюджету, при цьому необхідно весь час підтримувати цілі командування MTF. Розвиток військової системи охорони здоров'я та організація належного медичного обслуговування підкреслюють клінічну продуктивність як показник фінансового успіху, тож керівники GME стикаються з необхідністю демонструвати фінансовий успіх, водночас підтримуючи високу

якість навчальних програм. Заходи, пов'язані з GME, такі як клінічний нагляд, дидактика, оцінка продуктивності стажиста, медичні освітні комітети, огляд клінічних психіатричних доповідей, і діяльність, пов'язана з дослідженням, збільшують обсяг робочого навантаження. У результаті цього виникає низька продуктивність порівняно з іншими MTF, які не мають програм GME.

Успіх військової психіатричної програми ґрунтується на вмінні лідерів відділу включити GME в чотири основних завдання: 1) безпосереднє надання допомоги хворим, 2) підтримка циклу розгортання, 3) оперативна готовність персоналу, 4) дослідницька діяльність. До середини 1990-х років програми GME у військовій психіатрії були відносно ізольовані від зовнішніх чинників, зокрема від організації надання медичної допомоги та оперативної постановки завдань. Програми легко зосереджувались на психіатричній освіті, використовуючи прямий догляд за пацієнтами, клінічні спостереження, дидактику і дослідження. До цього було додано ще один навчальний план із військової психіатрії, який мав підготувати слухачів до успішної клінічної практики в MTF або як гарнізонного психіатра. Керівники GME не перебували під тиском вимоги сформулювати заплутаний бізнес-план, який мав передбачити, а потім продемонструвати клінічну продуктивність. Конкретні військові психіатричні навчальні програми складались з декількох дидактичних курсів і були спрямовані на ознайомлення з ос-

новною військовою структурою та функціями організації, питаннями конфлікту інтересів, проведенням унікальних військових адміністративних оцінок психічного здоров'я, взаємодією з оперативним керівництвом і оперативною військовою доктриною психічного здоров'я. Багато з цього було спадщиною епохи В'єтнаму або перебувало в процесі оновлення. Досвід роботи для слухачів був обмежений ротацією до гарнізону з великою кількістю військ під час останнього року ординатури, і в багатьох випадках таким ротаціям не вистачало формальної структури або поставлених цілей і завдань.

Оскільки еволюція організації медичної допомоги у військовій системі охорони здоров'я наприкінці 1990-х збіглась зі змінами в стратегії оборони після 11 вересня 2001 року, GME стала набагато складнішою і важкою. Лідери програм GME більше не могли виділяти ресурси лише для навчання та були змушені збалансувати кілька вимог, розробляючи способи максимально збільшити навчальний досвід стажерів. GWOT справила безпосередній вплив на GME, оскільки викладачі були направлені на розгортання та запрошені долучитись до підтримки циклу розгортання в місцях, які служили платформами розгортання. Переважно стажисти мали можливість брати участь безпосередньо в багатьох заходах для підтримки циклу розгортання, а також забезпеченні лікування жертв, евакуйованих із театру бойових дій. Завданням керівництва GME було забезпечити достатній нагляд і навчання під час надання таких послуг [26].

Із розширенням кампаній GWOT, таких як операція «Іракська свобода» та операція «Непохитна свобода» в першому десятилітті XXI століття, більшість випускників військових психіатричних програм GME були направлені на розгортання в зону бойових дій протягом двох років після завершення навчання. Це вимагало від програм забезпечення комплексного навчання та практичного досвіду з бойової психіатрії. Викладачі з двох військових програм GME стали частиною групи психіатрів, які працювали на розгортанні та виконували різноманітні завдання на обох театрах воєнних дій, безпосередньо підвищуючи якість навчальної програми з бойової психіатрії. Попередній досвід розгортання став визначальним чинником для потенційних викладачів, і до

кінця 2006 року більше 75 % психіатрів, які перебували на активній військовій службі, були призначені для розгортання в театрі бойових дій [27].

Роль директора програми

Існування і життєздатність ординаторської програми значно залежить від директора програми, який повністю залучений і активно діє в повсякденних заходах програми. У сфері психіатрії подібна активна участь має ще більш першорядне значення для успішного ведення ординаторської програми. Психіатрія як сфера діяльності вимагає, щоб випускники ординатури не лише мали навички з діагностичного оцінювання і методів лікування, але також були здатні задіяти пацієнтів і системи для складання реалістичного індивідуального плану лікування. Такі можливості можна ефективно використовувати, тільки якщо психіатри повною мірою усвідомлюють і контролюють власне психічне здоров'я. Таким чином, якісні психіатричні програми ординатури допомагають студентам розуміти, як їхні власні особливості потенційно спроможні впливати на їхню здатність працювати з пацієнтами в клінічних умовах і впливати на характер власної освіти на факультеті. Тому директор ординаторської програми повинен виступати в ролі батька, колеги, арбітра, мати багату фантазію та бути лідером, взаємодіючи зі студентами ординатури і викладачами.

Коли виникають групи, в яких хтось має владу і контроль над іншими членами, протидія неминуча. В ординаторській програмі директор повинен передбачати таку поведінку і розробити методи її профілактики, коли це можливо, а також підтримувати відповідні межі, коли виникає такий виклик. Очікується, що викладачі та директор програми будуть уникати використання своєї влади, скеровуючи слухачів через процес особистого зростання і навчання. Директор програми повинен навчитись адекватно реагувати на протидію, вживаючи необхідних дій, та спрямовувати слухачів ординатури з такою поведінкою на більш конструктивне використання їхньої енергії.

Навчання в психіатричній ординатурі еволюціонує разом із просторово-часовим виміром.

Перша частина зазвичай передбачає заохочення студентів ординатури застосувати нові знання в лікуванні пацієнтів і розвинути клінічні інстинкти в процедурах оцінки та лікування. Під час середнього етапу директор програми допомагає студентам ординатури об'єднати основні навички і почати набуття більш прогресивних навичок терапії через залучення студентів у лікування складних і стійких випадків. Нарешті, на кінцевій стадії підготовки директор програми розробляє ситуації для студентів ординатури, в яких вони керують молодшими колегами і починають виконувати незалежні обов'язки як акредитовані лікарі.

Далекоглядний директор програми має передбачати майбутнє психіатрії як медичної спеціальності, яка розвивається, водночас розуміючи, як військові планують реагувати на виклики щодо психічного здоров'я в майбутньому. Останнє потребує від директора програми підтримки зв'язку з керівними військовими психіатрами так, щоб потреби військової психіатрії могли б знайти швидке відображення у підготовці майбутніх військових психіатрів. Ці мінливі потреби змушують директора програми постійно вдосконалювати бачення і місію програми, формулюючи ці уточнення для студентів ординатури та викладачів ясно і коротко. Директор програми повинен також бути обізнаним з останніми подіями і дослідженнями в галузі психіатрії, яка швидко розвивається: від загальних синдромів до комплексної спеціалізації, що зазнала значних успіхів у неврології і терапії.

Командири військових частин мають багато обов'язків, які можуть швидко стати непомірними й обтяжливими. Натомість ті, ким вони керують, очікують від них наставництва і порад. Поведінка командира задає тон для всієї військової частини і, природно, уважно спостерігається підлеглими. Тому директори програм повинні бути інформовані про значення наслідків їхньої діяльності для навчальної програми ординатури. Основні принципи роботи ординатури мають бути сформульовані та обґрунтовані таким чином, щоб студенти і викладачі могли зрозуміти потенційні результати певних рішень. Викладачі та студенти можуть бути не згодні з рішенням, але вони повинні бути інформовані про те, як рішення відпо-

відає зазначеним принципам програми. З такою великою кількістю поточних питань, які включені в програму ординатури, директор програми має поєднувати власну відкритість для зворотного зв'язку на всіх рівнях з прийняттям рішучих та своєчасних рішень. Це надасть змогу зберегти програму узгодженою з поточним станом психіатрії як спеціальності, а також з потребами Армії.

Розвиток факультету

Доповненням до вмілого керівництва GME та найважливішим елементом успіху програми є вербування і відбір відповідних викладачів. Окрім військових лікарів, до викладацького складу належать цивільні викладачі, яких винайняв федеральний уряд, лікарі з особистим контрактом служби і, можливо, викладачі з місцевої цивільної психіатричної програми GME.

Як і в будь-якому підприємстві, залучення й утримання яскравих, досвідчених і енергійних керівників безпосередньо впливає на успіх програми. Викладачі психіатричного факультету GME повинні мати внутрішній потяг до особистого зростання, пристрасть сприяти навчанню студентів і професійний досвід, щоб забезпечити вмілий нагляд і керівництво [7]. Склад військового психіатричного факультету GME повинен поєднувати визнаних лікарів, які мають багатий академічний досвід, і психіатрів, які перебувають в середині кар'єрного зростання та зацікавлені в подальшому розвитку навичок навчання і наставництва. У багатьох випадках більш професійно зрілими викладачами факультету є військові лікарі у відставці, які володіють великим практичним військовим психіатричним досвідом.

Утримання військових лікарів після завершення ними активної служби було складним завданням з часу завершення операції «Буря в пустелі». Можливість тривалого оперативного розгортання в поєднанні зі скороченням ресурсів і еволюцією медичної допомоги у військовій системі охорони здоров'я робить менш привабливим середовище для тривалої служби. Однак украй вигідним аспектом військової медицини є широке охоплення кар'єрних можливостей [28]. Протягом кількох циклів служби психіатри можуть формувати свою

кар'єру в одному місці, наприклад клінічному, операційному, командному, академічному чи науково-дослідному середовищі, причому залишається гнучкість для переміщення між ними. Для академічно орієнтованих військових психіатрів можливість стати викладачем в одній із військових програм GME є величезним стимулом продовжити медичну практику на дійсній військовій службі.

Потенційні викладачі факультету визначаються протягом всього кар'єрного шляху військового психіатра. Іноді видатний стажист, який демонструє талант в академічній психіатрії, може бути прийнятий та залишитись співробітником в ролі молодшого викладача, продовжуючи подаліше навчання та отримуючи навички наставництва під керівництвом старшого викладача. Частіше буває так, що перспективні випускники, зацікавлені в навчанні та академічній кар'єрі, служать принаймні один цикл психіатрами MTF або в оперативній частині, щоб отримати практичний клінічний та адміністративний досвід як незалежні психіатри. Інша група складається з лікарів, яких спочатку не планували ставити на посаду викладачів, але завдяки поєднанню досвіду, переоцінці кар'єрних устремлінь і можливому отриманню спеціалізованих навичок, таких як судова психіатрія або робота зі зловживаннями, вони були визнані гідними викладання на факультеті в середині кар'єри чи пізніше.

Не існує систематизованих критеріїв для розгляду кандидатури на професорсько-викладацьку посаду у військовій психіатричній програмі GME, але кандидат повинен продемонструвати високі клінічні, лідерські навички та здібності до управління, науки і військової справи з переважаючим бажанням розвиватись як майбутній військовий психіатр. Комітет, який відбирає кандидатів та проводить інтерв'ю з ними, складається з діючих професорів і викладачів. Один із способів визначити потенційного викладача — використати компетенції ACGME, які дають можливість передбачити рівень ординатора як незалежного практика [7]. Потенційний член факультету повинен помітно перевищувати базовий стандарт для кожної з галузей компетенції, з акцентом на здатність забезпечити наставництво і керівництво (додаток 42.1). Додаткові дані, які будуть

оцінені, — це продуктивність під час GME, обсяг завдань після GME, звіти від керівництва та колег і унікальні навички в підвищенні рівня навчальної програми.

Підбір відданих і обдарованих у різних сферах викладачів має велике значення для успіху військової психіатричної навчальної програми. Підвищена частота оперативного розгортання починаючи з 11 вересня 2001 року зробила необхідним постійну зміну та реструктуризацію обов'язків викладачів. Щоб майбутні військові психіатри мали здатність набути необхідних навичок для досягнення успіху в складному середовищі, викладачі GME мають бути відданими місії стати вчителями, наставниками та взірцями для наслідування.

ДОДАТОК 42.1

АКРЕДИТАЦІЙНА РАДА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ. КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИПУСКНИКІВ

1. Догляд за пацієнтами — співчутливий, доцільний та ефективний у вирішенні проблем зі здоров'ям і зміцненні здоров'я.
2. Медичні знання про усталені та науки, що еволюціонують, — біомедичні, клінічні тощо, а також застосування цих знань для догляду за пацієнтами.
3. Навчання і вдосконалення, засноване на практиці, що містить дослідження й оцінку догляду за пацієнтами, оцінку і засвоєння наукових даних, поліпшення догляду за пацієнтами.
4. Міжособистісні та комунікативні навички, які забезпечують ефективний обмін інформацією і співпрацю з пацієнтами, їхніми родинами та іншими фахівцями у сфері охорони здоров'я.
5. Професіоналізм, що проявляється через неухильне виконання професійних обов'язків, дотримання етичних принципів і чутливість до різноманітного життєвого досвіду пацієнтів.
6. Системна практика, що проявляється в діях, які демонструють обізнаність, чутливість до широкого контексту і системи охорони здоров'я, а також можливість ефективно використовувати інші ресурси в системі для забезпечення оптимальної медичної допомоги.

Джерело даних: Акредитаційна рада вищої медичної освіти. Вимоги психіатричної програми. Веб-сайт ACGME. Доступ за адресою: http://www.acgme.org/acWebsite/RRC_400/400_prIndex.asp. Доступно з 28 жовтня 2009.

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН

Визначення основних і психотерапевтичних компетенцій як основного інструмента оцінки, яке відбулось протягом останніх двох десятиліть, привнесло значні зміни в психіатричну GME. Вимоги до навчання поступово змістились на амбулаторну модель лікування, у той час як стандарт стаціонарного лікування неухильно знижувався. Специфічні дидактичні вимоги також були розширені з еволюцією психіатричних спеціалізацій, таких як судово-медична експертиза, геріатрія і психосоматика, а також із досягненнями психофармакології. Навчальні програми повинні також надати студентам ординатури можливість зіткнутись із потребою у скороченні витрат на лікування, оскільки більшість психіатрів-стажистів працюватимуть із різними пацієнтами, деякі з яких не зможуть платити. Окрім елементів навчання, притаманних лише психіатрії, військові програми мають унікальні вимоги до професійної підготовки залежно від різноманітних ролей військових психіатрів.

Ключові компетенції

Рух за визначення ключових компетенцій в ACGME розпочався з «руху результатів» Міністерства освіти США у 1980-ті й пришвидшився в Канаді у 1996 році завдяки опублікуванню звіту з проекту «Напрями медичної освіти для фахівців Канади» (CanMEDS — Canadian Medical Education Directions for Specialists: Project report — 2000 [29]). Цей рух виріс із визнання того, що роль лікаря змінилась із моделі патерналістського медичного експерта на модель, де медичний експерт є частиною команди, яка приймає медичні рішення, і що пацієнт входить до цієї команди. Крім того, високі темпи розвитку медичних знань неодноразово підкреслювали, що лікарям необхідно бути завзятими учнями протягом всього життя, а програми ординатури повинні навчати лікарів, як розвивати довгочасні навички навчання. У відповідь на зміну механізму надання медичної допомоги ACGME і Американська рада медичних спеціальностей у 1999 році започаткували програму ключових компетенцій для всіх американських ор-

динатур [30]. У 2001 році оглядовий комітет психіатричної ординатури (RRC — Residency review committee) став першим комітетом, який змінив свої офіційні програмні вимоги. Наступного року оглядачі стали оцінювати, чи почали програми реалізовувати ключові компетенції. Подібно до наявного загального акценту в охороні здоров'я на здатність оцінювати якість в медицині такими організаціями, як Об'єднана комісія, ACGME затвердила підсумкові заходи для оцінки компетентності в ключових галузях [31].

Ключові компетенції складаються з шести основних елементів: 1) медичні знання, 2) догляд за хворим, 3) міжособистісні та комунікативні навички, 4) засноване на практиці навчання і вдосконалення, 5) професіоналізм, 6) систематизована практика [7]. Медичні знання і догляд за хворим підкреслюють традиційні елементи лікарської медичної освіти протягом минулого сторіччя. Медична школа і клінічний досвід в ординатурі утворюють основу медичних знань, яку використовують лікарі для здійснення належного та безпечного догляду за пацієнтами. Компетенції догляду фокусуються на взаємодії з пацієнтами, включаючи основні специфічно-психіатричні та психотерапевтичні компетенції. Міжособистісні та комунікативні навички стають все більш важливими, оскільки акцент на повністю інформованій згоді та можливості вибору пацієнта стабільно зростає протягом останніх 60 років з моменту ухвалення Нюрнберзького кодексу в 1947 році [32]. Засноване на практиці навчання, професійне зростання підкреслюють здатність розуміти і зростати, отримуючи клінічний досвід та вивчаючи останні досягнення. Його метою є надання студентам під час тренування навичок, завдяки яким вони, практикуючи, продовжать розвиватись протягом всієї медичної кар'єри.

Професіоналізм — це важливий аспект будь-якої професії, він охоплює необхідні навички і почуття обов'язку, що потрібні для компетентної та безпечної роботи. Жодні спеціальні знання не можуть перевершити суворі вимоги до стандартів поведінки, які визначають професіоналізм і служать основою для міцного зв'язку між лікарем і пацієнтом. Окрім обов'язку дотримуватись

професійної поведінки з пацієнтами та колегами-медиками, військовий лікар має додаткове зобов'язання підтримувати високі стандарти офіцерської поведінки [33]. І, нарешті, прогрес медицини сприяв ефективному управлінню та контролю за багатьма хронічними хворобами в амбулаторних умовах. Це, своєю чергою, створило необхідність поглиблення співпраці з великою кількістю різних організацій, щоб якомога максимально покращити добробут пацієнтів. Компетентне систематичне навчання підкреслює здатність діяти в рамках системи догляду в координації з багатьма типами медичних працівників, тим самим поліпшуючи якість життя для пацієнтів. Набуваючи системної освіти у відповідному оточенні, студенти військової ординатури розуміють важливість проведення первинної, вторинної і третинної профілактики [34].

Модель базується на ідеї, що тривалої підготовки самої по собі недостатньо для набуття компетентності. Швидше, перед захистом і закінченням курсу студент має продемонструвати стійку здатність використовувати конкретний набір знань. Подальший розвиток приведе до тривалої оцінки компетентності, що відрізняється від виконання набору тимчасових вимог. Однак недостатньо інформації про те, які засоби здатні надійно оцінити наявність ключових психіатричних компетенцій. Сьогодні багато програм для оцінки загальної компетентності стажистів використовують деяку форму стандартизованих інструментів оцінки в поєднанні з аналізом суб'єктивних даних із декількох джерел, таких як керівники, інструктори і наставники [35].

Студенти-медики та ключові компетенції

Ключові компетенції міжособистісного спілкування і комунікаційні навички, професіоналізм і системна практика, зокрема, вимагають, щоб стажисти продемонстрували здатність ефективно взаємодіяти, окрім пацієнтів, з іншими людьми. Важливість цих компетенцій для успіху медичної практики вимагає починати розвивати їх дуже рано в процесі медичної освіти. Ядром цих компетенцій є тема спільної роботи в мультидисци-

плінарних командах з іншими медичними працівниками так, що синергетичний ефект зусиль забезпечує кращий догляд за пацієнтами. Студенти-медики часто бувають членами цих мультидисциплінарних команд разом із медсестрами, фахівцями з трудотерапії, медичними техніками і адміністративним персоналом.

У USUHS, єдиній федеральній медичній школі США і головному джерелі виховання майбутніх військових лікарів, військові студенти-медики знайомляться з поняттями командного навчання, практики та міжособистісного спілкування за допомогою різних лабораторних вправ, які проводяться в малих групах з використанням клінічних прикладів. Студенти також залучаються до курсів для малих груп із «Введення в клінічну медицину», де вони вивчають і практикують медичне інтерв'ю та навички фізичної експертизи пацієнтів із медичних закладів національних столичних районів.

Як допоміжні інструктори зі штатними викладачами університету на цих курсах та заняттях активно залучаються і заохочуються до участі студенти ординатури з психіатричних програм GME національного столичного консорціуму (NCC — National Capital Consortium). Тож стажери мають змогу продемонструвати свої медичні знання, обговорити принципи системної медицини і виконати рольову модель професійних відносин з молодшими студентами-медиками та старшими співробітниками-викладачами.

Студенти-медики третього року навчання USUHS зараз беруть участь у клінічних чергуваннях психіатрів-ординаторів у палатах і клініках у трьох медичних центрах Національного столичного консорціуму, у Військово-медичному центрі Тріплер (Гаваї) і Медичному центрі Військово-повітряних сил Вілфорд Хол (який буде скоро відомий як Південний військово-медичний центр Сан-Антоніо). Крім того, студенти 3 і 4 років USUHS та інших медичних шкіл можуть також проходити чергування в цивільних установах та інших військово-медичних центрах. На цих ділянках стажисти відточують свої навички в ролі наставників, вчителів, методистів, зразків для наслідування і лідерів команд.

Викладачі GME, призначені кафедрою психіатрії USUHS на посаду керівників клінічної

ділянки, переконуються, що стажисти кожної ділянки мають ключові знання і компетенції, яких вимагає Координаційний комітет із медичної освіти (Liaison Committee on Medical Education) для студентів-ординаторів із психіатрії. Студенти несуть відповідальність за вивчення основ психіатричної експертизи, диференціальної діагностики і лікування, обстеження психічного стану, оцінки безпеки, планування лікування і презентації випадку мультидисциплінарним командам під час цих чергувань. Під час дидактичних і практичних навчань студентів-медиків ординатори GME розвивають і демонструють ключові компетенції, яких вимагає RRC, а також відточують професійні та лідерські навички, необхідні для психіатричної практики у військових медичних установах.

Психотерапевтичні компетенції

Програмам психіатричної ординатури довелося реструктурувати стратегії навчання для задоволення вимог до компетенції в різних видах психотерапії, таких як підтримувальна, психодинамічна, коротка, когнітивно-поведінкова терапії та комбіновані методи психотерапії. Еволюція системи охорони здоров'я та успішний розвиток психофармакології змістили акцент психіатричної GME від тривалого психотерапевтичного лікування до моделі запобігання кризам. У відповідь багато ординаторських програм зазнали культурних зрушень від акценту на навичках психотерапії до підходу, який більше спирається на нейробіологію. Це стало причиною посилення довіри до використання більш безпечних, менш обтяжливих ліків для лікування психічних захворювань. До кінця 1990-х років численні програми по всій країні докладали зусиль для пошуку фінансових ресурсів, необхідних для надійного психотерапевтичного навчання [36]. На відміну від цього, програми військової ординатури зіткнулися з меншим фінансовим тиском для демонстрації продуктивності і, таким чином, були в змозі підтримувати акцент на розвиток навичок психотерапії.

У 2001 році психіатричний RRC уповноважив ординатури не лише розпочати впровадження

шести основних компетенцій, але й додатково розвивати інструменти оцінки, щоб підтвердити, що їхні випускники підготовлені та компетентні в усіх п'яти видах психотерапії [37]. Не було створено жодного керівного документа стосовно того, як вчити, розвивати й оцінювати кожну з цих психотерапій. Отже, розроблення, розвиток та реалізація компетенцій залишилися на розсуд окремих програм.

Загальний навчальний план психіатричної ординатури

Навчання за акредитованою програмою ординатури з психіатрії має тривати 48 місяців, зокрема 1 рік підготовки після закінчення вищого навчального закладу, також відомий як інтернатура. Необхідною умовою для навчання за такою програмою є закінчення медичного або остеопатичного навчального закладу. Інтернатура з психіатрії, як правило, складається з майже 6 місяців базового навчання в основних галузях медицини таких як внутрішня медицина, сімейна медицина, або педіатрія, а також близько 6 місяців навчання у галузі неврології та психіатрії. Психіатрична ординатура другого року навчання, як правило, передбачає чергування в психіатричних стаціонарах та службах з роботи зі зловживаннями психоактивними речовинами, участь у проведенні консилиумів і консультацій у геріатричній психіатрії та інший клінічний досвід. Більшість занять із амбулаторного психотерапевтичного лікування та підготовки управлінських кадрів проводиться протягом третього року післядипломної освіти. Нарешті, четвертий рік аспірантури поєднує навчання медикаментозного лікування та психотерапії, наставництво молодших стажистів і набуття адміністративних навичок, необхідних для взаємодії із загальною системою медичної допомоги [7].

Вимоги до завершення GME в психіатрії розвивалися протягом тривалого часу. Протягом двох останніх десятиліть фокус змістився з чергування в стаціонарних психіатричних закладах на чергування та амбулаторного прийому, що відображає еволюцію, яка відбувалась в амбулаторній моделі медицини. Наприклад, вимоги до часу стаціонар-

ного чергування в 1984 році передбачали 12 місяців порівняно з мінімальним часом у 6 місяців у 2007 році [7, 38]. ACGME визначила особливі часові вимоги для деяких видів чергування, а інші залишила на розсуд навчальної програми (додаток 42.2).

Три інші аспекти підготовки в психіатричній ординатурі унікальні та збільшують складність і вартість виконання навчальної програми. По-перше, велика частина психіатричного догляду відбувається на сесіях, які проводяться сам на сам з пацієнтом. Тривалість типового прийому може коливатися від 30 до 90 хвилин з низьким рівнем відшкодування порівняно з іншими медичними фахами. Через дуже чутливий характер обговорюваних питань і структуру психотерапії існують значні бар'єри для безпосереднього спостереження куратором за взаємодією учня з пацієнтами. Деякі військові програми починають прямі спостереження через відеозв'язок в офісах за згодою пацієнта, але не втручаються у взаємодію пацієнта та лікаря.

ДОДАТОК 42.2

УЗАГАЛЬНЕННЯ ВИМОГ ОГЛЯДОВОГО КОМІТЕТУ АМЕРИКАНСЬКОЇ РАДИ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ДО СТУДЕНТІВ ПСИХІАТРИЧНОЇ ОРДИНАТУРИ ВІД 2007 РОКУ

Навчання з визначеними часовими межами

- Базова медицина: 4 місяці протягом року інтернатури
- Стаціонарна психіатрія: мінімум 6 місяців
- Амбулаторна психіатрія: 12 місяців поспіль
- Неврологія: 2 місяці
- Надання консультативної допомоги: 2 місяці
- Дитяча та підліткова психіатрія: 2 місяці
- Психіатрія зловживань: 1 місяць
- Геріатрична психіатрія: 1 місяць

Навчання з невизначеними часовими межами

- Судова психіатрія
- Соціальна психіатрія
- Сімейна терапія (терапія пар)
- Групова терапія
- Електрошокове лікування
- Психологічне тестування

По-друге, відповідно до доручення ACGME, студенти-психіатри мають зустрічатися з керівниками індивідуально у призначений час, щоб обговорити клінічні зустрічі, які вже відбулись [7]. Кожен студент повинен проводити дві години на тиждень з куратором для обговорення останніх оцінок і терапії. Таким чином, якщо програма має 25 студентів ординатури, факультет має відвести 50 годин на тиждень неклінічного часу на розгляд випадків зі студентами, що створює велику кількість фінансово непродуктивного часу як для стажистів, так і для викладачів.

По-третє, велика частина психіатричного навчання містить спроби зрозуміти надзвичайно складне поле людської поведінки. Студенти ординатури повинні розуміти розвиток людини протягом усього життя і як він проявляється по-різному в різних точках розвитку. Наприклад, 5-річна дівчинка може проявляти нормальну поведінку, коли заявляє, що бачить невидимого друга, який стоїть поруч із нею. Натомість подібна поведінка буде ненормальною для 13-річної дитини. Окрім набуття клінічного досвіду і обговорення робочих випадків, психіатрична GME вимагає більшої кількості часу для дидактичного навчання, ніж будь-який інший медичний фах. Загальний час, витрачений на дидактику, не містить підготовки вищого рівня або індивідуального читання і досліджень, які мають відношення до справ, з якими працювали стажисти. Щоб навчитися відрізняти нормальну поведінку від психічних розладів, знати лікарські засоби і методи фармакотерапії та навчитися розробляти реалістичні плани лікування, потрібно багато читати та брати участь у дидактичній програмі [7]. Для задоволення всіх академічних вимог більшість психіатричних програм GME розробили дидактичні графіки приблизно на 3–5 годин на тиждень для кожного року, що складає загальний дидактичний графік приблизно на 13–15 годин на тиждень для всієї програми, і весь цей час не оплачується ні викладачам, ні студентам ординатури.

Дослідження і наукова діяльність

Хоча це не згадується конкретно як ключові компетенції GME, RRC ACGME вимагає включити

наукову діяльність або дослідження в курс навчання в ординатурі [7]. Усі військові психіатричні програми GME вимагають участі в дослідницькому проєкті або наукових спробах як умови закінчення навчання. Історично такі наукові зусилля містили огляди літератури, представлені на факультеті або в лікарні. Проте все частіше студенти ординатури працюють у дослідженнях в парі з наставниками, якими є викладачі GME зі спеціальними навичками і науковими інтересами. Як наслідок, багато випускників ординатури GME мають комплексне розуміння моделі дослідження й інституційного огляду процедур ради та вміють писати звіти про наукову роботу. На додачу до роботи над багатьма розділами книги студенти військової ординатури були авторами або співавторами публікацій, схвалених «Американським журналом психіатрії», «Журналом американської академії психіатрії та права», «Журналом психіатрії Джеферсона», «Психосоматичною медициною», «Військовою медициною», «Американським журналом медицини катастроф» та іншими. Ці зусилля не тільки сприяли розвитку психіатричної практики в Армії, але також розширили знання і розуміння специфічних військових психіатричних питань серед великого цивільного співтовариства.

Навчальний план із військової психіатрії

Окрім задоволення всіх стандартних вимог ACGME до програм психіатричної ординатури, військові програми GME мають підготувати студентів до виконання лідерської ролі одразу ж опісля завершення навчання. Випускники можуть обіймати різні керівні посади, як-от начальник відділення психіатричної клініки або виконуючий обов'язки керівника чи відповідального офіцера групи психічного здоров'я бригади [39]. До складу персоналу психіатричної клініки або відділення можуть входити й інші офіцери, кілька рядових і, можливо, цивільних співробітників. Випускників також можуть призначити в підрозділ, який працює зі стресом, або в інший медичний підрозділ в умовах розгортання, де вони повинні будуть служити на керівних посадах.

Добре виконаний навчальний план із військової психіатрії охоплює весь 4-річний цикл навчання. Проблемами, на яких робиться акцент у навчальній програмі з військової психіатрії, є питання подвійних зобов'язань з використання військової структури для підтримки солдатів, які мають потребу в цьому, і способів зниження стигми та виконання дій з первинної профілактики. Питання подвійних зобов'язань частіше виникають у військовій психіатрії, бо військові психіатри одночасно є лікарями та офіцерами дійсної військової служби [40]. Здебільшого ці дві ролі не конфліктують, але в деяких ситуаціях обов'язок перед місією може мати більш високий пріоритет, ніж безпосередні інтереси солдатів. Потреби групи і місії, особливо під час бойових дій, можуть іноді переважити потреби особистості, потенційно створюючи дилему для лікарів, які навчались та склали присягу діяти в кращих інтересах пацієнта [41]. Ця проблема подвійних зобов'язань часто виникає під час підготовки військових психіатрів.

Однією з переваг військової структури є можливість розробити і виконати комплексну біопсихосоціальну форму та лікувальний план для військовослужбовців. Програми військової психіатричної GME забезпечують студентів практичним досвідом з клінічної психіатричної роботи при вирішенні відповідних військових питань. Застосовуючи професійну модель турботи за здоров'ям, працюючи у тісній співпраці з членами команди військовослужбовців, військовий психіатр має вплив на структурування середовища, в якому працюють солдати, через обсяг і фізичні умови роботи та кількість робочих годин [6]. Поглиблене розуміння проблем і труднощів, з якими стикаються військові підрозділи, має велике значення для військових психіатрів, що консультують військове командування для розроблення реалістичного плану лікування. Для розвитку розуміння психіатричної практики у військовому середовищі стажисти беруть участь у чергуванні на посадах і базах з великою кількістю оперативних підрозділів. За допомогою такої взаємодії психіатр-стажист отримує практичний досвід у динамічній військовій групі і вчиться розвивати реалістичні плани лікування, враховуючи обмеження, пов'язані з місією підрозділу.

Багато випускників військової психіатричної GME потрапляють на розгортання у бойове середовище невдовзі після завершення навчання, тому ознайомлення зі структурою і динамікою підрозділу надзвичайно важливе для психіатра, який прагне надавати оптимальні послуги як військовослужбовцям на дійсній службі, так і командирам. Отримання знань про критичну роль психічного здоров'я в циклі підтримки під час розгортання до завершення навчання в ординатурі значною мірою сприятиме військовому психіатру в початкових завданнях [42].

На відміну від більшої цивільних професій, військова служба впливає не лише винятково на військовослужбовця, а й на всю його родину. Високий відсоток одружених військовослужбовців має адекватні знання і досвід в управлінні сімейною динамікою, особливо під час розгортання, що необхідно військовим стажерам-психіатрам. Потреби психічного здоров'я дітей військовослужбовців були визначені за допомогою досліджень і практичного досвіду [43]. Стажисти військової психіатричної ординатури повинні мати досвід роботи з програмами, які стосуються таких потреб, за межами традиційної офісної обстановки, наприклад у шкільних програмах захисту психічного здоров'я [44].

За останні 5–10 років все більше уваги приділялось ранньому виявленню психічних проблем за допомогою освіти та заходів первинної профілактики. Після терористичної атаки 11 вересня 2001 року Армія почала операцію «Заспокоєння» (Solace), щоб запропонувати допомогу працівникам Пентагону. Військові психіатричні стажисти відіграли важливу роль як члени команди допомоги [45]. Потрібно було перейти межі традиційних методів догляду за пацієнтами, щоб дозволити легкий доступ до психіатрів тим, кому вони потрібні, зменшуючи стигму пошуку допомоги. Наприклад, психіатричні команди різних типів були зібрані, щоб провести пропагандистські заходи з робітниками безпосередньо в робочих зонах, звідки виник термін «терапія на ходу». Дані результатів вказали на те, що такі зусилля здатні привести до меншого, ніж очікувалось, числа психічних захворювань в Пентагоні після нападу [46].

Відтоді бойові дії надали багато можливостей психіатрам щодо подальшого поліпшення освіт-

ньої діяльності, уточнення методів оцінки військовослужбовців протягом всього циклу розгортання і для того, щоб звести до мінімуму травматичні наслідки бойового досвіду. Подальші успіхи військової психіатричної програми сприятимуть тому, що випускники будуть краще готові до складної місії охорони психічного здоров'я.

Тренінгова програма після ординатури

Більш вузькі спеціалізовані курси після ординатури (стипендіальні програми) у теперішній час пропонуються в декількох військових медичних центрах [47]. Ці програми надають Медичний корпус Армії та Медичний корпус ВМС; у них включена більшість військових психіатричних спеціалізацій. Історично склалося так, що Військово-повітряні сили дозволяли лише невеликій кількості своїх психіатрів завершити стипендіальне навчання (і це насамперед через цивільні канали), але лікарі ВПС також брали участь у навчальних програмах, описаних нижче. Можливість подати заявку і, якщо їх оберуть, отримати спеціалізоване навчання з дитячої та підліткової психіатрії, судової психіатрії, геріатричної психіатрії та наркології служить стимулом для лікарів залишитись у програмі, бо в іншому випадку вони могли б закінчити свою дійсну військову службу. Військові психіатри зі спеціальною підготовкою продовжують практику здебільшого у дорослій психіатрії на більшості операційних посад. Попри це, ті, кого направили на об'єкти, віднесені до третинної медичної допомоги, і навчальні лікарні часто отримують обов'язки, пов'язані з їхніми навичками вузьких фахівців (наприклад, кілька днів на тиждень працюють у дитячій психіатричній службі або як офіцер медичної експертизи в програмі роботи зі зловживаннями психоактивними речовинами). Ті, кого призначили в невеликі клініки або медичні загони, набувають обов'язків, які відповідають їхнім спеціальним знанням. Наприклад, попри те, що військові статuti не вимагають участі психіатра для оцінки компетентності та кримінальної відповідальності [4], командири та головні лікарі залучають психіатрів, які мають відповідний досвід, для проведення таких оцінок, коли це можливо. Тож можливість практикувати

спеціалізовані психіатричні навички також стає стимулом залишитись на службі для психіатрів зі спеціальною підготовкою.

Стипендіальні програми в дитячій і підліткової психіатрії, акредитовані RRC ACGME, сьогодні пропонуються у Військово-медичному центрі Тріплер і Військово-медичному центрі Волтера Ріда (як частина національного столичного консорціуму). Центр Волтера Ріда також пропонує акредитовані RRC стипендіальні програми підготовки кадрів у судовій та геріатричній психіатрії, а центр Тріплер — стипендіальну програму з наркологічної психіатрії. Плани військової GME на цей час дозволяють кожного року двом військовим психіатрам вступити на навчання за програмою судової психіатрії, п'ятьом психіатрам — за програмою дитячої та підліткової психіатрії й одному — на геріатричну психіатрію або наркологію через рік. Програми також пропонують навчання психіатрам ВМС і ПС на доступних курсах за умови, що їхнє медичне керівництво дозволить їм вступити до навчального закладу. Таким чином, підготовчі програми створюють групу професіоналів з вузькою спеціалізацією, яка є достатньою для задоволення прогнозованої потреби і виправдовує продовження акредитації програми.

Армія США, Військово-морські та Військово-повітряні сили також нещодавно створили щорічні плани підготовки кадрів для стипендіальної програми з психіатрії катастроф Національного столичного консорціуму в USUHS. Цей унікаль-

ний військовий тренінг поєднує в собі конкурентоспроможні магістерські програми з охорони здоров'я. Ці програми містять дослідження та клінічне наставництво під час оперативного військового реагування на стихійні лиха, війни і тероризм, а також під час чергового стажування в різних федеральних агентствах, що беруть участь у ліквідації наслідків стихійних лих. Психіатрія катастроф — це спеціалізоване навчання, яке, хоча офіційно і не визнане акредитацією ACGME, стало відповіддю на потребу у військових психіатрах, які отримують спеціальну освіту в галузі суспільної охорони здоров'я, спостереження за станом здоров'я та принципів дослідження і практики психіатрії. Оскільки військові перебувають в унікальному середовищі та часто отримують завдання з надання медичної та психологічної допомоги постраждалим унаслідок природних і техногенних катастроф, військові психіатри, що пройшли спеціалізоване навчання у цій галузі, можуть надати більше допомоги, на яку очікують від психіатрів і психологів.

Можливість застосовувати вузькоспеціальні навички в умовах військових операцій для вирішення як психологічних проблем, наприклад, дітей — жертв цунамі в Південно-Східній Азії, так і питань, пов'язаних із судовими справами військовослужбовців, обвинувачених у військових злочинах, часто заохочує отримати фахову спеціалізовану освіту, що дозволяє психіатрам залишатись на дійсній службі після виконання контракту.

РЕЛЕВАНТНІСТЬ ВИКОНАННЯ МІСІЇ

Надання психологічних послуг у військовому середовищі відрізняється від цивільної психіатрії у декількох аспектах. Так само, як адвокат, який переїжджає до іншої країни, зобов'язаний вивчити закони і культуру цієї країни до того, як почне практикувати, військові психіатри повинні добре розуміти правила і культуру своєї галузі психіатрії, щоб бути ефективними. Військова GME надає слухачам необхідні знання, навички та ставлення, необхідні військовим психіатрам. Окрім того, стажисти у військових програмах отримують керівництво і кураторство досвідчених військових керівників під час безпосередньої роботи з

військовослужбовцями та членами їхніх родин. Навчання та підготовка з унікальних військових проблем психіатрії, які не доступні у цивільному навчанні, і зручна практика у військовому середовищі можуть бути основним чинником, що, зрештою, визначає тривалість служби військового психіатра [8]. Як підкреслювало Товариство медичних консультантів збройних сил (Society of Medical Consultants to the Armed Forces) в «Білій книзі» 1987 року, «[військова] вища медична освіта є головним гарантом якості медичної допомоги і неперевершеним стимулом для найму і утримання медичних працівників на дійсній службі.

Ця важлива опора підтримує всю волонтерську військову медичну структуру» [48].

Матеріали, представлені в цьому розділі, приділяють основну увагу військовому психіатричному навчанню в межах GME. Хоча інші психологічні дисципліни, такі як психологія, соціальна робота, догляд за психічно хворими і трудотерапія, також можуть пропонувати навчальні програми у військових медичних установах, психіатричне навчання є найбільш довгим і повним. Автори цього розділу, які всі є військовими психіатрами, найкраще знають стандарти і процедури, що застосовуються в Армії. Попри це, усі види Збройних сил США у поточний момент схвалюють подібний підхід до оцінки, лікування та керування військовослужбовцями з психічними захворюваннями. Крім того, при розробленні стратегії надання психічної медичної допомоги кожна служба визнає важливість вирішення питань всієї військової родини. Кожна служба користується одним і тим самим нормативним керівництвом, хоча і в межах різної номенклатури. Більша кількість інформації, представленої в цьому розділі, може бути застосована до всіх психіатричних дисциплін та всіх родів військ і служб збройних сил. Незалежно від спеціальності й уніформи, стажування у військових системах значною мірою підвищує впевненість та компетентність у роботі з військовослужбовцями та членами їхніх родин у мирний і воєнний час.

