



Альянс  
громадського здоров'я

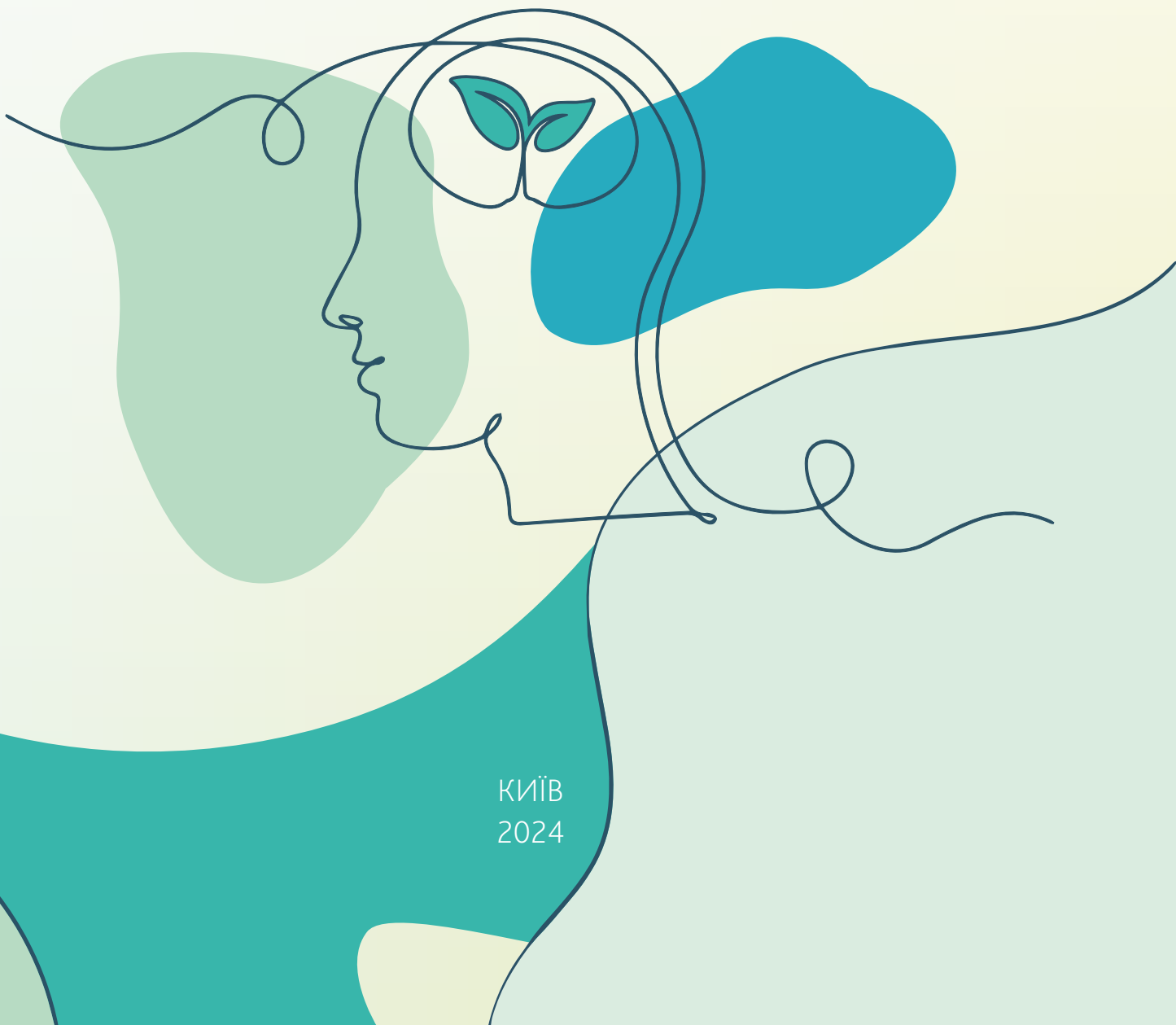


EIPHP  
EUROPEAN INSTITUTE  
OF PUBLIC HEALTH  
POLICY

ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

# ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я КЛЮЧОВИХ ГРУП

Потреби і можливості отримання відповідних  
послуг в умовах війни проти України



КИЇВ  
2024



**Альянс**  
громадського здоров'я

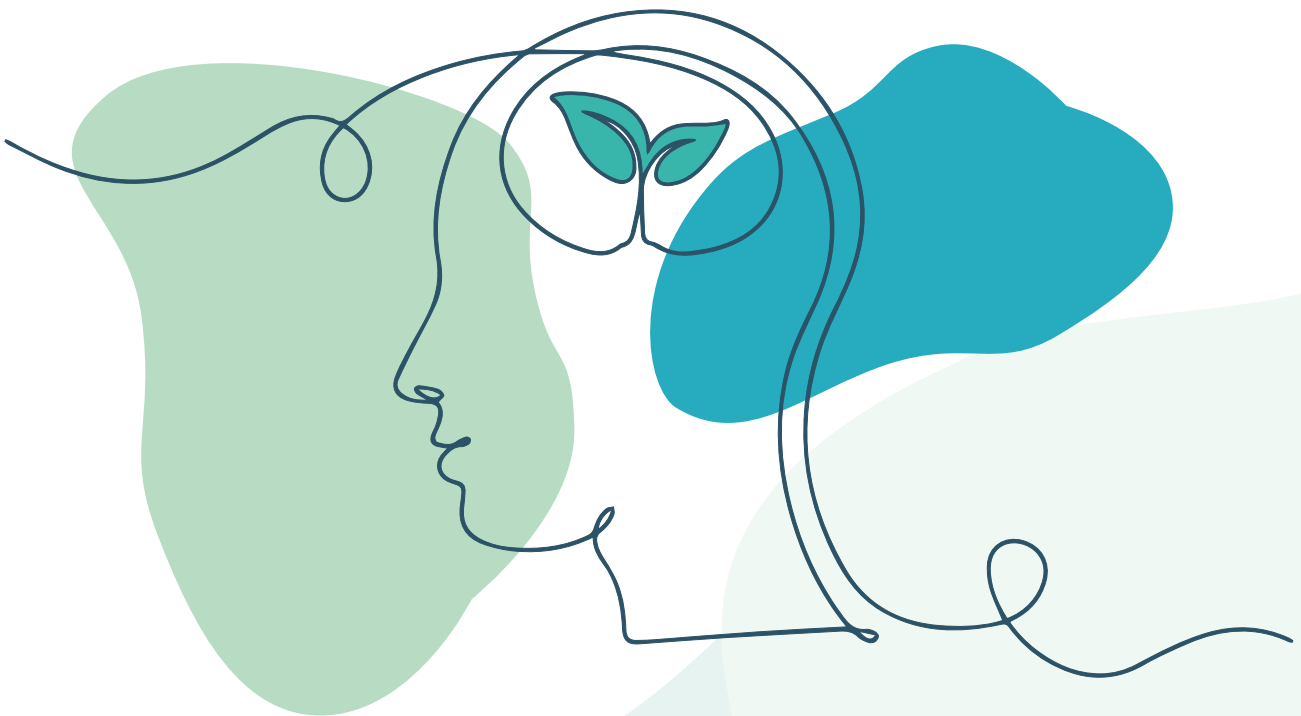


**EIPHP**  
EUROPEAN INSTITUTE  
OF PUBLIC HEALTH  
POLICY

ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

# ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я КЛЮЧОВИХ ГРУП

Потреби і можливості отримання  
відповідних послуг в умовах війни проти  
України



КИЇВ  
2024



Автори звіту:

Олена Карагодіна (1)

(1) ТОВ «Європейський інститут політики громадського здоров'я»

Оксана Ковтун (2)

(2) МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Олександр Недужко (1)

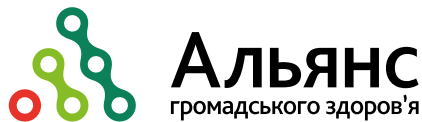
Мирослава Філіппович (1)

Костянтин Думчев (1)

Верстка: Ірина Сухомлинова

Літературна редакція: Валентина Божок

**Психічне здоров'я ключових груп: потреби і можливості отримання відповідних послуг в умовах війни проти України: звіт за результатами дослідження** / Карагодіна О., Ковтун О., Недужко О., Філіппович М., Думчев К. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2024. – 105 с.



Підготовка звіту стала можливою за технічної підтримки проєкту «Удосконалення каскаду лікування ВІЛ для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків та залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні», що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Дана публікація підтримана Угодою про співробітництво NU2GGH002114 з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC). Відповідальність за її зміст лежить винятково на авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC).



*Будь-яка наша реакція на цю війну є абсолютно нормальною.  
Ненормальним у наших обставинах є лише сам факт війни.*

*Володимир Станчишин,  
«Емоційні гойдалки війни. Роздуми психотерапевта про війну»*



# ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ . . . . .	6
<b>1. ВСТУП . . . . .</b>	<b>7</b>
<b>2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ . . . . .</b>	<b>9</b>
<b>2.1. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ . . . . .</b>	<b>9</b>
<b>2.2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ . . . . .</b>	<b>9</b>
<b>2.3. ЦІЛЬОВІ ГРУПИ ДОСЛІДЖЕННЯ . . . . .</b>	<b>10</b>
<b>2.4. ВИБІРКА ТА ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ . . . . .</b>	<b>12</b>
<b>2.5. РЕКРУТИНГ І ЗБІР ДАНИХ . . . . .</b>	<b>12</b>
<b>2.6. АНАЛІЗ ДАНИХ . . . . .</b>	<b>13</b>
<b>2.7. ЕТИЧНІ ПИТАННЯ . . . . .</b>	<b>13</b>
<b>2.8. ПЕРІОД ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ . . . . .</b>	<b>14</b>
<b>2.9. ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ . . . . .</b>	<b>14</b>
<b>3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ . . . . .</b>	<b>15</b>
<b>3.1. РЕЗУЛЬТАТИ КАБІНЕТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ . . . . .</b>	<b>15</b>
<b>3.2. ВПЛИВ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я КГ . . . . .</b>	<b>20</b>
<b>3.2.1. Особливості психічного стану представників КГ до початку війни . . . . .</b>	<b>20</b>
<b>3.2.2. Зміни психічного стану представників КГ з початку війни . . . . .</b>	<b>23</b>
<b>3.3. МЕТОДИ САМОДОПОМОГИ КГ ПІД ЧАС ВІЙНИ . . . . .</b>	<b>36</b>
<b>3.4. ЗНАННЯ, ПОТРЕБИ, БАР'ЄРИ ТА ФАСИЛІТАТОРИ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ         З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я . . . . .</b>	<b>43</b>
<b>3.4.1. Обізнаність представників КГ про послуги в сфері психічного здоров'я . . . . .</b>	<b>43</b>
<b>3.4.2. Затребуваність послуг з психічного здоров'я серед КГ . . . . .</b>	<b>48</b>
<b>3.4.3. Бар'єри звернення КГ за послугами з психічного здоров'я . . . . .</b>	<b>51</b>
<b>3.4.4. Фасилітатори звернення КГ за послугами з психічного здоров'я . . . . .</b>	<b>59</b>
<b>3.5. ПСИХІАТРИ ТА ПСИХОЛОГИ: СПРИЙНЯТТЯ КЛЮЧОВИМИ ГРУПАМИ,         ГОТОВНІСТЬ ФАХІВЦІВ ДО ВЗАЄМОДІЇ . . . . .</b>	<b>64</b>
<b>3.5.1. Психіатри . . . . .</b>	<b>65</b>
<b>3.5.2. Психологи загалом, зокрема приватні . . . . .</b>	<b>67</b>
<i>Існуючі послуги з ПЗ на рівні профільних фахівців . . . . .</i>	<i>67</i>
<i>Сприйняття ключовими групами послуг з ПЗ у профільних фахівців . . . . .</i>	<i>68</i>
<i>Готовність профільних фахівців надавати послуги ключовим групам . . . . .</i>	<i>70</i>



<b>3.6. СІМЕЙНИЙ ЛІКАР ЯК НАДАВАЧ ПОСЛУГ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я</b> . . . . .	71
<b>3.6.1.</b> Існуючі послуги з ПЗ на рівні сімейного лікаря . . . . .	71
<b>3.6.2.</b> Сприйняття ключовими групами послуг з ПЗ у сімейного лікаря . . . . .	72
<b>3.6.3.</b> Готовність сімейних лікарів надавати послуги з ПЗ ключовим групам . . . . .	75
<b>3.7. НАДАННЯ ПОСЛУГ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА БАЗІ ВІЛ-СЕРВІСНИХ НУО</b> . . . . .	77
<b>3.7.1.</b> Існуючі послуги з ПЗ на базі НУО . . . . .	77
<b>3.7.2.</b> Сприйняття ключовими групами послуг з ПЗ на базі НУО . . . . .	78
<b>3.7.3.</b> Готовність фахівців НУО надавати послуги з ПЗ ключовим групам . . . . .	81
<b>3.8. ДИСТАНЦІЙНІ ПОСЛУГИ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я</b> . . . . .	81
<b>3.9. ВЗАЄМОДІЯ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ З ПЗ</b> . . . . .	83
<b>3.9.1.</b> Сімейний лікар – спеціаліст з психічного здоров'я . . . . .	83
<b>3.9.2.</b> Сімейний лікар – НУО . . . . .	85
<b>3.9.3.</b> Спеціаліст з психічного здоров'я – НУО . . . . .	87
<b>3.10. НАДАВАЧІ ПОСЛУГ ЯК «ТОЧКИ ВХОДУ» ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я</b> . . . . .	89
<b>3.10.1.</b> Сімейні лікарі . . . . .	89
<b>3.10.2.</b> Фахівці НУО . . . . .	92
<b>3.10.3.</b> Спеціалісти з психічного здоров'я . . . . .	93
<b>3.10.4.</b> Інтегрований підхід до надання послуг . . . . .	94
<b>ВИСНОВКИ</b> . . . . .	96
<b>РЕКОМЕНДАЦІЇ</b> . . . . .	99
<b>ДОДАТОК</b> . . . . .	101
<b>СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ</b> . . . . .	102



# ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

<b>mhGAP</b>	Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я
<b>ВІЛ</b>	вірус імунодефіциту людини
<b>ВПО</b>	внутрішньо переміщені особи
<b>ЗОЗ</b>	заклад охорони здоров'я
<b>ЗПТ</b>	замісна підтримувальна терапія
<b>КГ</b>	ключові групи
<b>ЛВІН</b>	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
<b>ЛГБТ</b>	лесбійки, геї, бісексуали та транс*люди
<b>ЛЖВ</b>	люди, які живуть з ВІЛ
<b>НСЗУ</b>	Національна служба здоров'я України
<b>НУО</b>	неурядова організація, легалізована або зареєстрована згідно із законодавством України
<b>ПАР</b>	психоактивні речовини
<b>ПЗ</b>	психічне здоров'я
<b>ПЗПСП</b>	психічне здоров'я та психосоціальна підтримка
<b>ПТСР</b>	посттравматичний стресовий розлад
<b>СЛ</b>	сімейні лікарі
<b>СП</b>	секс-працівники
<b>СПЗ</b>	спеціалісти з психічного здоров'я
<b>ЦПМСД</b>	Центр первинної медико-санітарної допомоги
<b>ЧСЧ</b>	чоловіки, які мають секс із чоловіками



# 1. ВСТУП

Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну, що почалося 24 лютого 2022 року, вплинуло на психічне здоров'я українців. Відповідно до глобальних оцінок Всесвітньої організації охорони здоров'я, кожна п'ята людина, яка проживає в районі, що постраждав від конфлікту в будь-який час протягом останніх 10 років, має певну форму психічного розладу, починаючи від легкої депресії або тривожності до психозу, а майже кожна десята живе з помірним або важким психічним розладом [1]. Застосування цих оцінок до населення України дає підстави припускати, що 9,6 мільйона людей можуть мати психічні розлади, а 3,9 мільйона – середні або важкі розлади.

Ймовірно, більшість населення переживатиме стрес з відчуттям тривоги та смутку, безнадії, труднощами зі сном, втомою і дратівливістю, гнівом і соматичними симптомами (*наприклад, біль*) [2]. За наявними даними, мінімум 50% населення України переживає потенційно травматичний досвід і потребуватиме психологічної підтримки різного ступеня інтенсивності [3]. Разом з тим, близько половини (46%) ніколи не відвідували психолога чи психотерапевта і не планують робити цього у майбутньому, ще третина – хоч і не відвідували фахівців раніше, але не виключають цього у разі необхідності. Це може пояснюватися сприйняттям межі, коли проблеми вже вважаються «достатніми» для звернення за допомогою – перебування в полоні, втрата близької людини через війну, наявність проблем з психічним здоров'ям через війну, участь у бойових діях та перебування в окупації, – а також стереотипами, як-от *«психологічна допомога – це лише для психічно хворих людей»*, *«з психологічними проблемами можна впоратися самостійно»* [4].

У відповідь на виклики для психічного здоров'я українців з червня 2022 року розпочато реалізацію Національної програми з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під егідою Першої леді України. Ключовим партнером в реалізації програми було визначено Технічну робочу групу з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні [5], яка працює з 2015 року і очолюється на національному рівні Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Міжнародним медичним корпусом. З метою визначення пріоритетів у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) було створено документ «Пріоритетні багатосекторні заходи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни: оперативна дорожня карта» [2], яка містить опис інтервенцій і послуг з ПЗПСП, які були впроваджені в Україні з 2014 по 2022 рік.

Серед таких інтервенцій – Національна ініціатива щодо програми дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (mhGAP)<sup>1</sup>, яка з 2019 року передбачає проведення оцінки психічного стану та надання необхідної психологічної підтримки сімейними лікарями. У 2022 році до Програми медичних гарантій включено пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги», договір на який можуть підписати заклади первинної медичної допомоги, де щонайменше 20% лікарів і 10% медичних сестер/братів пройшли курси та отримали сертифікат. Іншими словами, особа, яка має підписану декларацію з сімейним лікарем, під час звернення до нього може отримати консультацію щодо власного психічного здоров'я, а у разі потреби в більш спеціалізованій допомозі – скерування до профільних фахівців у відділення психологічної реабілітації та психіатричні відділення. Очікується, що це нововведення сприятиме зменшенню стигматизації та побоювань, пов'язаних зі зверненням за допомогою у сфері психічного здоров'я. За інформацією Міністра охорони здоров'я України, станом на березень 2023 року програму підготовки пройшли 20% сімейних лікарів – 23 392 особи зареєстровано в програмі, а

<sup>1</sup> mhGAP – Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я, спрямована на формування професійної компетентності лікарів, необхідної для надання медичних послуг пацієнтам з психічними, неврологічними розладами та розладами, пов'язаними зі вживанням ПАР, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я.





19 280 – отримали сертифікати [6]. Станом на квітень 2023 року, за даними Національної служби здоров'я України, відповідні договори уклали 143 надавачі послуг (без урахування відділень медичних закладів) у всіх регіонах України, за виключенням Луганської, Херсонської областей та АР Крим [7]. Очікується, що до кінця 2024 року навчання пройдуть 60% спеціалістів у 1000 медичних закладів первинної ланки. Крім того, відповідно до Мапи перенаправлень у сфері ПЗПСП за координації Технічної робочої групи з ПЗПСП в Україні, станом на квітень 2023 року ті чи інші послуги у сфері психічного здоров'я населенню надають 124 неурядові організації (НУО) або проєкти [8].

Війна росії проти України посилює існуючі ризики у сфері психічного здоров'я серед ключових щодо інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) спільнот – людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ), секс-працівників (СП), чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ) та транс\*людей. З одного боку, ВІЛ-інфекція підвищує ймовірність психічних розладів, а з іншого – незадовільний стан психічного здоров'я впливає на ризик інфікування, що підтверджує необхідність інтеграції програм з ВІЛ та психічного здоров'я [9]. За результатами досліджень, психічні розлади поширені серед людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), і представників ключових груп (КГ) частіше, ніж серед населення в цілому, а КГ населення зазнають стигми та дискримінації, соціальної маргіналізації, що разом із вразливістю до ВІЛ та порушенням прав призводить до підвищення рівнів стресу та психічних розладів. Результати досліджень, проведених Альянсом у 2022 році, демонструють, що для КГ, як і для загального населення, характерним є погіршення психологічного стану (*підвищення рівня тривожності, погіршення якості сну, емоційне виснаження, відчуття втрати контролю над життям, невпевненість у майбутньому через складну безпекову ситуацію або погіршення матеріального становища, побоювання щодо втрати доступу до необхідних послуг*), а затребуваність отримання послуг з підтримання психічного здоров'я зростає і входить до основних пріоритетів [10].

Важливість вирішення проблем у сфері психічного здоров'я ЛЖВ та представників КГ, роль забезпечення рівного доступу до відповідних послуг та загального охоплення медичними послугами у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, а також необхідність інтеграції послуг з ПЗПСП і ВІЛ та можливі моделі її реалізації залежно від обсягу ресурсів викладені у спільній публікації ЮНЕЙДС та Всесвітньої організації охорони здоров'я [11]. Інтеграція послуг з ПЗПСП та ВІЛ-сервісами є однією з ключових пріоритетних дій у Глобальній стратегії протидії СНІДу на 2021–2026 роки [12], що є необхідним для врахування в стратегіях урядів і партнерів у галузі охорони здоров'я, соціальних і економічних стратегіях, планах і бюджетах відновлення, а також у діяльності з підтримки громад. Відповідно до Глобальної стратегії протидії СНІДу, до 2025 року 90% ЛЖВ та представників КГ мають отримувати людино-орієнтовані та відповідні контексту послуги, необхідні для підтримання їхнього добробуту та загального здоров'я, зокрема психічного.

З огляду на вище вказане, затребуваним є проведення дослідження серед представників КГ, профільних ВІЛ-сервісних НУО та провайдерів послуг у сфері психічного здоров'я, яке б дозволило визначити можливі способи залучення представників КГ до отримання послуг у сфері психічного здоров'я, а також надати рекомендації щодо механізму взаємодії між усіма трьома суб'єктами. Заплановане дослідження, зокрема, сприяє виконанню визначених згаданою раніше Дорожньою картою завдань, наприклад: **«впровадити послуги, спрямовані на зниження рівня шкоди для людей, які вживають психоактивні речовини; розширити спроможності працівників первинної медичної ланки щодо ведення поширених психічних розладів і розладів внаслідок вживання психоактивних речовин»** тощо.



## 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ

Основна мета дослідження – визначити основні шляхи та механізми залучення ЛВНІ, СП, ЧСЧ, транс\*людей до отримання послуг з психічного здоров'я, а також надати рекомендації з налагодження взаємодії між представниками спільнот, ВІЛ-сервісними НУО та провайдерами послуг у сфері психічного здоров'я.

Завдання дослідження:

- ▶ Встановити існуючі способи подолання стресу або сильної знервованості ЛВНІ, СП, ЧСЧ та транс\*людей, а також обізнаність про способи самодопомоги у разі потреби,
- ▶ Визначити існуючі та затребувані послуги у сфері психічного здоров'я для ЛВНІ, СП, ЧСЧ та транс\*людей, зокрема від ВІЛ-сервісних НУО,
- ▶ З'ясувати загальне сприйняття ЛВНІ, СП, ЧСЧ та транс\*людей послуг у сфері психічного здоров'я та готовність отримувати їх, зокрема у сімейних лікарів,
- ▶ Виділити основні бар'єри та фактори, що сприяють зверненню ЛВНІ, СП, ЧСЧ та транс\*людей за послугами у сфері психічного здоров'я,
- ▶ Визначити провайдерів послуг у сфері психічного здоров'я, які надають їх представникам загального населення на безкоштовній основі, та оцінити сприйняття і готовність надавати такі послуги ЛВНІ, СП, ЧСЧ та транс\*людям,
- ▶ З'ясувати існуючі можливості ВІЛ-сервісних НУО в наданні послуг у сфері психічного здоров'я для ЛВНІ, СП, ЧСЧ та транс\*людей, зокрема виклики, що виникають в цьому контексті, та їх сприйняття і готовність співпрацювати з профільними провайдерами,
- ▶ Надати рекомендації щодо оптимізації механізму взаємодії між ЛВНІ, СП, ЧСЧ та транс\*людьми, ВІЛ-сервісними НУО та провайдерами послуг у сфері психічного здоров'я для покращення доступу представників КГ до підтримання психічного здоров'я.

### 2.2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження передбачало два компоненти – кабінетний аналіз та якісне дослідження шляхом проведення глибоких інтерв'ю з цільовими групами у п'яти регіонах України.



## 2.3. ЦІЛЬОВІ ГРУПИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження передбачало сім цільових груп:

- ▶ ЛВНІ, СП, ЧСЧ, транс\*люди,
- ▶ фахівці ВІЛ-сервісних НУО, що надають послуги для КГ,
- ▶ надавачі послуг у сфері психічного здоров'я, базова допомога (лікарі первинної ланки, сімейні лікарі),
- ▶ надавачі послуг у сфері психічного здоров'я, спеціалізована допомога (спеціалісти з психічного здоров'я, які надають послуги безоплатно у межах проєктів чи програм).