Військова психіатрія є унікальною, має багато власних проблем, які не вирішуються в цивільній програмі навчання. Крім простого культурного занурення, військова ординатура містить як дидактичні, так і емпіричні можливості для навчання, яке відповідним чином готує студентів для роботи, яку вони будуть виконувати після закінчення. Ці програми є важливим компонентом військової медицини і були визначені як найбільш значущий чинник тривалої роботи в Армії. Крім того, доречна реалізація зазначених знань, навичок і стосунків добре підготовленими психіатрами підвищить загальну готовність підрозділу і продуктивність місії, яку виконує підрозділ, де вони працюють.

Військова психіатрія відрізняється від цивільної дорослої психіатрії двома основними конструктами, які вимагають років досвіду в освоєнні.

По-перше, це вже описана вище роль подвійних обов'язків, пов'язана з постійною, але необхідною боротьбою психіатра за баланс інтересів пацієнта з інтересами його підрозділу, до яких входить загальний стан здоров'я підрозділу та успішне завершення військової місії [45]. Другий конструкт — велика кількість технічних, спеціальних військових знань, потрібних для успішної практики у військовій культурі (таблиця 42.2).

Як уже зазначалося, всі американські військові психіатричні програми акредитовані в ACGME. Як і від психіатрів, які навчалися в цивільних програмах, від військових психіатрів очікується демонстрація компетентності через успішний розвиток спеціальних знань, навичок і ставлень [7]. Успішність у військовій психіатрії вимагає розвитку конкретних знань, навичок і ставлень, які можуть бути отримані тільки шляхом повторних клінічних практичних занять у рамках військової системи під наглядом досвідченого керівника Ці елементи компетенції будуть представлені та пояснені в цьому розділі з огляду на те, як вони стосуються військової психіатрії, у супроводі практичних прикладів, які належать до кожного з них.

Знання

Знання починається з базового розуміння військової культури, наприклад як правильно носити уніформу, розуміти ранги, вітати старшого за званням, з розуміння звичаїв та етикету [49]. Це також охоплює оцінку мислення військових командирів, які несуть відповідальність за безпеку сотень військовослужбовців та обладнання ціною в мільйони доларів і чий успіх залежить від їхньої здатності мотивувати війська для виконання потенційно небезпечних для життя завдань за несприятливих умов за мінімальну заробітну плату. Командири часто не мають ні часу, ні стимулів, щоб створити спеціальні житлові приміщення для військовослужбовців, які з психологічних причин не підходять для виконання наявної місії. Крім того, знання складається з розуміння військової професії в плані освіти, змісту, обсягу, типового оточення і властивих стресорів. Наприклад, військовий психіатр мають знати, що від кухарів і піхотинців вимагаються найнижчі ре-

ОФІЦІЙНІ ДОКУМЕНТИ, МАЮТЬ ОЗНАЙОМИТИСЯ ПСИХІАТРИ АРМІЇ США

Номер	Назва
Військові правила та брошури	
AR 40-1	<i>Склад, місія і функції Медичного департаменту Армії</i>
AR 40-66	<i>Адміністрація і документація медичних записів</i>
AR 40-400	<i>Керування пацієнтами</i>
AR 40-501	<i>Стандарти медичної придатності</i>
AR 380-67	<i>Програма безпеки персоналу</i>
AR 600-8-4	<i>Служба військових розслідувань</i>
AR 600-8-22	<i>Військові нагороди</i>
AR 600-8-24	<i>Переведення та звільнення офіцерів</i>
AR 600-85	<i>Програма з попередження зловживання психоактивними речовинами</i>
AR 608-18	<i>Захист військових сімей</i>
AR 623-3	<i>Система оцінки звітності</i>
AR 635-40	<i>Фізична оцінка для тих, хто залишається в Армії, виходить на пенсію або відсторонений від служби</i>
AR 635-200	<i>Адміністративне відсторонення зарахованих на дійсну службу</i>
AR 670-1	<i>Як носити та реагувати на військову уніформу та знаки розрізнення</i>
ДА Брошура 600-24	<i>Запобігання самогубствам і психологічна аутопсія</i>
Директиви та інструкції Міністерства оборони	
ДО директива 1332.14	<i>Адміністративне відсторонення зарахованих</i>
ДО директива 1332.30	<i>Відсторонення офіцерів Армії та Резерву</i>
ДО директива 6490.1	<i>Оцінка психічного здоров'я службовців Збройних сил</i>
ДО директива 6490.4	<i>Вимоги до оцінки психічного здоров'я службовців Збройних сил</i>
Військове польове керівництво	
FM-4-02.51 (раніше FM-8-51)	<i>Контроль бойового та оперативного стресу</i>
FM-6-22.5	<i>Бойовий стрес</i>
Інші документи	
DoDSER	<i>Звіт про самогубства Міністерству оборони</i>
Інструкція Військово-повітряних сил 41-307	<i>Стандарти догляду за пацієнтами під час аеромедичної евакуації</i>

зультати вступних екзаменів [50], що робота вербувальника — одна з найбільш стресових [51] і що авіаційному екіпажу заборонено приймати певні типи ліків [6].

Окрім того, знання передбачає ознайомлення з сукупністю ресурсів та програм для надання допомоги проблемним військовослужбовцям і членам їхніх родин. Кожний вид Збройних сил має свої служби підтримки з власною специфікою,

в деяких з них психіатр потрібен лише за певних обставин, в інших він доступний для всіх, хто має в цьому потребу. У першу категорію входять навчальні програми з лікування наркоманії [52], програми сприяння добробуту дитини та родини [53], справи керування пацієнтами [54], служби зв'язку та оцінки фізичного стану [55], інші програми психічного лікування в громаді та правоохоронних органах. Друга категорія охоплює такі організації, як командування групи капеланів, місцеві громадські служби (наприклад, Військова громадська служба, Служба ВМС і Служба сім'ї, Центр авіаторів і родинної готовності), персонал адвокатури (юридичні), загальна інспекція, Головне військово джерело (Military One-Source) і Управління у справах ветеранів [56, 57].

Іншим аспектом знань є здатність військового психіатра передбачити ефект клінічних рішень та адміністративних рекомендацій для військовослужбовців, команди й Армії в цілому. Наприклад, військові психіатри повинні мати уявлення про реальні альтернативні обов'язки, доступні військовослужбовцям, яким ставиться психіатричний діагноз або призначаються седативні препарати. Вони повинні підтримувати активний зв'язок з керівництвом підрозділів, щоб мінімізувати тиск на військовослужбовця, допомогти підрозділу визначити межі його обов'язків і зменшити негативний вплив на місію підрозділу. Військові психіатри повинні мати уявлення про те, як довго особа може бути відсторонена від служби через адміністративні або медичні показання і як товариші по службі будуть ставитись до цієї людини, поки вона перебуває на лікуванні. Додатковою проблемою для командирів може стати те, що рекомендації для адміністративного відсторонення від роботи здатні викликати шквал запитів про відсторонення багатьох інших військовослужбовців. Це особливо стосується періодів напружених операцій, коли рівень виснаження є критичним чинником, спроможним погіршити здатність підрозділу виконати свою місію. Крім того, психіатр має знати про фінансову компенсацію й інші переваги, доступні для ветеранів при залишенні строкової служби.

І, нарешті, мабуть, найголовніші знання стосуються того, щоб добре розбиратись у військових правилах та посібниках з інструкціями [2]. Оскільки психіатри мають зобов'язання не лише

перед солдатами, але й перед підрозділами, вони повинні знати медичні умови, які не дозволяють приймати новобранців на військову службу, а також умови звільнення за медичними показниками [6]. Вони мають знати правила отримання статусу інвалідності та розуміти, як вести історію відсторонення від служби і проводити фізичну експертизу [55]. Крім знання про те, які психічні характеристики є умовами відсторонення від служби, військові психіатри повинні знати норми адміністративного (немедичного) відсторонення, які відрізняються для офіцерів і рядових, а деякі з них вимагають оцінки і рекомендації психіатрів докторського рівня. Суттєвим є розуміння ролі психіатра як адвоката або нейтрального спостерігача під час цієї оцінки для відсторонення військовослужбовців від служби [58, 59].

Щоб гарантувати відсутність примусового направлення військовослужбовців до психіатрів, військові психіатри мають бути добре обізнані з принципами політики МО щодо керованого направлення військовослужбовців на психіатричне оцінювання, у тому числі з правами військовослужбовців під час проведення подібних процедур, межами конфіденційності, обов'язками психіатрів та іншого задіяного персоналу, специфічними часовими межами і необхідною документацією [3]. Ці правила ввели в дію в 1993 році у відповідь на турботу Конгресу про те, що військовослужбовці були направлені на психіатричне оцінювання неналежним чином за сигналом про підозрілу активність в межах їхніх груп [60]. До військового психіатра, який відхиляється від заданого процесу, можуть бути застосовані значні адміністративні санкції.

Додаткові адміністративні обов'язки, які не мають аналогів у цивільній психіатричній роботі, містять оцінку параметрів безпеки [5], участь у розслідуваннях випадків самогубства і ведення відповідної документації про спроби самогубства [61–64], транспортування пацієнтів за допомогою військової аеромедичної евакуаційної системи [65]. Знання положень щодо основних планових стандартів, ведення записів про стан медичного та психічного здоров'я військовослужбовців і контроль записів про вихід на пенсію — це інші обов'язки військового психіатра [54, 66]. Після 11 вересня 2001 року для військових психіатрів

стало ще більш важливим розуміти специфічні різновиди психічних та медичних служб залежно від роду військ, їхнє розміщення на полі бою і конкретні ролі та обов'язки офіцерів-психіатрів у воєнний час [67–69]. Такі знання здобуваються завдяки зосередженому навчанню незабаром опісля вступу на дійсну службу [8], але глибина і масштаби такого навчання навіть віддалено не наближаються до підготовки та досвіду, отриманих під час 4-річної програми військової підготовки. Наступні приклади окремих випадків, як й інші, представлені в цьому розділі (всі отримані з клінічного досвіду одного з авторів [WW]), демонструють переваги такої програми.

Приклад 42.1. Психіатр підрозділу, який перебуває на розгортанні, визначає певну кількість незрілих і неадекватних навичок вирішення проблем у багатьох солдатів, яких вона оцінювала. Стурбована їхньою спроможністю успішно завершити розгортання, вона рекомендує відсторонити більшість із них через розлади особистості згідно з розділом 5–13 Військових положень 635-200 [59]. Навіть якщо де-хто із цих солдатів агресивні та непередбачувані, більшість із них не відсторонюється. Частота, з якою психіатр рекомендувала відсторонення, зменшує довіру до неї у командира підрозділу, котрий, зрештою, припиняє виконувати будь-які її рекомендації незалежно від обставин.

Приклад 42.2. 25-річний солдат авіації, який був на розгортанні, звернувся до психіатричної клініки зі скаргою на безсоння. Солдат описує первісне безсоння, пов'язане з турботами про майбутню місію, що відбуватиметься на ворожій території. Додатково до опису солдатом симптомів психіатр запитує його про службу і робочий графік. Знаючи, що персонал авіації не має дозволу на польоти при використанні психотропних препаратів, а також розуміючи, що солдата можуть розбудити посеред ночі і змусити його швидко перевірити готовність обладнання до польоту, психіатр не відчував можливим виписати йому снодійне. Замість цього вона інструктує його щодо методики глибокого дихання і прогресивної м'язової релаксації та наказує відвідувати запропонований клінікою клас гігієни сну.

Приклад 42.3. Солдат прийшов в психіатричну клініку з заявою про те, що він потребує психологічної

оцінки, щоб поновити записи про допуск до секретної роботи. Психіатр, який щойно закінчив цивільну ординатуру, не знав, що він мав отримати додаткові документи про минуле солдата до того, як прийняти його, і що відповідь на таку заяву має дуже специфічну форму. Він провів оцінювання солдата сам на сам і написав лист, у якому зробив висновок, що солдату потрібно поновити допуск. Його лист було відхилено Агентством безпеки, оскільки він не відповідав на ключове питання, порушене при перевірці минулого солдата, і був неправильно оформлений.

Навички

Багатьох навичок, необхідних військовим психіатрам, зокрема й оцінювання, формулювання, управління кризовими ситуаціями, проведення консультацій і різних видів психотерапії, навчають у цивільних навчальних програмах. Інші навички, однак, потрібні лише військовим психіатрам, і їх можна здобути, тільки працюючи у військовому середовищі. Такі навички освоюються через успішне завершення військової психіатричної програми GME, після чого психіатри отримують досвід під час виконання обов'язків при початковому призначенні на дійсній службі. Навички, пов'язані з військовою службою, — це конкретні міжособистісні навички, необхідні для взаємодії з окремими пацієнтами, а також їхніми командирами і військовим персоналом забезпечення. Крім того, військовим психіатрам потрібні численні технічні та адміністративні навички, пов'язані з доглядом за пацієнтами та управлінням кар'єрою.

Потрібні навіть унікальні клінічні навички, особливо під час участі в закордонному розгортанні (додаток 42.3).

Військова психіатрія не є унікальною в своїх вимогах до набуття гарних навичок міжособистісного спілкування. Але конкретні міжособистісні навички, необхідні військовому психіатру, є унікальними і варіюються залежно від установи. Наприклад, деякі військовослужбовці почувають себе некомфортно, взаємодіючи з лікарями, які не дотримуються очікуваного від військового офіцера етикету. Тому психіатр повинен дотримуватись відповідної військової поведінки, але

не бути таким формальним і жорстким, щоб це не створювало негативний вплив на формування терапевтичного альянсу. Як і пацієнти в цивільному секторі, військовослужбовці відвертіші в сприятливій, дещо спокійній обстановці. Занадто авторитарні військові психіатри матимуть труднощі з встановленням контакту з військовослужбовцями, у яких є проблеми з одним або кількома інспекторами, що може ненавмисно створити бар'єр для лікування. Навпаки, надто недбалий стиль здатний спровокувати військовослужбовців поводитись непрофесійно або проводити надмірну кількість часу в психіатричній клініці. Подібна поведінка неминуче призведе до погіршення професійних труднощів, які вже є.

ДОДАТОК 42.3

УНІКАЛЬНІ НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ВІЙСЬКОВИМ ПСИХІАТРАМ

Військові психіатри повинні мати здатність

- встановлювати зв'язок із військовослужбовцями, які є пацієнтами;
- встановлювати зв'язок із військовослужбовцями, які не є пацієнтами;
- встановлювати зв'язок із керівниками підрозділів;
- бути «продавцями» і послами в сфері психічного здоров'я;
- забезпечувати належні заходи після травмальної події;
- взаємодіяти в рамках і серед різних військових відомств;
- мати доступ до відповідних правил;
- формулювати і писати військові меморандуми;
- готувати офіційні доповіді;
- забезпечувати якісний догляд в складних умовах;
- консультувати підлеглих;
- готувати консультаційні звіти, надавати рекомендації й оцінювати ефективність.

Робота з командирами підрозділів вимагає зовсім іншого набору міжособистісних навичок, який складається з ділового ставлення, фокусування на даних і правилах, акценту на успіху місії, а також готовності визнати, що командир не завжди цінуватиме зусилля психіатра в допомозі підрозділу або солдату. Командири часто мають упередженість стосовно психіатрів ще до особистих або сімейних контактів з ними, що ґрунтується на хиб-

ному або перекрученому сприйнятті психіатра як того, хто може негативним чином впливати на місію.

Від психіатрів як від лікарів очікується, що вони будуть підтримувати свої клінічні навички та вивчати сучасну медичну літературу. Як від офіцерів — що вони збережуть свою фізичну форму і будуть знайомі з новою військовою тактикою, процедурами і правилами. Часто найскладнішою міжособистісною навичкою, потрібною військовому психіатру, стає вміння бути експертом з реклами в групі, яка відкидає можливість отримання психіатричної допомоги. На відміну від своїх цивільних колег, військові психіатри мають активно брати участь у діяльності з первинної профілактики через освіту та інформаційно-пропагандистські зусилля для підрозділів, які вони підтримують. Активне ознайомлення з підрозділом і його командуванням може допомогти зменшити стигму, пов'язану з втручанням у психічне здоров'я, — відомий бар'єр лікування [70]. Можливість військових психіатрів утвердитися в ролі життєздатних членів медичної команди підрозділу допоможе збільшити доступ до психічного лікування солдатів. Збільшення доступу до медичної допомоги має життєво важливе значення в епоху повторних бойових дій, коли більша кількість військовослужбовців звітує про наявність у них психічних проблем, пов'язаних з бойовими діями [71].

Військовим психіатрам також потрібна низка унікальних технічних навичок, зокрема вміння проводити дослідження, писати офіційну кореспонденцію і різні типи звітів (додаток 42.4) [2]. Використання невідповідного порядку дій, неналежне документування рекомендацій чи дій або неправильні дії здатні знизити довіру до психіатра, негативно позначитися на ефективності підрозділу і, можливо, мати довічний вплив на пацієнтів у формі. Військовий психіатр повинен ознайомитись із відповідними правилами, знати, як отримувати оновлені правила і як їх застосовувати, забезпечуючи високу якість психіатричного лікування військовослужбовців та командування. В Армії США правила диктують, як складати медичний план [54], які елементи фізичної експертизи потрібні для оцінки інвалідності [55], як запланувати оцінку психічного здоров'я команди [3], яка інформація повинна бути надана командирам

опісля оцінки психічного здоров'я команди [72], як повідомити солдатам та командуванню про рекомендовані робочі обмеження [6], що робити з закритими психіатричними програмами [54] і навіть як писати у «військовому стилі» [73].

Серйозні відхилення від цих правил під час практики можуть негативно позначитися на репутації, повноваженнях і медичній ліцензії.

ДОДАТОК 42.4

ДОКУМЕНТИ ТА ЗВІТИ, ЯКІ ГОТУЮТЬ ВІЙСЬКОВІ ПСИХІАТРИ

- Клінічні примітки
- DD Форма 689 – індивідуальна картка хворого «Sick slips»
- Розширена індивідуальна картка хворого «Sick slips» (наприклад, фізичний розлад, комісія щодо обмежень у службі)
- Рекомендації стосовно безпеки для командування
- Оцінка благонадійності
- Висновки медичного огляду офіцерів
- Резюме медичної комісії
- Заява чергового про самогубство
- Психіатричні комісія
- Психологічна аутопсія*
- Військовий меморандум
- Стандартні військові процедури
- Звіти про консультування
- Допоміжна форма для звіту про оцінку працівника
- Звіти про оцінку працівників
- Рекомендації
- Службові розслідування

Технічні навички, необхідні військовим психіатрам, також охоплюють ті, що стосуються їхнього кар'єрного зростання та кар'єрного зростання їхніх підлеглих. Військова система оцінки ефективності, якщо її проводять належним чином, гарантує, що військовослужбовці забезпечуються своєчасним зворотним зв'язком і широкими можливостями, щоб полегшити їхні проблеми [74]. Так само військова система нагород визнає виняткову продуктивність, забезпечуючи стимули за перевищення стандарту [75]. Обидва механізми розпізнання успішності є складними і можуть мати досить заплутаний характер навіть для людей, які

мають роки досвіду. Просування та супутня оплата залежать від здатності успішно керувати цими двома системами. Всі воєначальники, зокрема й більшість військових психіатрів, відповідальні за консультування і рейтинг своїх підлеглих, а також мають робити запит про подання їх до нагороди за кілька місяців до отримання нагороди. Психіатр має бути знайомий із досягненнями підлеглих, знати, яких нагород заслужують ці досягнення і який стиль використовувати у запиті на подання до нагороди так, щоб він був схвалений. Процедура і стиль мають однакове, якщо не більше, значення при підготовці звітів про продуктивність, й інформацію про ці елементи не знайдеш в жодному офіційному документі. Її можна отримати в основному через наставництво та керівництво старших офіцерів і начальників.

Військові психіатричні програми GME забезпечують стажерам можливість дізнатися про військову рейтингову систему щодо оцінки ефективності, оскільки вони, як і усі офіцери, повинні отримувати річну оцінку. За допомогою формального навчання та індивідуального керування куратором стажисти дізнаються, як документувати особисту мету і досягнення [74]. Вони також ознайомлюються з процесом наставництва та оцінки підлеглих, яку вони, швидше за все, мають зробити на початку своєї служби після ординатури. Слухачі в цивільних психіатричних програмах GME не мають такої ж можливості познайомитися з військовою системою оцінок і, таким чином, перебувають в дуже не вигідному становищі при оцінці інших фахівців у галузі психіатрії після завершення ординатури.

Військова психіатрія також вимагає унікальних клінічних навичок під час розгортання або іншої служби в складному середовищі. Практика «бойової психіатрії» потребує здатності вести проблемно-орієнтовані інтерв'ю в неоптимальних умовах клініки, де мало дотримуються недоторканності приватного життя, спостерігається гучний шум, екстремальні температури та присутні ненадійний комп'ютер і телефонний зв'язок. Психологічна робота має бути короткою (від двох до чотирьох сеансів) і орієнтованою на результат. Довгострокова психотерапія неможлива.

* У 2001 році в Армії США її виконували лише психіатри з підготовкою в судовій психіатрії.

Військовому психіатру слід навчитися довіряти клінічним навичкам співробітників, якими часто є зараховані психіатри з досвідом навчання менше року. Лабораторні послуги нерідко дуже обмежені, зазвичай складаються лише з базової серології й аналізу сечі. Результатів функціональних тестів печінки і щитоподібної залози, рівня наркотиків, а також розширеного пошуку наркотиків можна очікувати тижнями, якщо вони взагалі доступні. Запаси ліків іноді обмежуються одним або двома вибірковими інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (SSRI), бупропіоном, одним снодійним, одним бензодіазепіном і нейролептиком першого покоління, таким як галоперидол. Стабілізатори настрою, атипичні нейролептики, антидепресанти, які не мають вмісту SSRI, і стимулятори можуть бути недоступні взагалі. Також важко отримати доступ до спеціалізованих консультантів, і часом військовий психіатр є єдиним доступним лікарем на місці. Такі теми об'єднані у навчальний план військової ординатури, яка готує слухачів для успішної практики в різному і складному середовищі. Наступні приклади, як й інші з цього розділу, ілюструють матеріали, підготовлені для військових лікарів, які проходять навчання.

Епізод 42.1. Психіатр лікує солдата, який дуже злий на своє командування. Він стверджує, що його командир має фаворитів і не піклується про основні потреби своїх підлеглих. Солдат згадує кілька небезпечних випадків, які нібито відбулись у підрозділі, і дає дозвіл психіатру на розслідування. Психіатр виявляє, що незвично висока кількість осіб із групи цього солдата були в психіатричній клініці, і в їхніх документах вказані подібні скарги. Він просить зустрічі з командиром групи, щоб обговорити звинувачення. У призначений час психіатр прибуває на прийом у відпрасованій формі, підготувавши доповідь, що містила конкретні дані про останні тенденції в поведінці членів підрозділу, інформацію, базовану на фактах, про те, як небезпечна і недобросовісна практика може зменшити готовність підрозділу, і дуже чіткі рекомендації щодо того, як поліпшити ситуацію. Командир групи заявив, що він зацікавлений реалізувати ці рекомендації.

Епізод 42.2. Новий військовий психіатр проявляв активність у своїй тематичній психотерапевтичній гру-

пі в ординатурі і видав кілька публікацій із діалектичної поведінкової терапії. Одним із його перших пацієнтів, коли він став психіатром підрозділу, була молода жінка з дуже важким минулим, він діагностував у неї межовий розлад особистості. Заінтригований випадком, психіатр призначає пацієнтці зустрічі протягом 50 хвилин два рази на тиждень. Кадрові психіатри в клініці скаржаться своєму ворент-офіцеру, що психіатр завжди проводить сеанси і ніколи не в змозі працювати у справах співробітників. Пацієнтка, здається, почувається все гірше і наполягає на тому, що потребує медичної довідки, яка звільнить її від майбутніх польових навчань. Наприкінці 4-го тижня сержант супроводжує пацієнтку на її сесію і сердито запитує психіатра, чи розуміє він, як впливатиме її відсутність на навчаннях на інших членів підрозділу і хто, на його думку, піклуватиметься про неї, коли підрозділ буде на польових виходах.

Епізод 42.3. Військовий психіатр на розгортанні працює на невеликій базі у ворожому місці в Іраку. Пізно вночі він спав на своєму ліжку в задній частині клініки-намету, коли його розбудила поява втомленого солдата, який просив про допомогу. Солдат був брудним, виснаженим, із неприємним запахом. Раніше в той же день він повернувся з довгого конвою, під час якого його взвод був атакований вогнем стрілецької зброї і реактивними гранатами. Він стверджував, що відчуває напруження і стурбованість про свою дружину, якій він не міг зателефонувати останні два тижні. Він зі сльозами на очах розповідав психіатру, що його наступна зміна розпочнеться вранці, але він не відчуває, що його «голова бере участь у грі», і що він ставить під сумнів свою здатність захищати своїх товаришів. Психіатр провів короткий аналіз та зв'язався з командиром солдата, аби рекомендувати відсторонити його від служби в конвою на кілька днів і допустити до участі у програмі «відновлення», запропонованій в клініці.

Ставлення

Розвиток відповідного ставлення може здаватись менш істотним, ніж надбання відповідних знань і навичок в галузі військової психіатрії. Проте психіатри, які підходять до вирішення клінічних і адміністративних завдань в Армії з неправильним ставленням, можуть ненавмисно внести в своє життя більше стресу і відчуття, що не отримують

задоволення від роботи. Їхнє ставлення до пацієнтів повинно бути самовідданим у бажанні захищати пацієнтів і при цьому скептичним стосовно симуляції. Їм необхідно лікувати пацієнта, одночасно надаючи підтримку його підрозділу. Вони мають проявляти гнучкість і скромність, а також готовність взяти на себе виконання складних завдань за мінімальне визнання. Нарешті, військові психіатри мають досягти успіху в ролі лідера, щоб їхні підлеглі отримували визнання і просування, на які вони заслуговують.

Роль подвійних зобов'язань, яка вже обговорювалась раніше, прекрасно демонструє важливість наявності правильного ставлення до роботи. Військові психіатри мають бути готові прийняти утилітарну точку зору [76]. Їм слід розглядати всю когорту військовослужбовців як «пацієнта» і прагнути захистити цього «пацієнта» від шкоди, навіть ціною порушення конфіденційності окремих військовослужбовців. Непередбачені порушення конфіденційності між доктором та пацієнтом рідкісні, але необхідні й доцільні, якщо ідентифікований пацієнт відчуває симптоми, що здатні поставити під загрозу безпеку підрозділу. Залежно від роботи пацієнта до таких симптомів можна віднести погану концентрацію, проблеми зі сном, помилки в судженнях, тривогу, глибоку депресію, марення, галюцинації, когнітивні порушення, порушення вольового контролю і, звичайно, суїцидальні смертоносні фантазії.

Військові психіатри мають бути гнучкими і творчими, задоволеними обмеженими ресурсами і можливостями лікування та відчувати себе відносно комфортно в ролі єдиного психіатра на групу військовослужбовців кількістю до 15 000 осіб [77, 78]. Вони повинні змиритись з тим, що не зможуть допомогти всім. А це для багатьох психіатрів є важкою концепцією, яку їм складно прийняти, адже вони, найбільш ймовірно, прийшли в цю сферу для того, щоб допомогти своїм пацієнтам вести більш щасливе та продуктивне життя. Через високе співвідношення кількості військовослужбовців до кількості психіатрів, військові психіатри мають також вірити в силу первинної профілактики. Вони приймають концепцію, що психіатрична допомога починається в окопі, де солдати допомагають один одному долати труднощі.

Психіатри в Армії мають підтримувати атмосферу сумирності і розуміти, що в певних ситуаціях турботливий друг, капелан або командир здатний бути ефективнішим терапевтом, ніж професійний психіатр. Вони також мають визнати, що звання «капітан» або «майор» іноді краще, ніж «лікар» у військовому підрозділі, тому що перше більш чітко ідентифікує їх як частину військової команди. Крім того, вони розуміють, що більшість із солдатів, для яких вони працюють, не знають, у чому різниця між психіатром, психологом і соціальним працівником.

Військовому психіатру слід бути готовому працювати під командуванням та разом з іншими фахівцями в сфері психіатрії, такими як психіатричні медсестри, соціальні працівники і фахівці з трудотерапії. Вони також повинні бути готовими довіряти клінічним здібностям фахівців, що працюють із ними, адже ті часто першими контактують з військовослужбовцями, які шукають лікування. Ці співробітники грають вирішальну роль у сортуванні пацієнтів, виконуючи початкову оцінку та документування, проводять освітні групи, забезпечують підтримувальне консультування і управління гострою кризою, часто після менш ніж 12-місячного психіатричного навчання [79]. Цивільні робочі місця фахівців-психіатрів із Резерву і Національної гвардії можуть кардинально відрізнитися, тому виникає необхідність посиленого навчання до того, як почнеться робота з пацієнтами. Військові навчальні психіатричні програми включають в навчальну програму конкретний досвід роботи з іншими професійними психіатрами та фахівцями-практиками.

Робота у військовому середовищі під пильним наглядом також створює низку унікальних проблем. Військові психіатри зобов'язані завжди пам'ятати, що вони представники Збройних сил США. Більшість військових баз відносно невеликі, і психіатри зазвичай стикаються з пацієнтами та їхніми родинами в різних місцях на посту і в сусідніх громадах. Багато військових психіатрів мали досвід спільного харчування, очікування в медичному передпокої і навіть прийняття душі зі своїми пацієнтами. Такі ситуації, по суті нечужані в цивільній обстановці, є звичайним явищем у сучасному військовому середовищі, і військові психіатри повинні бути здатними підтримувати

добру військову манеру триматися і професійну поведінку в будь-який час.

Приклад 42.4. Військовий психіатр приймає аналітика розвідки, у якої спостерігалось безсоння відтоді, як її перевели на нічні зміни 4 тижні тому, і яка мала обмежену реакцію на снодійне. Її енергія і концентрація досягли небезпечно низького рівня, і вона вже зробила кілька помилок на роботі. Визнаючи право солдата на конфіденційність лікування, психіатр мав реальні побоювання, що можливості його пацієнтки робити точні звіти про важливі розвідувальні дані можуть погіршитися. Він зв'язався з командиром солдата та рекомендував, щоб вона отримала денні зміни через погіршення здатності виконувати свої обов'язки, знаючи, що в результаті її допуск може бути призупинений.

Епізод 42.4. Військовий психіатр закінчила престижну медичну школу на Східному узбережжі з відзнакою і ординатуру перед вступом в Армію. Вона звикла носити білий халат на роботі та мати багато адміністративних співробітників, які допомагали їй. Вона також звикла називати своїх співробітників по іменах і приєднуватись до них на регулярних навчальних вечерях,

фінансованих фармацевтичною компанією. Їй було дуже важко адаптуватись в Армії і відчувати, що інші члени відділу не поважають її, тоді як вона ставиться до них з презирством. Начальник її відділу, психолог, надав їй кілька консультацій стосовно важливості командної роботи та регулярної взаємодії з місцевими командирами. Зрештою вона була направлена на розгортання в Ірак, і після тяжких 15 місяців у пустелі вирішила піти з Армії якомога швидше.

Епізод 42.5. Молодий солдат в Афганістані прийшов до клініки контролю бойового стресу в середині напруженого дня. Психіатр, який закінчував роботу з одним пацієнтом і мав ще двох, які чекали на нього, щойно дізнався, що на патруль з бази було скоєно напад і що підрозділ просить провести критичний розгляд подій. Він пропустив обід і мав відповісти на три телефонних дзвінки, а також викладати в класі боротьби з тютюнопалінням через 30 хвилин. Помітивши нового солдата, який стояв на вході, він сердито зауважив, щоб він прийшов пізніше, якщо це не надзвичайна ситуація. Наступного ранку психіатр йде до автомобільного парку, щоб отримати конвой до сусідньої бази, і виявляє, що цей солдат буде його водієм.

МАЙБУТНЄ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Військова психіатрична GME стикається з численними видами тиску на різних фронтах. Зі збільшенням акценту на ефективності прямого догляду у військовій системі охорони здоров'я рішення про те, чи слід фінансувати GME в системі або за контрактом в цивільному секторі, може стати необхідним. Оскільки сфера військової психіатрії помітно відрізняється від її цивільного аналогу, підготовка психіатрів за межами Армії є менш логічною, ніж в інших медичних спеціальностях. Великі зміни в ключових компетенціях безпосередньо впливатимуть на структуру і зміст усіх навчальних програм. Нинішні конфлікти на Близькому Сході і GWOT чинитимуть прямий вплив на майбутнє GME в психіатрії, оскільки питання, пов'язані з психологічним лікуванням, отримують ще більше національної уваги.

Життєздатність GME в Армії завжди була питанням для обговорень через її високу вартість. Із прагненням медичних служб всередині і за

межами Армії до оптимальної ефективності медична освіта перебуває під підвищеним тиском через дорогу загальну модель медичного учнівства, важливою частиною якої є отримання особистого досвіду з вчителями, наставниками і пацієнтами. Лише завдяки особистим взаєминам з викладачами та наставниками і достатньому досвіду допомоги пацієнтам клініцист здатний розвивати складні синтезовані можливості. Традиційно військова GME не підпадала під такий сильний вплив, як цивільні навчальні програми, з боку моделі зменшення вартості лікування, але командири MTF зараз оцінюються за продуктивністю робочого навантаження через одиницю відносної вартості. Завдання, пов'язані з GME, не виробляють одиниць відносної вартості і, отже, не мають кредиту навантаження. Це є критичним чинником в рішенні про те, чи буде Армія продовжувати надавати підтримку GME з військовими та цивільними факультетами або підрядить для цієї

місії неурядові організації. Динаміка компетенції дає деяку обіцянку на перехід від досвіду, який набувається з часом, до стандартів компетентності, що не залежать від часу. Хоча це краще застосовувати до медичних спеціальностей, у яких ставиться акцент на процедурах, розвиток профілів з використанням ліків і психотерапії збагатить психіатрію, дозволяючи проводити більше лонгitudних, ніж короточасних, оцінок. Динаміка компетенції також змусить психіатрію розвивати більш відповідні вимірювання клінічних результатів, що дозволить програмам почати об'єктивно вимірювати навички догляду за хворими в їхніх студентів.

Нинішні конфлікти на Близькому Сході і триваюча GWOT потребують підвищеного робочого темпу в наступні роки і вимагають, щоб Армія

приділила увагу психологічному здоров'ю всіх військовослужбовців. Посилений акцент на лікуванні посттравматичного стресового розладу і черепно-мозкової травми повинен бути включений в навчальні програми. З тим, як принципи близькості, безпосередності, тривалості і простоти (PIES), військове самозабезпечення і обладнання отримують більше значення в формуванні психічного здоров'я в усіх середовищах, продовження акценту на військовому психіатричному навчанні в програмах GME одержуватиме першорядне значення. Оскільки загальна кількість абітурієнтів з USUHS і стипендіальних програм для медичних професій знизилась в останні роки, для забезпечення адекватної кількості майбутніх психіатрів потрібно буде поглибити зусилля для набору персоналу.

ВИСНОВКИ

GME є важливим аспектом гарантування безпечної та високоякісної охорони здоров'я в Сполучених Штатах. Навчальні програми для кожної медичної спеціальності повинні дотримуватися певних вимог і керівних принципів та мати доступних викладачів, які надаватимуть адекватні кураторство та наставництво в навчанні лікарів. Психіатрична GME має дуже широкі дидактичні, клінічні вимоги та вимоги до кураторства, у результаті чого під час навчання на курсі студенти опановують комплексний набір навичок. Військові психіатричні програми GME дотримуються всіх цих вимог на додачу до навчання військово-специфічних поведінкових навичок здорового життя, необхідних, щоб психіатри могли адекватно функціонувати як в гарнізоні, так і в бойовому середовищі.

Уроки, отримані від військових конфліктів протягом останніх 40 років, показують, що психіатрична травма на війні є істотною медичною проблемою; ця проблема стала важливим питанням для американського суспільства. Військовослужбовці, які повертаються з бойового розгортання, можуть мати психологічні шрами, що роблять реінтеграцію в суспільстві складним і стресовим процесом, впливаючи і на ветеранів, і на членів їхніх сімей. Військові психіатричні програми GME посилили навчання стосовно всіх аспектів підтрим-

ки циклу розгортання, щоб впевнитись у тому, що військові психіатри готові задовольнити різноманітні потреби сімей військовослужбовців під час циклу розгортання. Питання психічного здоров'я перебувають під прискіпливим наглядом засобів масової інформації та державних установ. Тому військові психіатри повинні почуватись комфортно, практикуючи в середовищі, яке потенційно може належати до вищих ешелонів влади, що вимагає всеосяжного досвіду навчання.

З очікуваною довгостроковою тривалістю GWOT військові психіатричні GME і надалі будуть важливим аспектом військової готовності. З огляду на постійне вдосконалення оцінювання психічного здоров'я під час циклу розгортання, лікування психічних розладів, пов'язаних із боротьбою зі стресом, а також на втручання під час розгортання для родин військовослужбовців військові психіатричні програми GME повинні бути гнучкими у модифікаціях спеціальної військової підготовки при дотриманні стандартних вимог акредитації ACGME. Утримання кваліфікованих викладачів військових програм GME в ролі наставників, прикладів та експертів в предметній галузі забезпечить подальший розвиток компетентних військових психіатрів, готових підтримати військовослужбовців та їхні родин.

ЛІТЕРАТУРА

1. US Department of the Army. *Commissioned Officer Professional Development and Career Management*. Washington, DC:DA; 2007. DA Pamphlet 600-3.
2. Diebold CJ. Military administrative psychiatry. In: Lande G, Armitage D, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas; 1997.
3. US Department of Defense. *Mental Health Evaluations of the Members of the Armed Forces*. Washington, DC: DoD; 1997. DoD Directive 6490.1.
4. Joint Service Committee on Military Justice. *Manual for Courts Martial United States*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005.
5. US Department of the Army. *Personnel Security Program*. Washington, DC: DA; 1988. Army Regulation 380-67.
6. US Department of the Army. *Standards of Medical Fitness*. Washington, DC: DA; 2007. Army Regulation 40-501.
7. Accreditation Counsel for Graduate Medical Education. Psychiatry program requirements. ACGME Web site. Available at: http://www.acgme.org/acWebsite/RRC_400/400_prIndex.asp. Accessed November 23, 2007.
8. Wise MG. The past, present, and future of psychiatric training in the US armed services. *Mil Med*.1987;152:550-553.
9. Heaton LD, Anderson RS, Glass AJ, Bernucci R, eds. *Zone of Interior*. Vol 1. In: *Neuropsychiatry in World War II*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General; 1966.
10. Ozarin LO, McMillan G. The American Psychiatric Association: historical highlights. American Psychiatric Association Web site. Available at: http://www.psych.org/public_info/libr_publ/apahighlights.cfm. Accessed November 23, 2007.
11. Bailey P, Williams FE, Komora PO. *Neuropsychiatry*. Vol X. In: *The Medical Department of the United States Army in the World War*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1929.
12. US Army Center of Military History. Number of Army personnel who served during each major war, and the number of casualties incurred. US Army Center of Military History Web site. Available at: <http://www.army.mil/cmh-pg/faq/FAQ-C&C.htm>. Accessed November 23, 2007.
13. Steyn RW. Retrospections: a sketch of nautical psychiatry through World War II. *Mil Med*. 1980;145:407-412.
14. Taylor RR, Mullins WS, Parks RJ. *Medical Training in World War II*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General; 1974.
15. Menninger WC. Psychiatric experience in the war, 1941-1946. *Am J Psychiatry*. 1947;104:577-586.
16. Forrer GR, Grisell JL. US Army psychiatric training program. *AMA Arch Neurol Psychiatry*. 1957;77:218-277.
17. Department of the Army. *Department of Defense Report to the Defense Base Closure and Realignment Commission*. Vol III. Washington, DC: DA; 1995. Available at: <http://www.defenselink.mil/brac/army.htm>. Accessed November 23, 2007.
18. Defense Base Closure and Realignment Act of 1990. Pub L No. 101-510 (1990).
19. The Defense Secretary's Commission on Base Realignment and Closures. *Report of the Defense Secretary's Commission*. Washington, DC: DoD; 1988. Available at: <http://www.defenselink.mil/brac/army.htm>. Accessed November 23, 2007.
20. Pincus SH, Staff Psychiatrist, Madigan Army Medical Center, Fort Lewis, Washington. Personal communication, February 2007.

21. Orman DT, Director, PTSD-TBI/BH Integration Office, USAMEDCOM, Fort Sam Houston, Texas. Personal communication, April 2007.
22. Defense Base Closure and Realignment Act of 1990 (as amended in 2004). Pub L No. 101-510 (2004).
23. Department of Defense, San Antonio Military Medical Center. San Antonio medical BRAC. SAMMC Web site. Available at: <http://www.sambio.amedd.army.mil/About.htm>. Accessed November 23, 2007.
24. Moran M. Medical school grads' interest in psychiatry holds steady. *Psychiatry News*. 2007;42(8):1.
25. US Department of the Army. The leader, leadership, and human dimensions. In: *Army Leadership Be, Know, Do*. Washington, DC: DA; 1999. Army Field Manual 22-100. Part 1.
26. Accreditation Counsel for Graduate Medical Education. Duty hours language. ACGME Web site. Available at: http://www.acgme.org/acWebsite/dutyHours/dh_Lang703.pdf. Accessed November 23, 2007.
27. Ritchie EC. Colonel, Medical Corps, US Army; Psychiatry Consultant to the Army Surgeon General. Personal communication, February 2007.
28. Barthel HJ. US Army Medical Corps Chief's Briefing, presented at Tripler Army Medical Center, Hawaii, August 2006.
29. Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS) 2000 Project. *Skills of the New Millennium: Report of the Societal Needs Working Group*. Ottawa, Ontario, Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 1996.
30. American Board of Medical Specialties Task Force on Competence. *Proceedings From the 1999 Professional Competence and Board Certification Conference, Chicago, Illinois, 18-19 March, 1999*. ABMS Web site. Available at: http://www.abms.org/About_ABMS/ABMS_History/Extended_History/Competency_Movement.aspx. Accessed February 28, 2011.
31. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Oakbrook Terrace, Ill: Joint Commission; 2007.
32. National Cancer Institute. A guide to understanding informed consent. NCI Web site. Available at: <http://www.cancer.gov/clinicaltrials/conducting/informed-consent-guide/allpages>. Accessed November 23, 2007.
33. US Department of the Army. *Oath of Office—Military Personnel*. Washington, DC: DA; 1999. Department of the Army Form 71.
34. Sadock BJ, Sadock VA. Public and hospital psychiatry. In: *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia, Penn; Lippincott, Williams & Wilkins; 2003: 1376-1377.
35. My Evaluations Web site. Available at: <https://www.myevaluations.com/Logon.asp>. Accessed November 23, 2007.
36. Bender E. New residency requirements divide training directors. *Psychiatric News*. 2003;38(7):14.
37. Accreditation Counsel for Graduate Medical Education. ACGME Outcome Project. ACGME Web site. Available at: <http://www.acgme.org/outcome>. Accessed November 23, 2007.
38. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Essentials of accredited residencies. In: *Directory of Graduate Medical Education Programs*. Chicago, Ill: American Medical Association; 1984: 81.
39. US Department of the Army. *Heavy Brigade Combat Team Combined Arms Battalion*. Washington, DC: DA; 2005. Field Manual 3-90.5.
40. Howe EC. Special problem for military psychiatrists. In: Simon RI, ed. *Review of Clinical Psychiatry and the Law*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1992: 305-307.

41. American Medical Association. Principles of medical ethics. AMA Web site. Available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2512.html>. Accessed November 23, 2007.
42. US Department of the Army. *Deployment Cycle Support (DCS) Directive*. Washington, DC: DA; 2007. Army Directive 2007-02. Appendix A-6.
43. Jensen PS, Martin D, Watanabe H. Children's response to parental separation during Operation Desert Storm. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:433-441.
44. Faran ME, Weist MD, Saito AY, Yoshikami L, Weiser JW, Kaer B. School-based mental health on a United States Army installation. In: Weist MD, Evans SW, Lever NA, eds. *Handbook of School Mental Health: Advancing Practice and Research*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003: Chap 14.
45. Waits WM, Waldrep D. Application of Army combat stress control doctrine in work with Pentagon survivors. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):39-43.
46. Milliken CS, Leavitt WT, Murdock P, Orman DT, Ritchie EC, Hoge CW. Principles guiding implementation of the Operation Solace plan: "Pieces of PIES", therapy by walking around, and care management. *Mil Med*. 2002;167(9 suppl):48-57.
47. Accreditation Counsel for Graduate Medical Education. Reports—list of programs by specialty. ACGME Web site. Available at: <http://www.acgme.org/adspublic/>. Accessed November 25, 2007.
48. Society of Medical Consultants to the Armed Forces. *Military Graduate Medical Education Under Stress: A White Paper*. Fredericksburg, Va: SMCAF; 1987. Available at: [http://www.smcaf.org/Military %20GME %20Under %20Stress %201987.pdf](http://www.smcaf.org/Military%20GME%20Under%20Stress%201987.pdf). Accessed November 25, 2007.
49. Bonn KE. *Army Officers Guide*. 50th ed. Mechanicsburg, Penn: Stackpole Press; 2005.
50. Powers R. Army enlisted job descriptions and qualification factors. About.com: US Military Web site. Available at: <http://usmilitary.about.com/od/enlistedjobs/a/92g.htm>. Accessed October 27, 2009.
51. Cave D. For Army recruiters, a hard toll from a hard sell. *New York Times*. March 27, 2005. Available at: <http://www.nytimes.com/2005/03/27/nyregion/27recruit.html>. Accessed October 26, 2009.
52. US Department of the Army. *Army Substance Abuse Program*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 600-85.
53. US Department of the Army. *The Army Family Advocacy Program*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 608-18.
54. US Department of the Army. *Medical Record Administration and Health Care Documentation*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 40-66.
55. US Department of the Army. *Physical Evaluation for Retention, Retirement, or Separation*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 635-40.
56. US Department of the Army. *Army Community Service Center*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 608-1.
57. Military OneSource Web site. 2007. Available at: <http://www.militaryonesource.com/skins/MOS/home.aspx>. Accessed November 25, 2007.
58. US Department of the Army. *Officer Transfers and Discharges*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 600-8-24.
59. US Department of the Army. *Active Duty Administrative Separations*. Washington, DC: DA; 2005. Army Regulation 635-200.
60. Military Whistleblower Protection Act of 1988, 10 USC § 1034 (1988).

61. US Department of the Army. *Suicide Prevention and Psychological Autopsy*. Washington, DC: DA; 1988. DA Pamphlet 600-24.
62. US Department of the Army. *Line of Duty Policy, Procedures, and Investigations*. Washington, DC: DA; 2004. Army Regulation 600-8-4.
63. Department of Defense. Psychological autopsies. TRICARE Web site. Available at: <http://mhs.osd.mil/pdfs/policies/2001/01-016.pdf>. Accessed November 25, 2007.
64. US Army Suicide Risk Management and Surveillance Office. Army Suicide Event Report. ASER Web site. Available at: <https://aser.amedd.army.mil/aser>. Accessed November 25, 2007.
65. US Department of the Air Force. *Aeromedical Evacuation Patient Considerations and Standards of Care*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2003. Air Force Instruction 41-307, Attachment 6.
66. US Department of the Army. *Patient Administration*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 40-40.
67. US Department of the Army. *Composition, Mission, and Functions of the Army Medical Department*. Washington, DC: DA; 1983. Army Regulation 40-1.
68. US Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control*. Washington, DC: DA; 2006. Field Manual 4-02.51 (formerly Field Manual 8-51).
69. US Department of the Army. *Combat Stress*. Washington, DC: DA; 2000. Field Manual 6-22.5.
70. Office of the Surgeon, Multinational Force–Iraq. *Mental Health Assessment Team (MHAT-III) Operation Iraqi Freedom Report*. Washington, DC: Department of the Army; 2006. Available at: <http://www.behavioralhealth.army.mil/research/index.html>. Accessed November 25, 2007.
71. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351:13–22.
72. US Department of Defense. *Requirements for Mental Health Evaluations of the Members of the Armed Forces*. Washington, DC: DoD; 1997. DoD Instruction 6490.4.
73. US Department of the Army. *Preparing and Managing Correspondence*. Washington, DC: DA; 2002. Army Regulation 25-50.
74. US Department of the Army. *Evaluation Reporting System*. Washington, DC: DA; 2007. Army Regulation 623-3.
75. US Department of the Army. *Military Awards*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 600-8-22.
76. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 1994.
77. Ritchie EC, White R. Becoming a successful division psychiatrist: guidelines for preparation and duties of the assignment. *Mil Med*. 1993;158(10):644–648.
78. Hill JV, Lange C, Bacon B. Becoming a successful division psychiatrist: the sequel. *Mil Med*. 2007;172(4):364–369.
79. US Army Recruiting Command. Careers & jobs: mental health specialist (68X). GoArmy.com Web site. Available at: <http://www.goarmy.com/JobDetail.do?id=160#training>. Accessed November 25, 2007.

Розділ 43

ВІЙСЬКОВА СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

ЕЛСПЕТ КЕМЕРОН РІЧІ¹

ВСТУП

ПСИХІАТР І СИСТЕМА КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВОСУДДЯ

Військове право

Криміналістична оцінка, або «комісія з психічного здоров'я»

Комісія з психічного здоров'я для затриманих

Експерти-консультанти військово-польових судів і експертне свідоцтво

СИМУЛЯЦІЯ

ПСИХОЛОГІЧНІ АУТОПСІЇ

Команди наукової психіатричної консультації

ВИСНОВКИ

Частина цього розділу видано як: Ritchie EC, Benedek D, Malone R, Carr-Malone R. Психіатрія та військова справа: Оновлення. Психіатрична клініка Північної Америки. 2006; 29 (3): 695-707.

¹ Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому – консультант начальника військово-медичної служби Армії США з психіатрії і директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз – головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

ВСТУП

Із продовженням війни в Іраку й Афганістані перед військово-медичною системою США постало багато питань, що стосуються психіатрії та права. Військовослужбовці, у яких виникло порушення психічного здоров'я внаслідок участі в бойових діях, належать до компетенції не тільки системи охорони здоров'я, а також і системи військової юстиції й інвалідності. Цей розділ висвітлює кілька найактуальніших судових проблем, які стоять перед військовими лікарями, юристами, а також судами.

Питання про те, наскільки насильницька і агресивна поведінка в період опісля розгортання може бути пов'язана з бойовим досвідом, залишається в площині дискусій і вивчається далі [1–3]. Однак із сотень тисяч ветеранів, які брали участь у цих війнах, лише невелика підгрупа скоювала насильницькі злочини. Військові судові психіатри покликані дати компетентне визначення кримінальної відповідальності цієї підгрупи та інформувати суди про можливий вплив пов'язаних із війною стресу або психічного розладу на злочинну поведінку.

Широко розповсюджені психічні розлади, пов'язані з війною, ускладнюються характерною ознакою цих війн — черепно-мозковою травмою (ЧМТ). Численними причинами травми голови є вибух, вогнепальні поранення, автомобільні травми та інші нещасні випадки. Важкопоранених стандартно перевіряють на наявність травми голови, однак у деяких солдатів, які перебувають у стані непритомності, такі травми можуть бути не виявлені. Пізніше у таких осіб можуть розвинути труднощі з концентрацією уваги чи дратівливість, але вони не будуть правильно діагностовані, і такі хворі не отримають ніякої медичної допомоги. Оновлені методи виявлення ЧМТ були

широко застосовані зовсім недавно. Тепер усі військовослужбовці після повернення з закордонного розгортання перевіряються на наявність ЧМТ, а також посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Хоча психічний розлад легко виявляється і підтверджується в психіатрії, він давно асоціюється з симуляцією як з метою уникнення переслідування або покарання, так і для отримання компенсації у разі інвалідності.

Судова психіатрія, психологія та соціальна робота зосереджені на перетині проблем психічного здоров'я і закону. Основними темами є компетентність, кримінальна відповідальність, сексуальна травма та інвалідність. У цьому розділі основна увага надається судовій психіатрії (більше, ніж іншим дисциплінам), оскільки вона найкраще розвинена в Армії. Проте окремі поняття можуть бути застосовані з інших дисциплін.

Військові судові психіатри сьогодні служать в Армії США, Військово-морських і Військово-повітряних силах. Судова психіатрія в Армії має багато спільного з судовою психіатрією, яку практикують у цивільному світі, але існують деякі ключові відмінності. У цьому розділі буде підкреслено певні відмінності. Він починається з опису військового права, визначення компетенції і кримінальної відповідальності та ролі свідків-експертів у військово-польовій судовій системі. У наступних підрозділах обговорюються симуляція і психологічна аутопсія. Розглядаються також численні судові питання, які стосуються затриманих. Хоча турбота про затриманих представлена в іншому розділі, тут коротко розглядаються межі психічного здоров'я затриманих і політика психіатричних консультаційних команд. Повне обговорення військових судових психіатричних питань і військової правової системи ви-

ходить за межі цього розділу, але може бути знайдено в інших джерелах [4–8]. Кілька прикладів, які складаються з різних випадків, представлені нижче і призначені проілюструвати ці принципи.

Приклад 43.1. Солдат повернувся з Афганістану в перші роки Глобальної війни з тероризмом (GWOT). Після важких 6 місяців служби він отримав електронною поштою лист від сусіда, у якому було написано:

«Я бачив червоний пікап на твоєму дворі кілька останніх вечорів, що це значить?» Солдат написав рапорт із проханням про термінову відпустку, кажучи, що його мати вмирає. Наступного дня після повернення додому чоловік посварився з дружиною через своє припущення, що вона мала коханця. Він витягнув свій особистий пістолет із тумбочки і застрелив її. Потім він направив пістолет на себе.

ПСИХІАТР І СИСТЕМА КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВОСУДДЯ

Військове право

Народження американського військового права можна простежити до перших Американських полжень про війну, які складаються з 69 окремих статей, ухвалених Континентальним Конгресом 30 червня 1775 року, що регулюють поведінку Континентальної армії [5, 6]. Конгрес ухвалив сьогоднішній Єдиний кодекс військової юстиції (UCMJ — Uniform Code of Military Justice) у 1950 році [8–10]. UCMJ поєднав закони, які раніше регулювали Армію США, Військово-морські та Військово-повітряні сили, в єдиний кодекс. У результаті цього Збройні сили США мають власну систему кримінального правосуддя з ієрархічними джерелами прав. Як доповнення до UCMJ військовий закон базується на Конституції США, федеральних статутах, розпорядженнях, які містять Військові правила доказу (MRE — Military Rules of Evidence), директивах Міністерства оборони (МО) і загальних федеральних законах. Конституція США може бути застосована до військовослужбовців, якщо тільки не замінена через військову необхідність [9, 10].

UCMJ встановлює кілька рівнів військового суду. Загальний військово-польовий суд є аналогічним кримінальному суду, а спеціальні суди — аналогічні судам із дрібних злочинів, де, як і в мировому суді, рішення приймає один суддя зі значно обмеженими повноваженнями [9]. П'ята поправка до Конституції спеціально забороняє виносити обвинувальний акт великого журі військовослужбовцям [9]. Замість великого журі Армія постановила, що ніякий випадок не може бути переданий на розгляд військового суду загальної юрисдикції без процедур статті 32 UCMJ [9].

Стаття 32 — це відкрите слухання, спрямоване на розслідування обставин справи, яка розглядається. Хоча це схоже і на попередній цивільний суд, і на слухання великого журі, розслідування за статтею 32 захищає краще, тому що дає можливість розслідувати, протистояти несприятливим свідкам, а також надавати суду докази. Крім того, рекомендації слідчого, який діє за статтею 32, носять рекомендаційний характер і не є остаточним рішенням [9].

Криміналістична оцінка, або «комісія з психічного здоров'я»

Питання про кримінальну відповідальність вирішується в багатьох військових установах, як правило, під час слухань за статтею 32 і в спеціальних і загальних військово-польових судах. Відповідно до правила 706 військового суду, якщо будь-якому командирю, який розглядає висунуті обвинувачення, або будь-якому слідчому, адвокату звинувачення або захисту, військовому судді чи члену суду здається, що є підстави вважати, що обвинуваченому (або відповідачу в цивільному судовому процесі) забракло психічної відповідальності за будь-який злочин, то факт і причини для такої думки передаються, зрештою, до посадової особи, яка наказує провести таке розслідування [10].

Визначення психічної або кримінальної відповідальності передається до комісії, яку зазвичай називають «комісією 706» або «комісією з психічного здоров'я». Комісія з психічного здоров'я визначає здатність обвинуваченого постати перед судом і відповісти на будь-які інші питання,

які ставлять зібрані відповідальні особи. Ці питання зазвичай пов'язані з клінічним діагнозом і кримінальною відповідальністю. Комісія офіційно складається з однієї або кількох осіб, які мають бути або лікарем, або клінічним психологом. Як правило, щонайменше один член комісії є чи психіатром, чи клінічним психологом [10].

Хоча правила спеціально не вимагають цього, військовий психіатр або психолог повинен мати високу кваліфікацію для того, щоб бути членом комісії [7, 10]. Цей нюанс є особливо правильним для випадків зі складними психіатричними проблемами або для тих ситуацій, які пов'язані з дуже серйозними злочинами, коли є вагомі причини для апеляційного розгляду висновків комісії з психічного здоров'я. Військові юристи зазвичай визнають спеціалізовану підготовку і досвід, які військовий психіатр чи психолог вносить у комісію з психічного здоров'я, та часто просять скликаних відповідальних осіб і військових суддів запросити таких фахівців взяти участь в оцінці кримінальної відповідальності [7].

Відповідно до статті 50а UCMJ,

заява, яка спростовує звинувачення, у засіданні військового суду містить інформацію, що під час скоєння дій, які становлять злочин, обвинувачений через важке психічне захворювання або розлад не був у змозі розуміти характер і якість або протиправність дій [11].

Зазначене вище часто називають когнітивним зубцем неосудності (тобто те, що обвинувачений знає різницю між добром і злом). Цей військовий стандарт, як і федеральний стандарт, з часу ухвалення Закону про реформу неосудності в 1984 році не містить вольового зубця (наприклад, здатність обвинуваченого відповідати за свою поведінку згідно із вимогами закону). Тягар доказування відсутності психічної відповідальності лягає на обвинуваченого, який повинен надати захисту ясні і переконливі докази. Суд може потім визнати обвинуваченого винним, невинним чи невинним через відсутність психічної відповідальності [11].

Оскільки обвинувачений зобов'язаний брати участь у процесі комісії з психічного здоров'я, допомога, яка надається захисту, обмежує дослідження висновків. Готуються дві доповіді: 1) повний

звіт зі всіма висновками комісії і причинами для такої думки та 2) скорочений звіт тільки із кінцевими висновками комісії з усіх питань, зазначених у запиті. Повний звіт надається тільки адвокату захисту і, за запитом, командирю обвинуваченого. Повний звіт може бути наданий комісією (або іншим медичним персоналом) тільки для іншого медичного персоналу для медичних цілей. Надання повного звіту будь-якій особі, не уповноважений для його отримання, допускається лише відповідно до рішення військового судді. Скорочений звіт надається офіцеру, який замовляє експертизу, командирю обвинуваченого, слідчому (якщо такий є), призначеному відповідно до статті 32, і всім адвокатам у цій справі [8]. Якщо обвинувачений вирішує спиратися в захисті на психічний розлад, можна розкрити повний звіт (відредагований так, щоб виключити прями звинувачення).

Приклад 43.1 (продовження). Постріли почув сусід, який раніше надіслав солдату електронний лист про дружину. Солдат вижив, хоча отримав тяжке пошкодження головного мозку і втратив слух. Захист запросив скликати комісію з психічного здоров'я на тій підставі, що солдат мав ПТСР та черепно-мозкову травму і, отже, не підлягав суду й кримінальній відповідальності через ПТСР.

Комісія з психічного здоров'я для затриманих

У липні 2008 року розпочала роботу «комісія 706», або комісія з психічного здоров'я для затриманих, у Гуантанамо Бей. Автор цього розділу провів чотири комісії з психічного здоров'я тієї осені, поки випробування не припинилося. Хоча тут не обговорюватимуться окремі проблеми, але будуть розглянуті кілька важких питань. Центральним є питання культури і примусу. Якщо затриманий обговорює «джина» або духів, то це є психоз чи культурні вірування? Якщо він говорить, що Аллах сказав йому це зробити, то це релігійність чи тероризм? Якщо він іде на голодне страйкування, це депресія або примус з боку інших ув'язнених? Якщо здається, що він не може зрозуміти питання, що це — низький рівень освіти, мовні труднощі чи навмисна відмова співпрацювати з експертами?

Експерти-консультанти військово-польових судів і експертне свідоцтво

Відповідно до MRE 706 «судовий адвокат, захисник і військовий суд мають рівні можливості отримати експертне свідоцтво згідно зі статтею 46 UCMJ» [10, с. 275]. MRE 706 також дозволяє обвинуваченим обирати свідків-експертів за свій власний кошт. MRE 702 стверджує, що

якщо наукове, технічне або інше спеціальне знання допоможе органу, що проводить дізнання, зрозуміти докази чи визначити факт, щоб зрозуміти доказ або визначити факт у питанні, то свідок, кваліфікований як експерт зі знань, навичок, досвіду, навчання чи освіти, може свідчити у формі надання думки або іншим чином [10, с. 275].

MRE 703 розглядає основні передумови надання свідоцтва експертами. У ньому зазначено, що

факти або дані в конкретному випадку, на якому експерт ґрунтує свою думку або умовивід, можуть бути лише ті, які надаються або доведені до експерта в момент слухання або до слухання. Якщо, складаючи думку чи умовивід за темою, експерти мають причину покладатись на них в певній сфері, необов'язково надавати факти або дані як докази для того, щоб визнати думку або умовивід [10, с. 275].

Джерелами для цих фактів і даних є слідчі та поліцейські звіти, медичні і службові записи, свідчення, отримані під час судового засідання, особисті й професійні знання [10]. Проте MRE 403 свідчить, що надійне і доречне свідчення

може бути вилучене, якщо його доказову цінність істотно переважає небезпека несправедливого упередження, плутанина у питанні чи введення членів суду в оману або воно призводить до невинуватої затримки, втрати часу чи зайвого нагромодження доказів [10, с. 255].

MRE 704 дає експертам змогу свідчити щодо головного питання, стверджуючи, що

думка або умовивід експерта, припустимі в інших випадках, не викликають заперечень, оскільки охоплюють головне питання, яке вирішується розглядом фактів [10, с. 275].

MRE 705 дозволяє експерту свідчити

у категоріях думок або умовиводів і давати експертну оцінку без попереднього розкриття фактів, які лежать в основі, якщо тільки військовий суддя не вимагає іншого. Експерти можуть бути в будь-якому випадку зобов'язані розкрити основні факти або дані на перехресному допиті [10, с. 275].

Захист може запросити експерта-консультанта, якщо висновки комісії з психічного здоров'я вважаються сприятливими для звинувачення, якщо пом'якшувальні чинники можуть вплинути на вирок або в обох випадках [6]. Експерт може бути як цивільним, так і військовим. Відповідно до оригінального військового випадку «Сполучені Штати проти Толедо» захист повинен конкретніше просити призначення конфіденційного експерта-консультанта для того, щоб консультант був захищений адвокатськими привілеями. Такі запити часто піддаються інтенсивному розгляду на етапі досудового опрацювання матеріалів [7]. Якщо призначення не схвалене, військовий психіатр може, як і раніше, виконувати функції експерта в межах правил розслідування.

Захист може запросити військового судового психіатра або психолога давати показання упродовж «етапу звинувачення» або етапу винесення вироку. Наприклад, свідка-експерта можуть запросити надати експертні свідчення по суті впродовж етапу винесення вироку про вплив ПТСР, пов'язаного з бойовими діями, «синдрому війни в Перській затоці» або «в'єтнамського синдрому» на психічний стан чи поведінку обвинуваченого [12]. Крім того, експертного свідка можуть запросити дати свідчення щодо пом'якшувальних чинників на етапі винесення вироку. Наприклад, питання, які розглядаються військовими судовими психіатрами, містять кумулятивний ефект депривації сну (вторинний чинник бойового стресу або бойового ПТСР) та оперативного темпу на здатність до суджень і прийняття рішень.

Як захист, так і судовий адвокат можуть запросити експерта для консультації, якщо комісія з психічного здоров'я доходить висновку, не вигідного стороні захисту. Крім того, висновок комісії з психічного здоров'я може бути успішно оскаржений на підставі повноти, точності та неправиль-

ного застосування належних військових стандартів для кримінальної відповідальності.

Військового судового психіатра також можуть запросити надати експертні показання для сторони обвинувачення через нелогічну поведінку заявленої жертви, наприклад «синдром згвалтування» або «синдром побитої дружини» [13]. Обвинуваченого не можна примусити пройти будь-яку психіатричну оцінку, окрім комісії з психічного здоров'я. Тому будь-які свідчення про обтяжуючі чинники при винесенні вироку часто обмежуються перевіркою додаткових документів і спостереженням за обвинуваченим під час військово-польового суду, який вимагає, щоб військовий судовий психіатр засвідчив ці обмеження.

Приклад 43.1 (продовження) Комісія з психічного здоров'я провела серйозне дослідження, у тому числі аналіз інтерв'ю численних свідків, і оцінювала обвинуваченого протягом тижня, у тому числі провела психологічне тестування. Експерти погодились із тим, що він мав ПТСР. Проте вони не вважали, що це позбавляло його кримінальної відповідальності. Пошкодження, викликане травмою голови, заважало деяким з його повсякденних дій. Але він знав функції

судді та присяжних і основні елементи справи. Він був у змозі співпрацювати з адвокатом і вести себе належним чином в залі суду. Тому було вирішено, що солдат підлягає кримінальній відповідальності. Можливо, через діагноз ПТСР і органічне пошкодження мозку йому було призначено покарання у вигляді лише 10 років.

Сертифікація у вузькій спеціалізації судової психіатрії тепер вимагає завершення акредитованої річної стипендіальної програми, а потім екзаменаційної комісії в судовій психіатрії. Зараз існує тільки одна програма судової психіатрії МО — Стипендіальна програма військової судової психіатрії Національного столичного консорціуму (існує з 1992 року), розташованого у Вашингтоні (округ Колумбія). Нещодавно там же була розпочата Судова психологічна програма. Слухачі проходять навчання відповідно до вимог, встановлених Комісією з акредитації для Вищої медичної освіти, а також навчання, що дозволить їм служити консультантами і експертами-свідками у військових судах, які розглядають специфічно військові злочини.

СИМУЛЯЦІЯ

Приклад 43.2. Солдат звернувся до відділення з контролю за стресом в Баладі (Ірак). Напередодні він піддався нападу з використанням саморобного вибухового пристрою. Двоє з його приятелів були серйозно поранені. Сам він вдарився головою об люк під час вибуху, але в іншому залишився неушкодженим. Його головною скаргою було: «Я просто хочу додому». Він сказав, що може застрелитися, якщо не вийде здійснити це бажання. Коротке дослідження показало відсутність травматичного пошкодження мозку і ПТСР. Він також повідомив, що не може вгамувати тремтіння. Молодший психолог думав, що це може бути симуляція розладу (тремор).

Симуляція завжди є серйозною проблемою для судових психіатрів, особливо в Збройних силах, де це може бути конкретним кримінальним злочином за УСМІ. Медичні працівники неохоче визнають пацієнтів симулянтами з багатьох причин, у тому числі через розуміння того, що це рівнозначно

звинуваченню в шахрайстві й обмані. Клініцисти, які звикли використовувати свої навички, щоб діагностувати і лікувати тих, хто звернувся по допомогу через проблеми, часто відчують дискомфорт, коли стикаються з пацієнтами, які прагнуть терапевтичної допомоги не для поліпшення свого стану, а для «офіційного» підтвердження спроби обману. Проте небажання діагностувати явний випадок симуляції або, що ще гірше, ставитись до хворих так, ніби вони симулювали хворобу (можливо, розглядаючи це як шлях найменшого опору), може насправді порушити принцип «*primum non nocere*» (головне — не нашкодь). З точки зору короткочасної перспективи ізолювати пацієнта від наслідків симуляції заманливо. Здається, що вигоди, отримані від успішного обману або уникнення покарання за шахрайство, стануть в найкращих інтересах пацієнта. Ця дія здатна сприяти розвитку дисфункціонального психосоціального процесу і довгостроковим негативним наслідкам.

Військові лікарі повинні знайти способи зробити так, щоб їхні етичні обов'язки та обов'язки перед пацієнтами діяли в кращих інтересах пацієнта, водночас збігаючись з потребами системи. Така подвійна відповідальність, звичайно, не обмежується військовою; терапевтична практика часто вимагає балансування індивідуальних потреб пацієнта з широкими соціальними зобов'язаннями.

Симуляція має давню історію визнання в Армії, як було підкреслено в «Діагностичному та статистичному довіднику психічних розладів» угорі списку зовнішніх стимулів під заголовком «Уникнення військових обов'язків» [14]. Цей текст описує симуляції як

умисне створення фальшивих або сильно перебільшених фізичних чи психологічних проблем, мотивованих зовнішніми стимулами, такими як ухилення від військового обов'язку, уникнення роботи, отримання фінансової компенсації, ухилення від кримінального переслідування або отримання ліків [14].

Симуляція може розглядатися як адаптивна поведінка в екстремальних умовах, наприклад коли військовополонений симулює хворобу, щоб уникнути жорстокого поводження. Це питання завбачливо вийшло на перший план клінічної практики у воєнний час. Симуляція може проявлятися у збільшених спробах уникнути бойової служби військовослужбовцями, які в іншому випадку не мають антисоціальних тенденцій, що, як правило, асоціюються з такою поведінкою. У цьому контексті симуляцію також можна розглядати як неадекватну відповідь у край стресовій ситуації [15, 16]. Проте, оскільки військова служба в Сполучених Штатах тепер добровільна, новобранці знають, що вони збираються на поле бойових дій. З досвіду автора відомо, що солдати більш схильні заперечувати симптоми, ніж перебільшувати їх. Таке явище відоме як «негативна симуляція».

Лікування симуляції пацієнта в бою ускладнюється подвійними зобов'язаннями і етичними міркуваннями. Хоча мотивація може здаватися не більш ніж несерйозною спробою повернутися додому, вона часто ґрунтується на первісному страху за особисту безпеку. У будь-якому сенсі індивідуальна симуляція створює занепокоєння стосовно «епідемії» симуляції в підрозділі. Крім

того, дії симулянтів створюють небезпеку для життя їхніх товаришів по службі, через що необхідна дисципліна і зобов'язання щодо третіх осіб, коли такий обман виявлено. Військові психіатри мають збалансувати ці міркування і зайнятість обмежених лікувальних ресурсів, зокрема й свій час і енергію. Поширений вислів «найбільше благо для найбільшого числа» диктує тип лікування, який може бути запропонований у зоні бойових дій з істотним наголосом лікувати «сумлінні» бойові стресові реакції, ніж «неправомірну стресову поведінку».

«Діагноз» симуляції не обов'язково прирівнюють до злочину симуляції. Стаття 115 UCMJ описує злочин симуляції таким чином:

Будь-яка особа, яка підпадає під цей розділ, яка з метою уникнення роботи, служби або обов'язків 1) симулює хворобу, фізичну інвалідність, психічний недолік чи розлад або 2) навмисне завдає собі шкоди, карається за призначенням суду [10, с. 344].

Військове законодавство визнає дві різні форми симуляції — симуляція хвороби і умисне завдання собі пошкоджень з різними покараннями за кожне (більше за завдання травм, ніж за симуляцію хвороби). Якщо злочин було скоєно під час війни або в зоні ворожого вогню, тим більш серйозним злочином є симуляція, метою якої було уникнути бойових дій, і більш жорстким буде покарання. Максимальне тюремне ув'язнення може коливатися від 1 року для симулювання хвороби в небойовій ситуації до максимум 10 років за умисне заподіяння собі рани, щоб уникнути бойового чергування.

Знову ж таки, хоча й існує така думка, що симуляція — звичайне явище, у сучасній, повністю добровільній Армії випадки військової симуляції, імовірно, набагато рідші, ніж здається. Насправді автор переконаний, що солдати набагато більш схильні приховувати психіатричні симптоми, ніж перебільшувати їх.

Приклад 43.2 (продовження) Команда роботи з бойовим стресом у солдатів в Баладі опинилася перед загальною дилемою. Чи повинна була команда відправити його додому і, отже, потенційно отримати епідемію серед солдатів, які мали б ту ж скаргу «Я просто хочу додому»? Члени команди консультува-

лись із психіатром підрозділу, який поставив діагноз конверсійного, а не імітованого розладу. Вони вирішили спробувати класичні принципи бойової психіатрії (наприклад, негайне лікування з очікуванням відновлення і повернення до своєї частини). На жаль, солдат не реагував на це, і зрештою його довелося

евакуювати в Ландштул. Потім він був евакуйований до Військово-медичного центру Волтера Ріда в Вашингтоні (округ Колумбія), де отримав численні діагнози. Коли солдат дізнався, що його збираються звільнити з Армії, він обірвав своє життя, стрибнувши з моста у Вашингтоні (округ Колумбія).

ПСИХОЛОГІЧНІ АУТОПСІЇ

До 2001 року доповідь, відома як «психологічна аутопсія», була потрібна при кожному випадку самогубства в Армії США. Після заповнення її надсилали до начальника військово-медичної служби Армії та Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда. Ці ретроспективні дослідження самогубств були розроблені для збору інформації від підрозділу, до якого належав солдат, і його родини, щоб отримати уроки, які можуть запобігти майбутнім самогубствам. Попри це, багато з цих посмертних досліджень проводилися психіатрами, які, можливо, не мали будь-якої спеціальної підготовки для цього конкретного завдання. Слідчі складають довгі описові звіти, які рідко викликають будь-який зворотний зв'язок або зміни в системі. Крім того, формат звіту робить складним вилучення та аналіз даних. Ще одним важливим питанням психологічної аутопсії було про тих, хто мав доступ до цієї інформації. До 2001 року дані психологічної аутопсії були доступні через Закон про свободу інформації, що призвело до втручання в приватне життя пацієнта. Наприклад, репортер газети *News* і *Observer* міста Ралі опублікував непристойні та інтимні подробиці, отримані з понад 50 психологічних аутопсій з Форт Брега (штат Північна Кароліна) [17].

МО змінило вимоги до психологічної аутопсії спочатку в листі з роз'ясненнями, опублікованому в журналі «Справи здоров'я» (*Health Affairs*) в 2001 році, а потім в директиві МО в 2003 році. Вимоги керівних документів передбачають проведення формальної психологічної аутопсії, тільки якщо смерть була сумнівною, тобто не було відомо, чи смерть була самогубством, вбивством або нещасним випадком. Усі самогубства мають бути оцінені. Звіт про суїцид для МО тепер робиться як для випадків, коли відбулась лише спроба, так і для завершеного самогубства. Якщо пси-

хіатри стежили за солдатом, потрібно проводити перевірку якості, відому як аналіз причин випадку. Як частина нових вимог практики повинні отримати додаткове навчання з проведення психологічної аутопсії. Ця підготовка має охоплювати основи розслідування на місці злочину, процедури фізичної аутопсії, токсикології й розуміння суїцидальної поведінки та чинників. Психіатри, які проходили судово навчання, зазвичай вже отримали таку підготовку [19].

Випадки, які потребують психологічної аутопсії, як правило, мають тенденцію групуватися в кластери за такими категоріями:

- випадкове або навмисне передозування наркотиків;
- випадкова або навмисна автомобільна аварія;
- вогнепальне поранення, яке могло бути завдане собі випадково, чи вбивство;
- повішення, яке могло трапитись випадково від аутоеротичної асфіксії, чи навмисне самогубство.

Приклад 43.3. Солдат із перехідного армійського підрозділу був знайдений мертвим. У його кімнаті були знайдені численні пляшки від таблеток і порожня пляшка віскі, але не було передсмертної записки. Слідство встановило, що він нещодавно розлучився, але здавався піднесеним в останні кілька днів. Він сказав своєму терапевту, що був радий, адже розлучення завершилося, і хвилювався про майбутнє. Його командир не думав, що це було самогубство. Родина загиблого припускала, що це могло бути вбивство і що його колишня дружина могла дати йому таблетки для передозування. Судмедексперт погодився на психологічну аутопсію. У результаті була підтримана версія випадкового передозування, хоча підозри стосовно суїцидальних намірів лишилися.

Команди наукової психіатричної консультації

Хоча психологи підтримували операції затримання і допити протягом багатьох років, події 11 вересня 2001 року і тривала GWOT стали вимагати безпрецедентної та стійкої участі наукових консультантів-психіатрів (BSC — behavioral science consultants) для підтримки операцій із затримання та розвідувального допиту. До GWOT підтримка цих місій проводилась персоналом, який належав до розвідки і спеціальних операційних груп. Проте розширений попит на BSC для підтримки цих місій потребував призначення психологів і судових психіатрів з інших військових сфер у межах МО.

Армія є виконавчим агентом адміністрації МО з політики затримання. GWOT призвела до затримання американськими військами великої кількості осіб, які перебувають під вартою. Розвідувальний допит і опитування затриманих є життєво важливою і ефективною частиною GWOT. Вони призначені для отримання точної та своєчасної розвідувальної інформації відповідно до чинного законодавства США і міжнародних законів, постанов та політики МО. Психіатри-науковці надають експертизу й консультації командирам для безпосередньої підтримки операцій із затримання і допиту/опитування.

BSC є психологами і судовими психіатрами, які не виконують практичних клінічних функцій, але забезпечують консультаційні послуги для підтримки авторизованої правоохоронної або розвідувальної діяльності, у тому числі затримання і пов'язане з цим розвідування, допити та опитування затриманих. BSC не займаються винятково наданням медичної допомоги. Тому вони не можуть претендувати на особливий статус, що надається медичному персоналу, який перебуває на службі, або мати надані МО ідентифікаційні карти, що визначають їх як таких, хто займається наданням медичних послуг. Аналогічно до психіатрів-науковців із правоохоронних організацій, судових психіатрів або психологічного персоналу, який працює в кримінальній юстиції, системі умовно-дострокового звільнення або виправлення, BSC використовують свою професійну підготовку не в стосунках

лікар — пацієнт, а щодо людини, яка є об'єктом правового офіційного дослідження, оцінки, розслідування, винесення судового рішення або іншої належної дії.

BSC функціонують як спеціальні співробітники командира, відповідальні за операції затримання і допиту. Вони мають підпорядковуватися таким чином, щоб звітувати безпосередньо цьому командирі, а не тому, хто просто отримав командування групою затримання, або Спільному центру допиту та опитування. Такі правила підвищують здатність BSC надавати вичерпні консультації щодо всіх суб'єктів в межах зони їхньої експертизи в складних аспектах операцій захвату, розвідувальних допитів і опитування затриманого. Часто наукові психіатричні консультації із забезпечення утримання під вартою, розвідувального допиту і опитування затриманих надаються окремими BSC, які працюють поодиночі.

«Поведінковий дрейф» — постійне виявлення нових, часто невстановлених і неофіційних стандартів в незапланованому напрямі — зазвичай спостерігається в місцях позбавлення волі й інших установах, де фізичні особи мають відносний контроль або владу над діяльністю інших у повсякденному житті або їхньому загальному режимі. Подібне часто відбувається, коли не дотримуються встановлених офіційних стандартів поведінки. Неоднозначні вказівки, слабкий контроль і відсутність підготовки та нагляду сприяють цим змінам у спостережуваних стандартах. Певний психологічний і соціальний тиск може значно підвищити ймовірність поведінкового дрейфу. Дрейф завдає шкоди місії та може настати без ретельного нагляду і навчання дуже швидко.

Місія BSC полягає в наданні психологічної експертизи і консультацій, щоб допомогти команді проводити безпечно, правове, етичне й ефективне затримання об'єкта операції, розвідувальний допит та опитування затриманого. Ця місія полягає у двох цілях, що взаємно доповнюють одна одну:

1. Забезпечити психологічну експертизу в моніторингу, консультації та зворотному зв'язку стосовно всього середовища, в якому проводиться затримання, щоб допомогти команді забезпечити гуманне поводження з затриманими, профілактику зловживань і безпеку персоналу США.

2. Забезпечити психологічну експертизу для оцінки окремих затриманих і їхнього оточення та надати рекомендації щодо поліп-

шення ефективності розвідувального допиту, опитування затриманих і взяття під варту об'єкта операції.

ВИСНОВКИ

Сполучені Штати історично турбувались про успішну адаптацію своїх військовослужбовців, які повертались із війни. Хоча переважна частина ветеранів війни не братиме участі в кримінальній діяльності, у значно меншій частині ветеранів буде розвиватись інвалідність, яка стане причиною завершення їхньої кар'єри в результаті психічного захворювання. У рідкісних випадках це призведе до закінчення їхнього життя. Для дуже невеликої, але досить помітної кількості ветеранів, які повертаються з війни, спосіб смерті і питання про причини та сприятливі

для цього обставини потребують психологічної аутопсії. У цьому розділі виділені останні оновлення у військовій судовій психіатрії, які дають відповідь на питання про кваліфікацію, кримінальну провину і мотивацію спричинення самоагресивної поведінки в межах Американської армії. У ході GWOT будуть розвиватись досвід і вивчення обумовлених бойовими діями психічних проблем. Військові судові процеси, політика і процедури, що регулюють психологічні аутопсії, повинні розвиватися і надалі, щоб відповідати вимогам, які зростають.