**ТАБЛИЦЯ 1. КРИТЕРІЇ ВКЛЮЧЕННЯ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ, ОКРЕМО ПО КОЖНІЙ ЦІЛЬОВІЙ ГРУПІ**

№	ЦІЛЬОВА ГРУПА	КРИТЕРІЇ ВКЛЮЧЕННЯ
1	ЛВНІ	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Досвід вживання наркотичних речовин ін'єкційним способом протягом останніх 30 днів (за самодекларацією під час рекрутингу)</li> <li>– Отримання послуг у ВІЛ-сервісній НУО, яка займається профілактикою ВІЛ серед ЛВНІ</li> <li>– Віком від 18 років на момент проведення дослідження</li> <li>– Будь-якого гендеру</li> <li>– Тривалість проживання / роботи / навчання у місті дослідження не менше 3-х місяців</li> <li>– Надана усна інформована згода на участь у дослідженні</li> </ul>
2	СП	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Досвід надання сексуальних послуг за винагороду протягом останніх 12 місяців (за самодекларацією під час рекрутингу)</li> <li>– Віком від 18 років на момент проведення дослідження</li> <li>– Будь-якого гендеру (до вибірки потрапили тільки жінки)</li> <li>– Тривалість проживання / роботи / навчання у місті дослідження не менше 3-х місяців</li> <li>– Надана усна інформована згода на участь у дослідженні</li> </ul>
3	ЧСЧ	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Досвід хоча б одного анального чи орального сексуального контакту з чоловіками протягом останніх 6-ти місяців (за самодекларацією під час рекрутингу)</li> <li>– Віком від 18 років на момент проведення дослідження</li> <li>– Тривалість проживання / роботи / навчання у місті дослідження не менше 3-х місяців</li> <li>– Надана усна інформована згода на участь у дослідженні</li> </ul>
4	Транс*люди	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Особи, гендерна ідентичність яких відрізняється від зареєстрованої при народженні статі: транс*жінки та небінарні люди, які при народженні мали чоловічу стать та ідентифікували себе жінкою або небінарною персоною під час дослідження, транс*чоловіки та небінарні люди, які при народженні мали жіночу стать та ідентифікували себе чоловіком або небінарною персоною під час дослідження (за самозвітом, перевірялося рекрутером під час рекрутингу)</li> <li>– Віком від 18 років на момент проведення дослідження</li> <li>– Тривалість проживання / роботи / навчання у місті дослідження не менше 3-х місяців</li> <li>– Надана усна інформована згода на участь у дослідженні</li> </ul>



№	ЦІЛЬОВА ГРУПА	КРИТЕРІЙ ВКЛЮЧЕННЯ
5	Фахівці ВІЛ-сервісних НУО, що надають послуги для КГ (для кожної окремо)	<ul style="list-style-type: none"><li>– Вік 18 років або більше</li><li>– Будь-якого гендеру</li><li>– Відповідальний за консультацію та надання послуг представникам КГ (окремо кожній групі)</li><li>– Досвід роботи в НУО з цільовою групою не менше 2-х років</li><li>– Досвід надання послуг з психічного здоров'я не обов'язковий</li><li>– Скерування від керівника організації на участь у дослідженні</li><li>– Надана усна інформована згода на участь у дослідженні</li></ul>
6	Надавачі послуг у сфері психічного здоров'я, базова допомога (лікарі первинної ланки, сімейні лікарі)	<ul style="list-style-type: none"><li>– Вік 18 років або більше</li><li>– Будь-якого гендеру</li><li>– Перебування на посаді лікаря загальної практики (сімейної медицини) на час дослідження</li><li>– Будь-який стаж роботи</li><li>– Надання послуг первинної медичної допомоги на базі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які у 2023 році уклали договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на надання пакету «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги», згідно направлення керівника ЗОЗ</li><li>– Досвід надання послуг з психічного здоров'я не обов'язковий</li><li>– Надана усна інформована згода на участь у дослідженні</li></ul>
7	Надавачі послуг у сфері психічного здоров'я, спеціалізована допомога (спеціалісти з психічного здоров'я, які надають послуги безоплатно у межах проєктів чи програм)	<ul style="list-style-type: none"><li>– Вік 18 років або більше</li><li>– Будь-якого гендеру</li><li>– Будь-який стаж роботи</li><li>– Безкоштовне надання у 2023 році однієї з наступних послуг в очному або онлайн-форматі відповідно до Мапи наявних послуг: 7.1 Перша психологічна допомога, 8.1 Індивідуальні психологічні консультації, 8.1.1 Індивідуальні психологічні консультації (короткострокові), 8.2 Базові індивідуальні консультації для груп/родин, 10.1 Немедикаментозне лікування психічних розладів, 10.2 Медикаментозне лікування психічних розладів, 10.3 Стационарна психіатрична допомога, 10.4 Інші активності зі спеціалізованого лікування психічних розладів</li><li>– Надана усна інформована згода на участь у дослідженні</li></ul>

Додатковими критеріями для забезпечення різноманітності вибірки були:

- ▶ для ЛВНІ, СП, ЧСЧ та транс\* людей: гендер, досвід вимушеного переміщення після 24.02.2022, перебування під окупацією або в зоні активних бойових дій, наявність проблем у сфері психічного здоров'я;
- ▶ для фахівців ВІЛ-сервісних НУО, що надають послуги для КГ: участь у різних проєктах з профілактики ВІЛ (у разі обмеженої кількості НУО та/або фахівців у місті дослідження);
- ▶ для надавачів послуг у сфері психічного здоров'я, спеціалізована допомога (спеціалісти з психічного здоров'я, які надають послуги безоплатно у межах проєктів чи програм): надавачі онлайн-послуг (наприклад, <https://tellme.com.ua/>), досвід роботи з КГ.



Критерії виключення для всіх цільових груп:

- ▶ відмова надати інформовану згоду на участь у дослідженні,
- ▶ такий стан алкогольного або наркотичного сп'яніння, що унеможлиблює розуміння та спроможність відповідати на запитання гайду, а поведінка респондента загрожує його власній безпеці або безпеці членів дослідницької команди,
- ▶ наявність психотичних чи когнітивних порушень, які ускладнювали розуміння та спроможність відповідати на запитання гайду.

## 2.4. ВИБІРКА ТА ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальна вибірка становила 105 осіб у п'яти містах України. Вибір міст здійснювався за принципом різноманітності за декількома критеріями: епідеміологічна ситуація щодо ВІЛ, різна спроможність ВІЛ-сервісної мережі, характер і ступінь ураженості пов'язаними з війною факторами (*окупація, активні бойові дії, обстріли, масштаби міграції тощо*).

**ТАБЛИЦЯ 2. КІЛЬКІСТЬ РЕСПОНДЕНТІВ ЗА ГРУПАМИ ТА РЕГІОНАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

№	МІСТО	ЛВНІ	СП	ЧСЧ	ТРАНС*ЛЮДИ	ВІЛ-СЕРВІСНІ НУО	СІМЕЙНІ ЛІКАРІ	НАДАВАЧІ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ПОСЛУГ
1	Дніпро	3	3	3	3	3	4	10
2	Київ	3	3	3	3	3	4	
3	Львів	3	3	3	3	3	4	
4	Миколаїв	3	3	3	3	3	4	
5	Харків	3	3	3	3	3	4	
<b>УСЬОГО ПО ГРУПАХ</b>		<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>10</b>
<b>УСЬОГО</b>		<b>105</b>						

Детальніша інформація про характеристики учасників наведена у Додатку.

## 2.5. РЕКРУТИНГ І ЗБІР ДАНИХ

У дослідженні використовувалася вибірка «за зручністю» як стандартна методологія якісних досліджень. Підхід до рекрутингу кожної групи був побудований таким чином, щоб забезпечити різноманітність респондентів за відмінними характеристиками.

Рекрутинг представників КГ проводився співробітниками НУО під час надання послуг у рамках основної діяльності. Співробітники НУО контактували з клієнтами, проводили пре-скринінг згідно критеріїв включення та квот для стратифікації (*наявність проблем у сфері психічного здоров'я, досвід ВПО, гендер*). У разі відповідності критеріям включення та надання згоди на інтерв'ю фахівець НУО отримував контактну інформацію від клієнта з подальшою передачею її дослідницькій команді для встановлення контакту та домовленості про дату і час інтерв'ю. Всі потенційні респонденти отримували послуги від НУО, перенаправлення за іншими послугами у разі потреби, друковані інформаційні матеріали Альянсу громадського здоров'я до або після рекрутингу.



Рекрутинг фахівців НУО, сімейних лікарів і надавачів спеціалізованих послуг здійснювався безпосередньо дослідницькою командою за контактною інформацією, розміщеною у відкритих джерелах [7, 8], з попереднім отриманням згоди від керівництва на участь у дослідженні.

Перед початком інтерв'ю потенційні респонденти проходили скринінгову форму на відповідність критеріям участі, надавали усну інформовану згоду, а також заповнювали форму на платформі Qualtrics, вказуючи свої соціально-демографічні характеристики.

Інтерв'ю проводилися українською або російською мовами на вибір респондента за окремими гайдами для кожної цільової групи телефоном або через (Zoom). Запис інтерв'ю здійснювався на диктофон або через функціонал платформи для подальшого транскрибування, кодування та аналізу отриманих даних. П'ять кваліфікованих інтерв'юерів здійснювали збір даних.

Середня тривалість інтерв'ю – від 35 до 85 хв., середня тривалість – 55 хв.

## 2.6. АНАЛІЗ ДАНИХ

Якісні дані з глибинних інтерв'ю були транскрибовані з цифрових записів у Microsoft Word. Далі трьома дослідниками було здійснено кодування та внесення даних у матриці (*Microsoft Excel*), а також проведено тематичний аналіз для створення системи кодів, що дозволяло відповісти на дослідницькі питання [13]. Після створення системи кодів 10% транскриптів було закодовано двома різними дослідниками, що забезпечило процедуру подвійного кодування та контроль якості. Здійснивши подвійне кодування, дослідники обговорили виявлені розбіжності, використовуючи метод постійного порівняння. Всі коди та матриці були погоджені зі всіма членами команди. Після цього здійснено кодування решти транскриптів; тексти з подібними кодами відсортовано та створено категорії, які потім об'єднали у більш широкі загальні теми, що містили відповіді на поставлені дослідницькі запитання.

## 2.7. ЕТИЧНІ ПИТАННЯ

Дослідження проводилося відповідно до Кодексу професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України [14] та Гельсінської декларації етичних принципів. Протокол та інструментарій дослідження були розглянуті Комітетом з питань етики БО «Український інститут політики громадського здоров'я», Київ (FWA #00015634).

Усі члени дослідницької команди мали сертифікати про проходження навчання щодо захисту прав учасників дослідження та дотримання принципів дослідницької етики і підписали Угоду про використання даних і конфіденційність. Гайди інтерв'ю були перевірені психологом проєкту з наданням рекомендацій щодо формулювань та постановки чутливих питань респондентам.

Всі учасники під час рекрутингу та до початку проведення інтерв'ю надали усну інформовану згоду. Учасникам з усіх цільових груп повідомляли про цілі дослідження, принципи анонімності, конфіденційності та добровільної згоди, права відмовитися від дослідження у будь-який момент, а також про здійснення аудіозапису інтерв'ю. Респондентам було повідомлено, що їхня участь є абсолютно добровільною і що вони мають право відмовитися від своєї згоди та припинити участь у будь-який час. Відмова від участі у дослідженні не мала впливу на доступ учасника до медичних закладів та лікування. Учасників було поінформовано, що будь-яка інформація, яку вони оприлюднюють під час дослідження, вважається конфіденційною (*жодні особисті ідентифікатори не використовувалися*) і що вона буде використана тільки в узагальненому вигляді.



Після завершення інтерв'ю кожен учасник отримував компенсацію за витрачений час у розмірі 500 гривень (*грошовим переказом на банківську картку або поповненням мобільного телефону на вибір респондента*).

Учасників, у яких виявлено психологічні проблеми на етапі скринінгу (*незалежно від факту подальшої участі у дослідженні*) та у яких виникав суттєвий дискомфорт під час інтерв'ю, було перенаправлено до надавачів релевантних послуг із психічного здоров'я, зокрема на <https://help24.org.ua/>. Дані про кількість перенаправлень та їх результати не збиралися.

Заходи із забезпечення конфіденційності даних здійснювалися на кожному етапі дослідження. Інтерв'ю були анонімними, учасники могли обрати будь-яке зручне для них ім'я, жодна персональна інформація, за якою можна ідентифікувати респондента, не була отримана або збережена (*наприклад, прізвище чи адреса*). Для збереження та аналізу даних в адміністративних і дослідницьких документах використовувався унікальний ідентифікатор учасника, що складався із:

- ▶ цільової групи респондента: ЛВНІ, СП, ЧСЧ, Т\*Л – транс\*люди, СЛ – сімейні лікарі, НУО – фахівці, СПЗ – спеціалізовані надавачі послуг із психічного здоров'я,
- ▶ міста: Харків, Миколаїв, Київ, Львів, Дніпро (*для всіх, крім спеціалістів із психічного здоров'я*),
- ▶ порядковий номер респондента в групі

Електронні дані та інша документація дослідження були передані МБФ «Альянс громадського здоров'я», який є власником та відповідальним за зберігання матеріалів дослідження відповідно до внутрішніх процедур і політик.

## 2.8. ПЕРІОД ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Збір даних дослідження здійснювався у липні – серпні 2023 року.

## 2.9. ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

За результатами дослідження, готовність представників ключових груп звертатися по допомогу в зв'язку із порушеннями психічного здоров'я значною мірою залежить від ступеня задоволення їхніх базових потреб, наявності в минулому психічних розладів та досвіду отримання професійних послуг у сфері психічного здоров'я. Проте вибірки дослідження були цільовими та зручними. Респонденти до них добиралися за ознакою належності до певної ключової групи, отже, у групах КГ могли переважати особи з певним рівнем статку, браком досвіду або, навпаки, значним досвідом звернень за допомогою тощо. Відтак загальні висновки можуть не повною мірою відображати потреби КГ та їхнє ставлення до переважних моделей допомоги.

До вибірки СПЗ увійшли лише психологи, які працюють за проектами, спрямованими на надання допомоги вразливим групам населення України під час війни. Поза межами вибірки залишилися психологи, які працюють у соціальних службах та приватно (*приватні психологи під час війни можуть працювати як волонтери*).

У дослідженні не враховані можливості т.зв. «Центрів СНІДу» як точки входу до послуг у сфері психічного здоров'я, отже, такий варіант доступу потребує подальшого вивчення.

Дослідження проведено під час активної фази війни, отже, його результати стосуються саме цього контексту. Планування подальших кроків із покращення доступу КГ до послуг у сфері психічного здоров'я (*зокрема, у післявоєнний період*) має спиратися на постійний моніторинг ситуації, яка є дуже динамічною.



## 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 3.1. РЕЗУЛЬТАТИ КАБІНЕТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою оцінки наявних послуг у сфері ПЗПСП, доступних для представників КГ у регіонах дослідження, було надіслано запити до ДУ «Центр громадського здоров'я» Міністерства охорони здоров'я України та МБФ «Альянс громадського здоров'я» щодо переліку наявних проєктів і профінансованих надавачів послуг. Крім того, було виконано пошук і вивчення ресурсів, що знаходяться у відкритому доступі, зокрема вебсайти можливих донорів, проєктів або надавачів послуг, звіти про діяльність, робочі плани, протоколи засідань робочих груп тощо. У пошук було включено послуги, які надаються цілеспрямовано представникам КГ (ЛВНІ, СП, ЧСЧ, транс\*люди), іншим уразливим у контексті психічного здоров'я групам (ВПО, військові та ветерани), а також загальному населенню, тому що КГ можуть також належати до цих груп і отримувати відповідні послуги. Дані щодо державних та комунальних установ, які надають послуги ПЗПСП, було отримано з відкритої бази даних Національної Служби Здоров'я України.<sup>2</sup> За результатами систематичного пошуку даних та відповідей від організацій було визначено повний перелік послуг, доступних для представників КГ у регіонах дослідження.

#### ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ

У п'яти містах дослідження послуги з ПЗПСП надають 225 організацій (деякі працюють у декількох містах), з них 198 базуються безпосередньо в місті, а ще 27 представляють собою організації/проєкти, надання послуг якими здійснюється в дистанційному форматі (наприклад, гарячі лінії підтримки, індивідуальні психологічні консультації тощо).

**ТАБЛИЦЯ 3. ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ ПЗПСП, ЗА ТИПОМ НАДАВАЧА ТА РЕГІОНАМИ (N = 225)**

ТИП НАДАВАЧА	ДИСТАНЦІЙНЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ	ДНІПРО	КИЇВ	ЛЬВІВ	МИКОЛАЇВ	ХАРКІВ	УСЬОГО
НУО	27	5	4	7	2	6	51
ЗОЗ первинної ланки	–	20	45	13	9	26	113
Спеціалізований ЗОЗ	–	9	7	7	17	21	61
<b>УСЬОГО</b>	<b>27</b>	<b>34</b>	<b>56</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>53</b>	<b>225</b>

Потенційно ЛВНІ, СП, ЧСЧ та транс\*люди можуть отримати допомогу в кожній із 225 організацій, оскільки приналежність до спільнот не є перешкодою для звернення за такими послугами. Наприклад, робота 85% (192 із 225) організацій спрямована на загальне населення, безвідносно до приналежності отримувача до тієї чи іншої категорії. Ще 5% (або ж 12 із 225) організацій фокусуються на окремих категоріях населення (ВПО, постраждалих від гендерно-зумовленого насильства жінок тощо), і у разі відповідності представників КГ передбаченим критеріям вони можуть отримати затребувані послуги. Тільки на КГ як отримувачів послуг з питань психічного здоров'я спеціалізуються 9% (21/225) провайдерів, причому 13 (5,8%) з них це ЗОЗ, які надають послуги ЗПТ. Решту склали 8 (3,6% від усіх) НУО, які зазначили що надають послуги всім чотирьом досліджуваним групам (ЛВНІ, СП, ЧСЧ, транс\*люди) та окремим підгрупам (наприклад, ЛЖВ, пацієнти ЗПТ, молодь).

<sup>2</sup> Відкриті дані НСЗУ (<https://edata.e-health.gov.ua/e-data/open-data>). Вивантаження даних 16.09.2023.





## МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ЗА ФІНАНСУВАННЯ НСЗУ

Що стосується послуг, які надаються закладами охорони здоров'я, у пошук було включено послуги, які надавалися у 2023 році за наступними пакетами НСЗУ:

- ▶ «Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах»
- ▶ «Психіатрична допомога дорослим та дітям, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами»
- ▶ «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії»
- ▶ «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії», що включає базову психологічну допомогу
- ▶ «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги»

Усі ці пакети містять послуги з ПЗПСР. Зокрема, специфікація до пакету «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» також включає послугу «Забезпечення психологічної підтримки пацієнта/пацієнтки та його/її родичів». Загалом було ідентифіковано 174 установи, які отримували 191 пакет (*одна установа може отримувати більше одного пакету*). Всі послуги, передбачені пакетами НСЗУ, не є сфокусованими на КГ, але всі без виключення представники КГ можуть їх отримувати на загальних підставах.

**ТАБЛИЦЯ 4. КІЛЬКІСТЬ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ ЗА ПАКЕТАМИ НСЗУ**

НАЗВА ПАКЕТУ	ДНІПРО	КИЇВ	ЛЬВІВ	МИКОЛАЇВ	ХАРКІВ	УСЬОГО
Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги (% від загальної кількості надавачів первинної медичної допомоги)	18 (31%)	45 (29%)	13 (29%)	7 (41%)	25 (44%)	108 (32%)
Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії	–	–	–	14	20	34
Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії	6	4	3	6	3	22
Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах	5	4	5	–	2	16
Психіатрична допомога дорослим та дітям, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами	3	3	4	–	1	11
<b>УСЬОГО</b>	<b>32</b>	<b>56</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>51</b>	<b>191</b>

У всіх містах доступною є амбулаторна і стаціонарна психіатрична допомога, яка не сфокусована саме на представниках КГ. Найбільша кількість надавачів отримує фінансування за пакетом для первинної ланки, що передбачає надання психологічних інтервенцій спрощених форм за керівництва mhGAP лікарем загальної практики та перенаправлення до спеціалізованої допомоги. Кількість таких закладів є значною: від 7 у Миколаєві до 45 у Києві, а їх частка серед усіх ЗОЗ, що надають пакет «Первинна медична допомога», в середньому складає не більше третини (*від 29% у Львові до 44% у Харкові*). Таким чином, базова психологічна допомога у закладах первинної ланки є доступною тільки для частини пацієнтів.



В одному з досліджуваних міст, Миколаєві, відсутні ЗОЗ, які отримують фінансування за пакетом стаціонарної психіатричної допомоги (*в області є лише один у м. Первомайськ*), що може бути пов'язано з реформуванням та об'єднанням ЗОЗ та перервою у фінансуванні. Також у Миколаєві, на відміну від інших міст, відсутні надавачі послуг за пакетом психіатричної допомоги, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами. Ці послуги надаються відповідно до Порядку, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України [15], який базується на результатах пілотних проектів Всесвітньої організації охорони здоров'я. Однак наразі відсутні звіти щодо охоплення та ефективності роботи таких команд.

### ПОСЛУГИ НУО, НЕ СФОКУСОВАНІ НА КГ

Ідентифіковано 43 НУО, які надають 56 окремих послуг у сфері ПЗПСР, не сфокусованих на КГ, у визначених містах та на національному рівні. Найбільш поширеними є послуги, доступні на національному рівні, які надаються онлайн або за телефоном (*через гарячі лінії*). Окремі проекти надають індивідуальні психологічні консультації (*переважно психолога*) на місцях (*по 2 у Києві та Дніпрі, по 4 у Львові та Харкові*), але ці проекти, як правило, мають спрямованість на постраждалих від війни, жінок або дітей. Наступною за доступністю є група послуг з психосоціальної підтримки, яка наявна у кожному місті (*від 1 надавача у Києві до 4 у Дніпрі*), але ці послуги не мають чіткого визначення, а також у більшості випадків мають акцент на ВПО.

**ТАБЛИЦЯ 5. КІЛЬКІСТЬ ПОСЛУГ НУО, НЕ СФОКУСОВАНИХ НА КГ, ЗА ВИДОМ ТА ЦІЛЬОВОЮ ГРУПОЮ (N=56)**

ВИД ПОСЛУГИ ТА ЦІЛЬОВА ГРУПА	ДИСТАНЦІЙНЕ НАДАВАННЯ ПОСЛУГ	ДНІПРО	КИЇВ	ЛЬВІВ	МИКОЛАЇВ	ХАРКІВ	УСЬОГО
<b>ЗА ВИДОМ ПОСЛУГИ</b>							
Психологічна допомога	19	2	2	4	–	4	31
Психосоціальна допомога	9	4	1	2	3	2	21
Психоедукація	3	–	–	–	–	–	3
Психіатрична допомога	1	–	–	–	–	–	1
<b>ЗА ЦІЛЬОВОЮ ГРУПОЮ</b>							
Загальне населення, у т.ч. КГ	22	4	3	5	3	5	42
Інша група, у т.ч. КГ	21	3	2	5	3	5	39
ВПО, у т.ч. КГ	6	5	–	5	2	5	23
Військові /ветерани, у т.ч. КГ	1	–	–	–	–	–	1
<b>УСЬОГО</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>56</b>

### ПОСЛУГИ НУО, СФОКУСОВАНІ НА КГ

Послуги, специфічні для ключових груп, надаються переважно у проектах, які фінансуються Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією або іншими міжнародними донорами. Ідентифіковано 8 НУО, які надають 15 послуг для КГ на національному або місцевому рівні. Одинадцять послуг є однаково доступними для всіх КГ, що в основному включає психосоціальну підтримку, яка надається соціальним працівником, або індивідуальні консультації психолога, але не в рамках визначених інтервенцій або стандартів. Ще чотири послуги відносяться до супроводу пацієнтів ЗПТ, тому їх було враховано як специфічні для ЛВНІ. Вісім послуг також можуть надаватися іншим підгрупам, таким як ЛЖВ та молоді представники КГ. Дві послуги у Києві були визначені як сфокусовані на представниках КГ, постраждалих від війни, у тому числі ВПО.



ТАБЛИЦЯ 6. КІЛЬКІСТЬ ПОСЛУГ НУО, СФОКУСОВАНИХ НА КГ, ЗА ВИДОМ ПОСЛУГИ ТА ЦІЛЬОВОЮ ГРУПОЮ (N=15)

ВИД ПОСЛУГИ ТА ЦІЛЬОВА ГРУПА	ДИСТАНЦІЙНЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ	ДНІПРО	КИЇВ	ЛЬВІВ	МИКОЛАЇВ	ХАРКІВ	УСЬОГО
<b>ЗА ВИДОМ ПОСЛУГИ</b>							
Психосоціальна допомога	1	1	1	2	1	2	8
Психологічна допомога	2	1	2	–	–	–	5
Психіатрична допомога	1	–	1	–	–	–	2
<b>ЗА ЦІЛЬОВОЮ ГРУПОЮ</b>							
ЛВНІ	4	2	4	2	1	2	15
ЧСЧ	4	2	4	–	1	–	11
СП	4	2	4	–	1	–	11
Транс*люди	4	2	4	–	1	–	11
Додаткові підгрупи (ЛЖВ, молодь)	4	2	2	–	–	–	8
ВПО	–	–	2	–	–	–	2
<b>УСЬОГО</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>15</b>

Таким чином, усього було ідентифіковано 262 окремі послуги, які надають 225 організацій у містах дослідження або дистанційно на національному рівні. Деякі з них не обмежуються наданням тільки однієї специфічної послуги, забезпечуючи клієнтів комплексною підтримкою (наприклад, консультація психолога може доповнюватися, за потреби, більш спеціалізованою допомогою психіатра). У багатьох випадках послуги, які надаються НУО, не базуються на чітко визначених інтервенціях або стандартах, тому наведена нижче категоризація є умовною і групи послуг не є повністю взаємовиключними.

ТАБЛИЦЯ 7. ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ ДОСТУПНИХ ПОСЛУГ ПЗПС, ЗА ТИПОМ НАДАВАЧА ТА РЕГІОНАМИ (N = 262)

НАДАВАЧ, ВИД І НАЗВА ПОСЛУГИ	ДИСТАНЦІЙНЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ	ДНІПРО	КИЇВ	ЛЬВІВ	МИКОЛАЇВ	ХАРКІВ	УСЬОГО
НУО, не сфокусовані на КГ	32	6	3	6	3	6	56
Психіатрична допомога	1	–	–	–	–	–	1
Консультація психіатра (гаряча лінія)	1	–	–	–	–	–	1
Психоедукація	3	–	–	–	–	–	3
Психологічна допомога	19	2	2	4	–	4	31
Консультація психолога	1	2	2	4	–	4	13
Консультація психолога (гаряча лінія)	18	–	–	–	–	–	18



## НАДАВАЧ, ВИД І НАЗВА ПОСЛУГИ

	ДИСТАНЦІЙНЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ	ДНІПРО	КІЇВ	ЛЬВІВ	МИКОЛАЇВ	ХАРКІВ	УСЬОГО
Психосоціальна допомога	9	4	1	2	3	2	21
<i>Групові заняття</i>		–	1	–	1	–	2
<i>Психосоціальна підтримка</i>	5	1	–	2	–	1	9
<i>Комплексні послуги мультидисциплінарною командою*</i>	4	3	–	–	2	1	10
<b>НУО, сфокусовані на КГ</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>15</b>
Психіатрична допомога	1	–	1	–	–	–	2
<i>Консультація психіатра</i>	–	–	1	–	–	–	1
<i>Консультація психіатра (гаряча лінія)</i>	1	–	–	–	–	–	1
Психологічна допомога	2	1	2	–	–	–	5
<i>Консультація психолога</i>	–	1	2	–	–	–	3
<i>Консультація психолога (гаряча лінія)</i>	2	–	–	–	–	–	2
Психосоціальна допомога	1	1	1	2	1	2	8
<i>Консультації соціального працівника</i>	–	1	–	–	–	–	1
<i>Супровід пацієнтів ЗПТ</i>	–	–	–	2	–	2	4
<i>Консультації соціального працівника (онлайн)</i>	1	–	–	–	–	–	1
<i>Комплексні послуги мультидисциплінарною командою*</i>	–	–	1	–	1	–	2
<b>Медична допомога за пакетом НСЗУ</b>	<b>–</b>	<b>32</b>	<b>56</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>51</b>	<b>191</b>
Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги	–	18	45	13	7	25	108
Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії	–	–	–	–	14	20	34
Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах	–	5	4	5	–	2	16
Психіатрична допомога дорослим та дітям, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами	–	3	3	4	–	1	11
Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії	–	6	4	3	6	3	22
<b>УСЬОГО</b>	<b>36</b>	<b>40</b>	<b>63</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>59</b>	<b>262</b>

\* Ці послуги включають надання психосоціальних послуг постраждалим від ГЗН або військових дій на базі п'яти Інтегрованих центрів комплексної підтримки в ЦПМСД (Інтегровані центри Brave&Safe).



## 3.2. ВПЛИВ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я КГ

### 3.2.1. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПРЕДСТАВНИКІВ КГ ДО ПОЧАТКУ ВІЙНИ

Здебільшого опитані ЛВНІ, СП та ЧСЧ, на відміну від транс\*людей, повідомляли про відсутність проблем із психічним здоров'ям до початку повномасштабної війни. Лише деякі з них до 24 лютого мали порушення психічного стану (*переважно депресивні стани<sup>3</sup>, порушення сну, тривогу<sup>4</sup>, панічні атаки<sup>5</sup>*) або діагноз психічного розладу.