ЛІТЕРАТУРА

1. Fontana A, Rosenheck R. The role of war-zone trauma and PTSD in the etiology of antisocial behavior. *J Nerv MentDis.* 2005;193:203–209.
2. McCarroll JE, Ursano RJ, Liu X, et al. Deployment and the probability of spousal aggression by US Army soldiers. *MilMed.* 2000;165(1):41–44.
3. Epidemiological Consultation NO. 14-hk-ob 1 U 0-9. Investigation of homicides at Fort Carson, Colorado, November 2008–May 2009, July 2009.
4. Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry.* Springfield, Ill: Charles C Thomas Publishers, Ltd; 1997.
5. Lande RG. The history of forensic psychiatry in the US military. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry.* Springfield, Ill: Charles C Thomas Publishers, Ltd; 1997: 3–27.
6. Lande RG, Benedek DM. Forensic psychiatry in the United States military. *J Am Acad Psychiatry Law.* 1998;26(2):295–304.
7. Ritchie EC, Benedek D, Malone R, Carr-Malone R. Psychiatry and the military: an update. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29(3):695–707.
8. Zonana HV. Legal regulations of psychiatric practice in the military. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry.* Springfield, Ill: Charles C Thomas Publishers, Ltd; 1997: 452–468.
9. Gilligan FA. Military law. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry.* Springfield, Ill: Charles C Thomas Publishers, Ltd; 1997: 28–56.
10. US Department of Defense. *Manual for Courts-Martial, United States.* Washington, DC: DoD, Joint Service Committee on Military Justice, 2008. Available at: www.usapa.army.mil/pdffiles/mcm.pdf. Accessed December 4, 2009.

11. Uniform Code of Military Justice, 10 USC § 801–946 (2005).
12. Filbert BG. Disorder and syndrome evidence. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas, Ltd; 1997: 187–198.
13. Ritchie EC. Reactions to rape: a military forensic psychiatrist's perspective. *Mil Med*. 1998;163(8):505–509.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. 4th ed, text revision. Washington, DC: APA; 2000.
15. Ritchie EC: Malingering and the United States military. In: Lande RG, Armitage DA, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry*. Springfield, Ill: Charles C Thomas, Ltd: 1997.
16. Malone RD, Lange CL. A clinical approach to malingering. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2007;35:1,13–21.
17. Richissin T. When “tough it out” backfires. *News and Observer*. October 26, 1997:A1.
18. US Department of Defense. *Armed Forces Institute of Pathology Operations*. Washington, DC: DoD; 2003. DoD Instruction 5154.30.
19. Ritchie EC, Gelles MG. Psychological autopsies: the current Department of Defense effort to standardize training and quality assurance. *J Forensic Sci*. 2002;47(6):1370–1372.

Розділ 44

ЖІНКИ, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я І АРМІЯ

ДЕБОРА КРОУЛІ^I · ТРИША БЕНДЕР^{II} · ЕШЛІ ЧАТІГНІ^{III} ·
ТІНА ТРУДЕЛЬ^{IV} · ЕЛСПЕТ КЕМЕРОН РІЧІ^V

ВСТУП

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ СТРЕСОРИ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ

Фізична підготовка

Призначення на посаду

Середовище і соціальна підтримка

Розгортання

Вагітність

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК

Шизофренія

Депресія

Біполярний розлад

Тривожні розлади

ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА В ЖІНОК

Передмова

Черепно-мозкова травма, стать і результат

Психологічні наслідки черепно-мозкової травми в жінок

Родина і питання професійної підготовки для жінок опісля черепно-мозкової травми

ВИСНОВКИ

- ^I Доктор медицини, капітан, Медичний корпус, Армія США, співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859.
- ^{II} Доктор медицини, майор, Медичний корпус, Армія США; дивізійний психіатр, штаб-квартира 25-ї піхотної дивізії, Building 580, DIVSURG CELL, Schofield Barracks, Hawaii 95857-6000; у минулому – співробітник дитячого та підліткового відділу, Військово-медичний центр Тріплер, Honolulu, Hawaii.
- ^{III} Доктор остеопатії, капітан, Медичний корпус, Армія США; співробітник відділу дитячої та підліткової психіатрії, Військово-медичний центр Тріплер, 1 Jarrett White Road, Honolulu, Hawaii 96859-5000.
- ^{IV} Доктор філософії, директор, Нейрокаре, Центр оборони і травм мозку ветеранів у Вірджинії, 1101-B East High Street, Charlottesville, Virginia 22902; помічник клінічного професора психіатрії та нейроповедінкових наук, Медична школа Університету Вірджинії, Charlottesville, Virginia 22902; у минулому – виконавчий директор, Центр нейрореабілітації Лейквью, Effingham Falls, New Hampshire.
- ^V Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому – консультант начальника військово-медичної служби Армії США з психіатрії та директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз – головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

ВСТУП

До військових дій в Афганістані (операція «Непохитна свобода» — OEF) й Іраку (операція «Іракська свобода» — OIF) головними медичними проблемами для більшості жінок у військовій формі були питання, які стосувались репродуктивного та гінекологічного здоров'я. Важливим для жінок-солдатів було поєднувати сім'ю та кар'єру з терміновим розгортанням в Кореї, Сомалі чи Косові протягом періоду від 6 до 12 місяців. «Як мені доглядати за дитиною? Як здійснювати грудне вигодовування, коли я їду на полігон? Як слідкувати за чистотою, якщо навколо все брудне і критичні дні застають мене в полі? Що мені робити з цим?» Після терористичної атаки 11 вересня 2001 року

світ для жінок-солдатів змінився. Жінки, як і раніше, становлять близько 15 % військовослужбовців. В Армії США жінки до цих пір не призначаються в технічні бойові частини, такі як піхота і артилерія. Проте вони, безумовно, беруть участь в бойових діях. Жінки служать у військовій поліції та стають водіями вантажівок, а також залучаються до широкого спектру інших сфер, де вони повинні бути готові захистити себе. В інших військових службах вони дійсно виконують специфічні бойові ролі. Оскільки більше не існує безпечних ліній і немає тилу, жінки все частіше отримують поранення й бувають убиті, хоча очевидно, що не так часто, як чоловіки.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ СТРЕСОРИ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ

Не дивно, що життя в Армії створює унікальний набір психосоціальних чинників стресу для жінок, які служать. Необхідно відповідати безлічі показників, щоб домогтися успіху в Армії, зокрема досягати високого рівня фізичної підготовки, бути готовими до понаднормового робочого часу, широких меж норм і правил, а також 24-годинної доступності для виконання обов'язків. Військовослужбовці можуть бути терміново відряджені на розгортання на різні періоди часу на будь-який континент по всій земній кулі.

Існує також і багато потенційних переваг військової служби, таких як стабільна зайнятість, фінансові стимули для отримання вищої освіти, унікальний дух товариства і сімейної підтримки. Наступний підрозділ описує унікальні проблеми, які можуть вплинути на жінок-військовослужбовців та на їхнє психічне здоров'я.

Фізична підготовка

Усі військовослужбовці мають підтримувати гарну фізичну форму для виконання своєї роботи. Кожна служба має власні особливі стандарти придатності, проте вони більш схожі, ніж відмінні. Фізичні здібності вимірюються щорічним або піврічним формальним тестом придатності, який оцінює м'язову витривалість і аеробні здатності.

Кожна служба має стандарти, встановлені для військовослужбовців різного зросту і ваги [1]. Вони також залежать від віку і статі. Якщо вага військовослужбовців перевищує максимально допустиму позначку, вони мають відповідати стандартним пропорціям вмісту жиру в організмі. Солдати, як чоловіки, так і жінки, часто використовують різні методи, щоб відповідати стандартам ваги. Деякі з цих методів передбачають затверджену лікарем дієту і схеми лікування, які складаються з фізич-

них вправ. Однак використовуються різні інші методи, зокрема й аварійні дієти, екстремальні режими вправ і альтернативні підходи, такі як обгортання і ношення костюмів для сауни. У деяких випадках це може призвести до розвитку розладів харчової поведінки, що описується більш детально в інших розділах.

Фізична підготовка є очевидною вимогою для успішної військової служби, різні посади вимагають різні рівні фізичної сили та витривалості. Загалом чоловік-солдат, як очікується, працює швидше і має більшу м'язову силу, ніж військовослужбовці-жінки. Це засновано на фізичних відмінностях розподілу м'язової маси у чоловіків і жінок. Попри це, чоловіки і жінки часто мають виконувати одні й ті ж самі фізичні завдання. Наприклад, коли солдати роблять стрибок, очікується, що вони будуть нести певне спорядження, коли покинуть літак, і це навантаження однакове як для чоловіків, так і для жінок-парашутистів. Під час розгортання військовослужбовці-жінки зобов'язані носити таке ж бойове спорядження, як і солдати-чоловіки. Виконання цих завдань, як правило, більш важке для жінок, ніж для чоловіків, знову ж таки через відмінності в будові організму, м'язовій масі й середніх розмірах тіла. Це часто стає додатковим стресором для жінок-солдатів, оскільки вони повинні відповідати вимогам тих же стандартів, що і їхні колеги-чоловіки, але маючи іншу фізіологічну будову.

Якщо максимально допустима кількість жиру в організмі військовослужбовця перевищена, такого солдата зараховують до програми управління вагою, яка може складатися з щомісячних обов'язкових класів, зустрічей із дієтологом і спеціалізованого режиму фітнесу. Якщо військовий не відповідає стандартам для проведення випробування з фізичної підготовки, він може бути зарахований до спеціалізованої схеми лікування з фізичної підготовки. Якщо фізична підготовка не відповідає вимогам, солдати можуть бути відсторонені від дій, які могли б сприяти їхньому просуванню по службі, відпустці або отриманню нагороди. Солдати можуть бути відсторонені від служби в адміністративному порядку, якщо вони постійно не відповідають фізичним вимогам [2].

Але порівняно зі своїми цивільними колегами жінки-військовослужбовці можуть насправді мати перевагу, набуваючи хорошої фізичної форми. Дослідження показали, що регулярні режими тренування зменшують частоту або тяжкість симптомів депресії та тривоги [3, 4]. Вправи поліпшують сон і самі по собі здатні стати дуже цінною навичкою подолання труднощів, які виникають в Армії.

Призначення на посаду

Можливість для зарахування на військову службу часто надається на підставі отриманої суми балів за тестуванням із професійної підготовки для кандидатів на військову службу (ASVAB — Armed Services Vocational Aptitude Battery) [5]. Багато контрактників, поступаючи на службу, уявляють певний тип роботи, яку вони хотіли б мати. Але немає жодної гарантії, що на службі їм запропонують виконувати ту роботу, яку вони бажають. Багатьом солдатам пропонується обмежена кількість посад, і той факт, що робота виявиться не такою, у якій вони зацікавлені, може дуже засмучувати. Це часто визначає стан, чи будуть солдати з нетерпінням чекати, чи боятимуться того часу, протягом якого вони мають служити. У цьому полягає відмінність від цивільного світу, в якому більшість людей можуть відмовитись від роботи, якої вони не хочуть, або просто пройти співбесіду з іншим роботодавцем.

Ці обмеження стосовно вибору роботи стосуються й офіцерів. Офіцери, які претендують на певну посаду, можуть обґрунтувати перелік підстав для призначення саме на неї. Проте будь-які призначення насамперед стосуються потреб Збройних сил, а вибір (бажання) офіцерів є вторинним. Це може стати істотним довгостроковим стресором для того, хто, наприклад, хоче бути льотчиком, але замість цього направлений у квартирмейстерську службу. Посади жінок-військовослужбовців обмежені небойовими напрямками, окрім декількох винятків, таких як авіація і польова артилерія. Деяких жінок це розчарує. Адже вони вважають, що, якщо вони можуть відповідати тим же фізичним і технічним стандартам виконання роботи, як і чоловіки, їм повинна бути надана можливість виконувати цю роботу.

Для інших жінок, які не бажають таких робочих місць, обмеження є полегшенням, бо вони, на відміну від своїх колег-чоловіків, не відважуються бути призначеними на них.

Середовище і соціальна підтримка

Армія — це середовище, де люди, які до нього належать, адаптовані до змін. Ці зміни проявляються багатьма різними способами: зміна способу життя, щоденний розпорядок, посадові обов'язки, а також склад і групування товаришів по службі. Деякі люди вітають зміни, інші їх бояться. Але у всіх вони викликають стрес.

Багато людей приєдналися до Збройних сил через можливість подорожувати світом. Часті переїзди відбуваються незалежно від того, бажано це чи ні. Солдати можуть висловлювати свої побажання щодо місця призначення, та, зрештою, військовослужбовців розподіляють відповідно до потреб Армії. Для молодих контрактників дуже часто базова підготовка уперше відбувається, коли вони протягом тривалого періоду перебувають далеко від дому. Це віддаляє їх від усього, що їм знайоме, — сімей, друзів, дому, звичного розпорядку, роботи і способу життя. Вони обмежені в контактах зі своєю основною мережею соціальної підтримки і поміщені в середовище, де їм говорять, як одягатися, як ходити, як поводитися і що цінувати. Більшість із цих солдатів відносно молоді, не мають чіткого розуміння того, ким вони є, і плану життя. Це напружений час для всіх військовослужбовців чоловічої або жіночої статі.

Армія вимагає від солдатів бути розумово і фізично сильними, сміливими і агресивними. Суспільство традиційно резервує ці характеристики для чоловіків, але останнім часом жінки стали частіше грати традиційно чоловічі ролі, що є результатом зміни соціальних цінностей і військових потреб в країні [6]. У такому оточенні молоді жінки-військовослужбовці, що вперше перебувають далеко від дому, занадто часто піддаються спокусі брати участь у нездоровій поведінці, щоб пристосуватися і здаватися частиною команди. Це їхня спроба розвинути нову мережу соціальної підтримки в цій напруженій обстановці, а також отримати визнання серед колег-чоловіків.

Розгортання

Розгортання є ще одним важливим джерелом змін, унікальним для військової служби. У короткий термін солдати можуть бути відірвані від повсякденного життя, до якого вони звикли, і відразу транспортуватись на інший кінець світу на багато місяців. Цей процес зазвичай передбачає перебування упродовж тривалого часу далеко від рідних і близьких, хоча Армія значно поліпшила можливості солдатів під час розгортання спілкуватися з друзями і близькими, які залишилися вдома.

Розгортання може також означати суворі польові умови або клімат, до якого солдат не звик. Ці суворі умови впливають на особисту недоторканність приватного щоденного життя. Під час розгортання можуть виникнути умови певної непередбачуваної небезпеки для військовослужбовців, навіть із загрозою для їхнього життя. Будь-яка ситуація, чи навчання на домашній базі, чи розгортання за кордоном, створює значні труднощі щодо особистої гігієни для жінок-солдатів, які мають бути готові до щоденної гігієни, пов'язаної з менструацією, навіть у той час, коли вони перебувають у польових умовах. Умови для зміни і видалення предметів гігієни не завжди доступні в полі, також часто стає проблемою і наявність часу, щоб піклуватися про гігієну. На додачу до менструацій сечовипускання є ще одним стресором для жінок-солдатів. На польових навчаннях це стає питанням як недоторканності приватного життя, так і зручності. Попри це, під час розгортання це може стати серйозною проблемою безпеки, оскільки пов'язане з тим, як носити захисне спорядження і запобігати ворожому вогню [7].

Розгортання стали більш поширеними і частими для військовослужбовців протягом останніх декількох десятиліть. Недавні дослідження показують, що солдати, які вступають на службу сьогодні, матимуть у середньому 14 розгортань протягом 20-річної кар'єри [8]. До них належать як бойові розгортання, так і миротворчі місії. Також дослідження свідчать, що військовослужбовці загалом хочуть мати можливість робити те, чого їх навчали робити, і більшість з них знайде сенс у службі під час розгортання [9]. Однак із плином

часу стресори розгортання почнуть позначатися на фізичному і психічному добробуті солдатів.

Одним із чинників розвитку проблем психічного здоров'я для військовослужбовців, очевидно, є тривалість розгортання. Кілька досліджень показали: що довше триває розгортання, то більший психологічний стрес відчувають солдати. Це, своєю чергою, призведе до розвитку таких симптомів, як пригнічений настрій, порушення сну, підвищення тривожності та погіршення концентрації [10]. Більшість із цих досліджень, проте, концентрується на солдатах-чоловіках. Аналіз, проведений Adler і його колегами, показав, що зв'язок між тривалістю розгортання і стресом може бути відмінним для жінок-військовослужбовців. Це може бути пов'язано з фізіологічною різницею в реакції на стрес у чоловіків і жінок, темою, яка сама по собі потребує подальшого дослідження [10].

Вагітність

Вагітність є одним з основних стресорів для військових і невійськових жінок. У цей період відбуваються фізичні зміни, можливі проблеми зі здоров'ям, гормональні зміни і адаптація до материнства. Відповідно до конкретних правил кожного виду служби вагітні жінки-військовослужбовці отримують медичний статус, який виключає їхню участь у фізичній підготовці [11]. Це також вилучає їх з формального тестування фізичної підготовки під час вагітності і протягом 180 днів після народження дитини.

Обмеження стосується не тільки вимог фізичної підготовки, а й часу виконання службових обов'язків і завдань. Це запобігає можливим ускладненням вагітності, частота яких і так є вищою для жінок-військовослужбовців, ніж для цивільних жінок [12]. Наприклад, після 28-го тижня вагітності Армія обмежує жінок-солдатів до 8 годин роботи одноразово і 40 годин роботи протягом тижня [12]. Існують також обмеження, якими забороняється працювати з двигунами, зброєю, на висоті або на літаку. Це може мати різні впливи на військовослужбовців залежно від покладених на них і на підрозділ завдань. Наприклад, для жінки — військового лікаря вагітність стане

причиною для зниження кількості робочих годин і скасує нічні виклики, але в повсякденному житті зміни будуть невеликими. Проте для жінки-військовослужбовця, чиї обов'язки пов'язані з обслуговуванням обладнання чи механізмів, тимчасова зміна робочого призначення може бути необхідною. Це вимагає від військовослужбовця освоїти нову діяльність і пристосуватися до нового робочого графіка. Окрім того, її роботу, як і раніше, потрібно буде виконувати комусь іншому в підрозділі.

Жінка-солдат на посаді механіка отримує ще один стресор від вагітності — потенційні соціальні конфлікти з товаришами по підрозділу. Оскільки військовослужбовці можуть бути перенавантажені завданнями та роботою через вагітність механіка, це рідко вітається. Така ситуація здатна призвести до незадоволення вагітним солдатом іншими солдатами в підрозділі. У деяких підрозділах, однак, може бути навпаки. У згуртованих підрозділах солдати об'єднуються навколо товаришів по команді, які стикаються з проблемами, і намагаються надати їм значно більше підтримки, ніж її отримують ті, хто працює на цивільних робочих місцях.

Поєднання вагітності та відкладення участі в розгортанні висуває унікальні виклики. Оскільки вагітність не дає змоги жінкам-військовослужбовцям брати участь у розгортанні [12], іноді виникає думка, що військовослужбовці навмисно вагітніють, аби його уникнути. Не тільки це може запобігти участі у розгортанні, Армія також пропонує адміністративне відсторонення для контрактників, які вагітніють [13]. Інші солдати можуть сприймати це як нехтування обов'язками незалежно від справжньої мотивації вагітності.

Після того, як народжується дитина, якщо вагітність проходила без ускладнення, військовослужбовцю надається 6 тижнів декретної відпустки. Після того як закінчуються ці 6 тижнів, військовослужбовець, як очікується, повертається до звичайних робочих годин служби на призначену їй роботу. У цей час жінка-солдат, як і раніше, звільнена від тестування фізичної підготовки на 180 днів після пологів. Якщо пологи відбувались через кесарів розтин, жінка може мати труднощі з присіданнями. У неї можуть з'явитися додаткові проблеми з тим, аби відповідати військовим

стандартам ваги після вагітності, навіть якщо на період відновлення дається 180 днів [14].

Військовий центр зміцнення здоров'я і профілактичної медицини США розробив і поширив програму фізичної підготовки до вагітності жінок-військовослужбовців. «Далека мета цієї програми полягає в тому, щоб зменшити вплив вагітності на фізичну форму солдатів і готовність підрозділу завдяки зменшенню втрат через виснаження і зниження фізичної підготовки» [15]. Після пологів військовослужбовці не відправляються на розгортання ще 6 місяців. Після цього терміну жінка-солдат, як очікується, буде відправляється на розгортання, як і будь-які інші військовослужбовці. Солдати можуть вирішити відмовитися від цього 6-місячного періоду «зміцнення зв'язків» і відправитися на розгортання незабаром після пологів [16].

Один психіатр розповів про свій досвід розгортання з підрозділом, в якому було кілька солдатів-жінок, які вирішили відмовитися від можливості залишитися на базі в свій період «зміцнення

зв'язків» [17]. Ці жінки навели різні причини свого рішення, у тому числі небажання підвести своїх товаришів по службі і бажання виконувати свою роботу, якої вони були навчені. Проте на розгортанні ці жінки мали серйозні проблеми, як психічні, так і фізичні. Вони переживали очікувані емоційні проблеми, пов'язані з відокремленням від своїх новонароджених. Фізично вони не оговталися від 9 місяців вагітності і народження дитини. У багатьох із цих жінок розвинулася депресія, декого такий стан привів до суїциду. Крім того, що подібний сценарій має значний вплив на окремих солдатів, це стає додатковим стресом для підрозділу в умовах розгортання [17].

У цьому розділі розглянуто деякі психосоціальні стресові чинники, унікальні для жінок у збройних силах, але вони не є вичерпними. Деякі жінки-військовослужбовці здатні легко адаптуватися і впоратися з цими стресорами, проте для інших вони можуть стати причиною розвитку психічного захворювання. Решта цього розділу більш докладно розглядатиме специфічні діагнози.

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК

Хоча жінки страждають від таких самих основних психічних захворювань, що і чоловіки, існують ключові відмінності, відзначені в дослідженнях і оглядах літератури про психічне здоров'я жінок. Ці відмінності, такі як історія презентації та перебіг захворювання, мають важливий вплив на діагностичні та лікувальні міркування стосовно пацієнтів-жінок. Крім того, вагітність, грудне годування, перименопауза і менопауза можуть ускладнити психічне благополуччя. Спочатку в цьому розділі буде розглянуто кожне суттєве психічне захворювання окремо.

Шизофренія

Навіть попри те що співвідношення захворюваності між чоловіками і жінками не різниться, захворювання у жінок починається пізніше, ніж у чоловіків (20–29 років порівняно з 15–24). Невеликий відсоток жінок має перший психотичний епізод у віці близько сорока років [18]. Жінки

більш схильні мати хорошу преморбідну історію функціонування до своєї хвороби і під час хвороби, показують більш позитивні симптоми з афективними ознаками і відчувають менше негативних симптомів, ніж чоловіки.

Лікування шизофренії в пацієнтки нічим не відрізняється від вимог стандартних практичних положень, але існує кілька моментів, специфічних для жіночої статі. Деякі нейролептики (рисперидон, галоперидол) можуть спричинити гіперпролактинемію (нормальний пролактин 5–25 нг/мл), що призводить до порушення менструального циклу або аменореї (пролактину більше 60 нг/мл). У тих випадках, коли лікування не може бути змінено або призупинено, гіперпролактинемію можна подолати за допомогою додавання агоніста допаміну бромокриптину (2,5–7,5 мг два рази щодня) або каберголіну (0,5 мг/тиждень) [19]. Як альтернатива оральні контрацептиви можуть бути використані для відновлення регулярності менструального циклу, зірваного гіперпролактинемією, на додачу до забезпечення протизаплідними засобами.

Жінки, які страждають на шизофренію, мають високий ризик незапланованої вагітності через неефективне використання контрацепції та високий рівень сексуального насильства. Запобігання повинне передбачати консультування про кращий вибір контролю над народжуваністю, статеве виховання і психосоціальну підтримку. Пацієнти, які страждають на шизофренію і вагітніють, потребують частого моніторингу. Повторення психотичних симптомів може призвести до неотримання допологового спостереження, поганого самообслуговування, параноїдних галюцинацій про медичний персонал, що перешкоджає співробітництву, і несприятливих наслідків вагітності (тобто низької ваги при народженні, низьких балів оцінки стану новонародженого за шкалою Апгар, недоношеності). Ці чинники на додачу до розгляду попереднього функціонування необхідно враховувати при прийнятті рішення про лікування під час вагітності.

Дані про вплив нейролептиків на плід обмежені. Деякі відомості показали, що ризик вроджених вад розвитку від використання агентів з високим потенціалом (галоперидол і трифлюоперазин) не збільшується, хоча фенотіазини з низьким потенціалом, можливо, мають вищу частоту вроджених неспецифічних аномалій і неонатальної жовтяниці [20].

Вплив нових атипичних нейролептиків недостатньо досліджений. Це не вказує на несприятливі наслідки, але через невелику кількість результати цих досліджень не можуть бути використані клініцистом як керівництво. Будь це рішення лікувати за допомогою ліків чи спостерігати за симптомами, пацієнтка потребуватиме ретельного спостереження і будь-якої психосоціальної підтримки, яку вона може отримати.

Депресія

Поширеність однополярної депресії у жінок статистично вища (10–25 %) порівняно з чоловіками (12 %) [21]. Дистимія вдвічі частіше трапляється у жінок, ніж у чоловіків [22]. Аналогічно сезонний афективний розлад також поширеніший серед жінок, ніж серед чоловіків [23]. Попри те, що симптоми депресії істотно не різняться між статями,

жінки схильні до ризику розвитку депресивних епізодів під час репродуктивних переходів, як-от пременструація, вагітність, післяпологовий період, перименопауза і менопауза.

Передменструальний дисфоричний розлад (PMDD — Premenstrual dysphoric disorder) входить до переліку розладів настрою, які не підпадають під четверте видання «Діагностичного і статистичного довідника психічних розладів» (DSM-IV-TR) Американської психіатричної асоціації, який описує великий спектр періодичних фізичних і емоційних симптомів, пов'язаних з пізньою лютеїновою фазою менструального циклу, що з'являється з початком менструації. Фізичні симптоми складаються з головного болю, судом, болю у грудях і здуття живота. Емоційними симптомами є депресія, дратівливість, неспокій і безсоння. Після виключення інших причин симптомів (у тому числі інших медичних і психіатричних розладів, як-от уніполярна депресія, дистимія і тривога) PMDD можна контролювати, щоденно малюючи діаграми симптомів протягом 2-місячного періоду. Лікування засноване на тяжкості симптомів і коливається від нефармакологічних підходів, як-от гігієна сну, релаксаційна терапія і когнітивно-поведінкова терапія, до використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (SSRI) для більш важких випадків.

Материнська депресія під час вагітності створює ризики як для жінки, так і її дітей, наприклад насильство під впливом алкоголю, погане харчування, неможливість отримати адекватний допологовий догляд і суїцидальну поведінку. Акушерські ускладнення також були вивчені і показали збільшення ризику повільного росту плода [24], маленької окружності голови немовляти [25] і підвищеного ризику передчасних пологів [26].

Управління санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA — US Food and Drug Administration) використовує систему рейтингу вагітності [27], щоб надавати лікарям інформацію про потенційну безпеку використання ліків під час вагітності або грудного годування (додаток 44.1). Однак система рейтингу не завжди відображає наявні дані. Крім того, перш ніж нові дані будуть включені в систему, можлива тимчасова затримка. Важливо відзначити, що на сьогодні за відсутності контрольованих

випробувань FDA не схвалило використання будь-яких ліків під час вагітності або грудного годування. Таким чином, важливо отримати інформовану згоду кожного пацієнта у разі використання психотропних препаратів, упевнившись, що вони знають про співвідношення ризику і користі їх використання.

У разі необхідності використання лікарських засобів під час вагітності необхідно призначити мінімальну ефективну дозу, тобто дозу, яка ефективно лікує симптоми пацієнта без надмірного впливу на плід доз, вищих, ніж потрібно для пацієнта. На сьогодні найбільша кількість опублікованих даних про застосування під час вагітності стосується SSRI, зокрема флуоксетину. Під час одного з досліджень довгострокового нейропсихологічного ефекту SSRI під час вагітності порівнювали дані дітей, які зазнали впливу флуоксетину, трициклічного антидепресанту та які не отримували

вали антидепресантів. Між цими трьома групами не було виявлено істотної різниці [28]. Усі SSRI належать до категорії ризику «С» за рейтингом вагітності FDA, за винятком пароксетину, який належить до категорії ризику «D» і не рекомендується для використання під час вагітності. Лікарі Сполучених Штатів дедалі частіше призначають бупропіон під час вагітності для лікування депресії, вочевидь через те, що він належить до категорії ризику «B». Однак станом на сьогодні немає опублікованих даних про його безпеку або переносимість під час вагітності.

Післяпологовий період може бути особливо вразливим для жінки, до 85 % жінок відчувають післяпологову «меланхолію» (Postpartum «blues») протягом перших двох тижнів після народження дитини. Цей стан зазвичай проходить спонтанно і не потребує лікування. Та наявність психіатричних знань у лікаря і пацієнтів допомагає відрізнити

ДОДАТОК 44.1

ВИМОГИ УПРАВЛІННЯ САНИТАРНОГО НАГЛЯДУ ЗА ЯКІСТЮ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ І ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ США ДО МАРКУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Категорія вагітності:

- A** Дослідження у вагітних жінок не показали, що (*назва препарату*) підвищує ризик розвитку аномалій плода, якщо його вводять протягом першого (*другого, третього або всіх*) триместру (*iv*) вагітності. Якщо цей препарат використовується під час вагітності, з'являється віддалена можливість ураження плоду. Оскільки дослідження не може виключити можливість заподіяння шкоди, (*назва препарату*) слід використовувати під час вагітності, тільки якщо це явно необхідно.
- B** Репродукційні дослідження були проведені на (*вид (и) тварини (н)*) у дозах, які використовується для людей, і не виявили жодних ознак порушення фертильності або шкоди для плода через використання (*назва препарату*). Проте не існує ніяких адекватних і добре контрольованих досліджень у вагітних жінок. Оскільки дослідження репродукції тварин не завжди дає змогу прогнозувати реакцію у людини, цей препарат слід використовувати під час вагітності, тільки якщо це необхідно.
- C** (*Назва препарату*) проявив себе як тератогенний (був смертельно загрозливим або мав інші несприятливі наслідки для плода) для (*назва (и) виду (ів)*), коли надавався в дозах, які були в (*x*) раз більше дози для людини. Не існує жодних адекватних і добре контрольованих досліджень стосовно вагітних жінок. (*Назва препарату*) слід використовувати під час вагітності, тільки якщо потенційні вигоди виправдовують потенційний ризик для плода.
- D** (*Назва препарату*) може завдати шкоди плоду при введенні вагітній жінці. (*Опишіть дані, які стосуються людини або будь-які доречні дані стосовно тварин*). Якщо цей препарат використовується під час вагітності або якщо пацієнтка стає вагітною, приймаючи цей препарат, пацієнтка має бути ознайомлена з потенційною небезпекою для плода.
- X** (*Назва препарату*) може (*імовірно*) зашкодити плоду при введенні вагітній жінці. (*Опишіть дані, які стосуються людини або будь-які доречні дані щодо тварин*.) (*Назва препарату*) протипоказаний жінкам, які є або можуть стати вагітними. Якщо цей препарат використовується під час вагітності або якщо пацієнтка стає вагітною, приймаючи цей препарат, пацієнтка має бути ознайомлена з потенційною небезпекою для плода.

Джерело: Кодекс федеральних правил (Code of Federal Regulations – CFR), том 4, розділ 21, оновлений станом на 1 квітня 2008 року (21CFR201.57). Доступний за адресою: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfCFR/CFRSearch.cfm?fr=201.57>. Доступний: 2 вересня 2009 року.

няти післяпологову меланхолію від більш серйозного депресивного стану. Поширеність післяпологової депресії становить близько 10 %. Будь-яка попередня історія наявності депресії значно збільшує ризик для жінки. Досвід передменструального дисфоричного розладу до зачаття збільшує ризик розвитку післяпологової депресії до 24 %. Епізод депресії, пережитої під час вагітності, підвищує ризик післяпологової депресії до 35 %. Будь-яка жінка з попередньою історією післяпологової депресії має від 50 % до 60 % ризику її розвитку під час наступної вагітності [29]. Лікування є мультимодальним і передбачає психоосвіту, індивідуальну та групову психотерапію, підтримку (громадські ресурси) і медикаментозне лікування. Можливість грудного вигодовування слід ретельно обговорювати, оскільки всі психотропні препарати всотуються у грудне молоко; дані про їхній вплив на немовля обмежені. Пацієнтам, чия депресія ускладнюється психозом або суїцидальними тенденціями, звичайно потрібна госпіталізація до тих пір, поки вони не перестануть бути небезпечними для себе або інших. Постнатальний психоз вважається критичним станом і причиною для термінової госпіталізації, адже привносить ризик дітовбивства (1/1000), якщо його не лікувати, на додачу до пов'язаного з психозом ризику для матері.

Біполярний розлад

Біполярний розлад трапляється в 1 % населення і однаковою мірою поширений серед чоловіків і жінок. Жінки зазвичай відчувають більше депресивних і змішаних епізодів, ніж чоловіки, з меншою кількістю маніакальних епізодів. Це може привести до діагностики уніполярної депресії та лікування антидепресантами, які потім погіршують стан і призводять до швидкого роздратування — явища, яке поширеніше більше серед жінок, ніж серед чоловіків [30]. Інша причина для швидкого роздратування — це дисфункція щитоподібної залози, яка може бути викликана літій-індукованим гіпотиреозом. Жінки піддаються більшому ризику дисфункції щитоподібної залози, ніж чоловіки, тому рівень тиреотропного гормону варто перевіряти кожні 6 місяців у будь-якої жінки, яка отри-

мує літій. Подолання біполярного розладу може бути особливо складним завданням в перинатальному періоді, тому що сучасні препарати першої лінії вже відомі тим, що мають негативний вплив на плід і здатні спричинити вроджені вади розвитку, або зібрано мало відомостей про їхню безпеку під час вагітності чи грудного вигодовування. Зокрема, було визначено, що літій збільшує ризик аномалії Ебштейна (Ebstein's Anomaly) — неправильного формування тристулкового клапана — з 1/20 000 до 1/1000, якщо жінка приймає його під час формування органів у плода [31]. Застосування літію на пізнішому терміні вагітності може призвести до порушення серцевого ритму плода, гіпоглікемії, нефрогенного нецукрового діабету, полігідраміозу або передчасних пологів [32, 33]. Американська педіатрична академія застерігає від використання літію в період лактації. Ця рекомендація заснована на дослідженні, яке показало, що рівень концентрації літію в сироватці крові дітей після грудного годування вдвічі більший, ніж у матерів. Використання літію під час періоду лактації також може мати несприятливі наслідки, зокрема млявість, гіпотонію, гіпотермію та зміни серцевого ритму [34].

Пренатальний вплив вальпроатів (препаратів вальпроєвої кислоти) спричинює дефекти нервової трубки, краніофациальної і серцево-судинної систем та аномалії кінцівок [35]. Метааналіз показав, що використання вальпроатів збільшує ризик дефекту нервової трубки на 3,8 % — у 38 разів більше, ніж це буває в загальній популяції [36]. Даних щодо використання атипичних антипсихотичних препаратів під час вагітності і грудного годування недостатньо.

Тривожні розлади

Загалом тривожні розлади більш поширені у жінок, ніж у чоловіків (за винятком обсессивно-компульсивного розладу, який поширений однаково). Порівняно з чоловіками жінки вдвічі частіше страждають від посттравматичного стресового розладу, утричі частіше можуть відчувати панічний розлад з агорафобією і мають у чотири рази більше шансів отримати соціальну фобію [37, 38].

Хоча інші супутні психічні розлади трапляються у 91 % пацієнтів з панічним розладом і в 84 % пацієнтів з панічним розладом і агорафобією, панічний розлад з агорафобією поширеніший у жінок-алкоголиків, ніж у чоловіків-алкоголиків [39]. Лікування панічного розладу не різниться в чоловіків і жінок, причому найефективніші методи лікування передбачають когнітивно-поведінкову терапію і медикаментозне лікування.

Для отримання повної картини потрібна комплексна оцінка для виключення порушень, що імітують тривогу, зокрема захворювання щитоподібної залози, вовчак, залізодефіцитну анемію, серцево-судинні захворювання, пременопаузу. Також необхідно усунути інші причини тривоги, зокрема вживання алкоголю, нікотину, кофеїну, нестероїдних протизапальних засобів, трав'яних добавок, а також засобів для придушення апетиту.

ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА В ЖІНОК

Передмова

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є одним із найбільших ризиків для військовослужбовців, що впливає на фізичне і психічне здоров'я. Частота ЧМТ серед населення загалом і у військах зокрема достатньо висока, що робить такий стан значною громадською і військовою проблемою охорони здоров'я. У нинішній війні з тероризмом черепно-мозкова травма стала переважним видом травм у чоловіків і жінок-військовослужбовців у найрізноманітніших ролях. Акцент на ЧМТ збільшився з появою таких травм під час ОІФ та ОЕФ. Що стосується ОІФ, то Управління начальника військово-медичної служби Армії зазначає, що 64 % травм під час бойових дій трапилися в результаті розриву саморобних вибухових пристроїв, гранатометів, мін і мінометних або артилерійських снарядів [40]. Поліпшення конструкції шолома і бронезилета дали змогу знизити кількість проникаючих поранень, у тому числі проникаючих травм голови. Як прямий результат підвищеної живучості під час вибухів закрита черепно-мозкова травма стала візитівкою цих військових операцій.

Докладний огляд військової ЧМТ (з моменту отримання травми до медичних і реабілітаційних закладів і, нарешті, повернення до професії та сім'ї) був проведений у текстах попереднього «Підручника з військової медицини» [41]. Отже, цей розділ акцентуватиме увагу тільки на ознайомленні читача з результатами досліджень, які стосуються гендерних відмінностей і їхніх наслідків для жінки. Навіть зважаючи на те, що в загальній популяції чоловіки вдвічі частіше

отримують ЧМТ, ніж жінки, а кількість чоловіків в Армії набагато перевищує кількість жінок, відсоток жіночої ЧМТ і жінок-військовослужбовців за останнє десятиліття збільшився. Розуміння різних аспектів того, як ЧМТ впливає на жінок, хоч і змінилося, проте все ще перебуває в стані розвитку.

Черепно-мозкова травма, стать і результат

Аналіз статі як змінного показника унаслідок нейротравми є досить недавнім явищем, і результати таких досліджень мають значні розбіжності. Моделі, розроблені на тваринах, показують позитивний ефект від гормональної терапії (прогестерон, естроген) у кінцевому результаті, а також потенційно як ризик, так і допомогу для жінок, які перебувають у пре- або в постменопаузі. Прогестерон має інгібуючу дію, модулює гамма-аміномасляну кислоту і пригнічує апоптоз, гліоз і продукування протизапальних засобів, тим самим зменшуючи набряк мозку. Естроген відомий як потужний антиоксидант з вазопротекторною дією. Проте на тваринних моделях екзогенне введення естрогену було корисно лише для самців, а його введення самкам завдавало шкоди і збільшувало частоту смертності, пов'язаної з травмою [42–44].

Гормональні проблеми можуть також суттєво впливати на легку ЧМТ жінкою пременопаузі, клімактеричному періоді і в постменопаузі тим, що створюють збіг симптомів. Наприклад, коли розглядалась частота серед основної популяції,

понад 20 % цих жінок повідомили про труднощі з концентрацією уваги, порушення сну, неспокій, депресію і дратівливість — усі ці симптоми збігаються з симптомами легкої ЧМТ. Понад 30 % цих жінок також повідомили про втому і невротичність [45].

Метааналіз гендерних відмінностей у результатах ЧМТ визначив тільки дев'ять досліджень, у яких дані були повідомлені за ознакою статі. При аналізі цих доступних досліджень спостерігалось, що жінки мали гірший результат на 85 % (17 з 20) за тими змінними, які обговорювались [46]. Інші окремі дослідження, часто з відносно невеликими вибірками жінок, дають суперечливі результати, в яких жінки продемонстрували більший відгук на стимуляцію коми [47], успіхи в реабілітації після гострих станів [48], відповідність розумового рівня їхнім віковим нормам [50] і більш низький ризик деменції [50].

Серед жінок, які мали помірну або важку ЧМТ, ті, хто вижили, мали в 1,28 разу вищу частоту смертності і в 1,57 разу вищий рівень незадовільних результатів, ніж серед чоловіків, які вижили [51]. Дослідження набагато частішого струсу/легкого стану ЧМТ показує, що жіноча стать пов'язана з великою ймовірністю суб'єктивних когнітивних скарг [52]. Також було помічено, що в жінок була значно вищою частота післяшоккового синдрому через місяць після травми, ця тенденція тривала через 3 і 6 місяців після травми [53]. Жінки, які отримали струс головного мозку під час спортивних змагань, продемонстрували значно більше зниження простого і складного часу реакції та повідомили більше симптомів, ніж їхні однолітки чоловічої статі. У цьому дослідженні, пов'язаному зі струсом головного мозку під час спортивних змагань, жінки приблизно в 1,7 разу частіше проявляли зниження когнітивних функцій, ніж чоловіки. Вони також отримали більше суб'єктивних та об'єктивних несприятливих наслідків від струсу, навіть при використанні шоломів (наприклад, порівняно з чоловіками, які грають в американський футбол) [54]. Таким чином, особливо за легкої ЧМТ, украй важливо, щоб жінки отримували ретельну оцінку і подальшу допомогу для зниження ризику ускладнення, уникнення повторних травм, а також забезпечення оптимального одужання.

Психологічні наслідки черепно-мозкової травми в жінок

Результати щодо статі, загальних наслідків і якості життя також змішані, тому що лише деякі дослідження ЧМТ надають результати окремо для жінок. Недавнє ґрунтовне дослідження суперечить раннім висновкам про вищу якість життя у жінок після ЧМТ [55]. Низка досліджень, зокрема з вивчення депресії після ЧМТ, свідчать про статистично вагомий зв'язок між жіночою статтю і депресією після ЧМТ [56–58]. Значно вищі показники частоти депресії після ЧМТ серед жінок не є несподіваними, зважаючи на вищий рівень депресії у загальній популяції. Тому рекомендується проводити детальний скринінг депресії.

ЧМТ із супутнім ПТСР особливо занепокоює у військових умовах. У разі виникнення однакової травми жінки мають значно вищий рівень ПТСР, ніж чоловіки в загальній популяції. Цей висновок, очевидно, правильний для ПТСР після ЧМТ. Деякі дослідження показують, що жінки частіше мають ПТСР після ЧМТ [59–61]. В одному з них відзначено, що симптоми збільшилися з плином часу і що тяжкість ЧМТ і пам'ять про подію не були пов'язані з діагнозом ПТСР, в якому переважали симптоми нав'язування і уникнення [62]. Ускладнювальними чинниками, пов'язаними з ПТСР і жінками, які отримали ЧМТ, є преморбідна історія сексуальної травми і зловживання, що частіше трапляється з жінками, згідно із дослідженнями популяції.

У деяких випадках відзначається, що досвід ЧМТ провокує появу надокучливих спогадів і симптомів, пов'язаних із жорстоким поведінням, іноді через кілька років після того, як це сталося востаннє. Ці ускладнення, пов'язані з ПТСР, можуть зірвати процес реабілітації через ретроспективні спогади, поведінкові та афективні порушення, нічні кошмари і надмірну настороженість. Проблеми, пов'язані з попередньою сексуальною травмою і зловживанням психоактивними речовинами, потрібно активно вирішувати в історії та при плануванні лікування [62]. Також психологічний стан після ЧМТ і ризик ПТСР корелює з високою частотою ЧМТ від побутового насильства, у якому жінки частіше стають жертвами. Дослідження побитих жінок вказують на над-

звичайно високу частоту ударів у голову (92 %) і неприйнятність (40 %) із суттєвою кореляцією між частотою ударів по голові і тяжкістю когнітивних симптомів [63]. Разом з ударами в голову побиті жінки можуть також пережити безкисневі травми від задухи і, дуже ймовірно, страждати від численних травм головного мозку. Жінки, які отримують травми головного мозку внаслідок домашнього насильства, часто демонструють когнітивні порушення, а також психологічні симптоми, зокрема загальний стрес, депресію, ангедонію, занепокоєння, неспокій, збудження і ПТСР [64]. Рекомендується проводити скринінг на ЧМТ після побутового насильства, а також перевіряти існування ризику домашнього насильства серед жінок, які звертаються з ЧМТ.

Родина і питання професійної підготовки для жінок після черепно-мозкової травми

Дослідження наслідків ЧМТ для членів сім'ї свідчить про те, що найбільший стрес відчувають чоловік чи дружина або люди, які турбуються про пораненого. Розлучення і сімейна дисфункція надзвичайно поширені після ЧМТ. Аналіз показує, що, згідно із даними всіх клінічних опитувальників, чоловіки, які турбуються про поранених жінок з ЧМТ, відчувають найбільший стрес порівняно з представниками інших гендерних комбінацій в такій ситуації. Час після травми і кількість днів у стані коми (ступінь тяжкості травми) не впливають на рівень стресу родича, який турбується про пораненого [65]. Таким чином, лікування і підтримку сім'ї необхідно розпочинати якомога раніше і так інтенсивно, як це можливо, особливо в обставинах, коли жінка з ЧМТ залежить певною мірою від родича, який про неї піклується.

У жінок із ЧМТ можуть виникнути додаткові труднощі з виконанням сімейної ролі, оскільки травма здатна впливати на задоволення гендерною роллю і виглядом тіла, самооцінку і сексуальність. Задоволення роллю пов'язане зі здатністю жінки продовжити діяльність, якою вона займалась до травми, що визначала та підтримувала її почуття жіночності і бажаності. Жінкам особливо корисно підтримувати ритуали, пов'язані з жит-

тєвими стадіями, як-от партнерство з іншим чи виховання дітей, або те й те, що виражає здатність брати участь у чомусь [66]. У помірній або важкій ЧМТ реабілітація може бути розширена і містити перебування в різних установах. Це відлучатиме жінку-військовослужбовця від Армії, сім'ї та гендерної ролі — досвід, пов'язаний зі зменшенням особистого задоволення і почуття власної гідності. Нетрадиційні реабілітаційні та лікувальні заходи можуть бути необхідні для підвищення здатності функціонувати в ролі матері для тих жінок-військовослужбовців, які мають дітей і виконують батьківські обов'язки.

Переживання щодо вигляду тіла і сексуальна дисфункція також негативно впливають на самооцінку і можуть спричинити депресію. Проблеми з виглядом тіла після ЧМТ можуть впливати на почуття привабливості і відчуття комфорту стосовно того, щоб показатись партнеру. Фізичні труднощі можуть вплинути на сексуальність через положення тіла, його відчуття і рух. Фізіологічні проблеми можуть зменшити енергію для сексу, статевий потяг, здатність ініціювати секс і досягти оргазму. Провісниками сексуальної дисфункції жінок після ЧМТ є певна депресія і наявність ендокринних розладів. Значні проблеми, про які повідомили жінки з ЧМТ, стосуються труднощів з сексуальним збудженням, болю при сексуальній активності, зменшення вагінального змащення, зміни, затримки або відсутності оргазму [67]. Фахівці з реабілітації та психотерапії мають бути в змозі та готові брати участь у відвертій дискусії про сексуальність після ЧМТ. Вони також мають знати підходи і ресурси лікування, оскільки проблеми в цій галузі пов'язані з депресією, втратою самооцінки і збільшенням сімейної напруги.

У результаті успішного лікування після ЧМТ військовослужбовці повертаються до роботи. Деякі солдати навіть можуть повернутися до дійсної військової служби. Інші не спроможні більше виконувати таку роль і вимагають професійної реабілітації, щоб реінтегруватися в суспільство. Дослідження показали, що професійні результати після ЧМТ у жінок гірші, ніж у чоловіків. Часом дані, що свідчать про гарні результати для жінок, є оманливими в тому, що успішні професійні результати охоплювали категорію «домогосподарки», часто з мінімальним визначенням або аналізом завдань

і функцій. Значно менша кількість жінок повернулася до роботи на повний робочий день після ЧМТ [68]. Було проведено огляд державних професійних реабілітаційних служб, у якому порівнювались дані чоловіків і жінок з подібними травмами, результатами нейропсихологічних тестів і демографією. Було помічено, що жінки майже на 50 % частіше залишають професійні реабілітаційні служби після того, як вони прийняті, але до того, як успішно почнуть активну участь у реабілітації; вдвічі рідше, ніж чоловіки, жінки отримували послуги з професійної реабілітації. І тільки 4,4 % жінок (порівняно з 23,6 % чоловіків) успішно знайшли роботу за допомогою професійної реабілітації [69]. Перспектива повернення до роботи є складним завданням для будь-кого, хто отримав ЧМТ. Однак

особливо бентежать професійні перспективи для жінок, адже може виникнути необхідність для додаткових зусиль з боку консультантів та адвокатів щодо їхньої професійної реабілітації.

Таким чином, наслідки ЧМТ є складними і можуть передбачати реабілітацію від когнітивних, фізичних і поведінкових порушень. Жінки з ЧМТ особливо уразливі для когнітивних проблем, як-от депресія і ПТСР. Жінкам після ЧМТ може бути важко повернутися до сім'ї та професійних обов'язків. Лікарям рекомендується проявляти активність у вирішенні унікальних жіночих питань після ЧМТ, оскільки раннє втручання спрможне поліпшити результат і зменшити ризики, пов'язані з тривалою непрацездатністю і появою супутніх захворювань.

ВИСНОВКИ

У цьому розділі обговорювалися унікальні та складні ситуації, з якими стикаються жінки в сучасній Армії. Від пологів до специфічних патологій, потреби жінок у сфері психічного здоров'я постійно змінюються із постійною зміною їхніх обов'язків як військовослужбовців. Для жінок це нова ера як в медицині, так і в Армії. Жінки становлять значну частину Збройних сил. Однак для того, щоб досягти розкриття їхнього справжнього потенціалу, армія має адаптуватися до тих потреб, які є специфічними для жіночої статі. Здатність військових бути чутливими до цих питань щодо психічного здоров'я максимізує бойову спроможність. Це також сприятиме тому, що більша кількість жінок вступить на службу, знаючи, що Армія

«вітає жінок». Хоча жінкам заборонено служити в деяких видах Збройних сил, для них, як і раніше, існують нові захопливі можливості. Важливо пам'ятати, що з новими можливостями приходять нові ризики. У цьому розділі представлено короткий огляд різних чинників ризику, презентації та лікування психічних проблем, унікальних для жінок-військовослужбовців. У сучасну військову епоху важливо бути обізнаним про різноманітні психічні патології і унікальні відмінності між чоловіками і жінками. За допомогою психіатрів і військового керівництва використання цих даних має поліпшити результати для жінок-військовослужбовців.

ЛІТЕРАТУРА

1. US Department of the Army. *The Army Weight Control Program*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 600-9.
2. US Department of the Army. *Active Duty Enlisted Administrative Separations*. Washington, DC: DA; 2005. Army Regulation 635-200. Chap 18.
3. Harris AH, Cronkite R, Moos R. Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *J Affect Disord*. 2006;93:79-85.
4. De Moor MH, Beem AL, Stubbe JH, Boomsma DI, De Geus EJ. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Prev Med*. 2006;42(4):273-279.

5. US Department of the Army. *Enlist: Ace the Placement Test (ASVAB)*. Available at: <http://www.army.com/enlist/acethe-placement-test.html>. Accessed on January 8, 2007.
6. Lindstrom KE, Smith TC, Wells TS, et al. The mental health of US military women in combat support occupations. *J Women's Health*. 2006;15:162-172.
7. Ritchie EC. Issues for military women in deployment: an overview. *Mil Med*. 2001;166(12):1033-1037.
8. Castro CA, Adler AB. The impact of operations tempo on soldier and unit readiness. *Parameters*. 1999;86-95.
9. Britt TW, Adler AB, Bartone PT. Deriving benefits from stressful events: the role of engagement in meaningful work and hardiness. *J Occup Health Psychol*. 2001;6:53-63.
10. Adler AB, Huffman AH, Bliese PD, Castro CA. The impact of deployment length and experience on the well-being of male and female soldiers. *J Occup Health Psychol*. 2005;10:121-137.
11. US Department of the Army. *Standards of Medical Fitness*. Washington, DC: DA; 2006. Army Regulation 40-501. Chap 7-9.
12. Tam LW. Psychological aspects of pregnancy in the military: a review. *Women's Health Issues*. 1995;5:237-237.
13. US Department of the Army. *Active Duty Enlisted Administrative Separations*. Washington, DC: DA; 2005. Army Regulation 635-200. Chap 8.
14. Weina SU. Effects of pregnancy on the Army Physical Fitness Test. *Mil Med*. 2006;171(6):534-537.
15. US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine. *Pregnancy/Postpartum Physical Training (PPPT), Program Overview*. Available at <http://chppm-www.apgea.army.mil/dhpw/Readiness/PPPT.aspx>. Accessed February 12, 2007.
16. US Department of the Army. *Overseas Service*. Washington, DC: DA; 2008. Army Regulation 614-30. Chap 3: 6-17.
17. Drouillard G. Major, Medical Corps, US Army. Interview, January 3, 2007.
18. Goldstein JM, Link BG. Gender and the expression of schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 1988;22:141-155.
19. Hales RE, Yudofsky SC, eds. *Textbook of Clinical Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003:1527.
20. Edlund MJ, Craig TJ. Antipsychotic drug use and birth defects: an epidemiologic reassessment. *Compr Psychiatry*. 1984;25:32-37.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
22. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
23. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;53:289-292.
24. Hedegaard M, Henriksen T, Sabroe S, Secher NJ. The relationship between psychological distress during pregnancy and birth weight for gestational age. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1996;75:32-39.
25. Lou HC, Hansen D, Nordentoft M, et al. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Develop Med Child Neurology*. 1994;36:826-832.
26. Korebrits C, Ramirez MM, Watson L, Brinkman E, Bocking AD, Challis JR. Maternal corticotrophin-releasing hormone is increased with impending preterm birth. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998;83:1585-1591.

27. Schatzberg A, Nemeroff C, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
28. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, et al. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. *N Engl J Med*. 1997;336:258–262.
29. O'Hara MW, ed. *Postpartum Depression: Causes and Consequences*. New York, NY: Springer-Verlag; 1995.
30. Tondo L, Baldessarini RJ. Rapid cycling in women and men with bipolar manic-depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1434–1436.
31. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness in pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry*. 1996;153:592–606.
32. Wilson N, Forfar JC, Godman MJ. Atrial flutter in the newborn resulting from maternal lithium ingestion. *Archives Dis Child*. 1983;58:538–549.
33. Mizrahi EM, Hobbs JF, Goldsmith DI. Nephrogenic diabetes insipidus in transplacental lithium intoxication. *J Pediatr*. 1979;94:493–495.
34. American Academy of Pediatrics–Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatr*. 2001;108:776–789.
35. Centers for Disease Control and Prevention. Spina bifida incidence at birth—United States, 1983–1990. *MMWR MorbMortal Wkly Rep*. 1992;41:497–500.
36. Samrén E, van Duijn C, Koch S, et al. Maternal use of antiepileptic drugs and the risk of major congenital malformations: a joint European prospective study of human teratogenesis associated with maternal epilepsy. *Epilepsia*. 1997;38:981–990.
37. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048–1060.
38. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:282–288.
39. Task Force on Panic Anxiety and Its Treatments. Panic anxiety and panic disorder. In: Klerman GL, Hirschfield RMA, Weissman MM, et al, eds. *Panic Anxiety and Its Treatments*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993: 3–38.
40. Defense and Veterans Brain Injury Center. Providing care for soldiers with traumatic brain injury. Washington, DC: The Henry M. Jackson Foundation for the Advancement of Military Medicine, Inc; 2006. Available at: <http://www.hjff.org/research/featureDVBIC.html>. Accessed November 13, 2008.
41. Zasler ND, Devaney Serio C. Traumatic brain injury. In: Dillingham TR, Belandres PV, eds. *Rehabilitation of the Injured Combatant*. Vol 1. In: Zajkchuk R, Bellamy RF, eds. *Textbook of Military Medicine*. Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 1998: 207–269.
42. Bramlett HM. Is there a role for hormonal therapy after traumatic brain injury? *Restor Neurol Neurosci*. 2005;23:165–166.
43. Melton L. What can sex hormones do for the damaged brain? *Lancet*. 2001;358:818.
44. Rogers E, Wagner AK. Gender, sex steroids and neuroprotection following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehab*. 2006;21:279–281.
45. O'Bryant SE, Palav A, McCaffrey RJ. A review of symptoms commonly associated with menopause: implications for clinical neuropsychologists and other healthcare providers. *Neuropsychol Rev*. 2003;13:145–152.

46. Farace E, Alves WM. Do women fare worse: a meta-analysis of gender differences in traumatic brain injury outcome. *J Neurosurg.* 2000;93:539–545.
47. Wilson SL, Powell GE, Brock D, Thwaites H. Vegetative state and responses to sensory stimulation: an analysis of 24 cases. *Brain Inj.* 1996;10:807–818.
48. Goranson TE, Graves RE, Allison D, La Freniere R. Community integration following multidisciplinary rehabilitation for traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2003;17:759–774.
49. Himanen L, Portin R, Isoniemi H, Helenius H, Kurki T, Tenovuo O. Longitudinal cognitive changes in traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. *Neurol.* 2006;66:187–192.
50. Starkstein SE, Jorge R. Dementia after traumatic brain injury. *Int Psychogeriatr.* 2005;17(suppl 1):S93–S107.
51. Kraus JF, Peek-Asa C, McArthur D. The independent effect of gender on outcomes following traumatic brain injury: a preliminary investigation. *Neurosurg Focus.* 2000;8:e5.
52. Chamelian L, Feinstein A. The effect of major depression on subjective and objective cognitive deficits in mild to moderate traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2006;18:33–38.
53. Bazarian JJ, Wong T, Harris M, Leahey N, Mookerjee S, Dombrov M. Epidemiology and predictors of postconcussive syndrome after minor head injury in an emergency population. *Brain Inj.* 1999;13:173–189.
54. Broshek DK, Kaushik T, Freeman JR, Erlanger D, Webbe F, Barth JT. Sex differences in outcome following sports-related concussion. *J Neurosurg.* 2005;102:856–863.
55. Steadman-Pare D, Colantonio A, Ratcliff G, Chase S, Vernich L. Factors associated with perceived quality of life many years after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehab.* 2001;16:330–342.
56. Ruddle JA, Coetzer BR, Vaughan FL. Grief after brain injury: a validation of the Brain Injury Grief Inventory (BIGI). *Illness Crisis Loss.* 2005;13:235–247.
57. Glenn MB, O'Neil-Pirozzi T, Goldstein R, Burke D, Jacob L. Depression amongst outpatients with traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2001;15:811–818.
58. Levin HS, Goldstein FC, MacKenzie EJ. Depression as a secondary condition following mild and moderate traumatic brain injury. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 1997;2:207–215.
59. Greenspan AI, Stringer AY, Phillips VL, Hammond FM, Goldstein FC. Symptoms of post-traumatic stress: intrusion and avoidance 6 and 12 months after TBI. *Brain Inj.* 2006;20:733–742.
60. Levin HS, Brown SA, Song JX, et al. Depression and posttraumatic stress disorder at three months after mild to moderate traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2001;23:754–769.
61. Ohry A, Rattock J, Solomon Z. Posttraumatic stress disorder in brain injury patients. *Brain Inj.* 1996;10:687–695.
62. Reeves RH, Beltzman D, Killu K. Implications of traumatic brain injury for survivors of sexual abuse: a preliminary report of findings. *Rehab Psychology.* 2000;45:205–211. Available at: <http://www.nhchc.org/TBIandsexualabuse.pdf>. Accessed November 13, 2008.
63. Jackson H, Philp E, Nuttall RL, Diller L. Traumatic brain injury: a hidden consequence for battered women. *Prof Psychol Res Pract.* 2002;33:39–45. Available at: <http://www.lscny.org/TBIMaterials/TbiDVConsequence.pdf>. Accessed November 13, 2008.
64. Valera EM, Berenbaum H. Brain injury in battered women. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:797–804.
65. Gervasio AH, Kreutzer JS. Kinship and family members' psychological distress after brain injury: a large sample study. *J Head Trauma Rehab.* 1997;12:14–26.

66. Gutman SA, Napier-Klemic J. The experience of head injury on the impairment of gender identity and gender role. *Am J Occup Ther.* 1996;50:535-544.
67. Hibbard MR, Gordon WA, Flanagan S, Haddad L, Labinsky E. Sexual dysfunction after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation.* 2000;15:107-120.
68. Klonoff PS, Lamb DG, Henderson SW. Outcomes from milieu-based neurorehabilitation at up to 11 years post-discharge. *Brain Inj.* 2001;15:413-428.
69. Bounds TA, Schopp L, Johnstone B, Unger C, Goldman H. Gender differences in a sample of vocational rehabilitation clients with TBI. *NeuroRehabilitation.* 2003;18:189-196.

Розділ 45

ТУРБОТА ПРО ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я В ОПЕРАЦІЯХ З ЛЕТАЛЬНИМИ НАСЛІДКАМИ

ДЖЕЙМС І. МАККЕРОЛ¹ · РОБЕРТ ДЖ. УРСАНО^{II}

ВСТУП

ВІЙСЬКОВА ПОЛІТИКА ЩОДО ТУРБОТИ ПРО ПОМЕРЛИХ І НАВЧАННЯ

СТРЕСИ, ЩО ВИНΙΚАЮТЬ УНАСЛІДОК РОБОТИ З ОСТАНКАМИ

Фізичні характеристики останків

Особиста безпека

Емоційне залучення

ПСИХОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ДОГЛЯДУ ЗА ОСТАНКАМИ

РОЛЬ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В СИТУАЦІЯХ
МАСОВОЇ ЗАГИБЕЛІ

Розпізнавання ознак стресу

Надання допомоги солдатам, які потрапили в ситуацію масової загибелі

Соціальні ефекти правильного догляду за мертвими

ВИСНОВКИ

¹ Доктор філософії, магістр цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; психолог Центру з вивчення травматичного стресу і кафедри психіатрії Медичного університету Збройних сил, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; у минулому – психолог Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда, Silver Spring, Maryland.

¹¹ Доктор медицини, полковник у відставці, ВПС США; директор Центру з вивчення травматичного стресу, завідувач кафедри психіатрії Медичного університету Збройних сил, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814.

ВСТУП

Вплив мертвих і смерті є загальнопоширеним при військових і громадянських конфліктах, катастрофах, злочинах та інших насильницьких подіях, зокрема при дорожньо-транспортних подіях. З одного боку, «вплив мертвих» означає перегляд і обробку людиною останків загиблих людей. З іншого боку, «вплив смерті» належить до конотацій, пов'язаних з померлими, когнітивною і емоційною пам'яттю про померлу особу в сім'ї та інших групах, таких як військова частина, громада і навіть ціла країна.

Багато видань звернули увагу на виникнення посттравматичних симптомів унаслідок травматичної смерті [1], але ніхто не зосередився на ролі психіатра в наданні допомоги солдатам і командирам задля їхнього пристосування до стресу, який вони переживають, коли турбуються про тіла загиблих солдатів у бою або в місцях масових жертв. Медичний персонал з охорони психічного здоров'я мусить знатися на цій темі з трьох основних причин: 1) щоб розуміти характер стресу тих, хто піклується про тіла мертвих, 2) щоб надавати рекомендації медичним і військовим командирам, як зменшувати стрес у солдатів, 3) щоб розуміти, наскільки вони самі можуть бути вразливі до цього стресу.

Імовірно, психіатри рідше за всіх, хто працює в медичній сфері, стикаються зі смертю. Будучи студентами, психіатри препарують трупи та відвідують лекції, на яких обговорюються питання смерті пацієнтів, але вони навряд чи часто опиняться віч-на-віч зі смертю в результаті травми або хірургічного чи іншого медичного втручання. Психологи і соціальні працівники, можливо, ніколи не бачили мертвого інакше ніж на похоронах. Унаслідок цього значна кількість, якщо не більшість, персоналу з охорони психічного здоров'я

не готові зрозуміти характер впливу контакту з загиблими під час масової катастрофи або війни. У таких ситуаціях буває багато жертв, чії останки виглядають не так, як підготовлені для огляду в похоронних бюро. Американські військові похоронні об'єднання використовують для позначення мертвих термін «останки», інша термінологія часто вважається нешанобливою. Термін «тіла» часто використовується в медичній сфері й інколи вживатиметься тут, щоб уникнути повторень, і в жодному разі ми не виявляємо цим неповагу.

Цілями цього розділу є: а) пояснити стрес, який переживають ті, хто обробляє останки, б) описати загальні почуття і реакції людей, які обробляють останки або бачать мертвих, в) запропонувати алгоритм дій, що допомагає працівникам з охорони психічного здоров'я підтримувати персонал, який працює з мертвими, г) підготувати персонал з охорони психічного здоров'я до того, щоб вони могли ефективно пояснювати командуванню ситуацію, з якою стикаються солдати, котрі обробляють останки, оскільки керівництво може не розуміти характер такої роботи, а також роботи психіатрів.

Люди, які стикаються з останками, можуть мати багатий досвід взаємодії з мертвими або ніякого взагалі. Дехто набуває досвіду в своїй професії. Так трапляється з медичними працівниками, наприклад патологоанатомами, медсестрами і деякими техніками, а також поліцейськими, пожежниками і працівниками екстрених служб. Стосується це і професіоналів, що працюють з мертвими, зокрема військовослужбовців, які забирають тіла з місця бойових дій, трунарів, керівників похоронами, робітників похоронних служб і судових слідчих. Професійні групи здебільшого захищені від стресу своєю роллю та ідентичністю.

Так, патологоанатоми служать пацієнтам, проводячи з ними останні медичні процедури і отримують професійне задоволення від визначення причини смерті. Основна мета працівників державної служби — рятувати життя людей, але з часом їхній професіоналізм і постійні зіткнення з мертвими захищають їх від негативних наслідків такого досвіду.

Друга група стикається з мертвими епізодично. Серед них є люди, які жили в громадах, де багато насильства; ті, хто потрапив в стихійне лихо

або антропогенну катастрофу, як-от вибух будівлі чи пожежа; жертви насильницьких злочинів або соціальних заворушень і військовослужбовці, які постійно працюють з людськими останками. Третя група складається з людей, які рідко або ніколи не стикалися з мертвими, крім похорон або повідомлень у ЗМІ. Представники цих груп відчують вплив контакту з мертвими по-різному [2]. Через відносний брак досвіду дві останні групи зазвичай потребують більше підготовки перед зіткненням зі смертю і додаткової допомоги після цього.

ВІЙСЬКОВА ПОЛІТИКА ЩОДО ТУРБОТИ ПРО ПОМЕРЛИХ І НАВЧАННЯ

Історичні дані та документація щодо турботи про мертвих у воєнний час є досить обмеженими, хоча деякі офіційні звіти цих послуг доступні публічно [3]. Сучасна історія вторгнення в Ірак у 2003 році оновила документацію з особистими історіями і фотографіями [4]. Коли військовослужбовець помирає, його останки перестають знаходитись у зоні відповідальності Медичного департаменту Армії і надходять для оброблення в систему військової логістики. Солдати-контрактники, чії обов'язки в Армії пов'язані зі збиранням, обробленням та поверненням останків сім'ям, належать до військової професійної спеціальності «похоронна справа» та входять до складу квартирмейстерського корпусу Армії. Отримавши базову підготовку, вони упродовж 7 тижнів відвідують курс в Центрі похоронної справи та школі в Форт Лі (Вірджинія). У навчальний курс входить ознайомлення з фізичними та психологічними аспектами вмирання і смерті, розгляд того, як проводити пошук і відновлювальні роботи, попередню ідентифікацію, знезараження і вести облік особистих речей померлого. Студенти отримують досвід роботи в класі, а також «польовий» досвід роботи в морзі або покійницькій, де вони стикаються з

останками. Вони також навчаються численним процедурам, які застосовуються до останків в Армії. Це допомагає гарантувати, що оброблення останків проводиться в гідній і шанобливій манері, це є принциповим і постійно підкреслюється в навчанні. Після початкового навчання похоронній справі персонал може отримати додатковий досвід у різних військових і цивільних моргах, де солдати спостерігають і іноді допомагають у розтинах. Утім, на жаль, операції з похоронної справи зазвичай не включені у військово навчання, що обмежує здатність командирів розуміти похоронну справу, її функції та пов'язані з цим дії у воєнний час. Офіцери квартирмейстерського корпусу отримують ознайомче навчання з похоронної справи і можуть керувати командою похоронної справи, але це — тільки одне з багатьох питань, які ці посадові особи мусять розуміти. З-поміж інших видів Збройних сил США тільки Військово-морські сили мають професійну спеціалізацію для людей, які вправляються з останками. ВМС потребують, щоб ті, хто служить на морі та вправляються з останками, мали ліцензію бальзамувальників для догляду за тілами, які не можуть бути швидко повернуті в Сполучені Штати.

СТРЕСИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ УНАСЛІДОК РОБОТИ З ОСТАНКАМИ

Дослідження груп досвідчених (тих людей, які займаються похоронною справою) і недосвідчених (тих осіб, чия військова професія не передбачає контакту з мертвими) солдатів вказала на

три основні проблеми в роботі з останками [5]: 1) фізичні характеристики останків, 2) особиста безпека, 3) емоційне залучення, пов'язане з останками.

Фізичні характеристики останків

Вважається, що відчуття служать різним когнітивним і емоційним процесам. Кожне відчуття має особливі якості, які можуть спричинити стрес в індивіда.

Нюх

Відчуття запаху має багато спеціальних характеристик [6]; окрім того, що запах останків просто неприємний, він справляє додатковий вплив. З усіх відчуттів запах найбільш імовірно, спровокує нагадування через певний час. Нюхова пам'ять має високу стійкість до згасання, тобто запахи можна впізнавати через тривалий час. Запахи не може викликати в уяві образи минулого, але його можна впізнати майже миттєво (хоча запах лимона не осмислюється подумки, його зовнішній вигляд можна візуалізувати). Крім того, ступінь запам'ятовування змінюється залежно від того, наскільки людина залучена в цей запах.

Люди, які працюють з останками, часто намагаються замаскувати неприємні запахи, застосовуючи різні засоби, наприклад вдягають маску, просочену сильним ароматом. Утім, з деяких причин ця стратегія може не спрацювати. Аромати не завжди бувають доступні, а новий запах поєднується з уже наявними, що може пізніше призвести до появи неприємних асоціацій. Ефективним способом уникнути неприємних запахів є дихання через рот.

Зір

Спотворений вигляд останків (вони можуть бути спалені, покалічені, розчленовані, перебувати в певній стадії розкладу) може украй неприємно впливати на тих, хто з ними працює. Сцени смерті, імовірно, запам'ятаються і стануть основою майбутніх свідомих або надокучливих спогадів. Проте найважчим випробуванням може виявитися не спостереження навіть дуже спотворених останків. Більший стрес, ніж пошкоджені останки, може викликати нібито природний вигляд тіла, яке, здається, не має жодних видимих ознак поранення або має їх дуже мало. Крім того, вигляд тіл, які сильно обгоріли або грубо спотворені іншим

чином і не схожі на людські, допомагає когнітивно й емоційно дистанціюватися від них.

Дотик

Тактильні якості останків тривожать деяких працівників, незважаючи на використання рукавичок. Занепокоєння може викликати, наприклад, шкіра тіл, що розкладаються, яка може легко зісковзнути з основної тканини. Деякі тактильні відчуття можуть бути знайомими, деякі — незнайомими, і кожне з них потенційно може призвести до майбутніх проблем.

Звуки

Падіння тіла на підлогу, дно вантажівки або стіл може нагадати обробнику звуки, які були б болісними для живої людини. Прикладом такого звуку є стук голови об жорстку поверхню. Патологоанатомічне обладнання також виробляє потенційно тривожні звуки.

Смак

Відчуття смаку зазвичай пов'язане з запахом. У деяких обробників розвивається відраза до смаженого м'яса після роботи з обгорілими останками, але ця реакція не є універсальною. Після взаємодії з останками люди реагують на продукти по-різному, так само, як це відбувається за інших обставин.

Типи останків

Неможливо повністю передбачити, що ще буде турбувати людей або допоможе позбутися стресу. Однак можна перелічити і описати речі, які викликають розпач у майже всіх, що певною мірою допоможе розуміти ситуацію і реакції, властиві різним людям. Догляд за тілами дітей засмучує всіх, майже без винятку, найбільше. Також більшість людей засмучує догляд за останками жертв тортур, невинних людей (наприклад, загиблих унаслідок стрільби власних військових підрозділів); жінок, які загинули під час бойових дій; осіб, які загинули безглуздим способом; а також частини тіла і велика кількість останків. З іншого боку,

різні види останків, сцени або ситуації можуть більш важко сприйматись одними людьми, але легше — іншими. Одного разу загорнуті в марлю останки, які готували до покладання в труну, нагадали досвідченому обробнику ганчір'яну ляльку.

У кожному військовому конфлікті, імовірно, поширенішими є певний тип смерті, вигляд останків і характер ситуацій. Наприклад, сучасні війни в Іраку й Афганістані призвели до масових жертв тортур, фрагментарних залишків від вибухів, масових поховань і жертв серед цивільного населення, у тому числі дітей. Крім того, американці часто погано розуміють культурні відмінності в процедурах оброблення останків.

Особиста безпека

Обробники останків мають захистити себе від небезпеки, з якою вони можуть зіткнутися на місці бойових дій, — хвороб, забруднення і професійної небезпеки. Забирати останки з поля бою може бути небезпечно. Так, в останки може бути закладена вибухівка. Місцеве населення може бути ворожим, не завжди виключена можливість бою. З огляду на фізичний контакт з останками необхідно використовувати такі ж засоби індивідуального захисту, які зазвичай використовують лікарі і стоматологи, щоб захистити себе від продуктів крові та інших джерел забруднення. Окрім природного забруднення, противник може нанести хімічні, біологічні чи радіоактивні речовини на останки. Схожа небезпека може виникнути під час знезараження останків і самого обробника.

У тих районах, де існують ендемічні захворювання, обробники мають бути поінформовані про необхідність захисних заходів. Люди, які вмирають через бойові дії або стихійні лиха, рідко стають причинами епідемії. За винятком певних обставин, останки (у тому числі залишки тварин) не спричиняють хвороби. Командирам, керівникам і медичному персоналу особливо важливо розуміти це, тому що неправильні уявлення можуть призвести до помилок в обробленні і роботі з останками [7]. Наприклад, якщо командири або державні посадові особи помилково вважають, що останки здатні спричинити розвиток епідемії, вони намагатимуться поховати або кремувати їх.

А це не дасть повернути тіла до сімей або визначити причину та характер смерті.

Останки *можуть* спричинити захворювання, якщо хвороба поширена в цій області: мікроорганізми, що є збудниками захворювання, спроможні вижити в останках після смерті людини, а умови навколишнього середовища можуть сприяти зростанню мікроорганізмів. Це імовірно, коли спостерігаються перенаселеність, забруднена вода, погані санітарні умови і ендемічні хвороби. Деякі захворювання, які можуть бути поширені останками, передаються через кров, наприклад гепатит В і С, вірус імунодефіциту людини, шлунково-кишкові захворювання, такі як гепатит А, кишкові палички, холера, і респіраторні захворювання, зокрема туберкульоз. Утім найбільш небезпечні для обробника останків професійні ризики: порізи, падіння, розтягнення зв'язок, втома і зневоднення організму.

Емоційне залучення

Емоційне залучення виникає, коли деякі характеристики останків створюють відчуття спільної людяності, послаблюючи або знищуючи психологічну дистанцію, що призводить до розвитку стресу в обробників останків. Останки перестають здаватись неживими, і обробник відчуває деяке почуття втрати життя іншої людини. Емоційне залучення часто відбувається, коли обробник має той самий вік, що і померла людина, або має дитину того ж віку. Крім цього, подібне відчуття може виникнути, якщо обробник отримує або готує особисті документи померлого для повідомлення ЗМІ про його особу або ситуацію, яка викликала смерть, чи налагоджує контакт з членами підрозділу, де дізнається більше про історію загиблого і встановлює зв'язок з його сім'єю. Ці ситуації роблять останки «такими ж, як я». Емоційне залучення іноді називають ідентифікацією з загиблим [8].

Особисті речі покійного, дуже ймовірно, можуть створити відчуття емоційної близькості з небіжчиком і часто з родичами покійного [9]. Фотографії, листи, особисті та пам'ятні речі створюють образ життя померлого і викликають відчуття втрати або навіть загрози для обробника («це могло б статись зі мною»). Особистим речам в Армії

надають стільки ж турботи і уваги, як останкам. Речі відправляють до складу особистих речей, де їх сортують, каталогізують, інвентаризують, чистять і відправляють до найближчого родича. Робітники моргу зберігають такі речі й отримують інформацію про деталі життя померлого. За правилами співробітники моргу мусять читати листи, перш ніж відсилати їх до сім'ї, щоб гарантувати,

що матеріал повертається до правильного одержувача, і видалити те, що може бути болісним або образливим для сім'ї. Найближчому родичу не повертають ані державну власність, ані хвороботворний матеріал (наприклад, просочений кров'ю одяг). Судовий офіцер направляється для розгляду всіх особистих речей, щоб переконатись, що всі юридичні умови виконані.

ПСИХОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ДОГЛЯДУ ЗА ОСТАНКАМИ

Реакція на смерть і мертвих різноманітна, її важко передбачити або класифікувати. Одні реакції виникають одразу, інші можуть проявитися через деякий час. Типові безпосередні реакції — здивування і шок, уникнення, нервозність і сором за свої реакції. Часто відбувається виснаження, яке призводить до втоми і помилок. Крім цього, бувають надокучливі думки, уникнення нагадувань про ситуацію, відчуття того, що обробник знервований, можуть виникнути проблеми з щоденним функціонуванням. Ці реакції є нормальними і очікуваними, якщо не затягуються. Більш екстремальні реакції часом негативно позначаються на здоров'ї, викликають пияцтво, надмірне куріння, відмову від звертання по необхідну медичну допомогу, а також іншу поведінку, пов'язану з нездатністю турбуватись про себе.

Можуть бути й інші форми поведінки, бо люди реагують по-різному і в різний час. Лонгітудне вивчення посттравматичних реакцій протягом 13-місячного періоду в групі похоронних працівників виявило, що нав'язливі симптоми та уникнення підвищені в 1-й, 4-й і 13-й місяці, але з часом зменшуються. Рівень імовірних симптомів посттравматичного стресового розладу становив 11 % через 1 місяць, 10 % — через 4 місяці і 2 % — через 13 місяців. Депресія не була збільшена. Сімейний стан є одним із чинників, який впливає на результат: у самотніх обробників останків було виявлено більше уникнення і соматизації, ніж у тих, що перебували в шлюбі [10].

Передчуття зіткнення з травматичною смертю є стресогенним. У будь-якій ситуації необхідно передбачати реакцію на це обробників останків [2], особливо недосвідчених людей. Навчання і досвід здатні зменшити передбачуваний стрес і

сприяти підвищенню продуктивності, зниженню втоми і зменшенню ризику несприятливих психологічних ефектів. Так, недосвідчені судові стоматологи, які працювали з останками сильно обпалених жертв пожежі, повідомили про більший стрес при навантаженні і розвантаженні останків, які розклались, були спалені та фрагментарні, ніж більш досвідчені стоматологи [11]. Проте як досвідчені, так і недосвідчені стоматологи повідомили про стрес від оброблення останків дітей. Ці результати заперечують загальні переконання, що висококваліфіковані фахівці володіють імунітетом проти стресу.

Найчастіше що довше групи стикаються з останками, то більше їхній стрес. Так, стрес су-

ДОДАТОК 45.1

ОЗНАКИ СТРЕСУ ВІД РОБОТИ В МОРГУ І ПОХОРОННИХ ОПЕРАЦІЯХ

Поведінкові ознаки стресу

- Втома, збудження, уникання, безсоння
- Втрата або збільшення апетиту
- Звільнення (невихід на роботу)
- Екстремальне збудження або плач

Психологічні ознаки стресу

- Депресія, смуток, апатія
- Значні зміни особистості
- Інші почуття
 - Занепокоєння
 - Розчарування
 - Злість
 - Відчуття нудоти та знервованості
 - Страх
 - Самотність

дових стоматологів, які мали справу зі спаленими останками, був пов'язаний з часом їхнього контакту з останками [11]. В іншому дослідженні було визначено реакції працівників моргу до і після контакту з останками військовослужбовців, убитих на війні [12]. Контроль чинників віку, статі, статусу і досвіду роботи свідчить про те, що

нав'язливі симптоми значно зросли у всіх групах, які мали контакт з мертвими, а симптоми уникнення збільшилися у двох групах з найдовшим часом контакту. Навіть після контролю симптомів, виражених у передбаченні часу впливу мертвих, сам контакт поглиблював посттравматичні симптоми.

РОЛЬ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В СИТУАЦІЯХ МАСОВОЇ ЗАГИБЕЛІ

Щоб бути максимально ефективним у справі надання допомоги солдатам, персонал охорони психічного здоров'я має бути добре обізнаний із можливістю впливу оперативного стресу на персонал; бути доступним, відомим і викликати довіру, а також координувати зусилля з місцевим капеланом або іншими працівниками першої лінії підтримки за межами військової частини або цивільної організації.

Розпізнавання ознак стресу

Не існує жодних особливих реакцій чи ознак стресу, що проявляються в обробників останків і відрізняються від реакції інших людей. Досвідчені спостерігачі були свідками багатьох поширених, пов'язаних зі стресом, видів поведінки і почуттів (додаток 45.1). Не потрібно переоцінювати те, що ці реакції зазвичай є нормальними ознаками стресу, природного в цій важкій ситуації. Психіатрам варто втручатися лише тоді, коли ці реакції подовжені. У разі проявів буденної стресової реакції ті, хто працює на передовій, і колеги обробників мають проявляти розуміння і дозволити їм перепочити певний час. Вимоги місії рідко перешкоджають такому тимчасовому перепочинку. Працівники охорони психічного здоров'я здатні допомогти підготувати керівників до триступеневої моделі надання допомоги солдатам і командирам у їхній турботі за загиблими (додаток 45.3). Командири мають бути доступними для солдатів, розпізнавати нормальні прояви звичайного стресу в середовищі, де трапилась масова катастрофа, і забезпечити його полегшення. Dodatok 45.2 надає приклади способів, завдяки яким солдати,

що займаються похоронною справою, спроможні впоратися зі стресом.