*Я в житті дуже життєрадісна людина. Я емоційна, так, але ми всі емоційні. Така швидка емоція, як негатив, але швидко попускало. Тобто до війни все нормально було, абсолютно*

СП\_Kuiv\_02

*Я до цього був тривожною людиною. У мене були прямо панічні атаки*

ЧСЧ\_Львів\_01

*У мене дуже часто тривожність була, відчуття якогось страху, невпевненість. Це було дуже давно, я приймав ще антидепресанти, тому що були психічні відхилення*

ЧСЧ\_Kuiv\_03

<sup>3</sup> Депресія – захворювання, що характеризується постійним пригніченим станом і втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи протягом як мінімум двох тижнів.

<sup>4</sup> Тривога – емоційний стан, що характеризується очікуванням несприятливого розвитку подій, наявністю поганих передчуттів, страху, напруги і хвилювання.

<sup>5</sup> Панічні атаки – раптовий напад сильного страху, який викликає серйозні фізичні реакції, за відсутності реальної небезпеки або видимої причини; людина відчуває втрату контролю, божеволіє та може померти; зовні панічні атаки можуть бути схожими на серцевий напад.



## ЛВНІ ТА СП

Причини таких розладів ЛВНІ та СП переважно асоціювали з надмірним вживанням алкоголю або наркотичних речовин. Наприклад, деякі учасники з числа ЛВНІ мали досвід депресії, пов'язаної із вживанням наркотиків або зі складними обставинами життя. Опитані СП повідомляли про надмірне вживання алкоголю та наркотиків, пов'язуючи це з особливостями роботи, серед яких присутній ризик насильства, постійним почуттям провини та сорому.

*Загалом це однотипне – депресія через наркотики. Постійна депресія*

*ЛВНІ\_Миколаїв\_03*

*До війни в мене був межовий розлад особистості<sup>6</sup>, який посилювався зі вживанням наркотиків*

*СП\_Київ\_01*

*У цій індустрії присутні наркотики і дівчата, які вживають. Не всім подобається, деякі змушені цим займатися. Це впливає на психічний стан – непередбачувані ситуації з клієнтами, після яких панічні атаки, стреси*

*СП\_Харків\_03*

На ЛВНІ та СП також акцентували увагу опитані сімейні лікарі, повідомляючи, що для цих груп характернішими були випадки порушення психічного здоров'я. І хоча до війни представники КГ становили незначну частку пацієнтів, найбільш «видимою» ознакою приналежності до них був факт вживання психоактивних речовин (ПАР). Загалом довоєнний досвід надання сімейними лікарями медичної допомоги пацієнтам із числа ЛВНІ та СП був пов'язаний зі встановленням діагнозу залежності, наявністю окремих психічних станів і симптомів (*порушення сну, відчуття страху або апатії*), соматичної патології або відповідних проблем (*ВІЛ-інфекція, вірусний гепатит, порушення менструального циклу, небажана вагітність*) як основних причин звернення за допомогою.

*Мені здається, група ЧСЧ найменше може мати якісь порушення психічного здоров'я. А пацієнти, які вживають наркотики, і працівниці комерційного сексу більше... Тобто не всі однаково, мабуть*

*СЛ\_Київ\_03*

*Це пацієнти, яким ми ставимо діагноз зловживання психоактивними речовинами. Знаємо, що вони мають і супутнє – ВІЛ, гепатит, це в кожній жінки, яка стоїть на сайті. Вона не говорить, що в секс-індустрії. Але, звісно, в неї є проблеми зі сном, менструацією. Буває небажана вагітність. Бувають страхи чи, навпаки, апатія*

*СЛ\_Дніпро\_04*

<sup>6</sup> Межовий розлад особистості – стан дисгармонійного характеру, який включає нестабільний настрій, імпульсивність, труднощі з побудовою стосунків, а також схильність до самоагресивної поведінки.



Про дисфорію<sup>7</sup> та високі ризики агресивних вчинків ЛВНІ у стані абстиненції<sup>8</sup>, мінливість настрою у тих з них, які живуть з ВІЛ, повідомляли і опитані фахівці НУО, а спеціалісти з психічного здоров'я серед своїх ЛВНІ-пацієнтів спостерігали пов'язані зі вживанням ПАР розлади – прояви абстиненції, порушення сну та депресивні стани.

*Кожна людина, яка вживає наркотик, має відпечаток на психологічному здоров'ї... Простежувався такий фон – дратівливість, нестабільність емоційна, психологічна... Перепади настрою*

НУО\_Львів\_02

*Якщо брати наркозалежних, то в них багато проблем з розладами, пов'язаними зі вживанням. Депресивні розлади дуже поширені, є постнаркотичні депресії. Або це стійке безсоння. Або синдром відміни*

СПЗ\_06

## ЧСЧ ТА ТРАНС\*ЛЮДИ

На відміну від інших учасників, майже всі опитані транс\*люди повідомили про наявність певних психічних розладів (наприклад, депресивних або субдепресивних станів<sup>9</sup>) та постійного психологічного дискомфорту, який вони відчували до початку війни. Практикуючі спеціалісти з психічного здоров'я спостерігали депресію у представників спільноти лесбійок, геїв, бісексуалів і транс\*людей (ЛГБТ), яка, зокрема, спричинена дискримінацією таких людей. Сімейні лікарі повідомляли про рідке звернення ЧСЧ-пацієнтів для отримання допомоги щодо психологічного стану, разом з тим наголошуючи, що часто представники цієї КГ не схильні повідомляти про свою приналежність до спільноти.

*Відчуття психічного дискомфорту, якесь таке постійне очікування, що щось може погане статись. Воно було у мене і до війни. Це частина мого депресивного стану*

Т\*Л\_Київ\_03

<sup>7</sup> Дисфорія – форма депресивного розладу настрою, при якому пригнічений стан поєднується з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю та схильністю до агресії; властива хворим на епілепсію, часто спостерігається при вживанні наркотиків та інших психічних захворювань.

<sup>8</sup> Абстиненція, абстинентний синдром – хворобливий стан, що розвивається у пацієнтів, які вживають наркотики, після прийому речовин, що викликають залежність, і є ознакою фізичної залежності.

<sup>9</sup> Субдепресивний стан – стан легкої депресії, яка не є психопатологією і характеризується погіршенням настрою, зниженням працездатності та песимістичним поглядом на те, що відбувається.



*Я підозрюю, що в мене був розлад дефіциту уваги та гіперактивності<sup>10</sup>, і, можливо, ще щось, проте це ігнорувалося у моєму дитинстві. З часом [з'явилася] гендерна дисфорія, все це викликало... апатичні й різноманітні субдепресивні стани*

*Т\*Л\_Львів\_01*

*Якщо казати про ЛГБТ, дійсно, до війни там був вищий рівень депресії, тому що це дискримінована група, яка стикається зі специфічним тиском, зі специфічними проблемами, які можуть це спровокувати*

*СПЗ\_07*

### 3.2.2. ЗМІНИ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПРЕДСТАВНИКІВ КГ З ПОЧАТКУ ВІЙНИ

У перші місяці війни представники всіх КГ здебільшого переживали гострий стрес<sup>11</sup> з проявами різного ступеня тяжкості – від розгубленості, шокowego стану, панічних атак, які їх повністю дезорганізували, до менш глибоких порушень (*тривога, страх, безсоння та ін.*), які не позбавляли їх здатності контролювати ситуацію і приймати рішення. Тяжкість та прояви порушень психічного стану залежали від впливу різних факторів, зокрема, від інтенсивності обстрілів, наявності/відсутності психічних розладів у минулому, соціальної підтримки та рівня відповідальності за близьких, інтенсивності вживання ПАР тощо.

*З самого початку був страх, розгубленість і паніка. Тупикова ситуація. Не знаєш, куди бігти, що робити, безвихідність. Доходило до божевілля. Перші два місяці взагалі сну не було. Я не знаю навіть, як це описати*

*СП\_Миколаїв\_02*

*«У перші дні було надзвичайно страшно, і була купа якихось дій досить хаотичних з тим, щоб вияснити, що там з родичами, друзями. На психічне здоров'я, звісно, вплинуло жахливо*

*Т\*Л\_Львів\_03*

*Три місяці була якась розгубленість, і ці перші три-чотири місяці взагалі так мутно пам'ятаються. В якійсь паніці, в якійсь розгубленості цей час проходив. Нерозуміння було, що буде далі*

*ЧСЧ\_Дніпро\_03*

<sup>10</sup> Розлад дефіциту уваги та гіперактивності – нейроповедінковий розлад, що характеризується неуважністю, відволіканнями, гіперактивністю, імпульсивністю та призводить до функціональних порушень у різних сферах життя.

<sup>11</sup> Гострий стрес – тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів.





Швидкість адаптації до життя в умовах війни залежала від різноманітних обставин і життєвих ситуацій, однак всі опитані представники КГ відзначили, що з плином часу їхній стан покращився (хоча у певній частини респондентів розлади психічного стану мали місце й на момент опитування). Впродовж війни у деяких опитаних представників КГ виникли психосоматичні розлади<sup>12</sup>: вони відзначали погіршення фізичного стану, біль у різних ділянках тіла, серцебиття, задишку, швидку втрату маси тіла або навпаки – її збільшення, загострення хронічних захворювань та ін. Дехто вказував на інші розлади, які загострюються на тлі погіршення безпекової ситуації, але у більшості опитаних прояви гострого стресу зникли.

*«Я схудла за два місяці на 8 кілограмів одразу, ще й за кордоном. Такий психологічний стан, коли ти ні на що не можеш вплинути, а в тебе всередині весь час тремтить... Почуття загубленості, непотрібності*

СП\_Миколаїв\_03

*З початком війни, десь у вересні, я звернувся до лікаря, у мене діагноз гіпертонія другого ступеня*

ЧСЧ\_Дніпро\_02

*По здоров'ю вона вдарила. У мене проблеми з серцем почалися. Був уже рік війни. Аритмія пішла, тахікардія. Нерви почали здавати через ці вибухи, прильоти, від всього цього*

Т\*Л\_Дніпро\_02

Лише поодинокі представники КГ повідомили, що війна або не вплинула на їхній психічний стан, або привела до позитивних змін у житті. Одна з СП завдяки допомозі соціальних працівників стала учасницею ЗПТ, після початку якої припинилися напади тривоги та панічні атаки, а транс\*людина протягом війни усвідомила власну гендерну ідентичність, знайшла роботу, кохану людину.

*Поки не з'явився фонд «БЛАГО» та не допомогли стати на програму, залежність від наркотиків була. Сильні були тривоги та панічні атаки ще до війни*

СП\_Харків\_02

*У мене ніякого страху не було. Я жила, прилітали ракети. Але я не можу сказати, що це якось позначилося на здоров'ї або психічному [стані]. Я до цього ставилася абсолютно нормально. Просто було незручно, не було роботи. Зараз дуже добре. Я стала собою. Знайшла кохану людину. Знайшла улюблену роботу. Поки все прекрасно*

Т\*Л\_Миколаїв\_03

<sup>12</sup> Психосоматичні розлади – порушення з боку різних органів та систем людського організму, які виникають та здатні загострюватися під впливом психогенних факторів (конфліктних та стресових ситуацій, катастроф тощо).



*Війна ця сильно на мене не впливає. Ставлюсь до цього так... Мені по барабану, якщо чесно. Що вона є, що її немає – на мене сильно не вплинуло. Морально, фізично нічого не змінилося*

*ЛВНІ\_Київ\_01*

## ЛВНІ

Погіршення психічного стану ЛВНІ в перші тижні війни було спричинене тяжким стресом, страхом за життя, і неможливістю отримати ЗПТ і водночас ускладненим доступом до наркотиків через фінансові труднощі та/або збільшення контролю з боку поліції в умовах воєнного стану. Проблеми та життєва ситуація представників цієї групи, насамперед, залежали від тривалості й тяжкості проявів наркотичної залежності, а також індивідуальних характеристик, як-от способу життя, здатності працювати, участі у програмі ЗПТ або її відсутності, готовності до протиправних дій як способу отримання наркотику, супутніх соматичних проблем тощо. Опитані ЛВНІ відзначали стійкий зв'язок між самопочуттям та вживанням наркотиків, деякі мали важкі супутні медичні проблеми, які спричиняли відчуття безпорадності та значне зниження настрою.

*Панічні атаки в мене були дуже сильні. Мені було дуже страшно. І програми тоді не працювали, і кумарить, і все разом, і війна ця... І в аптеках нічого не було, коротше, жах. Було дуже страшно і через це була депресія і все решта. Вибухи ці та сирени. Нервувалася через це. А так зараз нормально наче все, і психічний стан краще. Більш стабільний. Я спокійніша зараз та не переживаю так сильно. Переживаю, щоб поїсти що було, багато таких питань, грошей постійно немає. Весь час думаю, щоб було здоров'я, і щоб нічого не трапилось. За бабусю, за чоловіка переживаю дуже сильно, за батьків постійно*

*ЛВНІ\_Харків\_02*

*Ти не знаєш, що буде завтра. Чи будуть аптеки працювати? Чи буде програма працювати? Всі боялися з моїх знайомих. Ось цей страх залишитися на кумарах в кінці кінців. У принципі, в мене зараз стабільність є, вона заспокоює. Я все-таки залишаю собі якусь дозу, впрок. Боюся, щоб не залишитися у цьому стані. Зараз є хоч якась впевненість, хоча й крихка, але є. Немає перебоїв з препаратами. І можна купити, раптом що, вуличний метадон, якщо не буде такого*

*ЛВНІ\_Миколаїв\_02*

*І: «Тобто, найбільш поширеним можна назвати те, що люди в пошуках наркотиків знаходяться, і переживають, тому що мало стало наркотиків, мало доступу до наркотичних речовин?»*

*Р: «Звісно. Тим паче на кожному кроці військові, поліція, на кожному розі висять камери, все видно. Зараз це стало серйозніше»*

*ЛВНІ\_Київ\_01*



Про актуалізацію питання пошуку наркотиків для ЛВНІ повідомляли також сімейні лікарі, фахівці з психічного здоров'я та представники НУО. На їхню думку, небезпеки воєнного стану, переміщення, втрата роботи, невпинне зростання цін обмежують доступ до ПАР, а тому ЛВНІ частіше вдаються до скоєння злочинів для здобування грошей, залишають особисті документи в якості залогу в ломбарді. Внаслідок обмеженого доступу до ПАР поширеними стали стани абстиненції, а також збільшилася кількість пацієнтів з алкогольними психозами<sup>13</sup> у зв'язку з обмеженням продажу алкоголю на початку війни, про що говорили сімейні лікарі, як і спеціалісти з психічного здоров'я. За їхніми спостереженнями, для ЛВНІ споживання ПАР продовжує превалювати над іншими потребами, а збільшення споживання алкоголю та тривале вживання наркотиків сприяє розвитку тривожних і депресивних станів з дисфорією, схильністю до агресії, суїцидальними намірами.

Фахівці НУО також описували погіршення психічного стану ЛВНІ, зокрема, у деяких з них соціальні працівники спостерігали розвиток адинамічної депресії<sup>14</sup>, апатію, актуалізацію суїцидальних тенденцій. Спостерігалось різке збільшення кількості пацієнтів ЗПТ, які потребували рецептів для отримання препаратів, що було пов'язано з одночасним закриттям значної кількості сайтів та приватних закладів відповідного профілю у перші дні війни.

*Це те, що було на моєму досвіді – не було де взяти наркотики. На початок війни все було зачинено. Аптеки зачинені. Вони прийшли в поліклініку – мені потрібно дозу і ти тут хоч трісни, але видай йому і все*

СЛ\_Київ\_01

*[На початку війни] всі сімдесят два приватні заклади, які мали якесь відношення до ЗПТ і на той час обслуговували чотири тисячі хворих, спакували валізи, закрились і залишили наше місто. Тобто чотири тисячі наркозалежних залишилися у стані абстиненції на вулиці. Крім того, був невеликий сплеск, пов'язаний з тим, що немає алкоголю... У хворих розвивався гострий алкогольний психоз. Але впродовж двох місяців ми спостерігали тенденцію до зменшення кількості людей, які мають проблеми з алкоголем*

СПЗ\_01

*Усі, хто був стабільним та абсолютно нормальним, на сьогодні голодний і брудний. У того будинок розбомбило, у того води немає, у того світла. Люди почали жити бідніше, відповідно, вони злі й зневірені. Вони в страху. Вони шукають, де буде краще, їдуть в якесь село, в якийсь регіон. А там не так все налаштовано, як тут було. Вони повертаються у паніці. А тут, знову ж таки, бомблять. Стабільності немає. Вони й так були істеричними, а в даний момент – так взагалі. Вони говорять – їх дьоргає. Посилилося вживання якогось додаткового наркотика. І цей їхній стан не такий, як два роки тому*

НУО\_Миколаїв\_02

<sup>13</sup> Алкогольний психоз – гостре порушення мозкової діяльності, викликане систематичним, тривалим вживанням спиртного, і, як правило, є результатом затяжного алкоголізму або гострих алкогольних інтоксикацій.

<sup>14</sup> Адинамічна депресія – депресивний стан, у якому на перший план виступають розлади енергії: зниження спонукань, безсилля, млявість, лінь, слабкість емоційного відгуку при суб'єктивно слабкому відчутті зниженого настрою.



*Оті, що вживають, – це стреси, страх, і вживання від цього стає більшим. А ситуація, яка зараз, ще тільки все погіршила. І тому це параноя, стрес. Тривога, нездатність щось робити. Не бачу навіть бажання щось робити. Бездіяльність повна, опустили руки. Ну, просто люди якось здаються. У нас є з Харківської області – там були окуповані деякі місця. В окупації, звісно, цим ніхто не займався. І коли їх деокупували, вони звідти прямо бігом біжать, і цим людям допомагаємо, щоб стати на сайти, щоб вони відновили свою процедуру*

НУО\_Харків\_03

*Страх від відміни наркотиків, страх переїзду в інший регіон, страх від того, що вони не знають, що робити, і суїцидальні речі*

НУО\_Львів\_03

## СП

Панічні атаки, тривога, порушення сну були властивими для СП з початку повномасштабної війни, а характеризуючи поточний стан, учасники нерідко говорили про страх смерті, очікування тяжкої втрати, бажання дистанціюватися від реальності. У деякого з цих жінок переважали зниження настрою, апатія, вони відзначали втрату бажання спілкуватися, говорили, що люди їх дратують. В окремих випадках йшлося про пригніченість, тяжкість переживань, появу суїцидальних думок.

*У мене панічні атаки, стреси зазвичай з'являються, коли там ракети летять, якісь обстріли. Я себе приборкую, поступово, і це закінчується, коли обстріл закінчився. Трошки видохнули, пересиділи трохи і якось пішли далі жити*

СП\_Харків\_03

*Я живу на 10-му останньому поверсі. Можна сказати, рік була якась спокійна, але як в Умані в кінці квітня шандарахнуло, то в мене інтернет ніколи не вимикається. Кожен день, як на стрьомі. А от коли починається ніч, то капець. Навіть таке було, що я кричала вночі, і неодноразово... У мене враження, що я задихаюся. Кардіограму робила, серце в нормі*

«СП\_Київ\_02

*У мене якось так виходить, що я не включаюся у все, що відбувається довкруги. Також ловлю себе на думці, що мене прифігачить ракета, або я сама себе прифігачу, тому що це просто нестерпно*

СП\_Київ\_01



Серед проблем, які впливають на психічний стан, СП виділяли фінансові труднощі й зменшення кількості клієнтів. На фоні інфляції, підвищення цін на продукти, труднощів з житлом, браком коштів на оплату комунальних послуг та забезпечення власних сімей воєнний стан та комендантська година унеможливила надання сексуальних послуг у довоєнних форматі та обсязі. Ці обставини призводять до розвитку або поглиблення депресії і тривоги, підштовхуючи до інтенсивнішого вживання алкоголю або наркотиків. Аналогічні спостереження щодо погіршення матеріального становища СП під час війни через втрату постійних клієнтів та зміну умов життя висловлювали і фахівці НУО.

*Зараз депресія стала ще більшою у нашій сфері, бо крім того, що тобі треба прийняти те, ким ти є, тобі ще треба прийняти, що ти можеш в будь-яку мить померти, тому багато хто від депресії страждає... Дуже багато дівчат, які не можуть без алкоголю й наркотиків сприймати себе, працювати... Дуже багато скаржилось, що фінанси там... Яйце по шість гривень*

СП\_Київ\_03

*У дівчат стало менше роботи. В них багато було постійних клієнтів, які в перші дні втекли. Відповідно, впали заробітки. А у багатьох діти, сім'ї. Ціни піднялися. І все це так чи інакше впливає на їхній психологічний стан*

НУО\_Харків\_02

За спостереженнями сімейних лікарів, СП відчувають сором, приховують свій спосіб заробітку, що сприяє виникненню тривожності, депресії та психосоматичних розладів, а деякі фахівці зазначали про випадки домашнього насильства щодо таких пацієнток. Про поширеність серед СП домашнього насильства, у т.ч. фінансової та психологічної його форми, повідомляли також і фахівці НУО.

*СП – це також окрема тема. Тому що вони зазвичай не розголошують власне тої професії, якою вони займаються, вони її стидаються. І, відповідно, на основі того в них виникають різні психологічні порушення. Починаючи від звичайної тривожності і закінчуючи депресією і психосоматичними розладами*

СЛ\_Львів\_01

*До мене звернулися під час вторгнення п'ять жінок, які пережили домашнє насилля, і воно було не від секс-послуг. Жінка потрапила більше у психологічне насилля і в фінансове. В неї почалися психічні розлади, паніка, було перенаправлення до психіатра*

НУО\_Миколаїв\_01



## ЧСЧ

Якщо у перші тижні війни ЧСЧ переживали тривогу та розгубленість, побоювалися мобілізації, то зараз частіше звертають увагу на зменшення інтенсивності соціальних контактів, обмеженість спілкування та, як наслідок, відчуття кинутості, самотності, суму й туги.

*Тривожність, наскільки я помітив, невпевненість у завтрашньому дні, коли це закінчиться, страх також піти на війну. Недостатньо грошей дуже часто. Можливо, частіше прояви агресії*

ЧСЧ\_Київ\_03

*Мої друзі, мої знайомі, навпаки, закрилися як сам для себе. Взагалі ніхто нікому не потрібен. Такі стани у людей, депресивні взагалі*

ЧСЧ\_Київ\_01

Учасники з числа ЧСЧ повідомляли про частіше вживання алкоголю, невпевненість у завтрашньому дні, «страх жити», фінансові труднощі, а також збільшення проявів агресивної поведінки у своєму оточенні після повномасштабного вторгнення. Разом з тим, деякі, навпаки, вказували навіть на позитивні зміни у власному житті, оскільки на фоні війни ставлення оточуючих до них стало дещо толерантнішим.

*Невизначеність. Жити одним днем. Отримувати від життя максимум. Прокидаєшся зранку, і навіть не відкладаєш на завтрашній день щось. Мабуть, ближчою стала байдужість*

ЧСЧ\_Дніпро\_01

*Багато хто вживає алкоголь, вони якось працюють увечері. Частіше це, мабуть, на що я звертаю увагу, що мені не дуже подобається*

ЧСЧ\_Київ\_02

*Багато моїх друзів це відчули... говорять, що тепер трошки стало легше, можна сказати, жити в плані того, що ми не такі, як усі. Бо зараз це трошки по-іншому сприймають*

ЧСЧ\_Львів\_03



Фахівці з психічного здоров'я, ВІЛ-сервісів, а також сімейні лікарі виділяли серед проблем ЧСЧ стигматизацію, зокрема й аутостигматизацію<sup>15</sup>, високий рівень психологічного та фізичного насильства, складнощі у стосунках з партнерами і низький рівень довіри до оточення, що спричиняли депресію та суїцидальні наміри. Відзначаючи вразливість цієї групи до дискримінації та «закритість» її представників, фахівці НУО спостерігали збільшення вживання антидепресантів і транквілізаторів з початку повномасштабної війни.

*У них дуже часто депресивні розлади, оскільки йде несприйняття в суспільстві, і серед друзів, і в сім'ї. І навіть якщо йдуть будь-які бесіди про секс-меншини, одразу дуже багато негативу. Вони не визнають дуже довго цього стану, вважають, що це просто якесь виснаження, або постійно шукають собі якусь хворобу, не визнаючи, що депресія – це хвороба*

СЛ\_Львів\_04

*Дехто через свою сексуальну орієнтацію піддається нападкам, фізичному та психологічному пресингу. А відповідно, вони потрапляють в ту когорту, якій як мінімум потрібна психологічна допомога. А часто вже й медикаментозна допомога психіатра*

СПЗ\_06

*ЧСЧ якимось чином часто бувають уразливі... у дискримінаційній групі. Тобто вони вважаються закритою групою, вони не завжди можуть відкрито розповісти про себе*

НУО\_КИ\_02

*Дуже багато ЧСЧ почали підсаджуватися на антидепресанти та транквілізатори*

НУО\_КИ\_01

## ТРАНС\*ЛЮДИ

Поточний психічний стан транс\*людей значною мірою залежав від особистих обставин (навчання або роботи, рівня доходу, наявності соціальної підтримки тощо). Деякі з опитаних говорили, що призвичаїлися до ситуації, певною мірою дистанціювалися від думок про війну, намагаючись жити і вирішувати буденні проблеми. Разом з тим, дехто продовжує страждати від тривоги та депресії, хоч і навчився контролювати власний стан. На психічний стан транс\*жінок із чоловічим гендерним маркером негативно вплинула неможливість виїзду з України.

<sup>15</sup> Аутостигматизація – почуття сорому та очікування дискримінації, страх фактичної стигми, з якою довелося зіштовхнутися у минулому.



*Зараз спокійніше стало, тому що у нас не вибухають снаряди поруч біля вікна та вони не деренчать. Є звикання до того, що зараз відбувається. Сирени вже не лякають... Особисто мені на даний момент достатньо погано, самотньо... апатичний стан*

*Т\*Л\_Київ\_02*

*Так як я студент, насправді найбільш актуальною проблемою є – те, що наразі буде розпочинатися новий навчальний рік. І він буде одним з найскладніших. Зазвичай за останні два місяці я відчуваю тривогу, з якою мені важко впоратися. Вона переходить день в день. Інколи може тривати декілька годин, інколи всього лиш якихось двадцять хвилин*

*Т\*Л\_Львів\_02*

*У багатьох з'явилося відчуття безвиході через те, що багато трансгендерних жінок з чоловічим гендерним маркером не могли виїхати. Коли в них, наприклад, не було вибору, не було засобів на існування в Україні чи ще якісь такі моменти*

*Т\*Л\_Львів\_01*

У контексті чинників, які погіршують психологічний стан транс\*людей, часто вказувалися фінансові труднощі, які вони відчувають упродовж війни. Деякі учасники наголошували на складнішому пошуку роботи, ніж у довоєнний період, і не маючи постійного заробітку на тлі інфляцій та інших труднощів, спричинених війною, вони опинилися у скрутному становищі. Навіть для тих із них, хто має роботу, забезпечити власні базові потреби (*оплату житла, харчування, утримання домашніх тварин тощо*) стало набагато складніше. Матеріальні проблеми транс\*людей значною мірою пов'язані з необхідністю купувати гормональні препарати (*та їх зникненням з вільного продажу*), оплачувати необхідні медикаменти та візити до фахівців, передбачених процедурою транс\*переходу.