ДОДАТОК 45.2

ЯК СОЛДАТИ, КОТРІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ПОХОРОННОЮ СПРАВОЮ, СПРАВЛЯЮТЬСЯ ЗІ СТРЕСОМ

- «Залишаються зосередженими» (концентруються на виконанні своєї роботи)
- Роблять фізичні вправи або займаються спортом
- Намагаються бути весь час зайнятими
- Читають і пишуть листи
- Розмовляють з іншими
- Слухають музику
- Уникають сцен масової смерті
- Спілкуються з сім'ями, які лишилися удома

Надання допомоги солдатам, які потрапили в ситуацію масової загибелі

План, який рекомендується тут фахівцям охорони психічного здоров'я для надання допомоги солдатам, командирам й іншому медичному персоналу після випадку масової загибелі, засновано на триступеневій моделі: 1) підготовка, 2) дії на місцях, 3) наступний супровід (додаток 45.3). Командири мають бути на видноті і доступними для солдатів, принаймні частину операції, і забезпечити надання всієї необхідної матеріально-технічної підтримки. У наступній фазі вони мають говорити з солдатами про їхню роботу як групи, підкреслюючи роль солдатів

ДОДАТОК 45.3

КЕРІВНИЦТВО З НАДАННЯ ДОПОМОГИ СОЛДАТАМ І КОМАНДИРАМ У ТУРБОТІ ЗА ЗАГИБЛИМИ

Підготовка: передбачати оперативні процедури і готувати до них

- Отримувати і ділитись інформацією
- Коротке планування для верхнього (командування) і нижнього (солдати) ланцюга команди
- Поступове введення недосвідченого персоналу в роботу
- Практикуватись
- Передбачати реакції та підготуватись до них

Під час: обмежити кількість часу контакту з останками і підтримати солдата

- Уникати або зменшувати вплив сильних подразників
- Забезпечити перепочинок: перерви, харчування, сон
- Забезпечити нагляд
- Поєднувати недосвідчену людину з досвідченою
- Заохочувати розмови серед робітників і керівників
- Розпізнавати ознаки стресу і діяти
- Забезпечити шанобливе ставлення командування або влади
- Підкреслювати роботу і роль обробників останків

Після того: інформувати, говорити і слухати

- Забезпечити оперативний розбір результатів і надати інформацію за фактами події
- Визнати наявність інтенсивних особистих почуттів
- Заохочувати сімейну і організаційну систему підтримки
- Посилити позитивні аспекти виконаної роботи

Довгострокові дії: подальші рекомендації для солдатів і командирів

- Посттравматичні симптоми зазвичай не довготривалі – більшість людей «відновлюються»
- Час є найефективнішим засобом для лікування більшості людей
- Стежте за проблемами, які не минають
- Не слід нехтувати проблемами, які зберігаються

і важливість того, коли солдати мають бути готові повернутися до роботи. Хоча на це немає однозначної відповіді, рекомендується надавати їм деякий час на відпочинок і залагоджування особистих справ після операції. Після важкої місії зазвичай дається кілька днів перепочинку.

Відправлення солдатів назад до роботи одразу, за відсутності абсолютної необхідності, імовірно, матиме згубні наслідки для їхнього функціонування і буде витлумачено як недооцінка їхніх зусиль. Допомога солдатам у ситуації масової загибелі складається з трьох аспектів: 1) особистий, 2) організаційний, 3) матеріально-технічний.

Особиста підтримка

На додачу до звичайної соціальної підтримки керівник і працівник охорони психічного здоров'я повинні намагатися зміцнити у солдатів гордість за виконання обов'язку, незалежно від того, є у них стрес чи ні. У додатку 45.4 перелічено багато речей, які може зробити працівник охорони психічного здоров'я, керівник і командир. Тут наведені унікальні військові аспекти турботи про останки, про які особа, зокрема солдат нижчого рангу, має знати. Більш очевидним видається надання послуг для померлого та його сім'ї. Менш очевидними є честь підтримки військових традицій та виконання культурних очікувань нації. Також важливо, щоб люди, які не займаються похоронною справою, розуміли важливість визнання цих принципів.

Особиста підтримка солдатів також передбачає психологічну допомогу та духовну турботу. Через широку різноманітність питань похоронної справи і проблеми з транспортуванням у нинішніх конфліктах на Близькому Сході психіатричні бригади часто відчують труднощі при налагодженні контактів із солдатами. Крім того, налагодження контакту між солдатами і медичним персоналом з охорони психічного здоров'я може ускладнюватись деякими делікатними питаннями. Незважаючи на компетентність, добру волю і намагання психіатрів бути корисними, солдати уникатимуть спілкування з ними, якщо погано їх знають і не довіряють їм. Щоб викликати довіру, потрібен регулярний контакт. Часто буває так, що основну допомогу надають священики. Персонал похоронної служби повідомляє, що капелани, до яких військ вони б не належали, найбільш доступні і часто проводять час з ними, споживають їжу та залишаються на ніч. Священики, медики та

працівники охорони психічного здоров'я мають постійно відвідувати підрозділи для досягнення надійного контакту з солдатами. Однак незалежно від цих стосунків командир або інший керівник, наділений повноваженнями направляти солдата до психіатра, мусить робити це, коли вимагає ситуація.

ДОДАТОК 45.4

ЗМІЦНЕННЯ ПОЗИТИВНОГО

Загальні причини турботи про померлих під час війни

- Відстоювання американських традицій військової служби
- «Усі повертаються додому»
- «Якщо я зроблю це для них, хтось зробить це для мене»

Особиста гордість у турботі про загиблих на війні

- Робити щось важливе для померлих солдатів
- Виконувати щось цінне для сімей
- Робити роботу, яку не можуть виконати інші
- Особисте володіння складною професією

Практичні міркування сімей про повернення останків

- Свідоцтво про місце і причину смерті
- Допомога тим, хто горює
- Вирішення юридичних та особистих питань
 - Заповіт і спадкування
 - Повторний шлюб
 - Компенсація від уряду
 - Страхування

Вплив на суспільство

- Повага і турбота про мертвих – це американська традиція
- Соціальна ідентичність мертвих
- Поховання, меморіали і пам'ятники
- Національна гордість чи ганьба

Організаційна підтримка

Для солдатів, які виконують похоронні справи, надзвичайно важливе шанобливе ставлення присутніх командирів до певних ритуалів у процесі догляду за останками. Вважається дуже неввічливим, якщо командири та інші відвідувачі не знімають головних уборів або не витирають ноги перед входом у зону оброблення, коли там присутні останки. Командири і персонал з охорони

психічного здоров'я можуть допомогти солдатам, дотримуючись цих правил і підготовлюючи відвідувачів робити те ж саме. В інших формах організаційної підтримки стрес менше пов'язаний з обробленням останків і більше – з особливостями роботи. У конфліктах в Іраку і Афганістані, де зона конфлікту охоплює велику територію, солдати обробляють багато точок, часто маючи в своєму розпорядженні дуже малий персонал. Від солдатів може вимагатись діставати останки з далеких місць і працювати весь час. Їх оброблення потребує фізичних зусиль – необхідно піднімати та переміщувати померлого, а також переносити ящики, в яких його відправляють додому. Багато останків потребують значного часу для обробки. Як наслідок, не вистачає часу на відпочинок, розваги, для особистих потреб. Командири повинні стежити за тим, щоб у солдатів був час на сон і відновлення сил. І, нарешті, пункти збору та морги часто розташовані на аеродромах далеко від військових баз або ізольовані, щоб запобігти непотрібній взаємодії з військами. Ця ізоляція буває корисною, даючи змогу виконати роботу без перешкод, але іноді може призвести до того, що солдатів похоронних справ уникають інші. Такі ситуації вимагають від командирів надавати солдатам відчутну підтримку.

Матеріально-технічне забезпечення

Психологічний стрес від похоронних робіт можна значно зменшити, якщо забезпечити солдатів необхідними припасами й устаткуванням, адекватним транспортом і хорошою підтримкою підрозділу. Солдати, які займаються похоронною справою, часто не працюють у штатно-організаційній структурі (взвод або рота) воєнного часу. У поточних конфліктах на Середньому Сході солдати, які збирають останки на полі, зазвичай належать до інших відділів Армії, таких як дивізія, або навіть до інших військових служб. Солдати, які повертаються з Іраку й Афганістану, повідомляють про відмінну підтримку з боку ВПС США і Корпусу морської піхоти. Проте іноді на пунктах збору не вистачало певної техніки, у тому числі холодильного обладнання та транспортних засобів для перевезення персоналу й останків. Військове командування може мати обмежений контроль над

персоналом похоронних служб, коли його прикріплено до іншого підрозділу Армії або військової служби. Однак воно має право вжити заходів, аби переконатись у тому, що організація, до якої прикріплені солдати похоронної служби, забезпечує їх належною підтримкою.

Соціальні ефекти правильного догляду за мертвими

Між полем бою та впливом на суспільство пролягає велика відстань, але враження від солдатів, які займаються похоронною справою, посилює позитивні аспекти їхньої роботи. Гідна турбота про останки є не просто проголошеною військовою доктриною, вона стає кредо для цих солдатів. Американське суспільство повинне вірити, що така традиція продовжується і що солдати, які займаються похоронною справою, виконують цю місію.

Соціальна ідентичність померлого має значення для родичів загиблих [4]. Вона важлива для розуміння того, яке місце ті, хто загинув, займатимуть у свідомості живих — товаришів по службі, сім'ї та інших, хто міг їх знати, або навіть тих, хто їх не знав.

Ця ідентичність після смерті може бути ширшою, ніж була при житті людини. Така ідентичність містить, але не обмежується цим, знання про місце і причину смерті, місце поховання і те, чим запам'яталась людина. Формуванню цієї ідентичності значно сприяє повернення останків і особистих речей.

Фронтіві похорони і поминки незчисленні. Незважаючи на те, скромні вони чи урочисті, похорони і меморіали неповні без останків, які увічнюються. Усі сім'ї хочуть мати згадку про померлого; якщо останки не можна повернути, то потрібна пам'ятка. Пам'яткою може бути особиста річ, ґрунт з того місця, де померла людина, або символ її життя чи смерті.

ВИСНОВКИ

Солдат, який займається похоронною справою, грає важливу роль у довгому ланцюгу подій, які сприяють поверненню загиблих із війни. Солдати, які виконують цю роль, отримують підтримку насамперед один від одного, але також від своєї організації і тих, хто ними керує. Робочі стреси великою мірою компенсуються почуттям виконаного обов'язку солдатів під час вирішення почесного, але важкого завдання. Підтримка з боку працівників охорони психічного здоров'я, капеланів і командирів базується на: а) визнанні їхньої роботи, у тому числі розумінні їхніх обов'язків; б) повазі до процесу оброблення останків;

в) проведенні часу з персоналом, який зменшує можливу ізоляцію, спричинену характером їхньої роботи; г) розумінні того, як виникають стреси від цієї роботи, та особливості їхньої взаємодії зі стресами, що впливають на всіх солдатів в умовах розгортання.

Те, як країна піклується про останки своїх загиблих, викликає або національну гордість, або сором. Це зміцнює в солдатах їхнє кредо «не залишати нікого». Командир, солдати, які виконують похоронну справу, і працівник охорони психічного здоров'я відіграють важливу роль у забезпеченні довговічності цієї традиції.

ПОДЯКИ

Дякуємо Томі Бурлієру (Tommy D Bourlier) і Дугласу Говарду (Douglas L Howard), директору і заступнику директора, відповідно, Центру і школи похоронної справи Армії США (Форт Лі, штат Вірджинія), за читання і коментарі рукопису. Дякуємо також Джоді МакКіббен (Jodi McKibben), доктору філософії з Центру вивчення травматичного стресу, Департамент психіатрії, Медичний університет Збройних сил (Бетесда, Меріленд), за читання і коментарі до рукопису. І, нарешті, особлива подяка багатьом солдатам, які поділилися своїм часом і розповідями з авторами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ursano RJ, McCarroll JE, Fullerton CS. Traumatic death in terrorism and disasters: the effects on posttraumatic stress and behavior. In: Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE, eds. *Terrorism and Disaster*. New York, NY: Cambridge University Press; 2003: 308–332.
2. McCarroll JE, Ursano RJ, Ventis WL, et al. Anticipation of handling the dead: effects of gender and experience. *Br J Clin Psychol*. 1993;32:466–468.
3. Risch E, Kieffer CL. Care of the dead. In: *United States Army in World War II. The Technical Services. The Quartermaster Corps: Organization, Supply, and Services*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1955: 361–494.
4. Sledge M. *Soldier Dead*. New York, NY: Columbia University Press; 2005.
5. McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS, et al. Gruesomeness, emotional attachment, and personal threat: dimensions of anticipated stress of body recovery. *J Trauma Stress*. 1995;8:343–347.
6. Engen T. Remembering odors and their names. *Am Scientist*. 1987;75:497–503.
7. Pan American Health Organization and World Health Organization. *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*. Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington, DC: PAHO and WHO; 2004: 71–83. Available at: <http://www.paho.org/english/dd/ped/DeadBodiesBook.pdf>. Accessed November 18, 2008.
8. Ursano, RJ, Fullerton CS, Vance K, Kao TC. Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psychiatry*. 2003;156:353–359.
9. McCarroll JE, Blank AS, Hill K. Working with traumatic material: effects on Holocaust Memorial Museum Staff. *Am J Orthopsychiatry*. 1995;65:66–75.
10. Ursano RJ, Fullerton CS, Vance K, Kao TC, Bhartiya VR. Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183:36–42.
11. McCarroll JE, Fullerton CS, Ursano RJ, Hermsen JM. Posttraumatic stress symptoms following forensic dental identification: Mt. Carmel, Waco, Texas. *Am J Psychiatry*. 1996;153:778–782.
12. McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS, Liu X, Lundy A. Effect of exposure to death in a war mortuary on posttraumatic stress symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189:44–48.726

Розділ 46

ЕТИКА ТА ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА: КЛЮЧОВІ СУЧАСНІ ПИТАННЯ

Едмунд Г. Хове^I · Роберт С. МакКензі^{II} ·

Чад Бредфорд^{III}

ВСТУП

ПИТАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПЕРЕД РОЗГОРТАННЯМ

Проблеми вербування

Проблеми лікування

ПИТАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС РОЗГОРТАННЯ

Загальні питання, які стосуються немедичного поводження з затриманими

Які підходи можуть застосовуватися слідчим

Як військові лікарі мають взаємодіяти з затриманими і чи мають узагалі

Як мають реагувати військові лікарі, коли затримані відмовляються від їжі

ПРОБЛЕМИ ПІСЛЯ РОЗГОРТАННЯ

Посттравматичний стресовий розлад

Травми голови

Рішення, які «виходять за межі» ситуації

ВИСНОВКИ

- ⁱ Доктор медицини, доктор юриспруденції, професор психіатрії, доцент медицини та директор програм із медичної етики, Медичний університет Збройних сил, 44 301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814; старший науковий співробітник, Центр із вивчення травматичного стресу, Bethesda, Maryland; у минулому – майор, Медичний корпус, Армія США.
- ⁱⁱ Доктор остеопатії, підполковник, Медичний корпус, Армія США; Департамент психічного здоров'я, Медична клініка Вінченца Армії США, Caserma Ederle, Italy, Unit 31401, Box 13, APO AE 09042.
- ⁱⁱⁱ Доктор медицини, командор, Медичний корпус, ВМС США; дивізійний психіатр, 2-га дивізія морської піхоти, Управління начальника медичної служби, відділ психіатрії, HHQBN 2MARDIV, Camp Lejeune, North Carolina 28547; у минулому – співробітник судової психіатрії, Національний столичний консорціум, Washington, DC.

ВСТУП

В останні кілька десятиліть як наслідок появи нових розробок у сфері біології та технологій постало багато нових етичних проблем. Також низка проблем виникла в результаті застосування різного роду бойових дій, про які було заявлено терактом 11 вересня 2001 року [1]. Ці події спричинили необхідність переоцінити традиційну військову медичну етику і зробити деякі безпрецедентні зміни парадигми, що вже існує [2–6].

Збільшилась і стала значно ширшою за своїм охопленням потреба працівників охорони психічного здоров'я в чіткому розумінні цих базових питань. Тепер (більше, ніж будь-коли) військові лікарі мають розуміти ті етичні міркування, які можуть вплинути на їхню клінічну практику. Крім цього, вони мусять знати про те, яким чином етичні міркування здатні впливати на правила, що встановлює Армія, причому неважливо, сто-

суються вони психології чи загальних медичних питань. Військові працівники охорони психічного здоров'я залучаються як консультанти з питань етики або беруть участь у комітетах з етики, тому вони мають розуміти основні етичні аргументи, які потрібно взяти до уваги під час розгляду цих, відносно нових питань практичної діяльності.

Отже, у цьому розділі висвітлюватимуться ті основні питання, у яких, найімовірніше, можна очікувати участь військових працівників охорони психічного здоров'я. За необхідності детально розглядатиметься, як ці військові працівники охорони психічного здоров'я могли б бути залучені до тем, які обговорюються. У цьому розділі також будуть висвітлені питання, які потребували повторного аналізу. Це буде зроблено відповідно до поданих підрозділів — стосовно питань, які виникають до, під час і після розгортання.

ПИТАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПЕРЕД РОЗГОРТАННЯМ

Проблеми вербування

У перші роки сучасної війни з тероризмом було складно вербувати необхідну кількість добровольців через велику кількість жертв. Необхідність досягнення мети вербування призвела до спрощення стандартів залучення на військову службу. Зміни містили збільшення кількості винятків, які стосувались не зовсім законослухняних осіб, зниження прохідного балу за тестування з професійної підготовки для вступників на військову службу (ASVAB — Armed Services Vocational Aptitude Battery) і більшої поблажливості щодо татуювання, яке мало специфічні принизливі значення для деяких соціальних груп. Залишається

незрозумілим, як це позначиться на людях, набраних в нових умовах, і як ці прецеденти впливатимуть на тимчасові і більш довгострокові військові стандарти. Однак у зв'язку з економічною кризою в 2008 році новобранців стало більше, і вимоги стандартів було знову підвищено.

Етична дилема, яка тут постає, полягає в конкуренції між особистими правами людей та їхнім бажанням служити країні з одного боку та вимогами місії і потребою підтримувати високі стандарти серед контрактників — з іншого. Друга дилема стосується того, наскільки серйозно мають бути обстежені новобранці до того, як їх приймуть на службу. Люди з нижчими балами ASVAB або кримінальною історією можуть стати, скоріше,

тягарем для підрозділу, якщо під час дій їхні можливості виявляться вичерпаними або повториться антисоціальна поведінка. Як наслідок, можуть виникнути ситуації, коли ставиться під загрозу ефективність підрозділу або чиниться жорстокість. Однак було б етичною помилкою виключити 100 осіб з попередніми юридичними труднощами, якщо тільки одна з них може виявитись рецидивістом. Крім того, недавні дані показали, що люди, які мали юридичні проблеми, менш схильні до скоєння насильницьких злочинів. Вони також мають більш високу лояльність і швидкість просування, ніж більшість солдатів, можливо тому, що їхні справи досліджуються набагато ретельніше [7]. Особи з попередніми судимостями, більш низькими балами ASVAB або ті, які раніше були учасниками бандитських чи расистських груп, можуть хотіти служити своїй країні чи, точніше, використати військову службу для поліпшення власного фінансового та освітнього статусу. Дозвіл цим людям вступити на службу відповідає їхнім інтересам, але під час служби вони можуть зіткнутися з постійними труднощами, що, можливо, призведе до швидкого звільнення або відсторонення з погіршенням розряду.

Крім того, при зниженні стандартів можуть безпосередньо страждати бойовий дух і готовність підрозділу. Наявність в підрозділі людей з вираженими расистськими поглядами або тих, які належали до злочинного угруповання, здатна понизити і підірвати згуртованість у підрозділі, у якому кожен член має бути готовий врятувати колегу або допомогти іншому. Люди з расистськими поглядами готові зазвичай витягнути з халепи лише тих, кого люблять, та залишити тих, хто має «інші погляди». Команда, ступінь інтегрованості якої не дотягує до ідеального, не здатна ефективно працювати в бойових умовах високого навантаження. Потенційні ускладнення навіть збільшуватимуться, якщо ці люди отримують підвищення по службі та займатимуть керівні позиції. У цьому становищі вони можуть робити вибір, базуючись на приналежності до етнічної групи, а не на здібностях, що підірватиме принципи рівності та справедливості. Одне з можливих рішень — надавати додатковий випробувальний термін представникам таких груп. Це вже впроваджено для новачків, які є надто товстими або не

відповідають спортивним стандартам, щоб вони могли відповідати цим стандартам до початку базової підготовки.

Можливо, буде потрібно розглянути питання про те, який рівень обстеження має бути впроваджений і чи потрібно робити «умовні» записи, щоб допустити цих людей до виконання службових обов'язків у повному обсязі. Оскільки зараз немає емпіричних даних для оцінки цих аргументів, це може залишатися постійною дилемою.

Проблеми лікування

Суїцидальна депресія під час основної або попередньої бойової підготовки

Етична проблема зовсім іншого роду, але яка також може мати місце перед розгортанням, стосується того, що повинні робити військові працівники охорони психічного здоров'я, коли солдати стверджують, що в них були потяги до суїциду під час основного або попереднього навчання. Працівники можуть припускати, що іноді причина полягає в тому, що ці солдати не хочуть бути в Армії, а не в тому, що вони насправді хочуть вбити себе.

Існують добре відомі солдатам процедури для того, щоб звільнитись. Однак солдати можуть не робити цього з різних причин, наприклад щоб зберегти обличчя. І насправді, іноді солдати пробують залишити Армію, демонструючи суїцидальні нахили; хоча, варто відзначити, в сьогоднішній Армії, яку складають добровольці, це менш поширено.

Військові психіатри або інший персонал охорони психічного здоров'я, до якого звертаються солдати, можуть з часом: а) вжити заходів, щоб дати їм адміністративне відсторонення та звільнити їх від служби, оскільки вважають їхню депресію надто важкою та такою, що не піддається лікуванню, б) вирішити, що вони мають розлад особистості, або в) повернути їх до дійсної служби. Зазвичай працівники дають солдату випробувальний період, під час якого він проходить психотерапію та/або лікування антидепресантами.

Етична проблема, яка постає перед працівниками, насамперед полягає в тому, що солдати, які проходять базову або індивідуальну

посилену підготовку, а також перед розгортанням (як і в будь-який інший час) можуть бути по-справжньому пригніченими і схильними до суїциду [8, 9]. Таким чином, якщо військові працівники охорони психічного здоров'я не вживуть усіх запобіжних заходів, це може збільшити ймовірність того, що деякі з цих солдатів вчинять самогубство. Застосовуючи усі можливі запобіжні заходи, працівники охорони психічного здоров'я діють на користь Армії тією ж мірою, у якій допомагають солдатам.

Ситуація, коли інші солдати з бойовою втомою будуть тимчасово або постійно відчувати, що вони бажають залишити Армію, може призвести до того, що військові лікарі лікуватимуть їх так, як це робиться зараз; тобто від таких солдатів очікується, що вони повернуться у свої бойові підрозділи. Якщо замість цього психіатри відсторонять солдатів від їхніх підрозділів і подальшого бойового чергування, велика кількість військовослужбовців зможе наслідувати їхній приклад.

Причиною, яка часто служить етичним виправданням повернення солдатів до підрозділів, є очікування, що вони стануть менш уразливими до прояву психіатричних симптомів через почуття провини, які трапляються у тих, хто вижив, якщо хтось із солдатів підрозділу загине в бою. Фактично це може бути правдою, але як етичний аргумент таке міркування є хибним. У деяких умовах повага до автономії солдатів може бути важливішою за заходи, спрямовані на нормалізацію їхніх майбутніх симптомів. Повага до автономії, як це відбувається зазвичай, тобто в цивільних умовах, вимагає від військових лікарів, щоб вони дали солдатам можливість обирати між ризиком повернення симптомів та ризиком смерті.

Підставою для очікувань військових лікарів, які лікують солдатів, що ті повернуться у свою частину, є користь — одночасно для місії та окремого солдата, якщо не в одному сенсі, то в іншому. Тобто солдатам може бути краще як у короткостроковій, так і довгостроковій перспективі, якщо вони повернуться до свого підрозділу. Вони можуть, наприклад, відчувати себе краще, перебуваючи серед тих, кого знають, і бути менш схильними до повторного розвитку психіатричних симптомів, які, найімовірніше, розвинулися б у результаті того, що вони назавжди залишили підрозділ.

Солдати, евакуйовані з театру бойових дій, зазвичай не залишаються в Армії і часто не підтримують контакт з «приятелями», яких вони залишили. Втрата соціальних мереж, військової структури і пов'язаних із нею медичних послуг може стати причиною низхідного руху в безробіття і навіть у бездомність. Все-таки очікування їхнього повернення під час лікування є якоюсь мірою примусом і, таким чином, відрізняється від того, з чим стикаються ті, хто лікується після травми в цивільних установах. Насправді це очікування позбавляє їх джерела додаткової автономії.

Аналогічне обґрунтування підтримує психіатрів, які лікують солдатів від суїцидальної депресії під час базової підготовки. Лікування за допомогою психотерапії та ліків, коли є ймовірність, що в них дійсно депресія, дає сподівання на те, що ці солдати не залишать Армію і/або не скінчать своє життя, навіть якщо в той час, як їх лікують, це не здається найкращим, що психіатри могли б зробити для пацієнтів, які говорять, що вони відчують потяг до самогубства. У цивільних установах працівники більше намагаються усунути або зменшити джерело постійного стресу. Те, як зараз військові лікарі лікують таких пацієнтів, знижує ймовірність того, що багато інших солдатів, які проходять основну підготовку або готуються до розгортання, матимуть суїцидальну депресію як спосіб виходу з ситуації — свідомо чи ні.

Завершальна, додаткова етична дилема тут у питанні, чи мають військові працівники охорони психічного здоров'я інформувати солдатів про «основні правила» пошуку звільнення у цей спосіб. Вони могли б сказати солдатам, що для звільнення через депресію вони зазвичай мусять насамперед пройти пробну психотерапію і медикаментозне лікування протягом приблизно 6 місяців. Однак, зважаючи на збільшення частоти самогубств в останні 6 років, цей варіант навряд чи буде привабливим в політичному сенсі. Проте етика зобов'язує розкривати такі факти, щоб відсутність інформації не впливала на результати. Постає питання: чи мають працівники відносити солдатів із суїцидальною депресією до тієї ж категорії та не повідомляти їм основні правила, чи мусять інформувати їх?

Оптимальний компроміс між задоволенням потреб місії та потреб солдатів військовими лі-

карями може бути дещо суперечливим і парадоксальним. Можливо, було б оптимально, якби вони наполягали на лікуванні і навіть давали ліки цим пацієнтам протягом 6 або більше місяців, водночас надаючи їм повну інформацію про те, як працюють основні правила. Надання цієї інформації може, крім того, бути єдиним способом, у який вони спроможні будувати ефективні стосунки з цими пацієнтами та заслужити їхню довіру. Якщо ця практика зупинить потенційний потік солдатів, які звільнюються таким чином (як, здається, вона і робить), таке лікування з розкриттям інформації було б достатнім для підтримки потреб місії.

Стрес перед розгортанням

Правила, за якими на розгортання відправляються солдати, емоційно не підготовлені або з певними домашніми проблемами, можуть спричинити зайвий стрес для цих солдатів і членів їхніх сімей. Більш ліберальна політика розгортання може стати в інтересах військовослужбовців і їхніх підрозділів. Проблемою може бути етична дилема зважування потреб військових частин та потреб таких солдатів і/або їхніх сімей. Звичайно, військові підрозділи повинні перебувати в найкращій формі, але, якщо в них є кілька солдатів, «які не в грі», це знижує їхню продуктивність. Окремі солдати самі здатні опинитись під загрозою або через відволікання уваги поставити членів своєї групи в ситуацію ризику і, зрештою, поставити місію під загрозу.

В умовах нинішньої війни з тероризмом солдати-добровольці, які зараховуються до Армії, знають про потенційний ризик участі в можливому розгортанні. У теперішній ситуації відправка солдатів на розгортання є питанням часу, і те, що вони будуть туди відправлені, вже не підлягає сумніву. Незважаючи на знання цього, деякі солдати менше за інших готові до розгортання. Такі солдати можуть мати короткострокові проблеми або сімейні обставини, які можна було б вирішити за нетривалий період, якщо б їм дали можливість зробити це. Можливо, їм би вистачило навіть 30 днів, щоб емоційно підготуватися до розгортання чи вирішити свої сімейні питання. Наприклад, їм необхідно перевезти дружину з Німеч-

чини в США або переконатися, що всі фінансові питання упорядковані.

Ризик від такого «поблажливого» підходу для військових частин двоякий. По-перше, те, що дозволяються винятки або зволікання для окремих солдатів, порушує основну передумову справедливості, оскільки всі інші члени команди мають бути готові до розгортання і розгортатись за наказом. Можливо, багато інших членів підрозділу також хотіли б відкласти або навіть уникнути розгортання. По-друге, виконання завдання військовим підрозділом залежить від кожного члена команди, і якщо хтось відсутній, то підрозділ страждає. Якщо деякі члени підрозділу можуть відтермінувати свою участь у розгортанні, це може мати вирішальне значення для місії. Це стосується, наприклад, таких випадків, коли солдат, який не прибув на розгортання, є механіком генераторних установок або компетентним фахівцем з організації зв'язку.

В етичному сенсі було б оптимальним розробити спосіб реагування на кожну окрему обставину індивідуально, виходячи з загального припущення, що всі підрозділи будуть розгорнуті в повному складі у максимально можливій мірі. Кращим вибором могла би стати система оцінки, яка розглядає одночасно кілька аспектів проблеми: тих, кому потрібен короткий час на відновлення або вирішення сімейних питань; тих, кого не потрібно відправляти на розгортання; і тих, хто готовий до розгортання. Потреби солдатів і підрозділів найкраще можуть бути задоволені, якщо інформувати командування про процес і статус солдатів. За поточними правилами на розгортання відправляються лише ті військовослужбовці, психологічний стан яких був стабільним протягом принаймні 3 місяців; в іншому випадку вони мають отримати відмову від керівника медичної служби центрального командування розгортанням.

Подальші питання лікування

Військові працівники охорони психічного здоров'я мають зважати на те, як соціальна та емоційна відстань від підрозділу може вплинути на лікування його особового складу. Як на роботі, так і поза нею військові працівники охорони психіч-

ного здоров'я, найімовірніше, регулярно взаємодіють зі своїми майбутніми пацієнтами. Підтримка занадто великої відстані від підрозділу може створити враження відчуження і недоступності, зменшуючи ймовірність майбутнього звернення. Підтримка занадто тісних стосунків може встановити дружні, а не терапевтичні взаємини. Близькі стосунки здатні перешкоджати працівникам охорони психічного здоров'я зробити точний діагноз.

Військові працівники охорони психічного здоров'я та їхні майбутні пацієнти, найімовірніше, будуть розміщені на одній базі, в одному підрозділі і можуть мати загальні робочі зони. Військові бази зазвичай замкнуті, і ті, хто в них перебуває, часто контактують один з одним. Працівники охорони психічного здоров'я та їхні майбутні пацієнти можуть виконувати супутні спільні обов'язки, наприклад залучатись до роботи адміністративних комітетів або інших робочих проєктів. Вони можуть часто перетинатися і взаємодіяти один з одним під час виконання військових функцій, як от церемонія нагородження, навчання та професійна підготовка особового складу. Поза роботою вони можуть часто відвідувати одні й ті ж магазини або використовувати один і той же дитячий садок.

Епізод 46.1. Військовий психіатр тримав помітну соціальну та емоційну дистанцію з особовим складом підрозділу. Зазвичай він не спілкувався з колегами й уникав взаємодії у виконанні професійних функцій. Якщо він не займався пацієнтом, він залишався у своєму кабінеті за зачиненими дверима. Коли його запитали про таку поведінку, психіатр пояснив, що це не було соціальною фобією, насправді він цілеспрямовано підтримував свою соціальну й емоційну відстань від інших у команді на випадок, якщо в один прекрасний день вони можуть стати його пацієнтами. Він пояснив, що якщо б він був занадто близьким, від нього би очікували, що він буде «другом» для своїх

пацієнтів; вони могли б очікувати від нього дружньої поведінки, наприклад що він стане спілкуватись і ділитися особистими подробицями життя. І те, і те, як він міркував, може бути шкідливим для лікування. Він також вважав, що, якщо він буде занадто близьким для свого підрозділу, йому буде складніше рекомендувати направити їх у бій, якщо виникне необхідність. Ще, думав він, це може завадити його здатності ставити точний діагноз; його попередні враження про людину можуть затьмарити його спроможність сприймати психічне захворювання; і це може змусити діагностувати психічне захворювання, якого немає у пацієнта.

Чи була соціальна поведінка цього психіатра ідеальною, чи він зайшов надто далеко? Або це взагалі недоречно і непотрібно? Чому?

Для військових працівників охорони психічного здоров'я важливо не тільки підтримувати відповідну соціальну та емоційну відстань, але також бути доступними і сприяти зверненню до них. Військові працівники охорони психічного здоров'я не зможуть допомагати, якщо ніхто не захоче призначати зустрічі з ними. Ідеальним було б взаємодіяти з підрозділом, при цьому зберігаючи професійну поведінку. Тримати «руку на пульсі» бойового духу підрозділу важливо для підтримки бойових спроможностей підрозділу, і часто це є одним із завдань військових працівників охорони психічного здоров'я. Вони мають знати про те, як їхнє ставлення до свого підрозділу може вплинути на лікування солдатів цього підрозділу, якщо ті стануть їхніми пацієнтами. Метою цих працівників має бути надання відповідного лікування своїм пацієнтам при збереженні максимальної бойової ефективності підрозділу. Для досягнення цієї мети військові працівники охорони психічного здоров'я повинні зберігати об'єктивність, незважаючи на свої соціальні й емоційні стосунки з підрозділом.

ПИТАННЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС РОЗГОРТАННЯ

Одним із найбільш важливих медичних міркувань, яке виникло, є те, як військові лікарі мають поводитися з військовополоненими (POW — Prisoners of war). Відповідно до Женевської конвенції, військові лікарі мають ставитися до військовополо-

нених так само, як і до солдатів союзників, але не зрозуміло, як саме це має відбуватися. Припустімо, що американські солдати та військовополонені мають ідентичні травми. Військові лікарі могли б приймати і тих, і тих на змінній чи

випадковій основі або приймати американських солдатів у першу чергу. Або ж військові лікарі, які використовують цей другий підхід, могли б приймати американських солдатів із більш широким діапазоном травм, таким чином приймаючи більше американських солдатів, і все ще, з технічної точки зору, однаково приймати американських солдатів і POW [2].

Етичне питання, що виникає у зв'язку з затриманими, полягає в тому, чи повинні військові лікарі поводитись із затриманими таким же чином, хоча з юридичної точки зору затримані можуть не відповідати критеріям військовополонених і Женевська конвенція для них може не застосовуватися. Залишаючи в стороні практичну складність визначення того, хто є POW, а хто затриманий, ключове питання, що стосується лікування затриманих, — це ступінь, за якого зобов'язання військових медиків як медичних працівників повинні мати пріоритет над їхніми обов'язками військовослужбовців.

На семінарі з військової медичної етики групу військових лікарів, які недавно служили в Іраку, запитали, що, на їхню думку, вони мають робити, якщо їм доставлять травмованих ворогів, а вони знають, що вже наближаються американські солдати з «такими ж травмами», і їхній командир наказує їм утриматися від лікування, поки не прибудуть американські солдати, щоб лікувати їх в першу чергу. Всі присутні військові лікарі відчували, що вони мають відмовитися від наказу командира. Вони думали, що першими мають лікувати тих, хто перед ними, бо це було тим, що вони зобов'язані робити як лікарі.

З юридичної й етичної точки зору в Армії вважається, що всі військовослужбовці мають відмовитись підкорятися незаконним або неетичним наказам. Однак може бути складно визначити, що є «незаконним» або «неетичним». Цілісність військової системи потребує, щоб військові лікарі, як і інші військовослужбовці, відмовилися виконувати накази, коли існує неоднозначність в екстрених ситуаціях. Після цього такі рішення мають бути розглянуті так широко і швидко, наскільки це можливо.

Проте етичність можна встановити заздалегідь, коли наказ буде суперечити з пріоритетами, яких зобов'язані дотримуватись військові лікарі як представники медичної професії, так що вони

можуть вирішувати, які пріоритети мають переважати. Ця робота може привести до двох результатів. По-перше, військова місія менше ризикує бути скомпрометованою. По-друге, це могло б допомогти забезпечити дотримання найвищих медичних стандартів.

З часу розкриття знущань над затриманими в Абу-Грейб було висловлено багато побоювань стосовно затриманих осіб [10, 11]. Уряд США запросив експертів з прав людини від Організації Об'єднаних Націй та інших відвідати центр утримання в Гуантанамо (Куба), щоб перевірити його діяльність, і підтвердити, що політика, яка там провадиться, відповідає етичним нормам. Результати цих візитів можуть стати більш переконливими, звичайно, тільки тоді, коли всі аспекти всіх операцій зможуть бути повністю вивчені.

Ключове питання, що привернуло увагу і змусило здійснювати контроль з боку громадськості, — це те, яким чином військові лікарі, особливо психіатри, психологи й інші медичні працівники, взаємодіяли і мають взаємодіяти із затриманими. Важливою передумовою тут стало те, що військові лікарі, діяльність яких присвячена зціленню, мають встановлювати найвищі етичні стандарти у цьому та всіх інших військових контекстах [12]. Деякі лікарі, однак, піддають сумніву навіть цю передумову. Майкл Грос (Michael Gross), який нещодавно написав статтю з військово-медичної етики, вважає, що обов'язки військового медичного персоналу перед Батьківщиною вищі, ніж перед їхньою професією [4]. Зворотна сторона цієї позиції — те, що, якщо є моральна цінність, якої зобов'язані дотримуватись лікарі, імовірно, вона настільки важлива, щоб її дотримувались всі.

Друга частина цього розділу розгляне ключові етичні питання, які стосуються взаємодії військовослужбовців із затриманими. Вона складається із трьох підрозділів. У першому будуть розглянуті основні питання стосовно затриманих, наприклад: які підходи дозволені під час допитів; чи можливий механізм, який дає змогу як виняток зі звичайних практик робити під час допитів те, що заборонено; чи необхідно заздалегідь перелічити допустимі підходи; чи потрібно поліпшувати умови утримання затриманих із часом і хто має вирішувати всі ці питання. Ці основні питання варто розглянути в першу чергу тому, що наступ-

ні, які стосуються медичних працівників, певною мірою залежать від цих перших питань.

Другий підрозділ містить питання, безпосередньо пов'язані з військово-медичним персоналом. Вони стосуються участі лікарів у допитах, якщо їх взагалі варто залучати до них, і конфіденційність при лікуванні затриманих пацієнтів. Третій підрозділ буде стосуватися того, що сьогодні є найскладнішою етичною проблемою, з якою стикаються військові лікарі, які лікують ув'язнених: що робити, коли в'язні відмовляються від їжі. Цей підрозділ міститиме коротке обговорення того, чи повинні військові лікарі мати більше можливостей для висловлення своїх поглядів, і характеру спеціальних обов'язків військових лікарів під час бою.

Військові психіатри стикаються з численними етичними питаннями щодо догляду за затриманими. За правилами Міністерства оборони військових психіатрів можуть попросити служити консультантами під час допитів (хоча зазвичай цю роль виконують психологи); вони мають, однак, поводитися із затриманими тільки і лише як медичні працівники.

Це обговорення не буде намагатися дати «правильні» відповіді на подібні етичні питання. Скоріше, ми побачимо, що етичний аналіз не може дати такі відповіді, тому що цінності, які повинні мати найвищий пріоритет, можуть значно різнитися. Проте це обговорення намагатиметься визначити межі для розгляду більш важких питань, які виникають в таких ситуаціях. І, нарешті, воно вкаже на етичні цінності, які слід враховувати, приймаючи рішення, незалежно від того, якими ці рішення будуть.

Загальні питання, які стосуються немедичного поведіння з затриманими

Основним питанням стосовно затриманих є підхід до того, як їх розглядати і як з ними поводитись: як із людьми, які мають інформацію, що може врятувати багато життів, або як із людьми, які більше не становлять безпосередньої загрози, і, таким чином, їм як POW має бути гарантована оптимальна повага і турбота, оскільки вони більше не воюють. Коли затримані вперше потрапля-

ють у в'язницю, найбільш етично обґрунтованим є ставлення до них як до осіб, які можуть мати інформацію, що здатна врятувати життя інших. Згодом сила цього аргументу, імовірно, зменшиться.

Три найбільш важливі специфічні питання щодо немедичного поведіння з затриманими: 1) які підходи можна дозволити використовувати слідчим під час допитів, 2) чи потрібно змінювати з часом умови утримання ув'язнених, 3) хто має вирішувати усі ці питання?

Які підходи може застосовувати слідчий

Існує поширене поняття того, що з погляду етики і законності в Сполучених Штатах має бути заборонено чинити акти жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поведіння з затриманими. Зокрема, питання стосується конкретного занепокоєння щодо того, чи будь-яка шкода — постійна або тимчасова, фізична чи психологічна — може бути допущена взагалі. Відправною точкою для вирішення всіх цих складних моментів є питання про те, які підходи використовують робітники правоохоронних органів у Сполучених Штатах до власних громадян, коли підозрюють, що ці люди вже зробили або можуть зробити жорстокі злочини. Дехто вважає, що дозвіл широкої громадськості зараз дає право заходити занадто далеко. Все-таки за умови вважати прийнятним, якщо не ідеальним з етичного погляду те, що зараз дозволено законом, центральним стає питання про обмеження дій під час допиту: чи можна дозволити слідчим заподіяти затриманим більшої шкоди, ніж те, що припустимо з громадянами, і якщо так, то наскільки більше і чому?