*Лєвова частка мого доходу, десь дві третини, йде на житло і сплату комуналки. Мені батьки допомагали весь 22-ий рік і половину 23-го фінансово. Ті гроші, які надавала мама чи якісь інші родичі, йшли на базові речі, тому що реально все стало дуже дорогим, недоступним. З початком повномасштабної війни почалися проблеми через відсутність гормональних препаратів в аптеках*

*Т\*Л\_Львів\_01*

*Були проблеми з препаратами. З початку війни всі натовпом побігли до аптек. Не було моїх препаратів, у мене був дуже малий запас. Поки я зміг їх купити, було дуже важко. Допомогавав [хтось], з Німеччини надсилав препарати. Мені фінансово було важко закупитися достатньою кількістю*

*Т\*Л\_Дніпро\_01*





*Трохи складніше стало знаходити роботу. Я якось проходила співбесіду, я повністю підходила, вже були готові брати. Це було в телефонному режимі. А потім, коли я прийшла, то... Грубо кажучи, не відповідаю трохи. Ніби за документами хлопчик, а приходять дівчинка*

*Т\*Л\_Миколаїв\_03*

*Безробітна людина... Перед психіатром зробити обстеження, як мінімум на щитовидну. Я не можу перекрити відвідування психіатра. Крім того, в мене ще алергія може бути. Мені потрібно буде зараз більше грошей витратити на те, щоб жити без сильних симптомів*

*Т\*Л\_Дніпро\_03*

### ЗАГАЛЬНА ДУМКА ЕКСПЕРТІВ

Сімейні лікарі, фахівці НУО та спеціалісти у сфері психічного здоров'я спостерігали погіршення психологічного стану всіх пацієнтів / клієнтів, незалежно до їхньої приналежності до ключової групи, насамперед значне збільшення проявів стресу, порушень сну, панічних атак, депресії та апатії. І хоча деякі сімейні лікарі повідомили про зростання кількості звернень пацієнтів з числа КГ, інколи вони могли тільки здогадуватися про приналежність того чи іншого пацієнта до ключової групи або знали це зі слів третіх осіб. Дізнатися про ризиковану поведінку пацієнта вдавалося через налагодження з ним довірливого контакту.

*Я думаю, як і в цілому населення, в цих ключових груп [здоров'я] змінилося в гірший бік. Звернень стало менше загалом стосовно якихось психічних порушень. Можливо, просто через те, що була якась міграція, і дехто виїхав. Вони всі однаково мало звертаються за психологічною допомогою, якщо чесно. З приводу якихось тривог своїх, тривожних станів, підозрюють у себе депресію. Просять або направити їх до психіатра, або визначити, чи дійсно вони мають якісь порушення. Це особливо у зв'язку з воєнними діями, стало більше останнім часом*

*СЛ\_Київ\_03*

*Напряму вони не приходять, а тільки за якимось лікуванням. Через простуду і, можливо, у розмові починає запитувати про самопочуття – так. Можуть сказати, що проблеми в сім'ї мають. Немає де жити або виганяють з дому. Живе на орендованій квартирі, і проблеми з цим. Немає постійного місця проживання, більш спокійного життя*

*СЛ\_Харків\_01*



Є на моїй дільниці такі люди, складні. Вони ведуть асоціальний стиль життя. Це і зловживання алкоголем, і вживання наркотичних речовин. Вони це не озвучують. Можу по габітусу, по супутніх захворюваннях, припустити. Можуть родичі про це сказати. Я теж десь бачу, що пацієнт в секс-індустрії або трансгендерний чоловік. У мене є пацієнт, який постійно просить направлення до уролога. Я говорю: «Я, Ви знаєте, повинна знати проблему, розкажіть, будь ласка». Ні в яку. Пацієнт сам звертається досить рідко, тільки коли гостра ситуація зі здоров'ям

СЛ\_Дніпро\_04

За спостереженнями фахівців, спричинені війною небезпека, втрата близьких або розлука з ними, суттєві зміни життєвих обставин, вимушене переселення, втрата роботи та стабільного заробітку на тлі зростання потреби у грошах на придбання ПАР та зменшення кількості клієнтів СП сприяли розвитку або посиленню стресових станів, тривожності, іноді агресії. Незважаючи на те, що з часом багато пацієнтів / клієнтів адаптувалися до життя в умовах воєнного стану (наприклад, шляхом переїзду в безпечніше місце, задоволення базових потреб, самопомоги та фахової допомоги), представники КГ досі піддаються дії стресових чинників, часто стикаються зі складними ситуаціями, що призводить до незадовільного психічного стану.

[Стан] змінився в гіршу сторону. Люди стали більш психічно неврівноваженими

НУО\_Миколаїв\_03

Спостерігаю зараз велику кількість пар де жінки виїхали за кордон, а чоловіки пішли у всі тяжкі. Деякі терапію кинули, деякі перейшли на вуличний наркотик

НУО\_Миколаїв\_02

Багато людей під час бойових дій і зараз живуть у стресі. Все рівно. Тому що кожна людина уразлива, а під час бомбардування, під час обстрілів психічні розлади з'являються. Це і стрес, це тривога, це дратування і страх. Страх паралізує багатьох людей, люди в паніці не знають, що робити, як далі жити

НУО\_Львів\_03

Наші ключові групи живуть в умовах хронічного стресу. В них немає стабільності. І в цьому власне і є найбільша проблема. Коли пацієнт не знає, де він завтра буде жити, або не знає, за що він буде завтра жити... Коли ці проблеми не вирішені, то психічний стан пацієнта... навіть нема чого говорити

СЛ\_Львів\_01



Деякі спеціалісти з психічного здоров'я повідомляли про значне збільшення первинних звернень з розладами та зростання кількості пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)<sup>16</sup>, що розвинувся внаслідок перебування у зоні активних бойових дій та інтенсивних обстрілів. Доволі часто надавачі послуг відзначали наявність панічних атак, стійких депресивних станів та суїцидальної ідеації<sup>17</sup>, спричинених тривалою війною, постійним підживленням негативними новинами у засобах масової інформації та соціальних мережах, погіршенням матеріального становища, поглибленням соціальної дезадаптації<sup>18</sup>. Такі обставини, на думку опитаних, спонукають людей до ризикованої поведінки, як-от надання сексуальних послуг за винагороду, збільшення вживання ПАР тощо.

*Більше з'явилося первинних епізодів захворювання... Починаючи від гострого психозу до депресивних станів, до розладів адаптації, панічних атак і так далі...*

СПЗ\_02

*Мені так здається, що більше людей у депресивних станах... Вважаю, що люди, які втратили заробіток, можуть також секс-послуги надавати і так далі*

СЛ\_Київ\_04

*Це депресивний стан, але він не звичайний, а пов'язаний із новинами, які ми отримуємо з телебачення та з інформацією, яку маємо з різних Телеграм-каналів*

СЛ\_Київ\_02

За словами сімейних лікарів, частою причиною звернення пацієнтів з психічними розладами за допомогою до лікаря загальної практики є скарги на біль, запаморочення та інші прояви соматичних захворювань. За наявності першопричини – пов'язаних зі стресом розладів пацієнти звертаються за лікуванням лише у разі появи соматичних симптомів, таких як стале підвищення артеріального тиску, артрити тощо.

*Коли починається соматична патологія, вони тоді приходять, і починаємо з ними вже психологічно розмовляти. Проблеми – тиск і біль в ногах*

СЛ\_Дніпро\_02

*Деякі люди навіть не розуміють, що проблема психологічна, а вони думають, що фізична. З'являються якісь симптоми, нібито і не пов'язані з психологічною проблемою, але коли ми виключаємо органічні ураження, то приходимо до висновку, що це таки проблема в стресі*

СЛ\_Львів\_03

<sup>16</sup> Посттравматичний стресовий розлад – важкий психічний стан, різновид тривожного розладу, який виникає в результаті одиначної або повторюваних психотравмуючих ситуацій.

<sup>17</sup> Суїцидальна ідеація, суїцидальні думки – думки, ідеї та роздуми про можливе вчинення самогубства; залежно від тяжкості ситуація може виявитися як швидкоплинними ідеями, так і глибоким, детальним плануванням самогубства.

<sup>18</sup> Соціальна дезадаптація – повна або часткова втрата людиною здатності адаптуватися до умов соціуму.



Серед тривалих наслідків війни багато фахівців відзначали погіршення психічного здоров'я серед ВПО. Йшлося про агресивність, депресію, тривожність, порушення сну, психосоматичні розлади. Лікарі пояснювали таку ситуацію зміною культурного середовища, більшою, ніж у місцевих жителів, невизначеністю майбутнього та актуальністю матеріальних проблем.

*Наприклад, якщо порівнювати Харківську область і Львівську. От вони приїжджають до Львова, їм не комфортно. Або не звикли до такого просто уставу життя, навіть соціального, відповідно, питання мови дуже гостро стоїть. Вони дуже гостро реагують, коли їм роблять зауваження. І це також провокує наслідки небажані*

СЛ\_Львів\_01

*Переміщені особи приїжджають у тимчасові центри мешкання, там у них з'являються загострення стану шизофренії і, звісно, вони звертаються по допомогу*

СПЗ\_02

За словами експертів, на психологічний стан усіх досліджуваних КГ впливає отримання інформації про позитивний результат тестування на ВІЛ, що часто супроводжувалося відчаєм та панікою. Дізнавшись про свій статус вперше, вони деякий час могли перебувати в депресивному стані, відчувати тривогу, страждати на порушення сну. В разі позитивного ВІЛ-статусу ймовірність стигматизації КГ з боку оточуючих збільшується, і, на думку фахівців НУО, побоювання стигматизації та необхідність відкрити ВІЛ-статус набуває особливої стресогенності через нестабільну безпекову ситуацію і високу ймовірність переміщення в межах країни або за кордон.

*Буває я вручаю цей конверт з результатом, людина відкриває його, бачить результат і кричить: «У мене СНІД, я помру!». Діляться, що в них тривожність, не можуть заснути, наприклад, після цієї інформації*

НУО\_Дніпро\_02

*А на людей з ВІЛ-статусом [стрес впливає] найбільше. Тому що вони всі роз'їхались, наприклад, за кордон. Їм важко було і стати на облік, і отримувати цю терапію, і плюс зізнатись там більшому колу людей*

НУО\_Київ\_03

*У даних умовах не знаєш, куди тобі прийдеться тікати, переїжджати, у постійному стресі, чи вистачить ліків, чи буде доступ до ліків, чи їх не втрапиш. І це такий підвищений стрес. Люди, які мусять їхати до своїх родичів або в іншу країну, переживають, що вони змушені відкривати свій статус. Тому що дуже часто не можуть самі, наприклад, за кордоном, не знаючи мови, звернутися за медичною допомогою*

НУО\_Київ\_02



### 3.3. МЕТОДИ САМОДОПОМОГИ КГ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Далеко не всі представники КГ могли назвати способи психології самодопомоги<sup>19</sup>, проте майже всі використовували певний набір засобів самозаспокоєння, які відволікали від нападів страху під час обстрілів або тривожних думок, туги, зниження настрою. Для всіх КГ засобом заспокоєння було і є спілкування з близькими людьми – сім'єю, друзями, колегами, представниками своєї спільноти. Однак не всі з них мали доступ до такої підтримки – багато опитаних СП втратили сімейні зв'язки через негативне ставлення родичів до їхньої роботи, а ЧСЧ, серед яких популярним було усамітнення, втратили друзів через їхній від'їзд за кордон.

*Була підтримка друзів, які залишилися тут і за кордоном, поїхали в перші дні. Тоді дуже багато саме з транс\*спільноти евакуювалося. Потім сюди приїхало дуже багато інших з Херсонської, Харківської областей. Ті, що залишилися, і ті, що за кордон виїхали, підтримували, допомагали матеріально і морально*

*Т\*Л\_Дніпро\_02*

*Моя допомога – це мій чоловік. Я подзвонила, і він мене заспокоїв, розказав, підтримав. Або так само мамі можу подзвонити. Вона мене також заспокоює*

*СП\_Київ\_02*

*Питання в тому, що більшість моїх друзів за кордоном. Хоча вони вже і не друзі*

*ЧСЧ\_Дніпро\_02*

*Найкраще, що мені допомагало, це спілкування з людьми. Це найперше, якщо ти спілкуєшся... Найголовніше не залишатися самому*

*ЛВНІ\_Київ\_01*

#### ЛВНІ ТА СП

Опитані ЛВНІ та СП здебільшого не могли назвати певних способів самодопомоги, які можна використовувати у стресових станах. Окремі ЛВНІ говорили про перегляд кінофільмів, дихальні вправи, руханку, проте більшість з них розуміли запитання про засоби самодопомоги в контексті подолання залежності, відтак зазначали, що самостійно не здатні з нею впоратися і потребують допомоги інших людей, наприклад, через відвідування груп взаємопідтримки.

<sup>19</sup> Психологічна самодопомога – усвідомлені дії людини з покращення свого психічного здоров'я (емоційного, психологічного та соціального добробуту) шляхом саморефлексії, турботи про себе та стратегій самовдосконалення.



*З дратівливістю можна просто – дихальні вправи такі, легка зарядка... Якщо це вже серйозна якась злоба, тут... поради немає. Тут треба до спеціаліста*

*ЛВНІ\_Львів\_02*

*Як уже показує практика, самому справитися з цією проблемою неможливо. Тільки допомога інших людей, не наркозалежних. Коли ти потрапляєш в цю спільноту, ти просто розумієш, що не один такий, що у багатьох інших ті ж проблеми і вони розповідають про свій досвід, як вони справлялися з цими проблемами, і що найголовніше – без вживання, без наркотиків. І ти просто розумієш, що, значить, так можна жити*

*ЛВНІ\_Київ\_03*

Учасники з числа СП зосереджувалися на побутових справах (приготування їжі, прибирання). Дехто вважав, що у ситуації стресу потрібно просто «взяти себе в руки» і не думати «про погане», намагалися «вмовляти» себе думати про позитивні речі, переглядали популярні мережеві ресурси або фільми, слухали музику, виконували дихальні вправи, зрідка медитували, займалися спортом. Окремі учасники пробували вживати мелатонін для покращення сну, однак знайшли його недієвим.

*Треба просто взяти себе в руки. І не думати про погане. А думати про хороше. Ось це найголовніше*

*СП\_Львів\_02*

*Мені допомагає біг. Наприклад, якщо дитина на майданчику, я бігаю. І я собі постійно говорила, що все буде добре. І так трохи себе словами можна підбадьорити*

*СП\_Миколаїв\_01*

Представники спільнот ЛВНІ та СП згадували молитви або читання мантри, відвідування церкви як способи подолати тривогу та напруженість, зокрема спричинені небезпеками воєнного часу.

*Буває таке, що хочеться прочитати «Отче наш». Мені інколи стає легше від того, що читаю молитву чи мантру*

*СП\_Миколаїв\_03*

*Якщо переживаю за щось дуже сильно, я просто молюсь і знаю, що все налагодиться. Мені Бог завжди допомагає і ніколи не залишає. У яких би ситуаціях я не була*

*ЛВНІ\_Харків\_02*



Для цих двох КГ характерним було вживання алкоголю та/або наркотиків з метою подолання стресу. Деякі учасники з числа ЛВНІ повідомляли про неприйнятність просити допомоги чи поради в інших представників спільноти, оскільки це вважається слабкістю, і тому вживання наркотиків чи алкоголю для них є найбільш прийнятним способом справитися з проблемами. Говорячи про алкоголь як спосіб подолання проявів спричиненого війною стресу, СП акцентували увагу на невеликих дозах, пояснюючи тим, що алкоголь знімає сильну тривогу і ти вже можеш подбати про дітей або інших родичів.

*I: «Що зазвичай ви робите, коли відчуваєте себе невпевнено, коли переживаєте?»*

*P: «Вживаю. [Інші ЛВНІ], мені здається, тільки вживають. Не намагаються навіть комусь розказати, тому що серед наркозалежних комусь подзвонити, типу пожалітися чи поради попросити, вважається слабкістю. І довіри немає у наркозалежних»*

*ЛВНІ\_Київ\_03*

*Якщо мені погано було, я йшов до магазину, там просто ту ж саму пляшку горілки випивав, або з собою брав*

*ЛВНІ\_Київ\_01*

*Багато дівчат залежні. Вони дуже багато вживають наркотиків, і так якось зі своїм стресом справляються*

*СП\_Київ\_03*

*Алкоголь та наркотики – сто процентів! – не заспокоюють і не працюють. Це я можу судити і по собі, і по дівчатах, з якими працюю. Прошло, наприклад, п'ять хвилин, а ти вже знову відчуваєш сильний страх*

*СП\_Миколаїв\_02*

## ЧСЧ ТА ТРАНС\*ЛЮДИ

Порівняно з опитаними ЛВНІ та СП, учасники з числа ЧСЧ та транс\*людей були найбільш обізнаними зі способами самопомоги. Серед відомих їм методів, які можна використовувати для подолання нападів тривоги, панічних атак, інших проявів порушення психічного стану, вони називали деякі психотехніки, дихальні вправи, йогу, медитації, зайняття спортом, музикою, слухання музики. Дехто з транс\*людей поринав у роботу, навчався, зосереджувався на побутових справах або намагався розробити для себе щоденний графік і слідувати йому. Практика позитивного мислення, віра в перемогу, зміцнення національної самосвідомості під час війни як способи поліпшення психологічного стану також згадувалися учасниками.



*Я знаю якісь методики, коли тривожність. Я про дихання, про медитацію*

*ЧСЧ\_Львів\_01*

*Дихальна техніка, переключати увагу, спорт. Різні види діяльності, які можуть нашу психіку відволікти або заспокоїти. Те саме прослуховування музики. Гра на інструментах. Спілкування з тваринами... їх можна перерахувати і перерахувати... Я себе намагаюсь приводити завжди у позитивне русло. Це мені допомогло стати сильнішим, більш відповідальним громадянином своєї держави. І національно самосвідомою людиною. Цей страх не перемагає мене. Мені допомагає віра в наші ЗСУ і в те, що Україна справді переможе. Я в це щиро вірю*

*Т\*Л\_Київ\_01*

*Такі практики, щоб відчувати, що відбувається навколо тебе, відчувати простір, оглянути предмети, які навколо тебе, або ж займатися диханням... Прокинутися зранку і спробувати хвилин сім відчувати власне тіло, тобто торкнутися рук, вух, голови, щоб відчувати, що я тут, і не перекидати думки кудись*

*Т\*Л\_Львів\_02*

*Я знаю, що кожен ранок маю встати приблизно в такий-то час, бути за комп'ютером, виконувати певні задачі. І це на мій психологічний стан впливає дуже позитивно. Тому що коли є якийсь графік, якась послідовність потрібних дій, це дуже підтримує*

*Т\*Л\_Львів\_03*

Як і у випадку з іншими ключовими групами, ЧСЧ та транс\*люди також у минулому і після початку війни практикували вживання ПАР для подолання стресу. Разом з тим, опитані частіше негативно ставилися до такого способу покращення психологічного стану, повідомляючи про припинення вживання з початком війни.

*Шукають розраду, можливо, у спиртному або ще щось, наркотики. У мене було дуже багато стресів, і я намагався погасити це все алкоголем. Це було вживання кожного дня*

*ЧСЧ\_Львів\_02*

*Я допускаю, звісно, алкоголь, але з початком війни перестав його вживати*

*ЧСЧ\_Миколаїв\_03*





*Щодо залежностей взагалі – я не знаю такого і знайомих у мене ніколи не було. Якщо брати психоактивні речовини – ні. Такі стани можуть бути обмежені [серед ТЛ]*

*Т\*Л\_Харків\_01*

*Досить багато людей вирішують проблему чисто хімічно, тобто це або алкоголь, або, у кращому випадку транквілізатори. Транквілізаторами я в принципі теж час від часу користуюсь, але не часто. Наркотики, як на мене, просто абсолютне зло*

*Т\*Л\_Львів\_02*

Вживання заспокійливих та антидепресантів було найбільш характерним для ЧСЧ та транс\*людей (за призначенням лікаря), як і отримання групової чи індивідуальної психологічної допомоги онлайн, участь у групах взаємопідтримки.

*У мене були антидепресанти, які я пропивав і так лікувався*

*ЧСЧ\_Львів\_01*

*Здебільшого мої знайомі сидять на антидепресантах, намагаються підбирати якісь інші антидепресанти, якщо не допомагає*

*Т\*Л\_Київ\_03*

*У нас є супервізії зі спеціалістами, і ми можемо спілкуватися, можемо окремо, можемо всі гуртом з психологом. Онлайн*

*ЧСЧ\_Київ\_03*

*Я якраз займаюся онлайн. Останнім часом для мене, як одкровення, ходити на зустрічі та заходи ЛГБТ-спільноти. Люди є і можна з кимось поспілкуватися щодо якихось схожих проблем*

*Т\*Л\_Київ\_01*

*Є тренерка в нас, вона проводила багато тренінгів, вона психолог. Хто зі спільноти – ми в Зум спілкуємось. Воно допомагає насправді*

*Т\*Л\_Дніпро\_02*



## ЗАГАЛЬНА ДУМКА ЕКСПЕРТІВ

Провайдери послуг загалом не приділяли достатньої уваги обізнаності своїх пацієнтів / клієнтів щодо ефективних способів самопомоги при порушеннях психологічного стану та засобів протидії стресу. Серед відомих способів, до яких вдаються КГ, експерти найчастіше називали вживання ПАР (алкоголю, наркотиків, тютюну, транквілізаторів), що характерно не лише для осіб із залежністю, а й для тих, хто не мав досвіду регулярного вживання. ЛВНІ комбінують основний наркотик з іншими ПАР, алкоголем наприклад. Деякі СПЗ зазначили, що під час повномасштабного вторгнення вони спостерігають поширення неконтрольованого вживання бензодіазепінів (зокрема, гідазепаму), що приводить до залежності. Сімейні лікарі повідомляли про неконтрольоване використання заспокійливих засобів рослинного походження та аптечних препаратів із вмістом барбітуратів.

*Намагаються приймати препарати, які рекламуються, які радять друзі.  
Якісь рослинні препарати, хтось переходить на алкоголь*

СЛ\_Київ\_03

*Дехто, як-то кажуть, підсаджується на той же барбовал, валеріану*

СЛ\_Миколаїв\_03

*На жаль, все ще лишається «чудовий» спосіб впоратися – Гідазепам, який є рецептурним препаратом, але люди роблять так, щоб їх пожаліли і продали без нього. І вони його можуть використовувати не так, як рекомендує протокол, у підсумку навіть отримують залежність*

СПЗ\_07

*Хто стоїть на ЗПТ, починає шукати додатковий наркотик. Багато хто випиває. Не сумісна ЗПТ з алкоголем чи вуличними наркотиками. Все одно вони шукають цей метадон вуличний, наркотики додаткові, щоб подавити в собі це все*

НУО\_Харків\_01

Деякі фахівці НУО вважають, що клієнти мало обізнані щодо цього і лише намагаються стримувати свій страх від обстрілів і повітряних тривог, наражаючись на ризик розвитку психосоматичних розладів. Окремі спеціалісти з психічного здоров'я говорили про доступність для пацієнтів інформації про самопомогу при стресі завдяки матеріалам психоедукації<sup>20</sup> у соціальних мережах (наприклад, на Фейсбук-сторінці програми «Ти як?»<sup>21</sup>), а також доступності відповідних брошур і різних публікацій. Деякі сімейні лікарі навчали своїх пацієнтів технікам протидії стресу.

20 Психоедукація – пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості.

21 «Ти як?» – всеукраїнська програма ментального здоров'я, ініційована першою леді України Оленою Зеленською з метою сприяти формуванню у суспільстві культури піклування про ментальне здоров'я, покращити розуміння та надати інструменти, які допоможуть українцям дбати про свій внутрішній стан.



*Багато хто не знає або соромиться реагувати на ці обстріли, не знають, що робити, коли тремтять коліна. Намагаються це стримати, а все залишається в тілі і потім виходить різними хворобами. Дуже багато хто взагалі не знає, наприклад, про дихальні вправи*

НУО\_Дніпро\_02

*Дуже добре, що є психоедукація. Є програма «Ти як?», є там купа інших різних джерел, з яких людям весь час кажуть: ресурси, стабілізаційні вправи. Спілкуйтеся, якщо це вас підтримує, здійснійте прогулянки. І я також знаю, що люди читають книжки – важливо розповсюджувати популярну літературу про самодопомогу. Щоб люди розуміли, що з ними відбувається, що вони можуть зробити самі. І коли вже настав час – бігти до фахівця*

СПЗ\_07

На думку експертів, самодопомога при порушенні психологічного стану дуже індивідуальна й залежить від факторів впливу, проявів порушення, способу життя, обізнаності щодо способів подолання стресу та здатності собі допомагати. Дехто з працівників НУО вважає, що їхні клієнти мають більше шансів впоратися зі стресом за умови задоволення базових потреб і наявності підтримки найближчого оточення або фахівців. Для подолання стресу представники КГ можуть використовувати спілкування з родичами, партнерами, однак деякі лише припускали таку можливість через відсутність відповідного досвіду обговорення цих питань з пацієнтами.

*Людина повинна мати якийсь мінімум життєвий – їжу, дах, роботу, хоча б підтримку близьких. Якщо все це є, людина зможе впоратись*

НУО\_Миколаїв\_01

*Є пацієнти, оточені рідними та близькими. Їм легше, звісно. Перемикається увага. Пацієнти, які залишили або втратили своїх близьких, весь час у стресі. Легше тим, хто має роботу, звісно, хоббі*

СЛ\_Дніпро\_04

*Частина людей слідує за своїм здоров'ям. Вони однозначно борються і щось роблять для себе. А ті, які були пасивними – на даний момент емоційно розбиті, в них немає дому, їжі. Звісно, вони нічого не роблять для себе, поки ми не дізнаємося. Або лікар подзвонить, або медсестра скаже – будь ласка, візьми і щось зроби*

НУО\_Миколаїв\_02



## 3.4. ЗНАННЯ, ПОТРЕБИ, БАР'ЄРИ ТА ФАСИЛІТАТОРИ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

### 3.4.1. ОБІЗНАНІСТЬ ПРЕДСТАВНИКІВ КГ ПРО ПОСЛУГИ В СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

#### ЛВНІ

Обізнаність ЛВНІ щодо змісту допомоги психологів і психіатрів була здебільшого поверхова, лише деякі володіли інформацією про психологічні послуги з власного досвіду звернення до них у реабілітаційних центрах. Загалом серед опитаних було небагато таких, хто знав про послуги, які надаються у реабілітаційних центрах або наркологічних чи психіатричних стаціонарах.



*Психологічна допомога є, коли до психолога чи психіатра звертаються. Починають вже з батьками, лізуть глибше. А так, толком нічого не знаю, хоча сам раджу іншим*

*ЛВНІ\_Харків\_01*



*Коли мені погано, у мене є контакти психолога з реабілітації, я до неї пишу, вона мені відповідає*

*ЛВНІ\_Львів\_02*



*Я не був ніде. От тільки зараз дізнався, що таке існує, реабцентри і всі ці установи. А так, сам їхав, як кажуть. Не звертався нікуди*

*ЛВНІ\_Київ\_03*



*Я у поганому стані був, мене покладали на турбодетокс. Шість або сім діб. Мене прив'язали, з мене чорти виходили... Знімали на камеру... Я з подивом на це все дивився. [До психіатрів] упередження навіть*

*ЛВНІ\_Київ\_01*



Частина опитаних ЛВНІ знали про психологічну підтримку в НУО та групах Анонімних Наркоманів<sup>22</sup>, але здебільшого вони такою допомогою не користувалися. Дехто звертався до соціальних працівників під час участі у програмі ЗПТ.

<sup>22</sup> Анонімні Наркомани – міжнародне некомерційне товариство жінок і чоловіків, які одужують після вживання наркотичних речовин, зустрічі яких проходять з метою припинення вживання та допомоги один одному розпочати нове життя без наркотиків, які змінюють свідомість.



*Я ходжу в «Жіночий простір». Вони займаються просвітою, де і який лікар, наприклад, який займається ВІЛ. Вони запрошують психолога, але на нього я не потрапила, на жаль. У нас про ці організації [НУО] і не знають нічого. Мало інформації. У нас люди не поінформовані так, як потрібно*

*ЛВНІ\_Дніпро\_03*

*Деякі волонтери [говорять]: «У нас є психологи. Підіть, поспілкуйтеся. У нас є організація «Парус», приходьте в середу». Я говорю: «Ой, ні, дякую». Поки не було ніяких проблем з психологічним станом, сама з цим даю раду»*

*ЛВНІ\_Харків\_01*

*Якщо без реабцентру, то не до психолога, а саме на ці групи Анонімних Наркоманів*

*ЛВНІ\_Київ\_03*

*З цією програмою можна звертатися до соціального працівника, і тобі допоможуть. І також, коли мені потрібна була допомога з документами, там усюди я звертався до соціальних працівників*

*ЛВНІ\_Миколаїв\_03*

Про онлайн-послуги ЛВНІ взагалі не чули або знали лише поверхово, як і про можливість отримання послуг у сфері психічного здоров'я у сімейного лікаря.

*Я бачив. Мені кидали не раз посилання якесь. В онлайні в мене є доступ до всього цього. І психологічні. І безкоштовні тренінги. Просто я не цікавився*

*ЛВНІ\_Харків\_01*

*Сімейні лікарі психологічну допомогу? Не зустрівач таких*

*ЛВНІ\_Львів\_02*

*Я навіть не знав, що [сімейний лікар] може допомогти в цьому або що до неї можна звертатися в плані психотерапевтичних якихось питань*

*ЛВНІ\_Київ\_03*



## СП

Обізнаність СП про наявні сервіси та фахівців, які надають послуги в сфері психічного здоров'я, виявилася помірною – деякі чули про послуги окремих фахівців від знайомих, хтось бачив такі сервіси лише у кіно, дехто знав про можливість звернення до сімейного лікаря. Частина опитаних не знали точно, які фахівці надають відповідні послуги і де їх знайти, зокрема і ті СП, які мали порушення психологічного стану або психічного здоров'я.

*У мене подруга ходила до психолога, і вона розповідала, що їй дуже подобається. Вони там розбирають якісь дитячі травми і вона... Яюсь їй стає легше, коли вона розповідає про свої проблеми і їй надають допомогу. Але це все. Це все, що я знаю*

СП\_Київ\_03

*Я навіть і не знаю. Психолог... Психотерапевт, чула. Назву чула, а ось повного її значення не знаю*

СП\_Дніпро\_02

*У мене немає такої людини, до якої я могла б піти. Лікаря такого, психолога. Я не знаю про них. Де їх можна знайти, цих людей. Розумієте?*

СП\_Львів\_02

Серед опитаних були СП з досвідом відвідування психологів або психіатрів, обізнані про функціонал кожного фахівця, а також ті, хто чув про заклади психіатричної допомоги у місті проживання. Окремі учасниці згадували про наркологів, відповідаючи на запитання про відомі їм сервіси у сфері психічного здоров'я, а також повідомляли, що бачили інформацію про можливість онлайн-консультування.

*Є якраз клініка на Скульпартівській, де з психічними розладами лікуються. І все, більше не можу нічого сказати*

СП\_Львів\_01

*Психіатр – це коли взагалі погано, людина себе не контролює, або в неї маячня, або важкий стан. Або білочка, тоді психіатр*

СП\_Дніпро\_01

*Наркологи – вони займаються алкоголіками, грубо кажучи. Ті, які спиваються, і ті, які наркомани і з собою намагаються покінчити*

СП\_Миколаїв\_01



*Я бачила, онлайн є якісь там консультації, в Інстаграмі, мабуть. Там були реклами, якщо потрібна якась допомога, можна звернутись за онлайн допомогою*

СП\_Харків\_03

Попри досвід отримання профілактичних послуг в НУО, не всі СП згадали про можливість психологічної підтримки або послуг у сфері психічного здоров'я від фахівців організацій. Окремі учасники говорили про допомогу соціальних працівників з питань попередження насильства, профілактику інфекційних захворювань, але не пов'язували їхню діяльність з протидією стресу під час війни.

*Мені говорили дівчата, соцпрацівниці, що вони можуть надавати таку допомогу, тобто я знаю, що у разі потреби можу звернутися до них і вони мені знайдуть психолога*

СП\_Харків\_03

*Я тільки зустрічалася з соцпрацівниками нашими, «Віртус» наш, взаємодіємо. Дівчата нам розказують, як не захворіти, себе захистити, захиститися від насильства, взаємодіяти з поліцією. А зараз, у зв'язку з війною, я не знаю, що нового можна додати*

СП\_Дніпро\_01

## ЧСЧ ТА ТРАНС\*ЛЮДИ

Серед усіх опитаних найбільш обізнаними про послуги та фахівців сфери психічного здоров'я були представники спільнот ЧСЧ та транс\*людей. Майже всі знали про можливість звернення до психологів державних та недержавних організацій або приватних фахівців, у яких в індивідуальному або груповому форматі можна отримати допомогу в разі певних порушень психічного стану або психологічних проблем. Деякі опитані розрізняли функціонал психологів, психотерапевтів і психіатрів, розуміючи, що за потреби психологи можуть переадресувати до психіатрів.

*Психолог, психотерапевт, різні психологічні гуртки, різні психологічні групи, де можна ділитися, говорити не тільки особисто з психологом, психотерапевтом, а й з цілою групою обговорювати все, почути різні думки з цього приводу*

Т\*Л\_Київ\_01

*Психолог – на рівні психотерапії, не медикаментозної. Якщо він бачить необхідність серйозної допомоги, перенаправить до психіатра... Лікування може бути комбінованим – це психотерапевт і психіатр*

Т\*Л\_Миколаїв\_02



*Психотерапевт і психіатр – це вже лікувальні заклади, пов'язані з психіатрією. Ця робота трохи вище, ніж психолог, при якихось складніших психічних розладах*

*ЧСЧ\_Миколаїв\_03*

Багатьом транс\*людям та декому з ЧСЧ було відомо й про психологічну підтримку в ВІЛ-сервісних НУО та організаціях на базі спільнот, і деякі потребували більшого розголосу про можливості НУО для полегшення доступу до отримання відповідних послуг на їхній базі. Багато опитаних знали також про можливість отримання певних онлайн-послуг, проте обізнаність щодо допомоги сімейного лікаря у разі порушення психічного стану була гіршою.

*У програми [НУО] входила психологічна підтримка. Частина йшла від Прожектора, щось від Конвіктусу. Були інші організації, які для ВПО надавали психолога*

*Т\*Л\_Миколаїв\_01*

*Чув, що в нас є така допомога. Я знаю, навіть «Інсайт» колись рекламували, і в них була психологічна підтримка, онлайн гаряча лінія*

*Т\*Л\_Дніпро\_01*

*Щоб більше про них [НУО] якимось знали, більше вливались у це все. Бо насправді щоб знайти таку організацію, тобі треба самому пошукати*

*ЧСЧ\_Львів\_03*

*Не чув взагалі про те, що сімейні лікарі допомагають якимось з психічним станом. Підписали декларацію десь у травні, не так і давно насправді. Це дружня лікарка, хороша людина і компетентна спеціалістка*

*Т\*Л\_Київ\_01*

*У сімейного лікаря все починається. Він перенаправляє за протоколом до інших, зокрема якщо потрібне психіатричне обстеження. Сімейний лікар може тільки направлення виписати*

*Т\*Л\_Миколаїв\_02*





### 3.4.2. ЗАТРЕБУВАНІСТЬ ПОСЛУГ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СЕРЕД КГ

#### ЛВНІ

На момент дослідження жоден із опитаних ЛВНІ не отримував послуг у сфері психічного здоров'я, переважна більшість спростовувала наявність проблем, що потребують допомоги фахівців, і не виявляли наміру звертатися за допомогою. Деякі з них висловлювали зацікавленість у послугах нарколога, психолога або відвідуванні груп психологічної підтримки, але посилалися на завантаженість або неготовність до звернення.



*Я психолога не потребую точно. Поводжу себе нормально, відчуваю себе нормально. Я не так, як інші. Намагаюсь поводитися нормально, тому що кожен день їжджу до дитини. Мені допомога не потрібна нібито, але я розумію, що десь і потрібна, тому що я почала вживати ін'єкційно знову. Поки не знаю, не готова я піти до лікаря, не можу зібратися*

ЛВНІ\_Миколаїв\_03



*Може, й пропонують, я, на жаль, на роботі. Ще говорили про групових психологів, і мені навіть цікаво сходити на групові заняття з психологом. Це все рівно розвантаження моральне. Ти не варишся у своїх проблемах...*

ЛВНІ\_Дніпро\_01



*Скоріше за все потрібна психологічна допомога. Я не усвідомлюю. У мене постійне бажання пити, нав'язлива ідея у голові – постійно хочеться вживати, і я нікого не чую, нічого не бачу. Я думаю, треба нарколог, психолог, якась реабілітація, мабуть, щось таке, якщо є*

ЛВНІ\_Київ\_02



#### СП

Незважаючи на досить поверхове уявлення про сутність психологічної допомоги або відповідні сервіси, багато опитаних СП декларували потребу в психологічній підтримці у зв'язку з наявними ризиками надання сексуальних послуг і розладами, що виникли внаслідок стресу від війни. Хоча багато учасників вважають сервіси з психічного здоров'я доступними і висловлювали позитивне ставлення до допомоги як такої, здебільшого вони по неї не зверталися. Тільки деякі з них вже отримували допомогу психолога або психіатра, а у зв'язку з наявністю психосоматичних розладів – додатково консультації лікарів інших спеціальностей, наприклад, гінеколога або терапевта.



*Дуже часто необхідна допомога залежним від будь-яких речовин, алкоголю, наркотиків... Як на мене, психолог під час війни потрібен кожному*

СП\_Київ\_01

*У мене зазвичай панічні атаки, стреси, коли щось відбувається, коли обстріли. Я прихильник того, що чим раніше, тим краще [звернутися по допомогу]*

СП\_Харків\_03

*У нас є штатний [в НУО] психолог. Я саме просила психолога. І вона мені допомогла. Потім я пішла до спеціаліста, він мені призначив більше [заспокійливих препаратів]*

СП\_Миколаїв\_02

*Пішла до лікаря, думала, що серце. Він зробив кардіограму, каже: «Так серце не болить, це панічна атака». Венеролог-гінеколог. Сказали, що це були психологічні зсуви. Вона мені прописала препарати. Я пропила, і до мене повернулося здоров'я. Тому що у мене і цикл порушився через психічний стан*

СП\_Миколаїв\_01

## ЧСЧ

Серед учасників-ЧСЧ лише одиниці мали досвід звернення до фахівців у зв'язку з порушеннями психологічного стану, і більшість не висловлювала намірів отримати послуги у сфері психічного здоров'я, пояснюючи це адаптацією до життя в умовах воєнного стану. Лише одиниці з них, які мали психічні розлади раніше, висловили бажання звернутися до психолога або психіатра.

*Раніше я мав досвід прийому антидепресантів, під контролем лікарів. Це був психоневрологічний диспансер... Мені, мабуть, вже теж треба звернутись, а я не звернувся*

ЧСЧ\_Київ\_03

*Я лікувався від тривожності, від панічних атак [до війни у психіатра]. У мене були антидепресанти, які я пропивав... Зараз тривожно тому, що посилились ракетні обстріли, тривожусь... Хвилями... місяць, потім попускає. Якщо вже критична була б ситуація, то напевно звернувся б у благодійну організацію, там безкоштовно, зараз немає змоги звертатися до приватного [психолога]*

ЧСЧ\_Львів\_01



## ТРАНС\*ЛЮДИ

Серед питань, у зв'язку з якими транс\*люди потребували допомоги в сфері психічного здоров'я, ключовою була підтримка під час транс\*переходу, в процесі якого вони зазнавали булінгу, дискримінації, мали ризик розвитку стресових реакцій, депресії, суїцидальних намірів. Під час транс\*переходу бажаним є отримання послуг різних провайдерів – психолога, психіатра, сімейного лікаря, але за умови надання кваліфікованої допомоги дружніми до спільноти фахівцями. Також учасники зазначали про особливості психологічного стану в підлітковому віці, пов'язаного з гендерним дискомфортом, в контексті чого необхідно забезпечити підліткам доступ до довготривалої психологічної допомоги (*а дехто радив не допускати транс\*переходу до повноліття або навіть до 25-річчя*).

*Потрібні кваліфіковані фахівці, дуже хороші, толерантні для транс\*спільноти, які будуть допомагати виходити з ситуації. Якщо звертаються з питаннями щодо переходу, зміни документів, і тут дуже потрібна підтримка і знання, як це робити. Сімейний лікар, психологи потрібні, однозначно*

*Т\*Л\_Дніпро\_01*

*Якщо ми говоримо про транс\*спільноту, то робота психолога потрібна постійно. Залежно від проблеми. Якщо суїцидальні думки, то це має бути психотерапевт. Якщо це знервованість та нав'язливі думки, то тут допоможе бесіда з психологом. Якщо підліток починає говорити, що відчуває себе некомфортно в своєму тілі і у нього дисфорія, бажано звернутися до психолога, але не вчиняти жодних дій з переходу. Просто попрацювати з психологом. На мою думку, до повноліття, навіть до 25 років людина може сумніватися в усьому цьому*

*Т\*Л\_Київ\_02*

*В ідеалі, це допомога психіатра. З дружніми до транс\*людей психіатрами в Україні не дуже добре*

*Т\*Л\_Львів\_03*

Значна частина опитаних мала досвід звернення до психотерапевтів та психіатрів у зв'язку з депресією, розладами особистості, до психіатрів – у процесі транс\*переходу. Під час війни транс\*люди з числа ВПО отримували групову психологічну підтримку, дехто – звертався до психологів і психіатрів для медикаментозного лікування.

*Коли жила в шелтері, в нас був психолог, який вів групові сеанси терапії або індивідуальні. Тоді психолог мені допоміг дуже сильно*

*Т\*Л\_Миколаїв\_01*



*У лютому цього року зверталася за допомогою і мене направили до медичного психолога, який діагностував межовий розлад особистості і назначив монотерапію, Ламотрин*

*Т\*Л\_Львів\_01*

*Коли я зрозумів, що [психологічна допомога] мені потрібна, вирішив звернутися до громадських організацій. Тому що дехто вже отримував психологічну допомогу і... Зараз якраз користуюся цією доступністю. Звернувся до психотерапевтки*

*Т\*Л\_Київ\_01*

### 3.4.3. БАР'ЄРИ ЗВЕРНЕННЯ КГ ЗА ПОСЛУГАМИ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

#### УЯВА ПРО ВІДСУТНІСТЬ ПРОБЛЕМ АБО ЗДАТНІСТЬ ВПОРАТИСЯ З НИМИ САМОТУЖКИ

Як було зазначено вище у звіті, учасники з числа КГ мають різний спектр проблем з психологічним станом, однак не завжди готові звертатися до фахівців, керуючись думкою, що вони можуть впоратися з цим самостійно, без професійної допомоги. Разом з тим, у кожній КГ були учасники, які наголошували на необхідності своєчасного звернення до фахівців у сфері психічного здоров'я (ПЗ), зокрема через популяризацію цієї теми на рівні спільнот.

*Я просто, чесно кажучи, думала, що пройде. Але може не проходити, уже рік як не проходить*

*СП\_Миколаїв\_03*

*Я, мабуть, також обманював [себе], думав, що я сам справлюся. Мені здавалося, що ось в мене буде не так, як у них, у мене буде по-іншому. Це кожен залежний так думає, я вас запевняю*

*ЛВНІ\_Київ\_03*

*Я завжди вважаю, що людина сама себе може загнати у стан стресу якогось, нагнати всередині. Ось так може себе і вивести з нього*

*Т\*Л\_Дніпро\_01*

*Не опускає руки в потребі психічної допомоги для самих себе, а йти до неї і намагатися зустрічатися з різними спеціалістами. Психічне здоров'я є важливим, і вирішення проблем, які пов'язані з цим, є також не менш важливими*

*Т\*Л\_Львів\_02*



*Спільноті більше розповідати те, що потрібно звертатися на рахунок ментального здоров'я*

*ЧСЧ\_Дніпро\_03*

На думку експертів з числа сімейних лікарів, фахівців НУО та фахівців з психічного здоров'я, хибна уява про відсутність проблеми ПЗ, яка потребує зовнішньої допомоги, перешкоджає зверненню до фахівців. Навіть за наявності порушень психічного здоров'я представники КГ зазвичай не вважають їх проявом захворювання, намагаються ігнорувати порушення психологічного стану, що виникають чи загострюються під впливом стресових чинників війни, вдаватися до самолікування або порад друзів, і тільки тяжкі прояви змушують їх звертатися за допомогою до спеціалістів. При зверненні до сімейних лікарів з приводу соматичних проблем або до фахівців НУО для отримання гуманітарної допомоги чи профілактичних засобів пацієнти / клієнти нерідко приховують наявність порушень та проблем психологічного стану. Відповідно, фахівцям потрібно досягти належного рівня довіри з ними, щоб виявити запити на консультації чи лікування.

*[Звертаються] тільки якщо гострі стани. Все інше, вони просто намагаються не звертати на це уваги і думати, що так воно і повинно бути*

*СЛ\_Київ\_03*

*Якщо брати ЛВНІ, то я їм кажу, а вони: «Та навіщо мені психіатр? У мене все добре! Наркотики є. Все нормально. Тому більше все одно самостійно, ніж звертаються. Тобто це вже коли там декілька разів спілкуєшся з людиною, то вона відкривається. Вони не відразу так відкриваються і кажуть про допомогу, що їм дійсно необхідно*

*НУО\_Київ\_01*

*Мені здається, що у них досить часто буває умовно ілюзія того, що вони не потребують допомоги*

*СПЗ\_09*

*Якщо порушення сну, то всі, майже всі хочуть, щоб їм дали якусь снодійне, і вони вважають, що це не проблема. І коли я кажу, що треба сходити до невролога, то вони кажуть: «А навіщо? Ну, я просто не сплю»*

*СЛ\_Харків\_02*

*Якусь рекламу зробити, таку соціальну рекламу. Якщо ви запідозрили такі симптоми... Можливо, не всі розуміють, що вже з'являються порушення ментального здоров'я*

*СЛ\_Дніпро\_04*



## НЕДОСТАТНЯ ОБІЗНАНІСТЬ ПРО МОЖЛИВОСТІ ДОПОМОГИ

Для частини опитаних бар'єром до отримання допомоги в разі порушення психічного здоров'я був брак знань щодо зміст послуг, фахівців або заклади, які їх надають, як зазначалося у відповідному розділі звіту.

*Психотерапевт? Я навіть не знаю, що це за лікар. Я так розумію, це той, що нервову систему і серце лікує?*

ЧСЧ\_Київ\_01

*З початку війни, в самі перші дні, я за це трохи задумувалася. Але якось не було інформації, де знайти таких людей, що може допомогти, розумієте, всі пороз'їжджались і нічого не працювало. Я б, мабуть, звернулася за допомогою, але не знайшла куди*

СП\_Харків\_03

Багато сімейних лікарів і деякі фахівці НУО також вважають, що представники КГ не отримують належної інформації про послуги з психічного здоров'я у сімейних лікарів, нові сервіси у державних закладах первинної та вторинної ланок медичної допомоги, а також на базі громадських організацій. Відтак, на їхню думку, затребуваним є більш широке інформування населення про наявні сервіси, зокрема через телевізійні та онлайн реклами.

*Я думаю, що більшість населення нашого не знає, що вони можуть звернутися по допомогу до сімейного лікаря, з точки зору психічного здоров'я. Тобто вони це роблять підсвідомо, під час розмови*

СЛ\_Київ\_03

*Я маю хороших друзів – психіатрів, і вони кажуть, що ні, [пацієнти] не зовсім знають. Вони не знають, наприклад, що тепер у кожній поліклініці практично є кабінет психолога, психотерапевтичної допомоги, тому так, не завжди знають*

СЛ\_Львів\_04

*Не всі знають про існування психологів у громадських організаціях. Поки в нас ця просвітницька робота щодо цього не дуже налагоджена*

СЛ\_Миколаїв\_02

*Можливо, більше популяризувати. Щоб це було не тільки десь в інтернеті, а й на бігбордах, і на стовпах. Щоб люди бачили, що їх чекають, все добре. Треба більше реклами*

СП\_Київ\_02



## СТИГМАТИЗАЦІЯ, ЗОКРЕМА ЩОДО ЗВЕРНЕННЯ ДО ФАХІВЦІВ ІЗ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Одним із факторів, який перешкоджає зверненню до фахівців у сфері ПЗ, було стереотипне негативне сприйняття їхніх послуг, страх контакту з ними, побоювання отримати негативні реакції оточення і отримати статус людини зі значними порушеннями психіки.



*У нас таке виховання, що ніколи не було ніяких захворювань і ніякі психологи не були потрібні, тому страх перед лікарями, навіть якщо це психолог, психотерапевт чи психіатр. Це єдине, що заважає, ось ці переконання закоренілі*

СП\_Київ\_01



*У такій родині виховувався і, відповідно, в мене таке саме світосприйняття. Що в моїй родині ж ніхто до психолога не ходить*

ЧСЧ\_Львів\_03



*Люди бояться йти до психіатра, тому що є якийсь такий стереотип, по-перше, що туди ходять тільки психи. А це вже дискримінація. По-друге, що до психіатра ходити якось соромно*

Т\*Л\_Львів\_03



Учасниці з числа СП мали досвід осуду та стигматизації переважно з боку медичного персоналу державних установ, а тому деякі з них уникали звернення у разі порушення психічного стану. На думку представниць цієї КГ, будь-яка допомога для них є малодоступною через стигматизацію внаслідок незаконного характеру їхньої роботи, а відтак затребуваною є легалізація секс-роботи в Україні як системне вирішення проблеми.



*До нас не дуже добре ставляться лікарі, коли розуміють, з ким ми працюємо. У державних вони будуть на тебе косо дивитися, а медсестри будуть ходити і по кутках шепотітися*

СП\_Харків\_02



*Якщо б дозволили легально дівчатам працювати, вони не боялися б, що прийде поліція, все забере, і посадять ні за що. І якщо б це все було легально, ми готові навіть податок платити зі своєї роботи. Думаю, поки немає легалізації, жодні послуги не будуть доступні*

СП\_Дніпро\_01





*Мабуть, контролювати лікарів, щоб ставлення до нас було таке саме, як до інших людей. Дівчата розповідали про ситуації, що хтось дізнався. Зразу ставлення змінилося в гіршу сторону. Так, в принципі, система, я думаю, у нас не погана*

*СП\_Харків\_03*

Стигма і дискримінація як бар'єр до звернення за допомогою, зокрема у сфері психічного здоров'я, згадувалися опитаними транс\*людьми, для мінімізації проявів яких представники спільноти вбачають ефективність впровадження Міжнародного класифікатора хвороб 11-го перегляду, внесення інформації про особливості та потреби транс\*спільноти до освітніх програмних медичних і педагогічних закладів освіти, а також необхідність широкого розголосу випадків обмеження прав КГ у доступі до медичної допомоги, зокрема психологічної.

*Було б непогано висвітлювати з позитивної сторони... ЛГБТ-спільноти. Щоб люди розуміли, що є різні люди*

*Т\*Л\_Дніпро\_03*

*А Міністерство освіти – це включення у програму розвитку інформації про трансгендерний компонент і як працювати з такими людьми. У першу чергу, для вищої, для університетів. І коледжі, можливо, також. І не тільки медичні, а також і педи, тобто для вчителів*

*Т\*Л\_Миколаїв\_02*

*Ставиться як до людей саме фахівцям, які цим займаються. [Спільноті] якщо вони стикаються з насиллям або трансфобією в якихось установах державних, приватних, то не мовчати про це, а звертатися і надавати розголосу*

*Т\*Л\_Харків\_01*

Провайдери також зазначали страх стигми однією з перешкод для звернення КГ за послугами з психічного здоров'я. Представники КГ стикаються зі стигмою, дискримінацією, булінгом у повсякденному житті, зокрема при зверненні за допомогою у медичні заклади, і додатково наражаються на небезпеку стигми у разі психічних розладів. Для представників КГ з числа ЛЖВ ця стигма може бути потрійною (*приналежність до КГ – наявність психічних розладів – позитивний ВІЛ-статус*).

*Це страх осуду, я думаю. Недовіра до медичної допомоги. Вони мають достатньо негативний досвід у ставленні. Якщо навіть вони просто хворіють, їм важко прийти для того, щоб отримати допомогу. Вони звичайні там якісь... соматичні хвороби намагаються самостійно лікувати, не говорячи вже про психологічні проблеми, про психічні*

*СЛ\_Київ\_03*



**ВИСОКА ВАРТІСТЬ ВІДПОВІДНИХ ПОСЛУГ НА ФОНІ СУМНІВІВ У РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ДОПОМОГИ**

Загалом всі КГ зазначили вартісність послуг у сфері психічного здоров'я. Наприклад, транс\*люди скаржилися на брак ресурсів для отримання допомоги приватних фахівців з психічного здоров'я одночасно з недовірою до фахівців державних закладів. Низька фінансова спроможність, незалежно від місця проживання, обумовлена складністю працевлаштування через стигму та дискримінацію, а також потребою придбання дорогих гормональних препаратів у межах транс\*переходу. Деякі учасники повідомляли про розповсюдженість хабарів у державних клініках, де послуги мають надаватися безкоштовно.

*Психолог, психотерапевт – вони дорогі. У мене немає такої можливості і таких грошей за це платити*

СП\_Харків\_01

*Доступність. Ось питаєш, наприклад, у людей, навіть в організації, – там усюди корупція. Йди, заплати і тобі допоможуть*

СП\_Миколаїв\_01

*Я хочу звернутись, вже коли в мене буде на це можливість фінансова, звернутись знов до спеціалісток. Тому що мені це допомагає. Поки що, звісно, я обходжусь якось*

Т\*Л\_Львів\_03

*Тому що хлопці, які приймають наркотики, в них ні у кого немає грошей. Завжди все упирається в гроші*

ЛВНІ\_Харків\_02

Сімейні лікарі та фахівці НУО також розглядали брак коштів на оплату послуг, особливо у разі тривалої терапії, як один із бар'єрів до звернення. Крім того, фахівці НУО, як і деякі учасники з числа КГ, підтверджували випадки вимагання коштів за такі послуги у лікарнях, попри їх безкоштовність для пацієнтів за пакетом НСЗУ.

*Якщо це тривала консультація висококваліфікованого фахівця, це, як правило, більше на комерційній основі, і не всі можуть собі це дозволити*

СЛ\_Миколаїв\_04

*Якщо ми беремо наркоманів, то в них грошей ніколи немає. Їх важко кудись відправити, до психолога, психіатра*

НУО\_Київ\_01



*Частіше за все, навіть якщо входить до пакету НСЗУ ця безкоштовна послуга, їм все рівно кажуть «заплати». Воно повинно бути безкоштовним, а вони з людей гроші деруть. Ті, які не знають, що це має бути безоплатно, вони, відповідно, останнє віддають*

НУО\_Дніпро\_03

## НЕДОСТУПНІСТЬ БЕЗКОШТОВНИХ ПОСЛУГ ТА ЇХ НЕРЕЛЕВАНТНІСТЬ ЗАПИТАМ КГ

Безкоштовні послуги психолога в НУО доступні не всім КГ, у першу чергу через розташування сервісних організацій у великих містах, тоді як мешканці невеликих населених пунктів залишаються поза увагою фахівців. Відсутність коштів і затребуваний час на поїздки у сервісні організації ускладнюють звертання за послугами.