Головний аргумент на користь того, щоб дозволити слідчим завдавати більшої шкоди затриманим, застосовуючи більш шкідливі методи, полягає в можливості врятувати більше людських життів. Як відправна точка в цій дискусії використовується зразковий приклад — підозрюваний серійний вбивця, громадянин США, який хоче вбити людей зараз або в майбутньому. Такі особи у разі звільнення можуть продовжувати вбивати. Другий зразковий приклад, що може бути використаний для такого аналізу, — людина на зразок

Тімоті Маквея (Timothy McVeigh), якого запідозрили в тому, що він підірвав Федеральну будівлю Мурра в Оклахомі в 1995 році.

У таких випадках співробітники правоохоронних органів у Сполучених Штатах є обмеженими попри те, що використання більш шкідливих методів могло б потенційно врятувати більшу кількість життів у майбутніх випадках тероризму. У деяких аспектах затримані можуть відрізнятись від «звичайних» злочинців. Головними серед цих особливостей є три. По-перше, вони можуть мати інформацію, яка здатна врятувати набагато більше життів, навіть більше, ніж у випадку Маквея. Кількість врятованих життів може бути більше в десятки, сотні, тисячі або навіть ще більше разів. Якщо терорист планує застосувати летальну біологічну речовину в Нью-Йорку і затриманий міг розкрити задум та потенційного виконавця, перш ніж це сталось, він, можливо, зміг зберегти життя мільйонів.

Імовірність того, що це станеться, може бути віддалена. Також може бути незрозуміло, чи має затриманий цю інформацію; якщо так, то чи буде отримана в результаті примусу під час допиту інформація вчасно для того, щоб мати цінність. Дослідження показують, що більша частина інформації, отримана примусовими заходами, недостовірна [13]; але деяка інформація такого роду може бути цінною. Етичний конфлікт тут полягає в балансі між повагою до затриманих, як ніби вони є американськими громадянами, яких підозрюють в тому, що вони серійні або масові убивці, як Маквей, та можливим отриманням інформації з допомогою неприємних методів, що може врятувати незліченну кількість життів.

По-друге, сучасна загроза відрізняється від тієї, що була під час Другої світової війни, коли нацисти здійснили геноцид. У наш час терористи можуть жити поодиночі, уникати спілкування один із одним протягом багатьох років чи десятиліть і тільки потім проявити себе та, можливо, поставити під загрозу ціле місто. Єдиним засобом виявлення цих терористів і запобігання такої шкоди може бути отримання інформації від затриманих.

По-третє, багато сучасних терористів мотивуються на вбивство різними причинами, у тому

числі релігійними. Терористи, мотивовані релігійними причинами, можуть не зважати на те, виживуть вони чи загинуть, убиваючи інших. Насправді вони можуть активно шукати смерті під час своєї атаки.

Ця «нова» мотивація спроможна ускладнювати методи, які вони готові використати, наприклад вбити себе або навіть своїх дітей, тим самим додавши ще одну причину, яка може виправдовувати використання більш жорстких методів допиту, ніж використовує персонал цивільних правоохоронних органів у США.

Прийняття і шкода, яких завдасть затриманим використання більш «енергійних» методів, є основними етичними аргументами проти їх використання. Що ще можна сказати про ці аргументи? По-перше, навіть якщо життя десятків тисяч людей може бути збережене в результаті отримання специфічної та цінної інформації від затриманих, це не означає, що будь-які та всі можливі засоби, якими можна домогтись такого результату, є етично виправданими. Крайніми видами допитів є тортури, загрози застосування тортур і тортури або загрози застосування тортур до сімей затриманих. У деяких питаннях, особливо в давні часи, ці підходи застосовувалися значною мірою через їхній страхітливий ефект. Тепер ці підходи здебільшого вважаються варіантом, який є занадто важким і здатний знищити цінності, за які від початку йде боротьба.

По-друге, в інших умовах у Сполучених Штатах надається абсолютний пріоритет збереженню гідності всіх людей, незалежно від кількості життів, які можна було б врятувати, не роблячи цього. Кращий приклад і зразок цього — наявна практика досліджень. Незалежно від можливого виграшу, нікого з учасників не можна використовувати проти його волі.

Дехто, зокрема Майкл Гросс, автор вищезгаданого тексту з військово-медичної етики, ставить питання про те, чи мають традиційні ціннісні пріоритети і далі переважати в наш час [4]. Гросс порушує питання про те, що робити, коли терористи змішуються з цивільним населенням, так що їх не зможуть упіймати. Він стверджує, що є тільки два можливі варіанти: 1) нічого не робити і стати беззахисним або 2) відхилитися від попередніх цінностей і погодитися на загибель «невинних»

цивільних у зусиллі виявити терористів, які проникли в їхнє середовище.

Чи потрібно заборонити обмеження і, якщо так, чітко та конкретно наголосити на цьому? Перше питання, на яке потрібно тут відповісти, — де має бути межа між дозволеними і недозволеними підходами до допиту. Другим питанням, що вимагає відповіді, є визначення того обсягу встановлених меж, який може бути розголошений та оприлюднений. Якщо ці обмеження занадто розпливчасті, їхні межі можуть легко «розтягнутись» на допиті. Слідчі, імовірно, робитимуть це через гідну повагу причину, сподіваючись врятувати найбільшу кількість життів. Таким чином, через важливість подібної мети багато слідчих можуть спробувати зробити це настільки, наскільки вони спроможні робити це на законних підставах.

Конкретні обмеження допомагають запобігти цьому «розтягненню». Прикладом є зловживання, які мали місце в тюрмі в Абу-Грейб (Ірак). Усі військовослужбовці знають, що вони за законом зобов'язані відмовлятися виконувати неетичні або незаконні вимоги. Якщо важко встановити, чи є наказ неетичним або незаконним, військовослужбовець, якому його віддали, може не зрозуміти, що йому робити. Непокора потенційно загрожуватиме йому військово-польовим судом. Таким чином, це сильний, на перший погляд, аргумент на користь створення вихідних, специфічних і конкретних меж.

Проте, якщо ці межі занадто конкретні та публічно відомі, ціною може стати інформація, здатна врятувати життя багатьох людей. Якщо обмеження викладені занадто детально і затримані знають конкретні межі, їм може бути значно легше уникати відповідей під час допиту, так що вони не дадуть інформації, перш ніж ця межа буде досягнута. Отже, вони можуть видавати менше інформації, у результаті чого менше життів може бути збережено.

Чи потрібно з часом поліпшувати умови утримання затриманих?

Аналогічна ціна потенційно існує для значного поліпшення умов утримання затриманих із пливом часу: наприклад, надати їм можливості знову спілкуватися зі своїми сім'ями. Знання, що вони

можуть розраховувати на подібні привілеї, також допомагає їм «протриматися». З іншого боку, дуже гуманно поліпшувати умови ув'язнення і дати їм можливість спілкуватися з сім'єю після того, як вони пройшли допити і переважна ймовірність отримання від них інформації лишилась позаду.

Після того, як зусилля слідчих під час допиту будуть вичерпані і неможливо буде досягти більшого «успіху», ніж вже є, логічно аргументувати збільшення привілеїв затриманих, наприклад збільшити частоту зустрічей з сім'ями. З цього погляду, із часом до затриманих дедалі більше потрібно ставитися як до людей, які мають право на повагу і турботу, ніж як потенційне джерело важливої інформації. Якщо затримані знають, що з часом відбуватиметься таке полегшення умов, їм буде легше уникати відповідей під час допитів і не давати інформацію, яку інакше вони б надали. Хтось може припустити, що можливість бачити свої сім'ї може бути використана як «пряник» або стимул, який змусить їх надати інформацію. Такий підхід дозволив би більш широко використовувати уразливість затриманих і може стати більш проблематичним з етичної точки зору; на думку деяких осіб, використовувати його з цієї причини є абсолютно безсовісним.

Альтернативою і своєрідним моральним компромісом між цими суперечливими цінностями може стати надання деяким, але не всім, затриманим більше можливостей. У такому випадку ніхто не знатиме з упевненістю, чи зможе коли-небудь отримати такі можливості. Може виявитись, що знання затриманих про краще майбутнє не впливає на їхнє рішення приховати інформацію під час допитів. Їхні знання про те, що вони зможуть бачити свої сім'ї, з іншого боку, здатні поліпшити їхнє ставлення до Сполучених Штатів, і це, таким чином, підсилить їхню готовність надати більше інформації.

Загалом затримані, з якими поводяться гуманно, інколи з часом стають більш готовими надати інформацію. Але навіть ця можливість з етичних міркувань проблематична, адже базується на ставленні до затриманих як до засобу для досягнення мети. При цьому втрачається розуміння того, що людське життя є найвищою

цінністю. Але забувати про це не можна. Тому до затриманих потрібно ставитись гуманно навіть за рахунок інших втрат, у тому числі втрат життя інших людей.

Залишилось питання, чи можливі у крайніх випадках винятки і який механізм їх реалізації. Виняткові методи допиту допустимі в рідкісних умовах, коли існують украй пом'якшувальні критерії. Цими критеріями є можливість врятувати багато життів, загроза небезпеки і велика ймовірність того, що затриманий володіє інформацією, яка здатна врятувати життя. У цих ситуаціях можливий механізм зовнішнього спостереження за методами, які використовуються, а також спостереження під час допиту. Основним аргументом за використання такого механізму винятку є можливість врятувати більше життів.

Існує два етичні питання, пов'язані із допитом затриманих із застосуванням механізмів, за допомогою яких можна робити винятки з обмежень. По-перше, що є найвищим моральним пріоритетом? І по-друге, що, якщо взагалі такі критерії існують, може виправдати відмову Сполучених Штатів від слідування цим пріоритетам? При прийнятті цих рішень може з'ясуватись, що ціна такої підтримки моральних стандартів виявиться вищою, ніж більшість людей здатна прийняти. Ціною може бути втрата життя людей та передчасна згода з цим.

Хто має вирішувати ці питання?

Хто має вирішувати, де поставити межі в допитах, не зважаючи на можливу втрату життів? Якщо їх встановити, чи потрібно потім зробити ці обмеження оприлюдненими та явними [14, с. 89–90]? Одним із варіантів рішення можуть стати міжнародні кодекси. Але з етичної точки зору використовувати лише міжнародні кодекси для визначення правил складно з багатьох причин. По-перше, якщо кодекси були введені в дію до терористичного акту 11 вересня 2001 року, у них не враховуються нові обставини, і, можливо, зараз терористи становлять більшу загрозу. Але звід правил, ухвалений після того, міг би бути корисним. По-друге, за своєю природою кодекси є обмеженими. Так само міцність етичних принципів може бути меншою у виняткових випадках, на-

приклад коли затриманий має інформацію, яка може врятувати тисячі життів.

Ці обмеження, властиві кодексам, здатні, цілком імовірно, підтримати жорсткі допити або дати змогу медичним працівникам поводитись з POW несправедливо, як це обговорювалось вище. Військовий медичний персонал може, відповідно до міжнародних вимог, віднести всіх військово-службовців і POW з ранами черевної порожнини до однієї групи, попри серйозність цих ран і терміновість лікування. Згідно із кодексом лікарі повинні ставитися до військовослужбовців і POW однаково. Проте, оскільки не визначено, як потрібно приймати пацієнтів з обох груп — по черзі або у випадковому порядку, військові лікарі можуть приймати першими своїх солдатів із тією ж тяжкістю уражень, а POW вже після них.

Так само в той час, як правила забороняють слідчим застосовувати жорстокі або нелюдські підходи, насправді вони потурають використанню суворих підходів, які не є цілком жорстокими чи нелюдськими, але виходять за межі, дозволені для співробітників правоохоронних органів США, які проводять допити громадян США. Можливо, стандарти повинні бути такими ж, або, навіть, може бути, що нинішні правила стосовно громадян США заходять занадто далеко (або недостатньо далеко), дозволяючи застосування жорстких методів допиту.

По-третє, ризик того, що кодекси недостатньо конкретні і не визначають усіх ситуацій, можливо, зумовлений тим, що вони часто є компромісом. Зведення правил може віддзеркалювати політичний тиск і, подібно до законів, висловлювати найменш вимогливі, але все-таки допустимі етичні дії, а не найвищі етичні стандарти, яких можуть і мусять дотримуватися люди. Якщо міжнародні кодекси — це компроміс, який вимагає знаходження сфер, де всі можуть дійти згоди, тоді правила є «спільним знаменником», прийнятним для всіх учасників.

Ця ситуація сьогодні створює проблему для Сполучених Штатів. Кодекси забороняють деякі види практики з ув'язненими, наприклад примусове годування, якщо затриманий голодує. Що є оптимальним для країн взагалі, може не бути оптимальним або навіть прийнятним для конкретних країн, таких, які частіше стають мішенню

для терористичних нападів. Таким чином, втрачають через використання цих кодексів можуть бути більшими, а вигоди меншими для цих країн (таких, як Сполучені Штати), ніж для інших. Етичний аналіз часто не здатний надати більш правильних відповідей на ці питання, ніж очевидні.

Досягнути найкращого етичного результату можливо завдяки найбільш ретельному розгляду того, що є суттю питання. У Сполучених Штатах з цією метою подібні етичні нюанси передаються на розгляд законодавців, які є особами, обраними суспільством, щоб вирішити ці питання, перевірити та час від часу обговорювати їх в судовому порядку. Ухвалене рішення може бути скасоване в будь-який час. І все-таки вирішення етичних питань законодавцями здатне бути найкращим можливим процесом [15, 16, с. 37–40]. «Кращою протидією обмеженій раціональності, що проявляється в когнітивних спотвореннях та помилках судження, які виникають в результаті цього, може бути ухвалення закону як засобу усунення таких спотворень» [16, с. 37].

Як військові лікарі мають взаємодіяти з затриманими і чи мають узагалі

Загальна політика Армії стосовно затриманих, як було обговорено вище, має вирішальне значення для питання про те, як військові лікарі повинні взаємодіяти із затриманими [17]. Першою і основною етичною проблемою взаємодії військових лікарів із затриманими є межа, якщо вона взагалі є, після якої лікарі не повинні брати участь у військових заходах щодо затриманих. Підставою є те, що вони мають відстоювати професійні етичні норми, орієнтовані на пацієнтів, на відміну від моральних стандартів інших військовослужбовців, орієнтованих на виконання завдань місії. Ключові підпитання такі:

- а) наскільки необхідно задіювати медичних працівників у немедичних заходах, як-от допити;
- б) що мають робити медичні працівники, коли надають затриманим медичну допомогу.

Чи мають вони, наприклад, проводити примусове годування?

Яким чином медичні працівники можуть брати участь у немедичних діях і чи повинні взагалі?

Окрім надання медичної допомоги, є багато інших способів взаємодії військових лікарів із затриманими [18]. Психіатри і психологи могли б працювати зі слідчими під час допитів, щоб спробувати знайти і прозондувати сфери, де затримані є найбільш уразливими, з метою отримати більше інформації, яка могла б у результаті врятувати життя. Під час допитів військові лікарі також можуть виконувати протилежну функцію: вони спостерігають за допитами через одностороннє дзеркало, аби впевнитись, що слідчі застосовують методи в допустимих межах, і, таким чином, краще захистити затриманих від шкоди.

Найважливішою етичною проблемою для багатьох видається те, що обов'язки лікарів щодо затриманих вступають у протиріччя до обов'язків, пов'язаних з цілями місії. Класичним прикладом є обов'язок лікарів дотримуватись основного принципу клятви Гіппократа — «Не нашкодь!». Дехто вважає, що військові лікарі підтримують більш високий моральний стандарт щодо добробуту затриманих, ніж слідчі, від яких очікується, що під час пошуку інформації вони будуть використовувати примус чи навіть завдають шкоди затриманим. Таким чином, постає питання, чи повинні лікарі гарантувати безпеку затриманих, спостерігаючи за ними через одностороннє дзеркало під час допитів.

В етичному сенсі припущення про те, що військові лікарі мають або повинні мати більш високі етичні стандарти, як вказано вище, може бути більш проблематичним, ніж здається. Люди в армії свідомо й охоче ризикують і часто віддають свої життя за країну. Це особливо вірно за відсутності плану. Якщо існують найвищі форми поведінки, то це має бути готовність солдатів віддати своє життя та інші дії, в яких проявляються високі моральні стандарти. Представників інших, немедичних військових професій, наприклад слідчих, можна розглядати в межах цієї групи, оскільки вони також готові загинути в бою, намагаючись врятувати життя інших.

Але не є очевидним, що лікарі повинні виконувати наглядові функції слідчих лише тому, що де-хто вважає їхній моральний рівень вищим. Передбачається, що існують і мають бути етичні норми, яких однаково повинні дотримуватись як лікарі, так і інші військовослужбовці. Військові повинні застосовувати такі методи допиту затриманих, з якими згодні як військові, так і цивільні лікарі та більшість солдатів і цивільних громадян. Військові могли б подумати про те, які дії, якщо такі є, могли б зміцнити ці стандарти. Було б корисно розглядати військовослужбовців та військових лікарів як таких, хто має такі ж моральні цінності, а не як групу з більш високими моральними цінностями, яка повинна виконувати наглядові функції [4].

Друге питання сучасної полеміки полягає в тому, чи дійсно лікарі, зокрема психіатри, не повинні діяти таким же чином, як інші працівники, наприклад психологи. Американська психіатрична асоціація (APA — American Psychiatric Association) видала настанови, які забороняють психіатрам брати безпосередню участь у допитах. Водночас Американська психологічна асоціація (American Psychological Association) надає психологам більше свободи в цьому питанні. Оскільки і психіатри, і психологи можуть мати клінічну підготовку, деякі психологи ставлять питання, чому психіатри (або медичні працівники) повинні бути виключені з участі у військових справах, які проводяться в інтересах суспільства, тоді як психологи беруть у них участь [19–21]. Таке ж питання поставили медсестри й медбрати, проте для них воно залишається теоретичним, оскільки їх не залучають до проведення допитів. Це ж питання стосується інших працівників охорони психічного здоров'я, чия робота пов'язана з психологією, наприклад соціальних працівників. Можливо, найголовніше етичне питання, що є підґрунтям цієї дискусії, полягає в тому, чи можуть всі військовослужбовці, у тому числі слідчі та медичні працівники різної спеціалізації, розглядати себе як людей, які мають однакові етичні норми, працюючи на благо суспільства.

Суспільство є джерелом цінностей, які визначають моральні якості та можуть вступати в протиріччя з мораллю медичних працівників або військових. Основне підґрунтя для того, щоб

цінності суспільства визначали моральні якості медичних працівників, полягає в тому, що воно йде на певні жертви, аби дати можливість студентам-медикам стати лікарями. Суспільство фінансує медичні школи і, що більш важливо, надає цим студентам особливі можливості, наприклад, «практикуватись» на трупах або живих пацієнтах, щоб вони могли отримати навички, які пізніше дадуть їм можливість «зціляти». Це також стосується інших фахівців, таких як медичні сестри та брати, клінічні психологи і соціальні працівники.

Лікарі, у свою чергу, принаймні не прямо, обіцяють використовувати свої навички найкращим чином. Це «кращим чином» може містити практики, на які суспільство мовчазно дивиться крізь пальці. Отже, винятки існують, оскільки громадськість допускає їх. Лікарі виконують декілька ролей, які задовольняють здебільшого потреби суспільства, ніж пацієнтів. Прикладом може служити судова психіатрія. Очікувано, суспільство з цим погоджується.

Одним із ключових моментів стосовно залучення військових лікарів до процедури допитів та інших дій, не пов'язаних із медициною, є питання про те, чи сприймає це суспільство, оскільки, на думку громадськості, можливо, в цей момент лікарі порушують принцип «не нашкодь». Цей момент може ускладнюватися, тому що суспільство здатне зажадати, аби лікарі, зокрема психіатри, брали участь у допитах, щоб відчувати себе більш захищеним. Те, чого хоче суспільство, теоретично є емпіричним питанням. З часом суспільна думка проявляється в тому, як люди голосують. Попри результати законодавчої діяльності, залишається питання, яку вагу повинно мати з моральної точки зору суспільне бачення ролі лікаря в Армії. Громадськість може бажати, щоб лікарі, з одного боку, не порушували свою клятву «не нашкодь», але, з іншого, щоб вони були більше залучені до захисту суспільства.

Це питання є навіть більш важливим, оскільки професійні організації також можуть вважати, що їхнє рішення має значний, якщо не вирішальний, внесок у визначення того, що мають робити їхні представники. Вони вірять, що їхня точка зору повинна бути вирішальною. Американська медична асоціація (American Medical Association) вказала лікарям на те, що вони не повинні вико-

нувати деякі ролі під час проведення страт злочинців. А АРА заборонила психіатрам проводити оцінку кримінальних злочинців і визначати їхню нормальність для того, щоб їх, згідно із законом, можна було стратити. Організації можуть прийняти таку ж точку зору щодо психіатрів або інших осіб, які забезпечують догляд і, прямо чи непрямо, беруть участь у допитах.

Таким чином, військові працівники охорони психічного здоров'я можуть побоюватися певних моментів. Так, якщо Армія накаже їм виконувати деякі ролі, пов'язані з не дозволеними їхніми професійними організаціями діями, це загрожуватиме їхній позиції в межах організації або навіть призведе до втрати ліцензії. Це ще один випадок, коли було б ідеальним, аби військові та професійні організації об'єдналися, якщо це можливо, і спільно працювали над прийняттям загальних високих моральних цінностей.

Військові й АРА можуть мати спільні основи. Психіатри, наприклад, могли б брати участь в розробці правил. Для обох груп є важливим отримати згоду стосовно рівня участі в допитах, оскільки поради психологів, які б залучались до цього процесу, могли б бути корисними як Армії, так і затриманим. Вони могли би запропонувати такі підходи до допиту, які а) є ефективними, але становлять менше ризику завдати шкоди, б) не ризикують завдати шкоди, але більш ефективні для отримання інформації. Ці дві можливості ілюструють важливий загальний розгляд питань етики, які завжди повинні застосовуватися в таких справах, як ця. Звичайно, неважко визначити негативні етичні аспекти ситуації. Що є більш складним з етичної точки зору, то це зробити крок за межі ситуації та знайти краще рішення.

Суттєве питання з приводу того, чи повинні психіатри та інші лікарі брати безпосередню чи побічну участь у допитах, таким чином, спирається на імовірні відносні вигоди і втрати кожного з цих підходів. Розглянемо, що б сталось, якби психіатри та інші медичні працівники не були задіяні під час допитів. Головне питання дискусії про допити полягає в тому, чи залучати військових лікарів у цей процес безпосередньо. Багато лікарів здригнулися б у відповідь на думку, що вони самі та інші могли б справедливо сприйматися як люди, які турбуються про пацієнтів сьогодні та

безпосередньо наближаються до негуманного поводження з ними завтра.

В судовій установі ролі судового психіатра можуть змінюватись день від дня, і судові психіатри та психологи звичайно згодні з цим. Проведення допитів аналогічно до цього, тож виправдання першого може бути виправданням і другого. Але з етичної точки зору це не виглядає зрозумілим. Коли медичні працівники оцінюють підсудність підозрюваних, вони кажуть їм, що все, сказане ними, може бути використано проти них. Це попередження допомагає підтримувати автономність тих, кого опитують, і допомагає психологам уникнути непрямого обману, працюючи в цій ролі.

Дехто вважає, що, оскільки лікарі роблять ті ж самі речі з затриманими, це може бути достатнім для виправдання участі лікарів (зокрема, психіатрів) у допитах або принаймні зменшити заперечення проти цього. Однак подібний аргумент може бути слабким. Етичною передумовою такого попередження, яке роблять судові психіатри, є те, що їхня оцінка з етичної точки зору виправдана, навіть якщо психіатри визначають, що досліджувані перебувають у здоровому глузді (а не хворі). Хоча, врешті-решт, таке рішення прийматимуть суддя або присяжні. Воно виправдане тому, що навіть за умови непроведення психіатрами опитування затриманих із метою визначити, чи були вони у здоровому глузді, коли скоювали злочин, це рішення все одно прийме суддя або суд присяжних. Без думки психіатра суддя чи присяжні набагато більш імовірно зроблять висновок про те, що обвинувачені були в здоровому глузді. У деяких випадках це могло б призвести до страти.

Таких передумов не існує стосовно допиту затриманих. На затриманих цілеспрямовано тиснуть у надії на те, що несприятливий вплив дозволить отримати інформацію. Якщо психіатр посилює цей тиск, він також завдає шкоди. Але психіатр може бути і союзником затриманого. Наприклад, як звітують американські військові лікарі, вони суттєво допомогли затриманим, викликаючи їхню довіру. Це питання обговорюватиметься більш докладно в наступному розділі, який стосується ув'язнених, які відмовляються від їжі.

Останнє питання, яке потрібно поставити, — це як психіатри та інші лікарі можуть допомогти

тим, хто проводить допит. Можливо, досвід ведення допитів не створює шкідливого впливу на того, хто його проводить. А можливо, і створює. Це більш імовірно, якщо затримані належать до іншої етнічної групи. Це також може бути вірно, якщо слідчі використовують більш жорсткі методи. Присутність військових лікарів здатна допомогти впевнитись у тому, що протягом допитів затримані будуть продовжувати сприйматись як люди, які, по суті, не відрізняються від слідчих. Психіатри й інші учасники, таким чином, можуть стати союзниками, які могли б принести користь як слідчим, так і затриманим.

Як військові лікарі мають поводитись із затриманими?

Питання про те, як військові лікарі мають поводитись із затриманими, з етичного погляду є складним. Існує ймовірність роботи з хворими на діабет. У такому разі важливо повідомляти слідчих про подібні факти, щоб вони могли по-турбуватись про ліки для затриманого, зокрема про інсулін. Знаючи про це, слідчі могли б вимагати від лікарів, щоб ті контролювали їжу затриманих для того, щоб уникнути гіпоглікемії. Водночас, отримавши таку інформацію, слідчі можуть використовувати її хибно. Вони отримають можливість погрожувати, що будуть тримати рівень цукру в крові затриманого на небезпечному рівні (неважливо, чи вони дійсно можуть і будуть це робити, чи ні), вимагаючи від затриманого потрібну інформацію.

Зовсім не правдоподібно, що таке трапиться. Скоріше, якщо існують чіткі обмеження, слідчі повинні дотримуватись правил, введених Міністерством оборони, навіть якщо ці правила до якоїсь міри невизначені та створюють лазівки [22]. Крім того, Армія могла б розробити механізми, які гарантуватимуть, що в разі, коли лікарі передають слідчим подібну інформацію з метою допомогти затриманим, слідчі не використовуватимуть її хибно. Такими механізмами можуть бути зовнішнє спостереження, забезпечення більшої прозорості, як зазначено вище. Інакше нерозумно очікувати від лікарів, що вони зможуть надавати адекватну допомогу затриманим, якщо тільки у них не буде можливості підтримувати конфі-

денційність затриманих. Відчуваючи депресію, затримані можуть відкрито висловлювати свої почуття, лише якщо вважають лікарів надійними людьми.

Дуже часто військові лікарі проявляли співчуття до затриманих і, як результат, отримували їхню довіру. У цих випадках співчуття проявлялось не для того, щоб завоювати довіру в надії на отримання інформації. Це було проявом поважного ставлення до затриманих як до простих людей, незалежно від того, вплине це на одержання інформації чи ні. Для того, щоб одержати та підтримувати цю довіру, можуть бути потрібні додаткові ресурси. Як приклад — наявність потрібної кількості перекладачів. Якщо лікарі та слідчі матимуть різних перекладачів, теоретична та практична ймовірність довіри до лікарів буде вищою. Інакше затримані боятимуться, що інформація, яку чують перекладачі під час «клінічної години», буде потім передана слідчим, котрі можуть використати цю інформацію проти затриманих.

Пріоритетом має бути витрата більших грошових сум Армією і, екстраполюючи, суспільством, щоб забезпечити необхідні умови для оптимальної медичної допомоги. Повага до затриманих під час лікування, мабуть, має стати пріоритетом над всіма етичними цінностями, які конкурують. Імовірно, якщо військові будуть робити так, це сприятиме підвищенню довіри затриманих. У наш час військові в Гуантанамо спроможні забезпечити першокласний медичний догляд за затриманими. Наприклад, медичний нагляд пропонував затриманим певного віку оцінку підвищеної концентрації в крові простат-специфічного антигену, за яким можна виявити ранній рак простати, і ендоскопічну експертизу нижнього відділу кишечника, за якою можна виявити ранній рак товстої кишки. Чи робить Армія для затриманих все, що робили б лікарі для ув'язнених у Сполучених Штатах або цивільних осіб в кращих лікарнях Америки? І чи повинна вона так робити?

Відповіді на ці питання аналогічні багатьом іншим, які вже були дані раніше. Деякі з цих рішень справедливо відносять до суспільства в цілому. Проте суспільство може бути неправим. Очевидно одне: те, що потрібно зробити, стає зрозумілим та визначено лише тоді, коли те, що робиться зараз, стає більш прозорим. Тоді наявні

тенденції стають предметом скрупульозного вивчення, і суспільство, за допомогою законодавства або судів, може вирішувати, чи те, що робиться зараз, повинно робитись.

Основною причиною для того, щоб Армія заради суспільства докладала зусиль для того, щоб викликати довіру в затриманих, є не бажання «здобути їх» у надії, що потім вони дадуть інформацію, здатну врятувати життя людей. Скоріше, причина полягає в тому, що затримані розглядаються як самоцінність та річ у собі. Ідея, що людей не можна використовувати як засіб для досягнення цілей інших і що вони мають бути «річчю в собі», є загальноприйнятим етичним принципом, який висунув Кант. Він заснований на повазі до людей та людської гідності. Якщо, наприклад, слідчі роблять вигляд, що вони друзі ув'язнених, із метою отримати інформацію, вони обманюють затриманих і використовують їх як засоби для досягнення цілей США. Це — етична проблема, хоча хтось може виправдовувати її аргументацією про можливість врятування мільйонів життів.

Оптимальна медична допомога повинна гарантуватись вже тим, що затримані, як усі люди, повинні мати лікарів, яким вони можуть довіряти, незалежно від зробленого чи гіпотетично зробленого ними. Як людям і полоненим їм гарантована максимальна повага. Ця цінність, та вона одна, як правило, переважає, якщо тільки не висуваються непереможні аргументи проти неї. Тобто необхідно дотримуватись цього принципу у всіх ситуаціях, у яких залучені затримані, якщо тільки не виникає який-небудь переважний аргумент проти. Таким чином, максимальна повага до затриманих — суттєва вихідна етична позиція, з якою, принаймні спочатку, можуть погодитись всі — і слідчі, і лікарі.

Стосовно конкретних підходів, дозволених під час допитів, можна прийняти рішення, яке влаштує всі зацікавлені сторони. Якщо це можливо, всі сторони мають шукати етичну спільність. Інша стратегія вирішення багатьох потенційних конфліктів між лікарями та іншими військово-службовцями полягає в пошуку та знаходженні ціннісних пріоритетів, з якими здатні погодитись більшість партій, військові та цивільні.

Такі цінності можуть бути використані після того, як затримані потрапляють у в'язницю, та під

час подальших допитів. Вони полягають у повазі до затриманих як до людей. Ця фундаментальна концепція має першорядне значення не тільки в етиці цієї країни, але і на міжнародному рівні. Таким чином, можливо досягти ще більшої згоди стосовно етики як на національному, так і міжнародному рівнях. За цією домовленістю, імовірно, всі зможуть зробити однаково практичне використання, яке значною мірою буде збігатися.

Як мають реагувати військові лікарі, коли затримані відмовляються від їжі

Значна кількість затриманих відмовляється від їжі. Основний етичний конфлікт у цьому випадку формулюється так: чи мають військові лікарі насильно годувати затриманих, не зважаючи на їхні протести, тим самим зберігаючи їхнє життя, чи вони мусять поважати автономію затриманих, погоджуючись на їхні вимоги [23, 24]. Ключовим тут є питання стосовно того, що мають робити лікарі і чому.

Що мають робити лікарі: насильно годувати затриманих чи поважати їхню автономність?

У цій ситуації з етичної точки зору найбільш важливим є контекст. Головним етичним пріоритетом, звичайно, вважається повага до незалежності людей. Ще один деонтологічний принцип, який може його переважити, — це необхідність підтримання здоров'я і збереження життя затриманих. Майбутнє затриманих може бути невизначеним, їм можуть відмовити у підтримці контакту з сім'ями. Тому поважати їхню автономію в тому, щоб дозволити їм вибрати смерть, особливо складно. Прояв поваги до затриманих як до людей краще досягається поліпшенням умов їхнього життя. Повага до їхньої автономії має більшу моральну вагу, якщо умови життя підвищують їхній добробут і якщо, як наслідок, їхні можливості приймати рішення не перебувають під тиском особистих або емоційних потреб.

Якщо становище затриманих покращене настільки, наскільки це можливо, насильне годування затриманих проти їхньої волі може бути ви-

правдано тим, що це підтримує їхнє життя. Таким чином, визначення того, чи потрібно поважати їхню відмову від їжі, якщо вони і далі відмовляються, може бути більш ефективним пізніше. Це міркування інколи втрачає моральну вагу через певний час, бо думка про те, що затримані дійсно хочуть жити, буде ставати все менш правдоподібною, якщо вони продовжуватимуть відмовлятися від їжі.

Цей принцип, пов'язаний з уявленням про затриманих як про людей із цілісним життям, а не із простим задоволенням їхніх безпосередніх потреб, найкраще проілюстрований прикладом із дослідження, проведеного у Віллоубруку (штат Нью-Йорк). Тут кілька тисяч «розумово відсталих» дітей були направлені до спеціальної установи, де вони жили в поганих з точки зору гігієни умовах. Багато, якщо не більшість, дітей були заражені гепатитом. Вчені хотіли вивчити гепатит, навмисно заразивши хворобою групу цих дітей. Вони виправдовували цей вчинок тим, що дітям, які брали участь у дослідженні, буде краще через дві причини: 1) вони житимуть у кращих умовах і 2) гепатит, якого вони набули, був менш серйозним в дослідному інституті, де їх вивчали, ніж той, що вони набули б природним шляхом від інших дітей у установі, де вони жили.

Дослідження почалося в 1950-ті і тривало в 1960-ті роки. Після того, як дослідження завершили, воно було піддано критиці. Підставою став той факт, що до його проведення були залучені бідні діти, які проживали в поганих умовах, не для покращення їхнього стану, а як засіб для досягнення іншої мети. Щоб лікувати, необхідно було змінити умови життя дітей, зробивши їх кращими. Це зробили пізніше. Ці діти, які вже виросли, були переселені до будинків, де вони жили маленькими групами. Заклад Віллоубрук більше не існує.

Аналогія тут міститься в тому, що повага до автономії затриманих, яка дозволить їм померти в тих умовах, в яких вони перебувають, є сумнівною, оскільки є можливість докласти зусиль, аби покращити їхнє становище. Більша повага до них полягає в тому, щоб встановити чіткі критерії для визначення меж, коли більш імовірно, що затримані дадуть корисну інформацію, і, як тільки цей період закінчиться, покращити умови їхнього

життя (відповідно до їхньої думки, як це повинно бути). Інакше, коли лікарі дають затриманим автономію в умовах, в яких їхнє життя не має жодного сенсу, така зрозуміла буквально повага до їхньої автономії підвищує ймовірність того, що вони захочуть вмерти.

З етичних міркувань надання дозволу затриманим, які хочуть голодувати до смерті, зробити це призвело б до ризику. Цей ризик полягає в тому, що, формально відповідаючи вимогам міжнародного права, військові лікарі порушають його дух, як трапилось би, якщо б вони лікували солдатів США та військовополонених «однаково», як це описано в цьому розділі вище [2]. Лікарі можуть поважати автономію затриманих буквально, знаючи, що вони живуть у жалюгідних умовах, і навмисно залишаючи їх такими. Отже, ув'язнені можуть жити і залишатись в умовах, які без необхідності збільшують їхнє бажання померти.

У разі якщо лікарі надають затриманим незалежність у праві заморити себе голодом до смерті, виникне схоже питання про наміри. Припустімо, що затримані продовжують жити в умовах, в яких вони знаходять мало або взагалі ніякого сенсу, і що ймовірність того, що вони дадуть корисну інформацію, стає низькою. Причиною, яка лежить в основі того, щоб дати їм померти в такій ситуації, нібито вважаючи їхню автономію, може бути намір підсилити їхнє бажання померти, а не поважати їхню автономію. Зрозуміти дійсну мету, яка лежить в основі дій тих, хто дає померти затриманим, може бути важко.

Подібним чином повага лікарів до автономії затриманих в умовах, які ті вважають безглуздими, коли ці умови можуть бути змінені, не є етично виправданою. Лікарі інколи неявно приймають і підтримують обставини, які сприяють загибелі цих затриманих. З іншого боку, може статися, що поліпшення умов життя затриманих неможливе через пов'язані з безпекою причини. Якщо це так, змінити умови життя неможливо через ту шкоду, якої завдадуть подібні зміни.

Навіть знаючи про все це, військові лікарі можуть не мати великого вибору. Незалежно від того, чи вони діють так, як прийнято, і підтримують погані умови, з етичної точки зору вони можуть бути винні в моральній співучасті. Все-таки, якщо вони вважають автономію ув'язнених,

дозволяючи їм не їсти (будь то рішення лікарів чи їхнього командування), лікарі можуть бути зобов'язані потім запропонувати затриманим заспокійливе, аби ті не страждали, голодуючи до смерті. Пропонуючи заспокійливе, лікарі сприяють смерті затриманих, оскільки воно, найбільш імовірно, скоротить їхнє життя. Через це надання заспокійливого може розглядатись як етично не виправдане. Хоча військові лікарі могли мати намір полегшити страждання затриманих. Надавати заспокійливе може бути не лише виправданим з етичної точки зору, але й обов'язковим, оскільки це більш гуманно.

Інший вибір військових лікарів у таких умовах — відмовитися від участі, навіть не давати заспокійливе. Лікарі перебувають за межами бойового оточення, і, таким чином, вони повинні мати більше можливостей висловлювати і дотримуватися особистих цінностей, притаманних їм особисто. Їхня відмова від участі може порушити принцип військової необхідності, якщо голодування затриманих розглядається як засіб, який, імовірно, згуртує людей по всьому світу для продовження їхньої боротьби. Тоді і тільки тоді може домінувати військовий етичний обов'язок військових лікарів — робити те, що вони повинні, для виконання військової місії захисту суспільства.

Можливість того, що інші країни або певні організації згуртуються проти Сполучених Штатів, може бути етичним виправданням для того, аби лікарі насильно годували затриманих. Але якщо не йдеться про важливі військові потреби, військові лікарі повинні бути в змозі дотримуватися своїх власних моральних цінностей і поглядів так само, як і їхні цивільні колеги.

Чого це вимагає на практиці, саме по собі є етичним питанням. Уявімо ситуацію. Вербувальник у момент, коли немає військової необхідності, набирає лікарів для роботи з затриманими в лікарняних палатах. Чи повинен він тільки запитати їх, чи мають вони етичні сумніви або, якщо вони говорять, що мають такі сумніви, запитати їх про сутність таких сумнівів? Повага до лікаря проявляється в тому, що його не питають про характер сумнівів, це не вимагає від нього вигадувати «вагомні» причини. У питаннях про характер таких сумнівів поваги до лікаря менше, оскільки тут менше поваги до його моральних цінностей.

Іншими словами, в останньому випадку їхні цінності та моральні переконання будуть поважати тільки тоді, коли вони відповідають «прийнятним» причинам.

Крім того, коли вербувальники просять військових лікарів розказати про причини їхніх сумнівів, на увазі мається, що в основі емоційного «занепокоєння» лежать логічні причини. Але це не так. Часто, коли люди переживають порушення їхніх моральних установок, це відчувається як емоція. І деколи люди здатні пояснити, чому вони відчувають саме так, а деколи — ні. Також, як результат подібних питань, лікарів будуть поділяти на тих, хто надає «правильні причини», та тих, хто дає «погані». Це може призвести до порушення важливого етичного аспекту — рівності лікарів. Небажаним наслідком стане їх поділ на групи.

Найкраще, що спроможні зробити лікарі, пацієнти яких відмовляються від лікування з метою вмерти, — це вжити заходів, аби переконатись у тому, що вони насправді найбільше всього хочуть померти. Тоді, якщо лікарі вжили заходів, аби переконатись у цьому, і після того, як вони це зробили, найкраще, що вони можуть зробити, — прийняти бажання затриманих. Наприклад, якщо пацієнти тільки-но отримали травму та набули квадріплегії, через кілька годин вони можуть попросити, щоб їхній респіратор вимкнули. Лікарі можуть просити таких пацієнтів зачекати з рішенням, оскільки багато людей в такій ситуації діяли як Крістофер Рів, який прожив 9 років після того, як отримав перелом шийного хребця в результаті нещасного випадку в 1995 р. Із часом вони також можуть знайти сенс в цьому, повністю зміненому стані. Військові лікарі бачать своє етичне завдання в тому, щоб діяти таким же чином із затриманими.

Етична ідея, яка створює певні ризики, — спробувати дати таким пацієнтам більше справжньої автономії, щоб вони не були повністю керованими домінуючими потребами, коли ці потреби можна задовольнити. Це особливо важливо, коли вибір, який може зробити пацієнт, — смерть від голоду — є незворотнім. Чим довше ці пацієнти наполягають на такому проханні, тим більше аргументів для того, щоб задовольнити, його попри те, що з об'єктивної точки зору здається, ніби по-

треби цих пацієнтів не змінились. Суб'єктивно, звичайно ж, незважаючи на те, що їхнє зовнішнє середовище не змінилось, затримані можуть дуже змінитись «всередині».

Застосування цих етичних принципів до затриманих передбачає, що оптимальні етичні дії полягають у тому, щоб максимально діяти на користь затриманих, аби вони могли добре почуватись у той час, який дається на отримання інформації від них. Після максимального полегшення їхньої ситуації необхідно дати час, аби переконатись в тому, що вони дійсно не хочуть їсти. З часом затримані можуть змінити свою думку і захотіти жити, хоча вони не знають цього заздалегідь. Багато пацієнтів з невиліковною хворобою в якийсь момент хочуть померти, а пізніше відчують, що хочуть жити так довго, як це можливо. З цієї причини в тих двох штатах США, де пацієнтам дозволено проводити евтаназію, їхній запит зазвичай повинен бути повторений і не змінюватись через певний проміжок часу. І лише тоді лікарі можуть допомогти їм у цьому.

Можна стверджувати, що через погіршені умови, в яких перебувають затримані, наприклад через неможливість контактувати з сім'ями, цілком імовірно, що багато з них по-справжньому пригнічені. Тому через депресію вони не мають достатніх розумових здібностей, аби прийняти рішення про позбавлення себе життя. Це занепокоєння, хоча і має сенс з етичної точки зору, у принципі суперечить практиці, розповсюдженій в Сполучених Штатах. Її зміст зводиться до того, що цивільні, які перебувають в депресії або мають значні емоційні проблеми, все-таки можуть приймати подібне рішення. Таким чином, в цій країні навіть пацієнти з важкою депресією, як правило, не позбавлені можливості прийняти рішення про позбавлення себе життя.

Питання, яке неявно проходить крізь всю цю дискусію, полягає в тому, чи можна використовувати для етичної аналогії пацієнтів, які хворі або навіть невиліковно хворі. Може виявитися, що жодна група не підходить для аналогії. Наведення інших схожих моментів, наприклад з арештантами, які мають довічний строк ув'язнення, можуть бути більш влучними, хоча і не достатньо. Ці зіставлення з арештантами здатні викликати критику з різних причин. Можна сказати, що в'язні

повинні мати набагато більше прав, наприклад мати змогу зустрічатись зі своїми сім'ями. Але це також може означати (на відміну від використання медичної аналогії), що вони не повинні мати можливість вибору померти від голоду. Сучасні правила, які базуються на законі США щодо ув'язнених, не дозволяють затриманим відмовлятися від їжі і помирати через це.

Аналогія з ув'язненими може розсипатись залежно від того, чи виправдано з етичної точки зору дозволяти арештантам відмовлятися від їжі, навіть якщо їх буде страчено. Базовою причиною не давати відмовлятися від їжі може бути покарання. Якщо так, то обґрунтування покарання затриманих у цей же спосіб не буде правильним. Друге можливе обґрунтування, чому не потрібно дозволяти смертникам відмовлятися від їжі, — це те, що вони можуть перебувати в депресії і, як наслідок, не зможуть адекватно вирішити, чи дійсно хочуть вмерти від голоду. Цього також недостатньо. Бо навіть якщо пацієнти перебувають в депресії, вони можуть бути спроможні відмовитися від дій, які зберегли б їм життя.

У цьому сенсі може не бути адекватних аналогічних ситуацій. Військові лікарі, які безпосередньо не беруть участі в ході допитів, відрізняються від судових психіатрів, від лікарів, які дають смертельні ін'єкції під час страти злочинців, та від психіатрів, які встановлюють, що певна особа є невиліковним соціопатом і її потрібно або не можна стратити. Так само і затриманий, який хоче голодувати до смерті, не схожий на пацієнта з невиліковною хворобою, що хоче відмовитись від респіратору (або їжі та води), аби прискорити смерть.

Жоден із цих прикладів не є досить близькою копією ситуації із затриманими, щоб служити адекватною етичною моделлю. Якщо цих аналогій недостатньо, то відповіді на поставлені вище питання буде складніше. Етика може пролити у кращому випадку тільки світло на ключові чинники, які необхідно враховувати. Цей аналіз розглянув важливість і обмеження кодексів. Ці кодекси підкреслюють важливість поваги до автономії затриманих. Розробляючи ці правила з повагою до автономії затриманих, їхні автори мали на увазі дещо інше, ніж дозволити затриманим померти в поганих умовах. Тому потрібно розглянути те, що вони мали на увазі.

Святість людського життя є важливою деонтологічною цінністю, так само як і повага гідності людей, яка проявляється іншим чином, наприклад через повагу до їхньої автономії. У деяких ситуаціях вважається виправданим з етичної точки зору, щоб лікарі нехтували автономією пацієнтів і проводили терапевтичну підтримку. Такі дії допускаються законом у всіх штатах і недавно були підтвержені Радою з етичних і судових питань (Council on Ethical and Judicial Affairs), яка підпорядковується АМА [25]. Лікарі можуть виконувати підтримувальні заходи лише тоді, коли, на їхню думку, невиконання цих заходів завдає надмірної шкоди пацієнтам. Можна сперечатись, чи буде нехтування бажанням затриманого відмовитись від їжі відповідати цим критеріям. Але робота заради інтересів затриманих у більш широкому розумінні, зокрема надання їм медичної допомоги, здатна бути єдиною основою, яка виправдовує нехтування автономією затриманих.

Можливість висловлюватись для солдатів

Військові лікарі можуть мати помітно відмінне, навіть негативне ставлення до того, чи потрібно насильно годувати затриманих. У зв'язку з цим виникає питання не лише стосовно цієї ситуації, але й щодо всіх сфер, що стосуються міри, в якій солдати повинні мати можливість вільно висловлювати

свої думки; зокрема, чи потрібно давати їм більше свободи, ніж вони мають зараз. Вкрай необхідно, щоб під час бойових дій кожен солдат виконував накази і працював разом з іншими солдатами для досягнення мети місії, як зазначено. Оскаржувати команди немає можливості, якщо тільки накази не суперечать Єдиному кодексу військової юстиції (Uniform Code of Military Justice) або правилам служби. Солдати, які мають відмінну від загальноприйнятної думку, можуть бути уразливі до дуже значних санкцій, якщо скажуть про неї.

Також існують чіткі правила, що обмежують право солдата на свободу слова, яке гарантується першою поправкою. Але чи сучасні обмеження оптимальні з етичної точки зору, чи спрощення комунікативного потоку в середовищі могло би бути більш корисним для солдатів та командування? Чи стане Армія сильнішою, якщо дозволити солдатам висловлювати незалежну думку?

Для цього потрібно встановити на місцях більш «ліберальний» режим, щоб солдати знали, як зробити так, щоб їхня думка стала відомою. Ця зміна може створити більш досконалу систему, надавши солдатам можливість висловлюватись та створивши таким чином своєрідний «клапан» для скидання тиску. Подібний механізм здатний покращити мораль, оскільки дозволить бути почутими навіть солдатам із найнижчим рейтингом. Таким шляхом можна впровадити багато поліпшень.

ПРОБЛЕМИ ПЕРІОДУ ПІСЛЯ РОЗГОРТАННЯ

Три проблеми періоду після розгортання, які виникли нещодавно, виправдовують етичну дискусію. Це: 1) чи можна повторно направляти на розгортання солдатів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), 2) що робити, якщо солдати отримали або могли отримати травми голови внаслідок вибуху, 3) коли, якщо взагалі це можливо, військові лікарі повинні приймати рішення, які відповідають потребам солдатів, але можуть суперечити правилам, положенням чи «виходять за межі» ситуації. Відповідна роль військового лікаря при рішенні цих етичних проблем особливо очевидна. ПТСР є одним із найбільш важливих розладів, які вони мають лікувати.

Посттравматичний стресовий розлад

Перше з цих проблемних питань стосується того, чи можна відправляти на повторне розгортання солдата, якому було поставлено діагноз гострий стресовий розлад, або ПТСР, під час попереднього розгортання. Ця етична дилема обертається навколо конкуруючих потреб людей та Армії. Задовольнити потреби людей якнайкраще можна, якщо дозволити їм затримати розгортання, аби пройти лікування та зцілитись, або взагалі уникнути іншого розгортання.

Це, однак, може негативно впливати на солдатів, адже змусить їх думати, що вони не виліку-

ються. Такі думки спроможні призвести до фіксації їхніх симптомів і подальшої інвалідності. У подібних випадках у солдатів інколи поглиблюється почуття провини за те, що вони не можуть бути зі своїми приятелями і членами підрозділу під час майбутніх операцій. Деякі солдати, особливо ті, які страждають від більш легкої форми ПТСР, можливо, хочуть повернутися в театр воєнних дій, і, імовірно, їм навіть буде краще, якщо вони це зроблять.

Якщо дозволити цим людям уникнути розгортання, це може значно вплинути на готовність їхнього підрозділу до бою. Багато людей можуть почати навмисно імітувати ці хвороби, щоб уникнути розгортання. Подібний сценарій «наслідування» спостерігається в різних військових частинах. Таке явище стосується не тільки розгортання. Помічено багато випадків, коли після того, як одну людину в підрозділі адміністративно відсторонили чи за службовим узгодженням дозволили їй уникнути розгортання, кілька інших членів підрозділу стверджували, що мають такий же рівень стресу. Так, наприклад, буває зі схильністю до суїциду та твердженнями солдатів, що продовження служби наражає їх на ризик. Після цього вони можуть попросити, щоб їх відсторонили адміністративним рішенням. Подібні ситуації впливають на моральний дух підрозділу та зменшують кількість підготовлених рядових. З іншого боку, проблема полягає в тому, що присутність цих людей в бою може бути шкідливою для підрозділу. До того ж ці люди більш уразливі для рецидивів або нових порушень, вони здатні споживати непропорційно багато ресурсів, а також ставити під загрозу безпеку.

Якщо дозволити подібні винятки, особливо для тих, хто має слабкі порушення, це може також вплинути на вербування. У разі, коли потенційні новобранці знатимуть, що про солдатів, які отримують стрес, турбуватимуться так, що від них навіть не будуть вимагати участі в продовженому розгортанні, процес вербування може стати більш активним. Наскільки сильним буде такий ефект і чи він взагалі буде, можна обговорювати. У нинішньому стані невизначеності є три ключові змінні, які потрібно зважити та врахувати. Одна підтримує доводи на користь залучення таких солдатів до розгортання, дві — заперечують їх. Припустимо, що залучення солдатів до розгортання в цілому

сприяє їхньому зціленню. Це може слугувати на користь цих людей і членів їхніх сімей. Військові підрозділи також можуть виграти від власного посилення та збільшення числа тренуваних солдатів, що допоможе виконувати завдання за призначенням.

Вербування, яке сьогодні стикається з багатьма проблемами, може бути активізоване в інший спосіб, а саме шляхом дозволу постраждалим особам перенести участь у розгортанні до кінця лікування або заборони брати в ньому участь взагалі. Емпіричні дані більш чітко покажуть, як з плином часу солдати з ПТСР реагують у цілому на повторне розгортання. Поки ця інформація не буде отримана, найбільш етичний спосіб вирішити це питання — залишатись більш відкритими для обговорення.

Травми голови

Друге етичне питання стосовно періоду після розгортання пов'язане з солдатами, які повертаються з черепно-мозковими травмами, набутими внаслідок вибуху, здебільшого в Іраку. Тут виявилось, що порушення, які виникли у цих солдатів, можуть відрізнятися від викликаних іншими травмами голови, наприклад отриманих у результаті автокатастрофи [26, 27]. Ці солдати можуть залишитися дієздатними в буквальному сенсі, тобто вони спроможні точно визначити переваги і недоліки прийняття або відхилення лікування чи участі в дослідженні. Але водночас вони можуть, як і раніше, мати великі базові труднощі. Ці труднощі виявляються лише за допомогою використання формального когнітивного тестування. Найголовніше, що подібні складнощі можуть серйозно впливати на їхнє рішення. Тому виникло питання, що краще: оцінювати дієздатність цих солдатів звичайними методами до того, як дозволити їм погодитись на лікування або на участь у дослідженнях, чи необхідно ввести спеціальні нові категорії як в умови лікування, так і в дослідження, щоб краще враховувати недавно виявлені унікальні когнітивні порушення і потреби солдатів із черепно-мозковою травмою? Повага до цих людей вимагає встановлення більш високих та суворих стандартів для визначення їхньої

діездатності. Однак це було б першим випадком встановлення спеціальних категорій такого типу для такої специфічної групи. Негативним наслідком впровадження подібного стандарту може стати поява «тавра» на таких людях. Це також може призвести до того, що деякі солдати почнуть сердитись або боятись обмеження їхньої автономії через перше отримане ними попередження про наявність у них недоліків, про які вони не знали. Це почуття заперечення, яке нахлинуло раптово, може завдати великої шкоди.

Кращий підхід в обох цих випадках — лікування і дослідження — може полягати в тому, щоб забезпечити більше захисних процедур, індивідуалізованих відповідно до можливої потенційної загрози. Залежно від цієї загрози, діездатність кожного солдата детально оцінюється спеціально створеною комісією, яка має змінний склад та спеціалізований досвід. Ця комісія застосовує диференційований стандарт, який вимагає більш високого порогу діездатності тільки тоді, коли лікування або запропоноване дослідження представляло значно більший ризик. Такий підхід може бути приблизно схожим на більш високий ступінь захисту, який в наш час передбачений у заходах із лікування і дослідження за участю дітей. Ті вимоги, які встановлено до досліджень за участю дітей, не висуваються в дослідженнях із дорослими і залежать від рівня особистого ризику для дітей. Правила Міністерства оборони передбачають виняткові вимоги до проведення досліджень, в яких беруть участь діти, особливо якщо існує ймовірність більш ніж мінімального ризику.

Ці додаткові інноваційні заходи можуть здійснюватись на основі компенсаційної справедливості. Оскільки ці солдати стикаються з підвищеним ризиком заради своєї країни, з етичного погляду захист, який гарантуватиме, що вони зроблять кращий вибір, навіть якщо вони не знають, що його можна зробити, є не тільки оптимальним, але й етично обов'язковим з точки зору компенсаторної справедливості.

Рішення, які «виходять за межі ситуації»

Третє етичне питання щодо періоду після розгортання, яке буде тут обговорюватись, стосується

того, чи буває коли-небудь виправданим для військових лікарів приймати рішення про лікування, які не узгоджуються з офіційною політикою. Наприклад, чи повинен військовий працівник охорони психічного здоров'я завжди узгоджувати свої рішення з офіційними правилами, якщо ці правила можуть мати негативні наслідки для лікування хворих?

Офіційні правила диктують, що ті військово-службовці, які не можуть брати участь у розгортанні через фізичні або психічні причини, повинні бути обмежені у виконанні службових обов'язків. Статус обмеженого виконання службових обов'язків є тимчасовим і часто стає причиною відсторонення військовослужбовців від поточної роботи, а також послуговується декільком цілям. Він дозволяє батькам військовослужбовців вимагати заміни їхньої участі в розгортанні. Він також дозволяє покращити умови відновлення військовослужбовців, які не залучаються до розгортання, так, щоб вони могли повернутись до виконання своїх обов'язків у повному обсязі. Без такого обмеження вони б не змогли повернутись до виконання своїх обов'язків. Проте це обмеження може негативно впливати на лікування через закріплення солдата в ролі «хворого» та затримки його відновлення.

Однак можливі випадки, коли пацієнта, через психологічні причини не здатного до участі в розгортанні, не варто обмежувати у виконанні службових обов'язків. Наприклад, пацієнти, які нещодавно повернулись із війни з діагнозом ПТСР, набутим через отриману під час війни травму, можуть бути тимчасово не готові до повернення на війну. Можна продовжувати лікування таких пацієнтів, але не обмежувати їх у виконанні обов'язків, оскільки ще певний час вони не будуть відправлені на розгортання. Такі солдати іноді дуже хочуть подібного розвитку подій, адже це для них вигідно та може запобігти небажаним наслідкам від тривалого перебування в статусі обмеженого виконання обов'язків.

Чи етично з боку військових психіатрів у такому випадку не діяти за офіційними правилами і не надавати хворому статус обмеженого виконання обов'язків, щоб спонукати або сприяти додатковому лікуванню? Що може бути кращим етичним вибором у цій ситуації? За своєю при-

родою всі правила ведуть до «поганих результатів». Роблячи винятки «не для запису», військові лікарі здатні запобігти деяким з них. З іншого боку, якщо всі такі лікарі стануть діяти на власний розсуд, це може підточувати правила і, можливо, заподіяти більшої шкоди. Таким чином, винятки, які роблять військові лікарі, етично виправдані, якщо це буває рідко. У таких ситуаціях вони мають також встановити і визначити критерії такого рішення. Одним із таких критеріїв може стати те,

що це рішення не порушуватиме ні духу, ні мети, заради яких ці правила були встановлені.

Відповідні моральні критерії можуть варіювати залежно від типу ситуації. Діючи на власний розсуд, військові лікарі використовують різні критерії і наділяють їх різним етичним змістом. Проте подібні дії та можливі шкідливі наслідки все-таки можуть з етичних міркувань переважувати шкоду, якої було б завдано, якщо не було б зроблено жодних винятків.

ВИСНОВКИ

Цей останній приклад військових лікарів, які роблять винятки, мабуть, є зразком усіх питань, розглянутих в цьому розділі. Тому на ньому найкраще закінчити цю дискусію. Більшість етичних питань потребують більшої рішучості не в тому, що одне чи багато рішень мають бути прийняті «про все одразу», а в тому, де в просторі реальних та уявних обставин слід «провести лінію», хто і чому має зробити це.

Автори спробували в цьому розділі висвітлити багато етичних питань: і тих, що вже існують, і тих, що лише виникли і були порушені. На ці питання немає звичайних очевидних відповідей, з якими могли би погодитися усі розумні люди. Утім, відповідальні за прийняття таких рішень мусять розглядати принципи і факти, які стосу-

ються цієї теми. Це і є сферою досліджень і пильної уваги етики й етичного аналізу. Він дає змогу особам, які приймають рішення, більш ретельно розглядати «обидві сторони».

У деяких випадках «етика» може ясно показати, що щось робиться неправильно. Обґрунтування для геноциду, використовувани нацистами під час Другої світової війни, є очевидним і недвозначним прикладом цього. Проте щодо більшості проблем, зокрема найскладніших із них, необхідно мати змогу для дискусії. У цих ситуаціях дискусія ведеться, звісно, не про те, що правильно та неправильно, а, як це було розглянуто вище, про те, що має бути загальним правилом, чи потрібно робити винятки, якщо взагалі їх можна робити, та хто має приймати таке рішення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Grönvall GK. A new role for scientists in the Biological Weapons Convention. *Nat Biotechnol.* 2005;23(10):1213–1216.
2. Howe EG. Dilemmas in military medical ethics since 9/11. *Kennedy Inst Ethics J.* 2003;13(2):175–188.
3. Beam TE, Sparacino LR, eds. *Military Medical Ethics.* In: Zajtcuk R, Bellamy RF, eds. *Textbooks of Military Medicine.* Washington, DC: Department of the Army, Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2003.
4. Gross ML. *Bioethics and Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War.* Cambridge, Mass: MIT Press; 2006.
5. Howe EG. Ethical issues in military medicine: mixed agency. In: Lande RG, Armitage DT, eds. *Principles and Practice of Military Forensic Psychiatry.* Springfield, Ill: Charles C Thomas; 1997.
6. Howe EG. Ethical issues regarding mixed agency of military physicians. *Soc Sci Med.* 1986;23(8):803–815.
7. Tan M. Study: waiver troops OK, but need discipline. *Army Times.* May 12, 2008. Available at: http://www.armytimes.com/news/2008/05/army_waivers_051008w/. Accessed July 22, 2010.
8. Martin PD, Williamson DA, Alfonso AJ, Ryan DH. Psychological adjustment during Army basic training. *Mil Med.* 2006;171(2):157–160.

9. Mahon MJ, Tobin JP, Cusack DA, Kelleher C, Malone KM. Suicide among regular-duty military personnel: a retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *Am J Psychiatry*. 2005;162(9):1688–1696.
10. Bloche MG, Marks JH. Doctors and interrogators at Guantanamo Bay. *N Engl J Med*. 2005;353(1):6–8.
11. Rubenstein L, Pross C, Davidoff F, Iacopino V. Coercive US interrogation policies: a challenge to medical ethics. *JAMA*. 2005;294:1544–1549.
12. Johnson WB, Bacho R, Helm M, Ralph J. Multiple-role dilemmas for military health care providers. *Mil Med*. 2006;171(4):311–315.
13. Intelligence Science Board. *Educating Information: Interrogation: Science and Art*. Washington, DC; National Defense Intelligence College Press; 2006.
14. Howe E. Further considerations regarding interrogations and forced feedings. In: Goodman R, Roseman MJ, eds. *Interrogations, Forced Feedings, and the Role of Health Professionals: New Perspectives on International Human Rights, Humanitarian Law, and Ethics*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2009: 75–102.
15. US Army Medical Command. MEDCOM policy on US Army Behavioral Science Consultation to detention operations, intelligence interrogations, detainee debriefing, and tactical questioning (unpublished policy, 2009).
16. Marks JH. Looking back, thinking ahead: the complicity of health professionals in detainee abuse. In: Goodman R, Roseman MJ, eds. *Interrogations, Forced Feedings, and the Role of Health Professionals: New Perspectives on International Human Rights, Humanitarian Law, and Ethics*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2009: 21–47.
17. US Department of Defense. *Medical Support Program for Detainee Operations*. Washington, DC: DoD; June 6, 2006. DoD Instruction 2310.08E.
18. Lewis NA. Interrogators cite doctors' aid at Guantanamo. *N Y Times*. June 24, 2005:A1, A19.
19. American Psychiatric Association. Psychiatric participation in interrogation of detainees. Position statement, approved by the Board of Trustees May 2006, and the Assembly of District Branches, May 2006 #200601. Available at: <http://www.psych.org/Departments/EDU/Library/APAOfficialDocumentsandRelated/PositionStatements/200601.aspx>. Accessed July 16, 2010.
20. O'Reilly KB. AMA adopts policy on interrogations. *Am Med News*. July 3, 2006. Available at: <http://www.ama-assn.org/amednews/2006/07/03/prse0703.htm>. Accessed July 22, 2010.
21. Behnke S. Ethics and interrogations: comparing and contrasting the American Psychological, American Medical and American Psychiatric Association positions. *Monitor Psychol*. 2006;37(7):1–5. Available at: <http://www.apa.org/monitor/julaug06/interrogations.html>. Accessed July 22, 2010.
22. US Department of the Army. *Human Intelligence Collector Operations*. Washington, DC: DA; September 2006. Field Manual 2-22.3.
23. Annas GJ. Hunger strikes at Guantanamo—medical ethics and human rights in a “legal black hole.” *N Engl J Med*. 2006;355(13):1377–1382.
24. Nicholl DJ, Atkinson HG, Kaik J, et al. Forcefeeding and restraint of Guantanamo Bay hunger strikers. *Lancet*. 2006;367(9513):811.
25. American Medical Association. Withholding information from patients (therapeutic privilege). AMA House of Delegates, policy adopted June 2006. Available at: <http://www.ama-assn.org/go/cejareports>. Accessed July 22, 2010.
26. Warden DL. Military TBI during the Iraq and Afghanistan wars. *J Head Trauma Rehabil*. 2006;21(5):398–402.
27. Tauber KH, Warden DL, Hurley RA. Blast-related traumatic brain injury: what is known? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006;18:141–145.

Розділ 47

ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ: ПРИКІНЦЕВІ РОЗДУМИ ТА ПОДАЛЬШІ КРОКИ

Елспет Кемерон Річі^I · Майкл Дойл^{II}

ВСТУП

ОСТАННІ ІНІЦІАТИВИ ЩОДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Відділ охорони психічного здоров'я

Центри передового досвіду з охорони психічного здоров'я

Комплексна програма підготовки солдатів

Програма соціального та психічного оздоровлення

Працівники охорони психічного здоров'я

Інші ініціативи

ВИСНОВКИ

¹ Доктор медицини, магістр у сфері цивільної охорони здоров'я, полковник у відставці, Армія США; у минулому – консультант начальника Військово-медичної служби Армії США з психіатрії та директор відділу охорони психічного здоров'я, Управління начальника військово-медичної служби, Falls Church, Virginia; зараз – головний клінічний директор, Департамент психічного здоров'я округу Колумбія, 64 New York Avenue NE, 4th Floor, Washington, DC 20002.

¹¹ Доктор медицини, полковник, Медичний корпус, Армія США, заступник начальника медичного відділу з клінічної діяльності, Військова академія США, 00 Washington Road, West Point, New York 10996; у минулому – начальник Військово-медичної клініки Армії США, Wiesbaden, Germany.

ВСТУП

Поки писалась ця книга, Міністерство оборони значно вдосконалило заходи з охорони психічного здоров'я. Ще від початку конфліктів в Афганістані й Іраку проводився якісний контроль наявності стресу на театрі бойових дій. Значна частина покращень стосувалась надання допомоги пацієнтам на театрі бойових дій і після їхнього повернення до Сполучених Штатів. Багато розділів цієї книги,

зокрема ті, що зосереджені на догляді за пацієнтами в Регіональному медичному центрі Ландштуль у Німеччині та Військово-медичному центрі Волтера Ріда в Вашингтоні (округ Колумбія), висвітлили ці поліпшення. Підвищення ефективності реінтеграції солдатів, які повернулись до США, та їхніх родин є постійним пріоритетом як для керівників на всіх рівнях, так і для нації загалом.

ОСТАННІ ІНІЦІАТИВИ ЩОДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

В останні роки виникло кілька нових організацій та ініціатив, таких як: а) відділ охорони психічного здоров'я (Behavioral Health Proponency); б) Центр передового досвіду з охорони психічного здоров'я і черепно-мозкової травми (DCoE — Defense Center of Excellence); в) Комплексна програма підготовки солдатів (CSF — Comprehensive Soldier Fitness Program); г) Програма соціального та психологічного оздоровлення в колишньому Центрі поліпшення здоров'я і профілактичного лікування Армії США (CHPPM — Center for Health Promotion and Preventive Medicine), тепер — Командування громадської охорони здоров'я (тимчасове). План кампанії Армії зі зміцнення здоров'я, зниження ризику і профілактики самогубств було розроблено весною 2009 року. У 2010 році було запроваджено Військову комплексну систему охорони психічного здоров'я (CBHSoC — Comprehensive Behavioral Health System of Care). Стрілянина в Форт Худі (штат Техас), яка сталась 5 листопада 2009 року, стимулювала численні рекомендації, які надавало Міністерство оборони військовим службам. Нарешті, існує нова інтегрована стратегія з охорони психічного здоров'я Департаменту у справах ветеранів та Міністерства оборони

(Department of Veterans Affairs Integrated Mental Health Strategy). Всі ці нові програми й організації шукали вдосконалені підходи до вирішення проблем, які виникають перед військовою системою охорони психічного здоров'я.

Відділ охорони психічного здоров'я

Відділ охорони психічного здоров'я Медичного департаменту Армії (AMEDD — Army Medical Department) став першою з цих ініціатив, що була розпочата в 2007 році з метою координувати різні заходи, які проводились для охорони психічного здоров'я в межах AMEDD. Створена на кшталт відділу превентивної медицини AMEDD, ця організація є багатопрофільною групою, директор якої перебуває в Управлінні начальника військово-медичної служби (головний редактор цього тому був першим директором відділу охорони психічного здоров'я). У 2007 році було засновано Управління програми попередження самогубств (DSPO — Suicide Prevention Program Office). Його завданням було допомогти централізувати різноманітні елементи AMEDD, які допомагають в освіті, підго-

товці та відстеженні зусиль щодо запобігання самогубствам. Але це Управління стало зайвим через існування Програми соціального та психологічного оздоровлення (BSHOP — Behavioral Health and Social Outcomes Program) та Армійського плану кампанії захисту здоров'я, зниження ризику та профілактики самогубства (Army Campaign Plan for Health Promotion, Risk Reduction, and Suicide Prevention) і на цей час не активне.

Центри передового досвіду з охорони психічного здоров'я

Затверджені конгресом Центри передового досвіду з охорони психічного здоров'я (DCoE) також почали працювати в 2007 році. За підтримки конгресу та за рекомендацією Проектної групи охорони психічного здоров'я Міністерства оборони їхня кількість була збільшена. У DCoE представлені Департамент у справах ветеранів і всі військові служби, у тому числі громадська служба охорони здоров'я. У заяві про місію DCoE (доступно за адресою: <http://www.dcoe.health.mil/>) зазначено:

Місія: DCoE оцінює, перевіряє, контролює та сприяє профілактиці, стійкості, виявленню, лікуванню, охопленню, реабілітаційним та реінтеграційним програмам, спрямованим на захист психологічного здоров'я і лікування черепно-мозкової травми, і забезпечує адекватну відповідь Міністерства оборони на потреби військових громад країни, військовослужбовців та їхніх сімей.

Комплексна програма підготовки солдатів

Начальник штабу Армії генерал Джордж В. Кейсі (George W. Casey) зробив запит на створення Комплексної програми підготовки солдатів (CSF), яку було розпочато 2008 року. Під егідою G-3 (тобто директорату планування, підготовки, мобілізації і безпеки) Армія розробила комплексну стратегію захисту психологічного здоров'я — «фізична підготовка протягом життя», яка містила кілька категорій добробуту (фізичного, емоційного, соціаль-

ного, сімейного і духовного). Ця стратегія визнає необхідність покращення теперішнього здоров'я (солдата і його родини), профілактики майбутніх проблем і лікування хвороб, коли вони виникають. Стратегія також підкреслює використання внормованих показників для визначення успіху, стандартизованого обстеження і методів лікування, а також використання клінічних рекомендацій, які були побудовані на фактичних даних. У результаті ця стратегія визнає, що військовий підрозділ успішний тоді, коли відбувається взаємодія між командуванням та працівниками з охорони психічного здоров'я для усунення будь-якого тавра, яке асоціюється з визначенням потреби в допомозі і отриманні психологічної медичної допомоги. Ця стратегія передбачає комплексний підхід до питань психологічного здоров'я.

Кампанія «Сильна Армія» була успішною. Але психічна, емоційна і духовна сила, як і фізична, не даються просто так — цим якостям можна та необхідно навчитись, а також можна їх практикувати і вдосконалювати. Так само, як це буває з фізичними здібностями, всі, хто приходить в Армію, мають різний обсяг можливостей у кожній із цих сфер. Кожній людині притаманний потенціал для вдосконалення, і темп покращення та кінцеві результати будуть різними для кожного солдата і його сім'ї. За 9 років Глобальної війни з тероризмом, з його безжалісним темпом операцій, акцент на комплексну підготовку став оперативною вимогою.

Виклад бачення місії підготовки на все життя (доступ в інтернеті за адресою: <http://www.army.mil/csf/about.html>) стверджує:

Бачення: Армія збалансованих, здорових, упевнених у собі солдатів, родин і цивільних осіб, які працюють в ній, чия стійкість і загальна підготовка дозволяють їм процвітати в епоху високого темпу операцій і постійних конфліктів.

Місія: Розробити та запровадити комплексну програму підготовки військовослужбовців, родин і цивільних осіб, які працюють в Армії, для підвищення їхньої продуктивності та стійкості.

Програма CSF гарантує, що всі солдати отримують відповідну оцінку їхньої загальної підготовки,

включаючи всі компоненти «Сильної Армії». За результатами оцінки, солдати будуть направлені на подальше навчання, роботу із фахівцями або лікування за необхідності. Ця робота починається при вступі солдата до Армії та, як і рівень фізичної підготовки, піддається періодичній оцінці через певні проміжки часу. Крім того, керівництво програми, застосовуючи прийнятну методологію і науковий підхід, гарантує, що все навчання, заходи і процедури, які використовуються, будуть ефективними. Також воно потурбувалось про забезпечення своєчасної повторної оцінки, щоб продемонструвати користь підготовки для солдатів і офіцерів.

Керівництво CSF стежить за тим, щоб навчальні програми, служби, а також заходи доповнювали один одного, не дублювались, забезпечувались ресурсами відповідно до об'єктивних результатів і були стандартними для всієї Армії, включаючи компоненти Резерву. І, нарешті, CSF докладає зусиль, щоб бути впевненими в тому, що всі зацікавлені сторони — і внутрішні (солдати, сім'ї, офіцери і командування Армії), і зовнішні (члени і співробітники Конгресу, засоби масової інформації, а також групи ветеранів) — розуміють абсолютну необхідність комплексних, скоординованих зусиль для покращення фізичної форми і стійкості Армії. Це особливо важливо в теперішній період тривалого конфлікту і в майбутньому, наскільки його можливо передбачити.

Програма соціального та психічного оздоровлення

Колишній СНРРМ, який тепер став Командуванням громадської охорони здоров'я (тимчасово), почав робити акцент на моніторингу психічного здоров'я. На подібний моніторинг існує великий попит, про що свідчить збільшення запитів від військового керівництва на показники здоров'я населення, які можна застосувати на практиці. Останні дослідження Консультативної ради з охорони психічного здоров'я (Mental Health Advisory Team) ясно показали, що жодне джерело даних не є достатнім для отримання інформації, необхідної для проведення аналізу чинників — індивідуальних, суспільних або таких, що належать до вій-

ськової системи охорони здоров'я, які пов'язані з самогубствами і спорідненими з ними несприятливими наслідками. Для проведення своєчасного й ефективного втручання потрібні дані, зібрані та проаналізовані таким чином, щоб надати всебічне розуміння окремих випадків суїцидів і їхнього соціального контексту (психологічне та фізичне здоров'я, призначення на посаду і чинники, пов'язані з підрозділом, соціальні зв'язки, а також інші відповідні чинники). Колишній СНРРМ отримав фінансування від Медичного командування Армії США, щоб утілити в життя цю концепцію. Також Армія профінансувала відділ G-1 (кадрове забезпечення), щоб створити окремий «стратегічний аналітичний осередок» для збирання і відстеження інформації, яку можна буде використати для зменшення кількості самогубств в Армії.

Програма соціального та психічного оздоровлення СНРРМ (BSHOP — Behavioral and Social Health Outcomes Program) є комплексною програмою епідеміологічного спостереження. Вона була сформована для проведення оцінки повного спектру питань, пов'язаних із психологічним здоров'ям і соціальним добробутом військових громад. Місія BSHOP полягає в тому, щоб зміцнювати і використовувати ресурси психічного й соціального здоров'я Армії та підтримувати розвиток наявної програми захисту психологічного здоров'я й можливості оцінки в межах СНРРМ. Програма дозволяє аналізувати, інтерпретувати і поширювати інформацію про стан, тенденції та детермінанти психологічного здоров'я та фізичної придатності американської Армії. Остаточна мета програми — надати готовий засіб для визначення й оцінки медичних проблем в Армії та створити основу для вжиття превентивних заходів.

Навесні 2009 року заступник начальника штабу Армії США заснував оперативну групу щодо запобігання самогубствам в Армії (ASPTF — Army Suicide Prevention Task Force) у відповідь на зростання кількості суїцидів в Армії. Дії ASPTF зумовили появу приблизно 250 ініціатив, які виконуються сьогодні, на додачу до розвитку плану Армії щодо кампанії захисту здоров'я, зниження ризику та профілактики самогубств.

Дії, спрямовані на пом'якшення психологічних наслідків війни, тривають. Стрілянина в Форт

Худі спричинила появу рекомендацій Міністерства оборони, призначених для конкретних служб. Рекомендації, які стосуються охорони психічного здоров'я, наголошують на необхідності обстежень для виявлення випадків насильства та турботі про медичний персонал. Вони опубліковані на сайті «Захист військ» (доступно за адресою: <http://www.army.mil/-news/2010/01/15/33006-protecting-the-forcelessons-learned-from-fort-hood/>). Поки ще незрозуміло, наскільки добре ці поради будуть реалізовані.

Військова комплексна система охорони психічного здоров'я була запроваджена в 2010 році і спрямована на реалізацію передового досвіду та його оптимальну інтеграцію всієї Армії. Розпочата в Західному і Тихоокеанському регіонах під керівництвом бригадного генерала Patricia Nogoho і бригадного генерала Steve Jones, вона спрямована на вдосконалення процесу реінтеграції з використанням накопиченого досвіду всієї Армії. Нова Стратегія захисту психічного здоров'я Міністерства оборони та Департаменту у справах ветеранів (Integrated Mental Health Strategy) містить 28 стратегічних заходів, спрямованих на узгодження двох систем охорони здоров'я. Хоча багато рекомендацій схожі на ті, що вже були зроблені, нова програма робить акцент на переході від військового до цивільного життя.

Стрільянина в Форт Худі спонукала до проведення трьох основних заходів Міністерства оборони, пов'язаних з охороною здоров'я в Армії та спрямованих на:

- 1) визначення насильницьких тенденцій в окремих осіб;
- 2) побудову вичерпної психологічної реакції на стрільянину;
- 3) розширення навчання з підвищення психологічної стійкості медичних працівників.

Також було проведено узгодження зусиль для спрощення доступу до медичної допомоги шляхом збільшення кількості та доступності працівників і зменшення тавра. З 2007 по 2010 роки кількість працівників охорони психічного здоров'я в Армії збільшилась майже на 70 %.

Коли було написано цей розділ, Армія нараховувала 2579 працівників охорони психічного здо-

ров'я, а потреба в них, за мінімальною оцінкою, складала 3072 військових, цивільних і таких, які працюють за контрактом, працівників охорони психічного здоров'я. Тобто кадрова наповненість становила 84 %, не вистачало 493 працівників. Нині Армія намагається винайняти або взяти за контрактом більше працівників (87 психіатрів, 146 психологів, 222 соціальних працівників та 38 психіатричних медсестер). Але через те, що працівники постійно наймаються або звільняються, виробляються нові вимоги, і ці цифри постійно змінюються.

Сучасні проблеми з найманням працівників не пов'язані з нестачею фінансування. Скоріше, проблеми виникають через брак цивільних працівників, готових працювати у віддалених місцях, обмежені компенсації, які властиві роботам на державних посадах, а також через національний дефіцит кваліфікованих працівників. Щоб усунути ці обмеження, Армія вжила деяких заходів для стимулювання вербування і утримання на посаді працівників охорони психічного здоров'я. Ці заходи полягали в:

- запровадженні бонусної програми за володіння необхідними навичками для клінічних психологів на рівні магістра;
- запровадженні бонусної програми за володіння необхідними навичками для посадових осіб із соціальної роботи (керівників);
- створенні стимулів спеціальної оплати професійним психіатричним медсестрам;
- збільшенні норми спеціальної оплати для лікарів-психіатрів за багаторічну роботу;
- використанні програми погашення кредиту для працівників охорони здоров'я, які перебувають на дійсній військовій службі, з метою набору і утримання працівників охорони психічного здоров'я;
- забезпеченні доступності стипендіальної програми як засобу, який вербувальна команда Армії США може використовувати для наймання професійних психіатричних медсестер;
- збільшенні стипендіальних асигнувань для медичних працівників у галузі клінічної психології та збільшенні кількості місць в інтернатурі за програмою з клінічної психології.

ВИСНОВКИ

Ця книга починалася зі стислого огляду історії охорони психічного здоров'я в Збройних силах США, особливу увагу автори приділили історії створення двох підручників із військової психіатрії, які були опубліковані понад 15 років тому. Багато із «засвоєних уроків», описаних у цих двох виданнях, ґрунтувались на військовому досвіді, набутому під час війни у В'єтнамі. І військове, і цивільне суспільство значно змінилися від часів В'єтнаму. Але є одна річ, що залишається незмінною: здатність людей адаптуватися до жахів бою обмежена. І лише розвиток активних заходів, які надають можливість допомогти солдатам «загартувати» себе, спираючись на власний досвід, та методів терапевтичного втручання системи охорони психічного здоров'я дає можливість досягти найкращих результатів для військовослужбовців. Цей проект узагальнив досвід понад 150 працівників охорони психічного здоров'я різних фахів,

які приділили нам час та розповіли про свій досвід роботи в бойових умовах і отримані уроки.

Система охорони психічного здоров'я в Армії США завжди перебуває в русі, і багато людей та організацій докладають зусиль, щоб вдосконалити її за допомогою різних інноваційних програм. Як показало обговорення в цьому розділі, існує одна незмінна особливість. Вона зводиться до того, що більшість спроб знайти швидке і всеосяжне рішення тільки демонструють складність і труднощі місії. Очевидно, що наслідки конфліктів у рамках операцій «Непохитна свобода» й «Іракська свобода», а також цунамі, інших природних і техногенних катастроф чинитимуть вплив на американських військовослужбовців, членів їхніх сімей та націю загалом. Таким чином, наш національний обов'язок полягає в тому, щоб і надалі надавати військовослужбовцям найкращу можливу допомогу в охороні психічного здоров'я.