*Враховуючи, що транс\*спільнота сама по собі бідна, не у всіх буває навіть на проїзд. Тому в маленьких містах, в якихось районних центрах, селищах складніша обстановка. А люди там є*

Т\*Л\_Дніпро\_02

Сімейні лікарі також зазначали перешкоду щодо звернення представників КГ за послугами через віддаленість закладів спеціалізованої допомоги, зокрема для мешканців сільської місцевості. Особливо ця проблема загострюється, коли після витрачених на дорогу часу та коштів пацієнт змушений стояти в чергах на прийом, натикатися на замкнені двері або нефункціонування закладу через руйнування або суттєве пошкодження внаслідок обстрілів.

*Якщо це спеціалізована поліклініка, куди ми направляємо, туди треба їхати, і там теж черги. А ці люди... їм і так важко психологічно. То вони не завжди готові і не завжди мають час на те, щоб поїхати*

СЛ\_Київ\_04

*Там треба купу бюрократичної волокити пройти, юридичних нюансів а потім ще через двоє чи троє дверей з ґратами, і тільки тоді пацієнт потрапляє до лікаря. Я дуже сильно сумніваюся, щоб пацієнт захотів через все це пройти самостійно*

СЛ\_Київ\_01

*Недолік у тому, що, наприклад, психіатричних поліклінік у нас в місті було дві. На жаль, в одну, яка знаходилася в нашому районі, не так давно потрапила ракета. Тому зараз пацієнтам достатньо важко перебиратися на інший берег міста*

СЛ\_Дніпро\_03



## БРАК ДОВІРИ ДО ПРОВАЙДЕРІВ І РИЗИКИ РОЗГОЛОШЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ

Недовіру до надавачів послуг з психічного здоров'я висловлювали як ті представники КГ, які мали власний досвід звернення, так і ті, хто керувався чутками та досвідом своїх друзів чи знайомих. Наприклад, представники ЧСЧ-спільноти часто наголошували на ризиках розголосу інформації фахівцями – сімейним лікарем або іншою людиною, знайомою з їхніми друзями, сусідами чи колегами. Для деяких ці побоювання також були релевантні щодо психологів НУО, а дехто висловлював менший рівень довіри до жінок-фахівців з психічного здоров'я у порівнянні з чоловіками. Один учасник з числа ЧСЧ повідомив, що у разі порушень психічного здоров'я внаслідок травматичного досвіду війни недоречно звертатися до фахівців, які самі не були в зоні інтенсивних обстрілів або бойових дій, оскільки вони не зможуть зрозуміти пацієнта. Значній частині опитаних транс\*людей зверненню до фахівців перешкоджало побоювання стигматизації через гендерну ідентичність. Власний невдалий досвід звернення за послугами та негативні відгуки інших представників спільноти перешкоджали їхньому своєчасному зверненню по допомогу, змушували ретельно і довго шукати «свого» фахівця, чутливого до їхніх специфічних потреб.

*У мене є кілька друзів, які дійсно потребують допомоги. Але вони не звертаються, просто тому, що не вірять. І проблема тут саме в тому, що, мабуть, майже всі ми пам'ятаємо, що таке шкільні психологи*

*Т\*Л\_Київ\_03*

*Я був на групових заняттях з психологом, і це було жахливо. Тому що психолог, який живе в Одесі, до останніх подій не бачив, що таке війна. Я вважаю, що проводити роботу з людьми, які побували на війні або хоча б просто в зоні бойових дій, це абсолютно глупо*

*ЧСЧ\_Миколаїв\_03*

*Є ймовірність, що ця людина волею чи неволею може щось розказати відносно мене. Сусіду, наприклад. А професійний навряд чи буде знати моїх сусідів, тому до сімейного я б точно не пішов*

*ЧСЧ\_Харків\_03*

*Кваліфікований фахівець, який надає послуги в громадській організації, може контактувати з іншими клієнтами, і може бути не дуже гарною людиною, і може розповідати про те, що він обговорює з клієнтом*

*ЧСЧ\_Дніпро\_03*

Деякі опитані сімейні лікарі на власному досвіді стикалися з недовірою з боку представників КГ, побоюванням розголосу їхньої персональної інформації у спілкуванні з їхніми родичами та знайомими. Фахівці з маленьких населених пунктів бачили, що пацієнти не готові розповідати про свої специфічні проблеми, а тому вважали, що їм буде легше отримати відповідні послуги в інших містах.

*Некоторые могут и не довериться, в плане того, что семейный врач знает всю его семью... боится, что могут узнать другие.*

*СЛ\_Дніпро\_02*



*Я навіть маю сумніви, що це взагалі можливо, тому що все ж таки люди ключових груп бояться розголосу в цьому сенсі. Їм легше... просто я знаю ситуацію, коли люди, які вживали наркотичні речовини, їздять у Київ і там займаються груповими програмами. Тому що у нас громада маленька, один одного знаємо.*

СЛ\_КИ\_03

### 3.4.4. ФАСИЛІТАТОРИ ЗВЕРНЕННЯ КГ ЗА ПОСЛУГАМИ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

#### ТЯЖКІ ПСИХОЛОГІЧНІ / ПСИХІЧНІ СТАНИ АБО ВІДПОВІДНІ ТРАВМИ

Усі опитані КГ відзначали різні психічні стани та життєві обставини, за яких обов'язково звертатися за професійною психологічною або психіатричною допомогою. Серед основних виділялися:

- ▶ тривала й глибока депресія, апатія і байдужість до всього, через які людина втрачає здатність «жити звичайним життям», припиняє або обмежує соціальні контакти, відчуває тугу, відчай, висловлює суїцидальні думки або думки про сенс життя;
- ▶ зміна звичних моделей поведінки та зовнішніх ознак, наприклад, поява «божевільного» погляду;
- ▶ втрата контролю над власною поведінкою (*людина істерить, кричить, б'ється головою*), некерованість вчинків, «зриви» на близьких людях, завдання їм шкоди або насильство щодо них;
- ▶ при вживанні ПАР та алкоголю в ситуаціях браку підтримки рідних і близьких людей або розлуки з ними.

*Конкретно щодо мене? Звернутися? Якщо б лежала вдома, як овоч. Не хочеться ні жити, ні їсти, ні робити, нічого. Ось тоді я б точно звернулася. Якщо в мій дім прилетить, і все. Якщо дуже погано. Є така ситуація коли вже ні на що не дивишся. Звертаєшся, стукаєш в усі двері*

СП\_Львів\_01

*Якщо б сталося в мене горе. Якщо б жінка від мене відвернулася, одразу б пішов*

ЛВНІ\_Харків\_01

*Коли ти не можеш сам вийти зі стану страху. Ось ти побоявся, побоявся, потім все пройшло, спокійно. А от якби б я не вийшла з цього стану, то, звісно, звернулася б*

ЛВНІ\_Миколаїв\_02



Провайдери послуг виділяли головним індивідуальним фактором, що сприяє отриманню КГ допомоги, появу тяжких розладів. На думку деяких фахівців, важливою умовою звернення за допомогою є задоволення базових потреб, а для ЛВНІ додатково – відносно стабільний стан і утримання від вживання вуличних наркотиків одночасно з участю в ЗПТ, або ж навпаки – абстиненція.

*Зазвичай вони звертаються, коли вже бачать, що самотужки не справляються. Коли вже в них навіюються думки суїцидального характеру...*

СЛ\_Львів\_01

*Якщо в них абстиненція і якщо в них не буде можливості якось полегшити свій стан, вони намагаються потрапити до фахівця, нарколога чи психіатра*

СПЗ\_06

*Хлопці, які стоять на програмі ЗПТ, у більшості намагаються не вживати наркотики вуличні і ведуть більш такий соціальний спосіб життя. Намагаються не бути причетними до криміналу, наркотиків, і ось вони можуть звернутися до психолога*

НУО\_Харків\_01

## НАЯВНІСТЬ ДРУЖНІХ ДО СПІЛЬНОТ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ

Доступ до дружніх фахівців був критично важливим мотиватором звернення за допомогою для учасників з числа транс\*людей та ЧСЧ. Незалежно від провайдера послуг, транс\*люди наголошували на тому, що в Україні загалом бракує дружніх до спільноти фахівців, пояснюючи це спадком Радянського Союзу, а також виїздом таких під час війни. Саме тому в першу чергу учасники хотіли б бачити більш кваліфікованих і толерантних до себе надавачів послуг. Інформацію про чутливих до їхніх проблем спеціалістів з психічного здоров'я вони, як правило, отримували від інших представників спільнот, друзів, зрідка – з соціальних мереж або у НУО. Перевагу здебільшого надавали тим фахівцям, яких порекомендували знайомі або яких знайшли в соціальних мережах.

*За рекомендацією близької для мене людини я звернувся до неї [до психолога]*

ЧСЧ\_Миколаїв\_02

*Психотерапія, інколи також можливе звернення і до психіатра, адже напевно виникає також потреба деяких людей у медикаментозному лікуванні. Також я включав до цього, враховуючи трансгендерних людей, ендокринолога, адже рівень певних [гормонів], у тому числі й тестостерона, впливає на емоційний стан. Якби була складена база дружніх психотерапевтів чи психіатринь для трансгендерних персон, то я би напевно більше звертався до [них], будучи впевненим, що ті люди передчасно спілкувалися вже або з представниками спільноти, або з людьми, які працюють у цій галузі*

Т\*Л\_Львів\_02



*Має значення рекомендація. ЧСЧ, серед моїх знайомих, якби порекомендували спеціаліста гарного, то я піду ліпше до нього*

*ЧСЧ\_Київ\_03*

*Ставлення медицини до транс\*людей в нас ще на рівні Радянського Союзу. Психіатрів френдлі, які були до війни і напрацьовані організаціями, залишилися одиниці, у містах по одній людині. Так само і психологи*

*Т\*Л\_Дніпро\_02*

## ПІДТРИМКА БЛИЗЬКИХ І «ЗНАЧУЩИХ» ЛЮДЕЙ

Підтримка з боку близького оточення для окремих представників КГ була чинником їхнього звернення до провайдерів послуг у сфері психічного здоров'я. При цьому це могли бути як родичі та друзі, так і соціальні працівники НУО, які мотивували до отримання послуг.

*Якраз не я дізналася [куди звертатися по допомогу], а мої близькі завдяки Інтернету. І допомогли мені*

*СП\_Київ\_01*

*Дуже часто такі звернення насправді ідуть від друзів, родичів, партнерів людей, які перебувають у критичних станах. Тому що людина, яка перебуває у критичній ситуації, вона взагалі може бути не здатна навіть звернутися за допомогою*

*Т\*Л\_Львів\_01*

*Є люди, які, можливо, зрозуміють раніше [за тебе], ... бачать зі сторони. Тому тут дуже важливо, коли поряд рідні є, близькі. І повірте, що є навіть наркомани, які бачать то зі сторони, ідуть до рідних і роблять так, щоб людину спасли*

*ЛВНІ\_Львів\_03*

*Щоб куратор, соціальний працівник, з яким я спілкуюся, привів мене до психолога організації*

*СП\_Миколаїв\_03*

Фахівці НУО, у свою чергу, також зазначали про важливість супроводу деяких клієнтів до профільних фахівців з питань психічного здоров'я або ж їхню підтримку в пошуку оптимальних шляхів отримання відповідної допомоги.



*Якщо супроводжувач, соціальний працівник тобі все розкаже, куди піти, то це теж добре*

НУО\_Київ\_01

*Ми шляхи рішення пропонуємо. Тобі треба сюди, сюди... Намагаємось вже з цією людиною розібрати конкретно його ситуацію та шукати виходи. Є моменти, я водила декілька людей до психіатра, вони не вимагали жодних направлень, нічого. Я прийшла як соціальний працівник, супроводжувала двох хворих*

НУО\_Миколаїв\_02

*У мене з клієнтами довірливі стосунки. Якщо я буду рекомендувати, то вже буде побічна довіра до психолога або людини, яка буде надавати послуги*

НУО\_Дніпро\_02

## ШВИДКИЙ ДОСТУП І ОПЕРАТИВНІСТЬ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГИ

Деякі опитані представники КГ та провайдери були впевнені, що для звернення за допомогою важлива наявність каналів швидкого доступу. Наприклад, транс\*люди виказували бажання одразу контактувати з профільним фахівцем, без перенаправлень тощо, оскільки вважали цей шлях отримання допомоги найкоротшим і найефективнішим. На первинному рівні швидкість реагування може забезпечуватися за рахунок термінового огляду та/або оперативної взаємодії зі спеціалістом з психічного здоров'я, а в НУО – негайний зв'язок з психологом через соціального працівника.

*Людина повинна отримувати допомогу в сфері психічного здоров'я швидко, тут і зараз. Стан може погіршитися, людина може почати вживати всякі психоактивні речовини*

ЧСЧ\_Миколаїв\_01

*Якщо хворий такий приходив, його тут же записують до лікаря, він іде, лікар оглядає – нікому ніхто не відмовляє. Оглядає і необхідну допомогу надаємо, пишемо електронне направлення. Якщо потрібно, ми спілкуємося з другим рівнем, спеціалізованою допомогою, спеціалізованими лікувальними закладами. І вони отримують допомогу*

СЛ\_Миколаїв\_02

*Людина дала запит. Ти одразу телефонуєш психологу. Ти дав людині номер і вже одразу отримаєш консультацію від психолога. Тобто швидке реагування. Що людині не треба чекати*

НУО\_Київ\_01



*Найбільш прийнятний [шлях] – той, який допомагає оминати всі ті інстанції, які просто скажуть тобі, куди треба йти. Одразу до профільного фахівця... Він уже буде розуміти, що з тобою: серйозна депресія від якихось зовнішніх сил або... треба робити аналізи*

*Т\*Л\_Харків\_01*

*Наприклад, якщо в людини є суїцидальні якісь думки, то я вважаю, що треба оминати всіх. Чим скоріше він попаде до профільного спеціаліста, тим краще*

*СЛ\_Київ\_04*

## ПОМІРНА ВАРТІСТЬ АБО БЕЗКОШТОВНІСТЬ ЯКІСНИХ ПОСЛУГ

На думку представників КГ та провайдерів послуг, безоплатність або помірна вартість послуг була б для них сприятливим фактором щодо звернення до фахівців. Однак безкоштовність послуг має передбачувати і їхню якість, на чому наголошували деякі представники КГ. Наприклад, транс\*люди, які мали досвід отримання безкоштовних послуг, знайшли цю допомогу такою, що не покриває їхніх специфічних потреб.

*Я довго шукала певної психологічної допомоги, проте майже вся безкоштовна психологічна допомога спрямована на ті питання, які для мене переважно є другорядними... і я так і не знайшла психолога, який працював би в моєму місті. І при тому ціни на психотерапевтів очевидно досить високі і мені поки що не по карману*

*Т\*Л\_Львів\_01*

*Це повинно бути все безоплатно. Тим паче зараз, коли в нас така ситуація*

*СП\_Миколаїв\_02*

*Телефонують. Отримують консультації. Тому що чують слово «безкоштовно»*

*НУО\_Київ\_01*

*Якщо є певна інформація про організацію, є певне уявлення, що допомога, яку отримують, базується на добродійній такій основі, тоді довіра є, і все ж таки вертаються*

*СПЗ\_04*





### 3.5. ПСИХІАТРИ ТА ПСИХОЛОГИ: СПРИЙНЯТТЯ КЛЮЧОВИМИ ГРУПАМИ, ГОТОВНІСТЬ ФАХІВЦІВ ДО ВЗАЄМОДІЇ

Загалом учасники кожної КГ надавали перевагу психологу<sup>23</sup> (приватному або в НУО), мали двоєке і найбільш неоднозначне ставлення до сімейних лікарів як надавачів послуг з психічного здоров'я, а найбільш негативно висловлювалися про психіатрів<sup>24</sup>. Психотерапевт<sup>25</sup> майже не згадувався учасниками як окремий фахівець, а якщо таке було – то про нього говорили як про синонім психолога. У кожній КГ були учасники, які висловлювали позитивне ставлення до всіх провайдерів послуг у сфері психічного здоров'я, акцентуючи увагу на важливості такої допомоги за поточних умов.

*Я вважаю, у нас все добре розвинуто в країні. Тобто можна звернутись куди завгодно, куди душі заманеться, і скрізь допоможуть. У мене претензій немає. А плюси від допомоги, мабуть, всюди однакові*

СП\_Харків\_03

*Взагалі всі фахівці, всіх напрямків, є дуже важливими, і я до всіх ставлюся позитивно*

Т\*Л\_Львів\_01

*Абсолютно до всіх максимально позитивно ставлюсь, крім релігійних установ*

ЧСЧ\_Миколаїв\_02

*Я думаю, нормально. Якщо люди потребують цього, то нормально, що таку допомогу надають*

ЛВНІ\_Миколаїв\_01

23 Психолог – фахівець, який отримав вищу гуманітарну освіту за напрямом «Психологія» і не завжди є лікарем. У разі відсутності додаткової підготовки може надавати клієнтам психологічне консультування та психодіагностику. На відміну від терапії, консультування є короточасним й інколи одноразовим. Психологи надають психологічну допомогу із застосуванням доказових методів і підходів, які не передбачають призначення ліків.

24 Психіатр – лікар зі спеціалізацією в галузі психіатрії, який здійснює діагностику та лікування психічних розладів чи розладів, пов'язаних з порушенням психічної діяльності. Психіатр – єдиний фахівець, який у процесі лікування психічних розладів і захворювань може використовувати фармакотерапію, тобто призначати ліки та встановлювати діагноз.

25 Психотерапевт – психіатр або психолог, який отримав додаткову післядипломну освіту за фахом «Психотерапія» і є спеціалістом в одному з обраних ним напрямів: психоаналіз, гештальт, психодрама, арттерапія, клієнт-центрована чи позитивна психотерапія тощо. Психотерапія передбачає систематичну тривалу роботу з клієнтом та постійні регулярні зустрічі. Психотерапевти-психіатри можуть призначати ліки, але основний їхній інструмент впливу на пацієнта – словесний. Психотерапевти-психологи не мають права проводити медикаментозне лікування своїх клієнтів.



### 3.5.1. ПСИХІАТРИ

Психіатрична допомога надається амбулаторно та стаціонарно і переважно полягає у медикаментозному лікуванні, також було згадано про наркологічну допомогу на сайтах ЗПТ.

*У першу чергу це медикаментозне лікування тих чи інших розладів. Лікуємо депресію, невротичні розлади, тобто невроз, стрес, ПТСР*

СПЗ\_06

*У нас три такі кабінети по дев'ятсот осіб. Штати складаються з двох лікарів-наркологів, чотирьох медичних сестер, з одного соціального працівника і одного психолога*

СПЗ\_01

Учасники з усіх КГ найбільш негативно сприймали психіатрів у порівнянні з іншими надавачами послуг з ПЗ. Наприклад, ЛВНІ вбачали в них більше загрози, ніж можливості отримати допомогу. СП в останню чергу хотіли б звертатися до психіатра, аргументуючи це відсутністю критичних станів і «діагнозу», а також негативним досвідом взаємодії в минулому. Опитані ЧСЧ сприймали звернення до психіатра як автоматичне потрапляння в лікарню. Більшість транс\*людей оцінювали досвід отримання послуг у психіатрів негативно, попри поодинокі випадки взаємодії з дружнім кваліфікованим фахівцем.

*До психіатра, я думаю. Вважаю, що якщо в тебе якась проблема, краще до нього звернутися. Якщо в тебе щось з психології, психіка порушена – до психіатра*

ЛВНІ\_Львів\_01

*Психіатри... Багато хто бачив в них не лікаря, а людину, яка хоче засадити у психушку і... аби поставити на облік. Тобто не бачать в них допомогу, а загрозу*

ЛВНІ\_Львів\_03

*До психіатра, мабуть. У мене не було такого ще стану, щоб я вважала себе божевільною. Може, в мене неправильне розуміння, але таке*

СП\_Дніпро\_02

*Я була один раз у психіатра. Колись влаштовувалась на роботу і потрібен був цей сертифікат. У мене було таке враження – чи я дурна, чи він дурний. Мені здається, що вони всі такі якісь цікаві: дивишся на них, а вони самі літають десь там у небі*

СП\_Київ\_02



*Психіатр – страшний лікар. Якщо щось не так, то він тебе зачинить в лікарні, і це страшно*

ЧСЧ\_Миколаїв\_03

*Я якраз проходив медичний етап переходу. В психіатричній лікарні. Був у денному стаціонарі і там мене дуже сильно психологічно ображали, знущалися дуже. Там є окремі лікарі, які нормальні. Але загалом їм навіть звичайної людяності часто не вистачає*

Т\*Л\_Київ\_01

*У психіатричній лікарні я зіштовхнулася з тим, що лікарі переважно стара гвардія, молодих немає зовсім. [Враження] досить нормальне. Добре поставилися, адекватні люди. Але є в нашій психіатричній лікарні жінка, яка наш район курує. Яюсь вона так одразу [до мене] поставилася, мало не вигнала*

Т\*Л\_Миколаїв\_01

*Мені призначили лікування. Мені повезло з тим, що мені відразу дали контакти людини, яка була friendly і сприймала мене як трансгендерного чоловіка*

Т\*Л\_Львів\_02

Сімейні лікарі та спеціалісти з психічного здоров'я звертали увагу на те, що ставлення до психіатрів і психіатричної допомоги є часто негативним незалежно від приналежності до окремої КГ; у його основі – суспільна думка про психіатричний діагноз як стигму, а психіатричну допомогу – як обмеження, примус. Сімейні лікарі пов'язували це з упередженим та стереотипним сприйняттям психіатричної патології та допомоги: «Що Ви думаєте, я якийсь психічно хворий?», що спричинює відмову пацієнтів від перенаправлення до психіатра в окремих випадках. Фахівці НУО теж вважали ставлення КГ до психіатричної допомоги переважно негативним, пояснюючи його недовірою до медичних працівників у цілому, побоюванням «білого халата».

*Буває, пацієнти не завжди погоджуються на перенаправлення. Їм вигідніше працювати зі мною, аніж звертатися ще до спеціаліста, і розуміти, що там, наприклад, він потребує... медикаментозної вже підтримки*

СЛ\_Львів\_01

*Люди часто вважають... Не важливо, чи цільові групи, чи не цільові групи, про які ми говоримо. Вважають, що психолог – це щось, що в мене тут щось з головою «тю-тю», погано, тому мене і направляють до психолога. Сприймають не дуже добре*

СПЗ\_03



*Більшою мірою негативне [ставлення], і не обов'язково з власного досвіду. Це стереотипне бачення, що це той, хто призначає ліки, ставить діагноз одразу. Цитуючи пацієнтів: «Якщо я прийду до нього, то мене одразу на «дурку» покладуть». Людині здається, що буде одразу примус, і умовно це для неї неефективно*

СПЗ\_09

*Деякі бояться лікарів, скажімо так, страх білого халата. Коли з людиною спілкуєшся більш дружньо, без лікарської термінології, то вона більше довіряє*

НУО\_Дніпро\_01

*У принципі йти до психіатра з якоюсь проблемою стигматизовано, тому також не йдуть. Люди, скажімо так, теж схильні звернутися скоріше до невролога, ніж до психіатра, через стигму*

СПЗ\_05

### 3.5.2. ПСИХОЛОГИ ЗАГАЛОМ, ЗОКРЕМА ПРИВАТНІ

#### ІСНУЮЧІ ПОСЛУГИ З ПЗ НА РІВНІ ПРОФІЛЬНИХ ФАХІВЦІВ

Опитані спеціалісти з психічного здоров'я здійснюють психологічне консультування, надають психологічну та психотерапевтичну допомогу в індивідуальному або груповому форматі, на базі медичних закладів, окремих центрів чи приватно, а також на онлайн-платформах за підтримки різноманітних соціальних проєктів. Наприклад, онлайн-платформи для консультування людей зі східних та південних регіонів країни, у т.ч. окупованих територій (*SupportME, SafeWomenHUB та Brave&Safe*). У деяких випадках вони надають первинну психологічну допомогу після встановлення позитивного ВІЛ-статусу пацієнта.

*У центрі є чотири психологи. Ми впроваджуємо інтервенції ВОЗ на рівні самопомоги. У нас існують групи постійно діючі. У нас є психодрама<sup>26</sup>, наприклад, або група системної сімейної психотерапії*

СПЗ\_10

*Ми для наших цільових груп зараз стараємось застосовувати Самодопомога+. Сайт SH+. І Problem Management Plus. Вони є доволі оптимальними. Тому що побудовані з КПТ. У нас три онлайн-платформи. Онлайн-платформа для підлітків, для жінок, які постраждали від війни SafeWomenHUB. І для всіх постраждалих від війни. Називається Brave&Safe*

СПЗ\_3

<sup>26</sup> Психодрама – метод психотерапії, створений Якобом Морено, що передбачає терапевтичний груповий процес з використанням інструменту драматичної імпровізації для вивчення внутрішнього світу людини, розвитку творчого потенціалу і розширення можливостей адекватної поведінки і взаємодії з іншими людьми.



Опитані спеціалісти з психічного здоров'я співпрацюють з іншими психотерапевтами та психіатрами і за потреби можуть переадресувати клієнтів до них. Також вони можуть перенаправляти клієнтів / пацієнтів на стаціонарне лікування у ЗОЗ, до реанімації (при гострих станах, які загрожують життю), до профільних закладів (до наркодиспансеру, наприклад), або до ЗОЗ загального профілю (за наявності соматичної патології).

*В одному проєкті це взагалі онлайн чат, в іншому це консультація відео або очно. Надаю кризову психологічну допомогу. А потім переадресовую людину на той же проєкт поруч*

СПЗ\_04

*Є групи, для запитів психологів міста, можна написати запит: «Я з цим не працюю, а хто міг би взяти»? Щодо цільової групи вживання психоактивних речовин – є комунальна установа «Чернівецький обласний наркологічний диспансер». Там два лікаря психолога, один психотерапевт і ще два психологи. Є достатньо фахівців, є контакти цих фахівців. І за потреби ми можемо їх перескерувати*

СПЗ\_10

## СПРИЙНЯТТЯ КЛЮЧОВИМИ ГРУПАМИ ПОСЛУГ З ПЗ У ПРОФІЛЬНИХ ФАХІВЦІВ

Незважаючи на відсутність досвіду звернення до психологів, ЛВНІ висловлювали загальне позитивне ставлення до таких фахівців, особливо довіряючи більше тим з них, хто сам мав досвід вживання ПАР і краще міг зрозуміти потреби учасників.

*Якщо б була така потреба, то, мабуть, до психолога. Я більше бачу в ньому того, хто може допомогти, ніж якісь громадські організації чи інше. Більше довіри*

ЛВНІ\_Миколаїв\_01

*Мені важко відкриватися психологу звичайному, який просто десь навчався. Потім приїхав, сидить, мені намагається допомогти. Якщо я бачу, що людина така сама, у нього є досвід вживання, мені набагато простіше буде з таким психологом спілкуватися, відкриватися*

ЛВНІ\_Київ\_02

*І: «Тобто більше довіри у вас викликають психологи, які самі колись вживали наркотики?»*

*Р: «Звісно, тобто тільки з досвідом можна. Я бачу, що людина чогось досягнула»*

ЛВНІ\_Київ\_01



Серед СП ставлення і готовність звернутися у разі потреби до психологів, зокрема приватних, було позитивним і очевидним. Прихильниці звернення до приватних психологів спиралися на власний позитивний досвід отримання такої допомоги, керуючись переконанням, що платні послуги є більш якісними.

*Я звернулася б до платного психолога, який працює зі мною сьогодні. Мені краще платити гроші психологу та знати, що він тебе буде обхажувати та ймовірно допоможе*

СП\_Київ\_01

Учасники з числа ЧСЧ також надавали перевагу в разі потреби звернення за допомогою щодо психічного здоров'я психологам, зокрема приватним. Їхню допомогу сприймали позитивно, керуючись власним досвідом звернення або орієнтуючись на думки знайомих та інші джерела, при цьому акцентуючи увагу на важливості прямого звернення до них.

*Якщо я хотів би звернутися, потрапив би в таку ситуацію, то одразу до психолога. У мене не було таких ситуацій, і, мабуть, я звернувся б першого разу до платного. Там розумієш, що заплатив гроші і тебе будуть слухати. Увійдуть в твою ситуацію*

ЧСЧ\_Дніпро\_01

*Я би просто звернувся до психолога або спочатку до сімейного лікаря, а тоді б уже щоб він мене направив. Десь за кордоном це нормальна практика, а в нас все ще люди психолога сприймають дещо дико*

ЧСЧ\_Львів\_02

Чимало опитаних транс\*людей мали власний позитивний досвід звернення до психологів (*психотерапевтів*) або чули про нього від інших, що здебільшого пов'язано з успішним пошуком френдлі-фахівця.

*Психотерапевтка така, яку я можу дуже сильно рекомендувати іншим людям, з цим мені пощастило. Психологія – це дуже важлива штука, бо багатьом з цих людей [транс\*людей], насправді, може допомогти психолог*

Т\*Л\_Львів\_02

*Поки що те, що я отримую, мені подобається. А те, що я отримав у підлітковому віці, мені теж допомогло насправді. Тому що психологиня виявилася достатньо обізнаною*

Т\*Л\_Київ\_01



Більшість провайдерів послуг також висловлювали думку, що сприйняття пацієнтами / клієнтами послуг у сфері психічного здоров'я загалом і психологів зокрема не є однозначним і залежить від їхніх індивідуальних обставин, досвіду звернення до різних сервісів тощо. Деякі сімейні лікарі говорили про відсутність у КГ сприйняття психологів як повноцінних спеціалістів. Відтак, на їхню думку, необхідно формувати позитивне сприйняття спеціалізованої допомоги у сфері психічного здоров'я в пацієнтів шляхом їхнього ретельного інформування та мотивування до отримання спеціалізованих послуг.

*По-різному, по-різному. Це теж залежить від того, як вони знайдуть спільну мову з психологом... Є й різні психотерапевти, які комусь подобаються, комусь ні, є різні психіатри, є різні центри*

СЛ\_Київ\_04

*Якщо я говорю, що потрібна допомога психолога, скеровую, і людина дізнається, що можна туди потрапити... Усвідомлюють свої проблеми, що їм треба спілкуватись, і нормально до цього відносяться*

СЛ\_Львів\_03

*Якщо стан людини не такий, що це глибоке порушення здоров'я, то... Їм просто треба розповісти, що це не психіатр і вас не закриють нікуди. Можна було б поговорити, я думаю, не відмовилися б*

СЛ\_Київ\_02

## ГОТОВНІСТЬ ПРОФІЛЬНИХ ФАХІВЦІВ НАДАВАТИ ПОСЛУГИ КЛЮЧОВИМ ГРУПАМ

Самі ж опитані спеціалісти з психічного здоров'я висловили готовність надавати послуги у сфері психічного здоров'я для представників КГ у межах своєї компетенції. Залежно від їхнього фаху та місця роботи може різнитися обсяг цієї допомоги, перелік нозологій і типи надання допомоги, досвід залучення до певних проєктів, орієнтованих на потреби окремих КГ. Кілька учасників висловили застереження щодо роботи з ЛВНІ й повідомили про потребу в додаткових знаннях, навичках для роботи з цією групою. Також було зазначено, що проєкти з надання допомоги ЛВНІ не розраховані на тривалий час і тому не дозволяють досягти належних результатів.

*У мене нема упередженості, тому що я маю досвід роботи з кожною з цих груп*

СПЗ\_09

*ЛВНІ – ні, тому що я не маю певних знань, і я не впевнена, що вони могли б на мене спиратися*

СПЗ\_4



*У нас знання і навички, і ще формати наших проєктів не дозволяють ефективно працювати із залежністю. Там просто треба більше сесій*

СПЗ\_07

## 3.6. СІМЕЙНИЙ ЛІКАР ЯК НАДАВАЧ ПОСЛУГ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

### 3.6.1. ІСНУЮЧІ ПОСЛУГИ З ПЗ НА РІВНІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Говорячи про послуги з психічного здоров'я у ЦПМСД, сімейні лікарі зауважували налагодження контакту з пацієнтом, виявлення симптомів порушення психічного стану (зокрема, з використанням психометричних методів) та встановлення первинного діагнозу, оцінювання потреби у спеціалізованій допомозі, за необхідності – перенаправлення до профільних спеціалістів. Уже на етапі первинної діагностики сімейні лікарі мають приділяти багато часу й уваги встановленню довірливих взаємовідносин з пацієнтами, щоб здолати їхній опір визнанню порушень власного психічного здоров'я.

*У нашому закладі є первинна оцінка психічного здоров'я, яку, в принципі, може проводити будь-який сімейний лікар*

СЛ\_Дніпро\_03

*Якщо людина звертається, я, по-перше, обов'язково намагаюся провести опитування за шкалою, чи є в людини депресія. Ці бесіди можуть тривати і годину. Буває, людина не визнає, що в неї якісь проблеми, і задача сімейного лікаря це побачити. Коли мені не вистачає часу, то я перенаправляю людей до психотерапевтів*

СЛ\_Київ\_04

Сімейні лікарі характеризували консультування пацієнтів на первинному рівні як важливу складову допомоги клієнтам з розладами психічного здоров'я. Деякі з фахівців надавали пацієнтам рекомендації щодо оптимізації способу життя, навчали методам самопомоги, призначали заспокійливі засоби рослинного походження. Крім консультування, вони могли призначати психотропні препарати (зокрема, антидепресанти, транквілізатори, снодійні) пацієнтам з невротичними розладами<sup>27</sup>.

*Я беру на себе відповідальність їм щось посовітувати, якісь вправи, наприклад, походити в басейн. Харчування правильне, щоб людина відіспалась. Заспокійливі рослинні препарати. І тоді дивимось у динаміці, що відбувається: заспокоїться вона чи ні*

СЛ\_Харків\_02

<sup>27</sup> Невротичні розлади (неврози) – велика група психогенних розладів, яка включає в себе симптоми депресії, тривоги, нав'язливих станів і соматичних змін, і які мають хронічний, рецидивний (хвилеподібний) плин, з періодами загострення та покращення.





*Ми з пацієнтами проводимо мотиваційне інтерв'ю. Вчимо техніці розслаблення дихання, прийомам запобігання панічним атакам. Можливо, у кожного є, через одного, така проблема. Даю програми, які можна завантажувати і також використовувати. Там і релакс, і медитація. Буває, що доводиться призначати препарати, які сімейний лікар може, має право. Є пацієнти, з якими достатньо поговорити*

СЛ\_Дніпро\_04

*Залежно від ситуації. Може бути надання тільки консультацій. Якщо депресія, робимо опитування, намагаємось змодельувати спосіб життя, зміни тощо. Достатньо часто призначаю антидепресанти*

СЛ\_Київ\_03

### 3.6.2. СПРИЙНЯТТЯ КЛЮЧОВИМИ ГРУПАМИ ПОСЛУГ З ПЗ У СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

На момент дослідження жоден із опитаних ЛВНІ не отримував послуг у сфері психічного здоров'я. Загальне сприйняття сімейних лікарів як надавачів таких послуг в опитаних представників КГ було двояке. Здебільшого їх позитивно сприймали як медичних фахівців і описували досвід взаємодії з ними як доволі успішний, однак не вважали їх достатньо кваліфікованими для надання послуг у сфері психічного здоров'я.

Більшість учасників з числа ЛВНІ довіряли сімейним лікарям, позитивно оцінюючи досвід спілкування з ними і повідомляючи про те, що фахівці цікавляться їхнім психічним станом. Разом з тим, деякі вважали їх недостатньо кваліфікованими для надання психологічної допомоги.

*Я не скажу, що [сімейні лікарі] зможуть надавати якусь психологічну допомогу. Якщо людина дійсно кваліфікована і в неї був досвід психологічного спілкування з людьми, тоді так. А з тими сімейними лікарями, з якими я спілкуюсь, я бачу тільки те, що вони не є кваліфікованими взагалі. На даний момент все йде через сімейного лікаря. Будь-яка розмова, спочатку ти йдеш до нього, а потім він перенаправляє. Тобто треба підвищити його кваліфікацію. І в цій сфері, щоб він міг надати першу допомогу людині, а потім перенаправити*

ЛВНІ\_Дніпро\_03

Серед СП думки щодо сімейного лікаря як надавача послуг у сфері психічного здоров'я розділилися. Деякі вважали його здатним надавати їх, вбачаючи додаткові переваги в більшій обізнаності сімейних лікарів зі станом здоров'я пацієнтів, порівняно з іншими фахівцями. Деякі учасниці висловлювали недовіру щодо рівня компетентності сімейного лікаря у цій сфері, акцентуючи увагу на його байдужості до проблем пацієнтів, а окремі опитані вбачали у вимогах укласти декларацію з сімейним лікарем можливі ризики порушення конфіденційності.



*До сімейного лікаря, тому що він мене знає краще*

СП\_Львів\_02

*До сімейного лікаря, звісно, не зверталася б, тому що вони байдужі до своєї роботи. Вони можуть направлення дати, і все*

СП\_Миколаїв\_01

*Щоб не вимагали декларації, паспорта, і ви можете звернутися, обговорити щось, що вас тривожить. Я не знаю навіть, куди звернутися. Впевненість у людині, до якої прийдеш, та конфіденційність. Без будь-якого підтвердження, що ти це ти*

СП\_Дніпро\_02

ЧСЧ також переважно позитивно сприймали сімейних лікарів як фахівців, однак не вважали їх надавачами послуг у сфері ПЗ. Отже, обговорювати відповідні питання з ними недоречно.

*У мене чудовий власний досвід, мій сімейний лікар, чудово з ним спілкуємось. Психологічна підтримка – ні, але я їй довіряю повністю, цілком впевнено можу сказати. Хоча про психічне здоров'я ми з нею не говорили*

ЧСЧ\_Київ\_03

*Сімейні лікарі, мені здається, дуже слабуваті у психології. Це з особистого досвіду і з досвіду всіх моїх друзів*

ЧСЧ\_Львів\_01

На думку більшості транс\*людей, сімейні лікарі не мають належної кваліфікації для надання допомоги особам з порушеннями психічного здоров'я, а тому можуть лише скерувати до профільних фахівців. Разом з тим, деякі з них не вважали за доцільне звертатися до сімейного лікаря навіть за направленням до психіатра через відсутність впевненості в переадресації до дружніх щодо транс\*спільноти фахівців.

*Сімейні лікарі не мають надавати... Тобто їх зараз змушують, саме держава. Але вони не мають надавати професійну психологічну допомогу, тому що це не їх сфера*

Т\*Л\_Львів\_03

*Можна звернутися, мабуть, до сімейного лікаря за направленням до психіатра. Можна прийти, розповісти, а він вже направить. Але можуть направити до спеціаліста, який може бути вкрай ЛГБТ-фобним і, наприклад, лікувати те, що не варто лікувати*

Т\*Л\_Дніпро\_01



*Мабуть, ні до якого [сімейного лікаря]. Тому що терапевти, сімейні лікарі вони як посередники перед тим, як відправити далі. Вони не замислюються і не надто потребують заглиблення*

*T\*Л\_Київ\_02*

*Сімейний лікар може етично, професійно і толерантно, людяно поставитися, тобто з добрими намірами. Але не більше того. Не знаю, як ще сімейний лікар може допомогти. Може пояснити, що своїм здоров'ям треба займатися – це важливо*

*T\*Л\_Миколаїв\_02*

З думками опитаних представників КГ узгоджується і досвід окремих спеціалістів з психічного здоров'я: пацієнти вважають сімейних лікарів недостатньо компетентними у питаннях послуг з ПЗ або їм бракує часу розібратися з проблемами пацієнта. Спеціалісти з психічного здоров'я здебільшого вважали, що для надання послуг з ПЗ на первинній ланці медичної допомоги є суттєві обмеження, як-то: недостатня компетентність сімейних лікарів і брак досвіду роботи зі станами інтоксикації ПАР та абстиненції, їхня зосередженість на лікуванні соматичної патології, значне навантаження і, відповідно, брак часу для діагностики психічних розладів і належного моніторингу їх терапії, ризику лікарських помилок тощо.

*Переважно не хочуть звертатись. Пояснюють це тим, що сімейний лікар перевантажений, часу нема... на якісь такі речі. І [ще] сумнів: «А чим вона мені допоможе?». Єдиний запит, який може бути ефективно там досягнутий, це виписати якісь седативні препарати*

*СПЗ\_09*

*Це буде не дуже компетентно, бо не всі послуги може надати сімейний лікар. Як мінімум, зняття інтоксикації, абстиненції взагалі це навіть розглядати неможливо. Цього не може надати сімейний лікар. Якщо про психотерапевтичні питання – також сімейний лікар це ніяк надати не може*

*СПЗ\_05*

*Вони перевантажені. Дуже багато всякого адміністрування, питань документування. І тільки невелика кількість сімейних лікарів взагалі компетентні у питаннях психічного здоров'я*

*СПЗ\_03*

*Сімейні лікарі більше налаштовані слідкувати за соматичним здоров'ям. І я знаю з власного досвіду, в мене є знайомі сімейні лікарі, вони намагаються відразу відправити до лікаря психіатра. Не люблять вони цим займатись*

*СПЗ\_02*



Самі ж сімейні лікарі повідомляли про позитивне ставлення пацієнтів з числа КГ до первинної медичної допомоги, чому сприяє тривалий досвід комунікації, обізнаність про проблеми конкретного пацієнта та, відповідно, довірливі стосунки з ним. Деякі опитані вважають, що ЛВНІ менш позитивно та з недовірою сприймають ці послуги, переважно маючи більш пріоритетні потреби (*насамперед, регулярне вживання ПАР*), а ЧСЧ – більш налаштовані, і хоча вони є «закритою» групою, при налагодженні довірливого спілкування охоче розповідають про свої проблеми та позитивно реагують на рекомендації. Однак сімейні лікарі усвідомлюють, що КГ не вважають їх ключовими фігурами в наданні психологічної допомоги, а тому радше будуть звертатися до спеціалізованих центрів, а також можуть ставитися до лікарів з недовірою через побоювання порушення конфіденційності у спілкуванні сімейного лікаря з іншими членами своєї родини.

*Здебільшого пацієнти, які вживають наркотичні речовини, ставляться до всього з недовірою. Інші групи в принципі так само, як і більшість населення, сприймають це... не те щоб з охотою, але із розумінням. Це ще залежить також від віку. Більш молодого віку пацієнти краще реагують, якщо пропонуєш допомогу або скерування до психолога чи психіатра, ніж люди похилого віку наприклад*

СЛ\_Київ\_03

*ЧСЧ сприймають, напевно, найкраще. Тому що... вони говорять про свої проблеми, про питання, наприклад, свого сприйняття або як вони себе почувають. І для них воно йде краще*

СЛ\_Львів\_01

*Перевага в тому, що сімейний лікар вже знає цього пацієнта і пацієнт знає його. І він більше довіриться. Недоліки? Деякі можуть не настільки відкритися, тому що сімейний лікар знає всю його сім'ю. Бояться, що можуть дізнатися інші*

СЛ\_Дніпро\_02

### 3.6.3. ГОТОВНІСТЬ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ НАДАВАТИ ПОСЛУГИ З ПЗ КЛЮЧОВИМ ГРУПАМ

Значна частина опитаних сімейних лікарів висловила готовність надавати послуги з психічного здоров'я представникам КГ, наголошуючи, що вони мають надати медичну допомогу будь-яким пацієнтам, незалежно від їхнього способу життя. Деякі були готові до загального огляду і обстеження представників КГ, виявлення скарг на порушення психічного здоров'я, консультування щодо способу життя, методів самопомоги та надання інформації про профільні НУО. Дехто з сімейних лікарів виділяв КГ, з якими їм було б складно працювати через острах агресії або відсутність належної підготовки й досвіду.

*Я буду надавати медичні послуги будь-якій людині, мені все одно, чим вона займається у свій вільний час. Якщо вона прийшла за медичною допомогою, я їй надам цю допомогу*

СЛ\_Миколаїв\_04



*Якщо б постав такий вибір, сказати, що якась група певна... В принципі, намагаємось не виділяти когось. Але найменше я б хотіла працювати із наркозалежними. Оскільки є страх якоїсь поведінки агресивної. Бо такі випадки в нас були*

СЛ\_Київ\_03

*До кінця ми звичайно не готові з допомогою [для транс\*людей, ЧСЧ, СП]. Інколи ми самі не справляємось. І часу точно не хватає. До нас зверталися наркомани, люди які зловживають алкоголем, ВІЛ-інфіковані. А ці [транс\*люди, ЧСЧ, СП] – не зверталися. Курси ми проходили, п'ять днів... Все не змогли досконало опанувати. Деякі питання потребують ще вивчення*

СЛ\_Миколаїв\_02

Разом з тим, хоча деякі опитані сімейні лікарі вже пройшли підготовку за mhGAP, вони визнавали брак знань та навичок комунікації для побудови належного контакту з пацієнтами з психічними розладами. На їхню думку, одного курсу для роботи з такими пацієнтами недостатньо, тому затребуваним є продовження навчання, зокрема щодо набуття знань з медикаментозного лікування. Деякі ж опитувані, посилаючись на відсутність професійної підготовки, відповідних повноважень або надмірне завантаження, не мали готовності надавати послуги з ПЗ загалом, у тому числі для КГ, і хотіли б перенаправляти пацієнтів з порушеннями психічного здоров'я до спеціалізованих фахівців для подальшого обстеження та лікування.

*Були на курсах з управління, або mhGAP – це ментальне здоров'я. Звісно, вузький спеціаліст – це вузький спеціаліст. Можливо, не вистачає ще якихось знань сімейнику – це недолік. Мінус у тому, що, можливо, потрібен індивідуальний підхід до такого пацієнта*

СЛ\_Дніпро\_04

*Одного курсу однозначно недостатньо. Для того, щоб професійно і цілковито задовільнити потреби людей. На базі нашого закладу ЦГЗ заустив пілотний проєкт «Психічне здоров'я пацієнтів ЗПТ»... Стараюся свої навички завжди удосконалювати*

СЛ\_Львів\_01

*Мені не вистачає знань з призначення препаратів. Ми проходили на курсах, відповідали на питання, [але] мені здається, що потрібні ще курси. З практикою буде більше виникати і запитань, і якихось проблем*

СЛ\_Харків\_04

*У мене просто не буде можливості 15 хвилин займатися пацієнтом в будь-якому з цих напрямлень. Це я не знаю, яким треба бути кваліфікованим і супер-спеціалістом. Я – ні. Тому що антидепресанти мають свою побічну дію, і там дуже складна титрація, титрувати потрібно*

СЛ\_Миколаїв\_03



## 3.7. НАДАННЯ ПОСЛУГ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА БАЗІ ВІЛ-СЕРВІСНИХ НУО

### 3.7.1. ІСНУЮЧІ ПОСЛУГИ З ПЗ НА БАЗІ НУО

Фахівці НУО акцентували увагу на універсальності та важливості неспеціалізованої психологічної допомоги (*підтримки*), яку представники КГ можуть отримати в соціальних працівників. Деякі з них мали відповідну підготовку й консультували клієнтів у зв'язку з виявленням вірусних гепатитів, ВІЛ, дехто – працював з клієнтами під супервізією професійних психологів. Крім того, поширеним є індивідуальне консультування психологом, яке надається в офісі НУО або у медичному закладі (*консультація психолога після встановлення позитивного ВІЛ-статусу*). В межах деяких проєктів НУО забезпечують роботу «гарячих ліній» допомоги, надають психологічну допомогу в онлайн чи офлайн форматах індивідуально або в групі, консультують за принципом «рівний – рівному».

*Ми надаємо психологічні консультації, мотивуємо людей до отримання психологічної допомоги. Надаємо як соціальні консультанти психологічну підтримку, коли людина дізнається про свій діагноз, про якісь складні обставини в житті. Наші психологи і онлайн можуть проконсультувати, у телефонному режимі*

НУО\_Київ\_01

*Мій проєкт – це робота з лікарнями в основному. Протестували на ВІЛ і гепатит С, і ця людина виявлена, до цього вона не знала, що в неї давній вірус. Я приїжджаю та проводжу первинну консультацію з цією людиною, надаю первинну психологічну допомогу, підтримку. Якщо це жінки, ми їх перенаправляємо на наші групи. Там окремо працює психолог у групі, і він може працювати конкретно з людиною, якщо потрібно*

НУО\_Дніпро\_01

*У мене була співпраця з психологом. Він був присутній на виїзді в амбулаторії. Він більше спостерігав, дав деякі мені поради, вказав на мої плюси і мінуси в спілкуванні з цим контингентом. І я для себе дійсно почерпнув... Він дійсно показав мені слабкі мої сторони*

НУО\_Львів\_01

*Щодо психічного здоров'я в нашій організації найбільший попит все-таки на консультування «рівний – рівному»... або психолог, але це вже перенаправлення потім йде. Я більш активно всім рекомендую, і прямо категорично впевнена, що людей, яким не потрібен психолог, просто не існує*

НУО\_Київ\_02



### 3.7.2. СПРИЙНЯТТЯ КЛЮЧОВИМИ ГРУПАМИ ПОСЛУГ З ПЗ НА БАЗІ НУО

Серед опитаних ЛВНІ було кілька осіб, які живуть з ВІЛ і мали досвід отримання профілактичних послуг в НУО, однак вони здебільшого не користувалися послугами з психічного здоров'я на базі організацій, хоча й позитивно сприймали таку можливість. Деякі учасники негативно ставилися до НУО як потенційного надавача послуг у сфері ПЗ через брак довіри та переконання, що фахівці організацій переслідують лише власні цілі або не мають належного практичного досвіду для роботи з ЛВНІ.



*Там [у НУО] є групи, вони зустрічаються щоп'ятниці, і психолог також приходить. Я не був ще жодного разу*

*ЛВНІ\_Дніпро\_03*



*Я б прийшла в громадську організацію. Там люди вже з великим досвідом. Тебе там розуміють, і ти можеш розповісти все, що лікарю, буває, не можеш розповісти. Тебе ніхто не буде засуджувати і не подивиться косо на тебе. Коли ти йдеш із супроводом, то це найідеальніший варіант. Тебе супроводжують, ти вже розумієш, що тебе не залишать*

*ЛВНІ\_Миколаїв\_02*



*I: «Куди б ви нізащо не звернулися за послугами у сфері психічного здоров'я?»  
P: «Ось, мабуть, там, де шприци видають»  
I: «У громадську організацію? Немає у вас довіри до громадських організацій?»  
P: «Ні. Нема»*

*ЛВНІ\_Київ\_03*



Більшість опитаних СП довгий час були клієнтками НУО і відзначали доступність їхніх профілактичних послуг, знаючи про наявність там психолога або стверджуючи про можливість скористатися, за потреби, супроводом соціального працівника до профільного фахівця. Загалом представники цієї групи довіряли соціальним працівникам, у першу чергу через дотримання принципу анонімності в роботі, і мали доступ до послуг у сфері ПЗ на базі організацій. Разом з тим, деякі опитані були налаштовані критично щодо можливості отримати відповідні послуги в організаціях переважно через віддаленість розташування офісу НУО та значний час, необхідний для відвідування, а також відсутність належної кваліфікації у працівників.



*Що стосується психолога в громадській організації, то я в місті давно вже працюю і знаю свої громадські організації. Дівчат я також питала, ми всі користуємось цими послугами, це зручно і добре. І мені приємно знати, що в громадській організації є людина, до якої я можу прийти, щось спитати, чимось поділитися, порадитися. Я зверталася до психолога громадської організації. Є «гаряча лінія» зрештою, і це здорово. Психолог, психотерапевт. Мені ближче [варіант], де звертаються в громадську організацію, там допомагають і перенаправляють, супроводжують і далі по ланцюжку*

*СП\_Миколаїв\_03*





*Там тест можна здати на ВІЛ, і на гепатит можна перевіритися. Як зазвичай – презервативи. Там немає послуги психолога. Можливо, він і є, але нам не пропонували. Якщо б їх було більше, ти міг би в своєму районі десь ходити, а не витратити на це півдня: туди доїхати, звідти доїхати*

СП\_Дніпро\_03

*Як вони можуть визначити мій стан здоров'я? Як фахівець – ніяк. У них немає досвіду, наприклад. Також вони не знають, може, я дійсно піду і повішуся далі*

СП\_Львів\_01

Опитані ЧСЧ віднесли до переваг отримання послуг з психічного здоров'я в НУО дружнє ставлення, обізнаність надавачів з проблемами спільноти та безкоштовність допомоги. Разом з тим, вони вбачали брак профільних спеціалістів в НУО як головний недолік отримання відповідних послуг.

*Організація краще розуміє таких людей, бо вони спеціалізуються на тому і, відповідно, я думаю, все таки людині навіть буде комфортніше звернутись туди*

ЧСЧ\_Львів\_03

*Це обличчя тобі вже знайоме і тобі простіше звернутися, тим паче це дружній спеціаліст. Який навіть може більш якісно надати послугу, знаючи якісь нюанси. Я маю на увазі відносно теми ЛГБТ. Прекрасне вирішення цього питання, коли є психолог в громадській організації. На жаль, мало годин у психолога в громадських організаціях, а багато дуже людей, які звертаються за психологічною допомогою*

ЧСЧ\_Миколаїв\_03

*Якщо ми візьмемо організацію, у нас немає таких спеціалістів, залучити їх чимось – це практично не працює. Як правило, вдається залучити не дуже хороші кадри, саме в недостатній кількості, в недостатньому обсязі – це все не працює*

ЧСЧ\_Дніпро\_02

Серед опитаних транс\*людей були особи, які є активістами організацій на базі спільноти, деякі отримували послуги у ВІЛ-сервісних НУО. Загалом учасники вважали звернення до психолога у громадську організацію найбільш доступним способом отримання психологічних послуг, і серед основних переваг – обізнаність їхніх фахівців з проблемами транс\*спільноти та безкоштовність послуг. Разом з тим, деякі з них акцентували увагу на необізнаності транс\*людей про організації загалом і про можливість отримати психологічні послуги в них зокрема, а також на їх відсутності в організаціях, клієнтами яких вони є. Залежно від власного досвіду транс\*люди могли дуже позитивно характеризувати доступність і якість психологічної допомоги в НУО, або ж говорили про низький рівень професіоналізму психологів цих організацій та брак їхньої зацікавленості у роботі з клієнтами.





Ті учасники, які зверталися до психологів НУО, не завжди були задоволені допомогою, оскільки замість очікуваних більш глибоких, особистісно орієнтованих втручань отримали «соціально-психологічне розвантаження».

*Я вважаю, що психологи у таких неурядових організаціях є так само невід'ємною частиною. Якщо це психолог, який має вищу психологічну освіту і має ліцензію на проведення різних видів психотерапії і так далі. Плюси [НУО] це те, що дешево і не вимагає ніяких додаткових витрат. Чисто для діагностики можна, або в тих випадках, коли немає альтернатив. Мінуси, що від цього дуже мало толку. Тобто, далі діагностики допомоги не отримати*

*Т\*Л\_Львів\_01*

*Скоріше за все це було б у громадській організації групове заняття з психологом. Чому? Мабуть, тому, що це найбільш доступний і простий спосіб. У мене були періоди апатії, депресії, і я думала звернутися в громадській організації за допомогою. Але поспілкувавшись з психологами, які там були, чесно кажучи, не отримала очікуваного. Це була не допомога, а скоріше соціальне розвантаження. Вони проводять свою роботу для своїх цілей. У них немає задачі допомогти людям, які приходять туди. Вони переслідують свою ціль – як провести свої дослідження*

*Т\*Л\_Київ\_02*

*Я піду до психолога, і скоріше за все в громадську організацію, тому що знаю, що він знайомий з такою категорією людей і ми знайдемо спільну мову*

*Т\*Л\_Миколаїв\_02*

*Зі спільноти, мабуть, не знають про організації або про те, що в них можна отримати таку послугу, приблизно відсотків 30–40. Здебільшого навіть не те що не знають про існування ГО, а скоріше просто не знають, в кого це можна спитати*

*Т\*Л\_Київ\_03*

На думку опитаних психологів і фахівців НУО, безкоштовність отримання послуг та атмосфера довіри в організаціях сприяє позитивному ставленню представників КГ до психологів, які працюють на базі НУО.

*Психологів НУО, які працюють в організаціях... такі більш комфортно сприймаються*

*НУО\_Київ\_02*



### 3.7.3. ГОТОВНІСТЬ ФАХІВЦІВ НУО НАДАВАТИ ПОСЛУГИ З ПЗ КЛЮЧОВИМ ГРУПАМ

Самі ж фахівці НУО висловили готовність працювати з представниками КГ, однак вони не виділяли своїх специфічних функцій з надання такої допомоги через відсутність відповідної освіти та додаткової підготовки. Наприклад, деякі здебільшого можуть *«лише поговорити, підтримати, підбадьорити й відволікти від проблем»* або надати кризове консультування. Більшість же за потреби користуються можливістю переадресації клієнтів до психолога.

*Ми можемо тільки підтримати їх, заспокоїти. Які ще послуги ми можемо, як соцпрацівники, з психологічного стану надати? Як людина я можу з ним поговорити... Яюсь підбадьорити, яюсь підняти йому настрій, відволікти від цих проблем*

НУО\_Харків\_01

*Я можу консультувати як соціальний працівник, все, що пов'язано з проблемою до моменту, коли людина в кризовому стані. Можу переадресувати, можу супроводити. Звісно, я не психолог, я не можу...*

НУО\_Миколаїв\_02

Разом з тим, майже всі опитані фахівці НУО хотіли б отримати навички допомоги особам із порушеннями психічного здоров'я.

*Якби були тренінги, я походив би на тренінги. Порозвивався б у цій сфері, щоб можна було яюсь допомагати людям*

НУО\_Львів\_01

*Я б консультації міг надавати. Що мені для цього потрібно? Ну, це мінімум закінчити якісь курси підготовки*

НУО\_Київ\_01

### 3.8. ДИСТАНЦІЙНІ ПОСЛУГИ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Як і опитані представники КГ, так і провайдери послуг мають неоднозначні думки щодо послуг з психічного здоров'я, які надаються в телефонному режимі або через онлайн-ресурси. Загалом доступність, безкоштовність, анонімність та конфіденційність були визнані основними перевагами дистанційного консультування, що особливо важливо, на думку опитаних фахівців, для ЧСЧ, транс\*людей та СП. Фахівці НУО наголошували на певних обмеженнях використання онлайн-консультування представників групи ЛВНІ, що пов'язані з частою відсутністю сучасних смартфонів та/або коштів на оплату зв'язку, а також недостатнім рівнем цифрової грамотності представників спільноти.



*Зустріч, по телефону... Іноді позитивно впливає, тому що не кожен хоче віч-на-віч. По-перше, безкоштовно. По-друге, наскільки я знаю, чую, там професіонали працюють, в проєкти набирають професіоналів*

НУО\_Дніпро\_02

*Анонімно – це перевага, звісно, онлайн-ресурсів. Особливо я вважаю, що... Секс-індустрія навіть і чоловіки трансгендерні*

СЛ\_Дніпро\_04

*Як показує практика, коли дзвонимо їм, у них вже і телефону немає, закладений*

НУО\_Миколаїв\_02

Разом з тим, деякі учасниці з числа СП наголошували саме на очних консультаціях, щоб з фахівцем був встановлений тісний контакт та емпатія. Опитані ж ЛВНІ акцентували увагу на онлайн-форматі отримання психологічних послуг як найбільш зручному, оскільки віртуальний режим дає відчуття внутрішнього захисту та дозволяє не встановлювати безпосередній контакт, а в деяких випадках є рятівним, коли людина не може очно відвідати спеціаліста (через фізичний стан, наприклад). Представники спільноти виказували потребу в розширенні доступу до дистанційних консультацій та інтенсивнішому інформуванні про відповідні послуги.

*У мене був досвід онлайн, але я тактильна людина, мені потрібно дивитися в очі людині, бачити її емоції, чи переживає вона зі мною. Тому я не хотіла б онлайн*

СП\_Київ\_01

*І: «Якщо б у Вас була така можливість, куди б Ви звернулися у першу чергу?»  
Р: «Мабуть, онлайн. Тому що ми не бачимо один одного, я себе більш вільно, розкуто відчуваю, відчуваю себе захищеною. На мене не подивляться неправильно*

ЛВНІ\_Дніпро\_01

*Онлайн я б не використовував, тому що я за живе спілкування. Те, що стосується психологічного стану, краще, звісно, бачити людину. Але коли людина не може фізично дійти до психолога, йому потрібен доступ, щоб він був онлайн. Пустити рекламу на каналах новинних. Щоб вона весь рік йшла. Це важливо. Є доступ за таким-то ресурсом, інтернет-ресурсом. Ось номер, на який ви можете безплатно зателефонувати і отримати доступ до психолога*

ЛВНІ\_Харків\_01



## 3.9. ВЗАЄМОДІЯ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ З ПЗ

### 3.9.1. СІМЕЙНИЙ ЛІКАР – СПЕЦІАЛІСТ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Переважає більшість сімейних лікарів взаємодіють із закладами спеціалізованої допомоги та спеціалістами з психічного здоров'я на рівні **переадресації** пацієнтів. У поодиноких випадках сімейні лікарі стикаються з низьким рівнем готовності пацієнтів отримувати спеціалізовану допомогу та відмовою від перенаправлення, а тому за необхідності **самостійно консультуються з колегами-психіатрами і здійснюється супровід** пацієнтів з психічними розладами.

*Мої пацієнти, які у мене вже роками – якщо я вже направляю до психотерапевта чи психіатра, вони мені довіряють, і вони йдуть*

СЛ\_Київ\_04

*Буває таке, що прибігають за допомогою невролога, психіатра, психолога. Ні, не направляю, переважно сама раджусь. Тому що багато хто соромиться і не може розказати це комусь іншому*

СЛ\_Дніпро\_01

Частина опитаних сімейних лікарів працювали у **ЦПМСД, у штаті яких є психолог і психіатр**, а отже, мали можливість переадресувати своїх пацієнтів до цих фахівців. Зазвичай у міських ЦПМСД, створених на базі колишніх поліклінічних відділень багатопрофільних лікарень, фахівці спеціалізованої допомоги ведуть прийом в одній або у сусідніх будівлях із лікарями загальної практики сімейної медицини. У деяких ЦПМСД на момент проведення дослідження було відкрито спеціалізовані центри психічного здоров'я, що, на думку сімейних лікарів, сприяє наближенню спеціалізованої психологічної / психіатричної допомоги до пацієнта та інтеграції послуг із психічного здоров'я на рівні первинної медицини.

*Зараз в нашому закладі ще з'явилась посада лікаря психіатра і тепер є змога направляти пацієнтів, не скеровуючи їх у психоневрологічний диспансер. І по пацієнтах ми бачимо, що до психіатра в закладі вони йдуть з більшою охотою. Це їх не так бентежить, як похід кудись в спеціалізований заклад*

СЛ\_Харків\_02

*Зараз у нашому закладі відкрився центр психічного здоров'я, що дуже зручно. Там приймає невролог, психотерапевт, психолог, також є логопед*

СЛ\_Львів\_03



*Інтегрований центр комплексної підтримки. Там і психологи, і юрист, і менеджер, направляємо пацієнтів*

СЛ\_Дніпро\_04

Сімейні лікарі невеликих відокремлених установ первинної ланки **направляли пацієнтів до інших закладів**. Вони могли адресувати їх до профільного фахівця/відділення лікарні, психоневрологічного диспансеру, психіатричної лікарні, реабілітаційного центру, центру психологічної підтримки, центру реінтеграції, НУО. Також деякі СЛ говорили, що за потреби рекомендують пацієнтам звертатися за психологічною підтримкою на цілодобові «гарячі лінії».

*Якщо це стосується спеціалізованої, не психологічної, а психіатричної допомоги, то це реабілітаційні центри, але це платні реабілітаційні центри, приватні. Якщо вже наркотична або алкогольна залежність, то ми людину в психіатричну лікарню направляємо, але це зазвичай досить тяжкі стани*

СЛ\_Київ\_02

*У нас в місті є психіатрична поліклініка. Є обласний психіатричний центр, стаціонар. Ми з ними співпрацюємо, маємо зв'язок, у випадку чого контакти є. Пацієнти туди теж направляються. У нас є лікар-нарколог, який працює в центрі зокрема. Плюс обласний наркоцентр. Теж туди у нас їздять пацієнти у разі чого. Ми з ними підтримуємо зв'язок*

СЛ\_Дніпро\_02

Сімейні лікарі використовували як **пасивне** (лише скеровували пацієнтів), так і **активне перенаправлення** (контактували зі спеціалістом, до якого спрямовували пацієнта). В такому випадку вони чекають на зворотний зв'язок від пацієнта або спеціаліста, зазначаючи інколи про його відсутність, що не дає зрозуміти, чи вдалося пацієнту отримати відповідні послуги. Однак розуміли, що відсутність зворотного зв'язку часто пов'язана зі стандартами надання психіатричної допомоги, зокрема конфіденційністю психіатричного діагнозу.

*Я надам маршрут пацієнту, і він буде вже знати, куди може звернутися. Переадресовую до психотерапевта і психіатра. У нас є велика центральна лікарня, ще є диспансер психоневрологічний, де надаються ці послуги*

СЛ\_Львів\_04

*Якщо треба кудись до спеціаліста, я дуже обережно можу зі спеціалістами домовитися, якщо пацієнт згоден, конфіденційно все. В основному це наші спеціалісти, які у нас в лікарні. [Також] в міській, в обласній*

СЛ\_Дніпро\_02



*Зворотний зв'язок відсутній повністю. Якщо до лікаря психіатра пацієнт іде, його там десь проконсультують, немає ніяких наочних записів, немає ніякого діагнозу. Мені, як лікарю, хотілося б знати, що у пацієнта, який стан. А це недоступно. Це погано*

*СЛ\_Миколаїв\_04*

Якщо після первинного перенаправлення пацієнти отримували рекомендації психіатра з лікування психотропними препаратами, сімейні лікарі могли самостійно контролювати їхню терапію у подальшому, проте в більшості випадків не вважали себе достатньо компетентними і змушені були **повторно перенаправляти** пацієнтів до профільних спеціалістів.

*Є деякі пацієнти, в яких стоїть психіатричний діагноз. Інколи вони звертаються початково з погіршенням стану здоров'я до нас. Я, крім як перенаправити до психіатра, нічого не можу, тому що пацієнти приймають досі серйозні препарати. Тут уже я не можу корегувати лікування, це вже не моя спеціалізація, не моя компетенція*

*СЛ\_Дніпро\_03*

Також сімейні лікарі можуть консультиватися щодо ведення пацієнтів, які мають психічні розлади, з фахівцями з ПЗ **у телефонному режимі**. Деякі опитані намагаються організувати дистанційне консультування своїх пацієнтів, попри те, що психіатри переважно консультиують тільки очно.

*З нашим лікарем-психіатром, наркологом спокійно спілкуємося, підтримуємо стосунки, телефонуємо один одному. Ми спілкуємося як колеги, якщо є якісь проблеми, то можемо їх вирішити разом*

*СЛ\_Київ\_01*

*Буває, говорю з психіатрами, щоб вони дали консультацію телефоном. Хоча вони в телефонному режимі не дають консультації, тільки очно. Але домовляюсь, тому що треба йти людям назустріч. Вирішується тоді багато питань*

*СЛ\_Дніпро\_02*

### 3.9.2. СІМЕЙНИЙ ЛІКАР – НУО

Здебільшого опитані сімейні лікарі не мали досвіду співпраці з соціальними працівниками НУО, про взаємодію з ними повідомили лише декілька опитаних у контексті **переадресації пацієнтів / клієнтів між закладами**. За словами лікарів, така взаємодія стала рідшою після початку повномасштабного вторгнення.

*Так, з організацією «100% життя» ми співпрацюємо, разом з їхніми психологами так само. Коли психологи їхні або соціальні працівники направляють до мене пацієнтів. Або навпаки, я своїх пацієнтів направляю до даної організації задля співпраці або, наприклад, для вирішення деяких проблем*

*СЛ\_Львів\_01*



*Так, з НУО співпрацювали якимось раніше. А зараз оце почалася війна, і не знаю, може, це так, що наше недоопрацювання. А так ми раніше співпрацювали з організацією*

*СЛ\_Миколаїв\_02*

Деякі сімейні лікарі згадували про фахівців НУО у зв'язку з обговоренням взаємодії зі спеціалістами з психічного здоров'я або надання допомоги КГ на базі ЦПМСД. У спеціалізованих центрах працювали багатопрофільні команди за участю соціальних працівників, які допомагали з переадресацією до НУО. Дехто з опитаних знав про те, що існує практика супроводу соціальними працівниками пацієнтів, які живуть з ВІЛ, до центрів СНІДу, а ЛВНІ – до сайтів ЗПТ.

*Так, є зв'язок. Також я працюю на сайті ЗПТ, у нас є «Синергія душ», теж така організація. Є кейс-менеджер, який працює з цими пацієнтами на нашому сайті. Ще громадська організація «Жіночий простір», звертаються туди по телефону і приїжджають жінки. Я б сказала, навіть є більше пацієнтів з досвідом насильства в сім'ї. Або чоловік випиває, наносить тілесні побої, теж з такими працюємо*

*СЛ\_Дніпро\_04*

*Знаю, що якщо направити до соціальних працівників, вони так само можуть підказати, де є неурядові організації, які займаються з такими групами. У нас є зв'язок із соціальними працівниками, вони можуть порадишити пацієнтам туди звернутися, якщо вони не хочуть у медичні заклади ходити*

*СЛ\_Львів\_04*

Працівники окремих НУО мали взаємодію з сімейними лікарями **у межах спільних проєктів**, зокрема тренінгів з навчання останніх особливостям роботи з КГ. Була також співпраця щодо супроводу клієнтів під час обстежень, підписання декларацій для можливості доступу клієнта до безкоштовної медичної допомоги або оформлення інвалідності.

*Зараз дуже активно наша організація проводить навчання з сімейними лікарями. У нас групи збираються, проводяться спеціальні тренінги для сімейних лікарів*

*НУО\_Дніпро\_02*

*Ми спілкуємося із сімейними лікарями... при здачі аналізів, що з людиною відбувається і куди її треба перенаправити. Це підписання декларації для того, щоб отримати послуги*

*НУО\_Львів\_03*

Разом з тим, **фахівці НУО виділяли низку викликів у взаємодії з сімейними лікарями**, що також позначається на ефективному перенаправленні клієнтів і можливостях подальшого отримання послуг із психічного здоров'я на первинній ланці медичної допомоги. Серед таких: значна відстань до ЦПМСД, довгі черги на прийом до лікаря, відсутність документів у представників КГ, що ускладнює укладання декларації з сімейним лікарем, а також недостатній рівень кваліфікації сімейних лікарів та випадки стигматизації клієнтів з числа КГ.



Оскільки сімейний лікар наразі є ключовою «точкою входу» для отримання всіх спеціалізованих медичних послуг, клієнти повинні мати декларацію з ним. І хоча фахівці НУО надають рекомендації клієнтам щодо укладення декларації (*рідше – безпосередньо супроводжують їх*), ті іноді зволікають з відвідуванням лікаря через неготовність долати відстань до установи або чекати в черзі. У південних і східних регіонах України взаємодія з первинною ланкою медичної допомоги перешкоджає браку сімейних лікарів через їхній виїзд до безпечніших областей.

*Вісімдесят відсотків з них відповідають, що в них немає декларації, тому я говорю, що треба заключити обов'язково з сімейним лікарем декларацію та піти далі лікуватися. Багато хто до сімейних лікарів не звертається зовсім*

НУО\_Харків\_01

*Особисто я не можу вже до нього потрапити місяць, і зателефонувати, і додзвонитись не можу. Їх взагалі не вистачає, тому що багато лікарів виїхало. І багато людей, які в селах, то в них взагалі немає сімейного лікаря*

НУО\_Миколаїв\_01

*Ми уже не знаємо, чи там є в них проблеми з цим лікарем, чи ні. Часто кажуть, що там або немає сімейного лікаря... ну то ми вже якось допомагаємо з укладанням цієї декларації. Або там дуже стара лікарка і вони не можуть нормально з нею контактувати*

НУО\_Київ\_03

*Таких лікарів можна перерахувати на пальцях однієї руки. Загалом сімейний лікар, ця ланка, я не знаю, взагалі навіщо її зробили. Про що Ви говорите? Яка психологія? Наркологія? Який ВІЛ? Вони своїх обов'язків не знають*

НУО\_Харків\_02

### 3.9.3. СПЕЦІАЛІСТ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я – НУО

Спеціалісти з психічного здоров'я значно частіше за сімейних лікарів повідомляли про взаємодію з НУО, зокрема і протягом війни. Деякі з них відзначали сильні сторони роботи НУО в умовах надзвичайних ситуацій, наприклад, оперативність реагування, впровадження інноваційних підходів, гнучкість та залучення волонтерських ресурсів.

*Громадські організації взагалі реагують швидше. Вони не чекають, коли ті гроші їм виділять. Вони зразу підключаються, залучають волонтерські ресурси, застосовують різного роду інноваційні підходи, онлайн. Тобто організації громадянського суспільства гнучкіші, швидші. І це їхні сильні сторони*

СПЗ\_03





Взаємодія спеціалістів з психічного здоров'я з НУО полягає у **взаємній переадресації пацієнтів / клієнтів та участі у спільних проєктах**, при цьому фахівці відзначали, що перенаправлені до НУО представники КГ більшою мірою усвідомлювали ризики власного способу життя і мали більшу довіру до фахівців, що є перевагою роботи з такими пацієнтами. Спеціалісти з психічного здоров'я скеровували своїх пацієнтів до НУО для отримання тимчасового притулку, відновлення документів, отримання профілактичних послуг, гуманітарної та фінансової допомоги. У межах спільних проєктів зазначено допомогу ЛВНІ на сайтах ЗПТ, лікування депресії у пацієнтів з туберкульозом, психологічну допомогу постраждалим від війни.

*Зазвичай, коли мова йде про таку категорію клієнтів, вони свідомо поводяться і власне самі повідомляють про свої ризики, коли їх перенаправляє НУО*

СПЗ\_09

*Буває таке, що перенаправляємо. Ми насправді активно користуємося якимись програмами, наприклад шелтер, юридична допомога. ... тому що бувають дуже складні історії. З відновленням паспорта, наприклад [ТЛ]. Буває, що це притулок спеціалізований, фінансова допомога*

СПЗ\_7

*Кожні пів року – рік з неурядовими організаціями в нас виникає якийсь новий проєкт. Доконтактна профілактика... все, що існує в цій країні, пов'язане з ВІЛ, СНІДом, замісною терапією, мало випробувались у Києві в кабінеті ЗПТ нашої лікарні*

СПЗ\_01

Для фахівців НУО переадресація клієнтів є переважним форматом взаємодії з іншими надавачами послуг у сфері психічного здоров'я, оскільки деякі організації не мають власних психологів у складі команди і змушені залучати їх зі сторони. У випадку тяжких порушень психічного здоров'я соціальні працівники супроводжують клієнтів до психіатричних лікарень, надають психологічну підтримку власного психолога після завершення лікування. В деяких організаціях можливий варіант консультування клієнта внутрішнім психологом НУО, і у разі потреби в отриманні більш спеціалізованої допомоги – фахівець перенаправляє клієнта до психіатричних закладів.

*Ми не перенаправляємо нікуди, в нас є свій психолог. Ми направляємо тільки до нього. Якщо психолог бачить, що потрібна якась допомога, уже далі сам працює. І перенаправляє*

НУО\_Харків\_01

*Було захворювання, пов'язане з психосоматикою та підвищеною тривожністю. І тому було перенаправлення до психіатра за медикаментозною терапією, але потім все рівно... Він з психологом працює*

НУО\_Дніпро\_02



## 3.10. НАДАВАЧІ ПОСЛУГ ЯК «ТОЧКИ ВХОДУ» ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Попри вивчення у межах дослідження доцільності та прийнятності різних варіантів «точок входу», крім зручності для пацієнта / клієнта, важливими є:

- ▶ існування кількох з них, кожна з яких має забезпечувати доступ до високоспеціалізованої, якісної та безоплатної (наприклад, державної) допомоги, що відповідає потребам клієнта та його стану психічного здоров'я,
- ▶ якомога оперативніше надання допомоги, особливо при гострих і загрозливих для здоров'я станах (суїцидальні думки, наслідки насильства, передозування, абстиненція тощо),
- ▶ чіткий маршрут пацієнта та зворотний зв'язок щодо просування клієнта на кожному з етапів (у випадку перенаправлення),
- ▶ максимально повний обсяг послуг з психічного здоров'я, що відповідають потребам клієнта / пацієнта, у місці звернення.

*Повинен будь-який з цих варіантів діяти. Тобто якщо мені потрібно потрапити до психіатра, то куди б я не звернулася, вектор повинен вести мене туди. Має бути державний лікар, до якого будуть скеровувати*

*Т\*Л\_Миколаїв\_01*

*Я вважаю, що де отримують метадон, там і повинен бути психолог. Там мають бути всі лікарі, які, якщо людині погано в чомусь, повинні допомогти*

*ЛВНІ\_Миколаїв\_03*

*Я думаю, це повинно існувати паралельно. Одній людині може бути більш комфортно поспілкуватися індивідуально з психологом, а комусь буде більш комфортно і ефективно поспілкуватися з людьми у групах самопомоги в ком'юніті центрів для ключових груп, з тією самою проблемою*

*СЛ\_Миколаїв\_04*

### 3.10.1. СІМЕЙНІ ЛІКАРІ

Скринінг для з'ясування потреб у допомозі, визначення можливості надання допомоги у місці звернення або потреби у перенаправленні є першим і найважливішим етапом надання послуг з психічного здоров'я. На думку деяких надавачів послуг з ПЗ, сімейні лікарі здатні проводити первинну діагностику, надавати направлення до вузьких спеціалістів, забезпечувати базові клініко-діагностичні дослідження та лікування соматичної патології, однак вони не повинні займатися лікуванням розладів.



*Спершу потрібна нормальна адекватна діагностика*

СПЗ\_07

*[Пацієнт] отримує відповідну консультацію, проходить тести, наприклад, якщо в мене є підозри з приводу депресії, я можу дати йому опитувальник, тримати від нього кількість балів, оцінити його стан*

СЛ\_Київ\_03

Попри наявну недовіру КГ та фахівців з психічного здоров'я щодо компетентності сімейного лікаря як надавача послуг з ПЗ, серед його переваг як «точки входу» представників КГ до цих послуг опитані відзначили:

- ▶ тривале ведення пацієнта та комплексне бачення проблем його здоров'я,
- ▶ можливість раннього виявлення розладів за умови регулярних звернень пацієнта («пацієнт постійно в полі зору»),
- ▶ наявність оперативного дистанційного доступу (через телефон, мобільні застосунки),
- ▶ зручність проведення скринінгу та визначення факторів ризику психічних розладів,
- ▶ можливість надання базових медичних послуг при порушеннях психічного здоров'я та їх безоплатність, зокрема проведення лабораторних та інструментальних досліджень у разі потреби,
- ▶ надання доступу (скерування) до провайдерів безоплатної спеціалізованої допомоги (за потреби),
- ▶ можливість діагностики та лікування супутньої соматичної патології.

*«[СЛ є] ключовим, ми своїх пацієнтів бачимо набагато частіше. Навіть якщо вони контактують з психіатрами, це не є такі постійні контакти. Ми більше контактуємо і можемо побачити те, що пацієнт сам по собі не бачить. Частину можемо самі вести, а частину перенаправляти, там, де ми не справляємося*

СЛ\_Львів\_04

*Хороша модель. Перевага це те, що у полі зору в мене цей пацієнт. Я частіше буду нагадувати, запрошувати на консультацію. Якщо пацієнт погоджується, щоб його далі обстежив психіатр, психолог, він також не загубиться, якщо я його передаю*

СЛ\_Дніпро\_04



*Сімейний лікар може бути точкою входу. Він може зробити скринінг, тобто виявити проблему. Він знає родину потенційну, або ще щось. Він може запропонувати елементарні послуги у вигляді психоедукації, розмови про якісь можливі проблеми, ризики, мотивувати. Ну і далі скеровувати вже за профілем*

СПЗ\_10

*Але сімейні лікарі в цьому плані, як і в усіх інших планах, проміжна ланка між пацієнтом і якимось вузьким спеціалістом. Тобто, я думаю, що вони можуть звертатися з подальшою можливістю, що їх сімейний лікар перенаправить за більш спеціалізованою допомогою*

НУО\_Дніпро\_01

Беручи до уваги лікування розладів психічного здоров'я на первинному рівні, сімейні лікарі вбачали в цьому низку бар'єрів. Серед них – складність забезпечення конфіденційності, відсутність відповідної підготовки та досвіду, брак ресурсів для діагностики відповідної патології, завантаженість і нестача часу для моніторингу стану пацієнтів. Спеціалісти з психічного здоров'я також наголошували на тому, що сімейні лікарі здатні надавати лише «елементарні» послуги, наприклад, консультації щодо ризиків чи мотивувати до отримання вузькоспеціалізованих послуг, однак не підтримували ідею лікування ними психічних розладів невротичного спектру.

*Сімейний лікар може дуже багато робити, але це тоді, коли сімейні лікарі мають пацієнтів до тисячі, так. А коли ти маєш дві тисячі, це вже просто не вистачає часу, щоб досягнути все*

СЛ\_Львів\_04

*Тому що, ось як мій прийом відбувається, не завжди можна [досягнути] конфіденційності. Щоб у кабінеті вдвох знаходитися або щоб випадково хтось не зайшов. Намагаємось належні умови забезпечити, але це не завжди можливо*

СЛ\_Харків\_01

*Сімейні лікарі по психічному здоров'ю – ні. Він може зробити діагностику, подивитись що і як, а далі беруться інші вузькопрофільні фахівці саме в тій області, де потрібно цій людині*

СПЗ\_10



### 3.10.2. ФАХІВЦІ НУО

Переважна більшість фахівців НУО вважала власні організації оптимальною точкою входу для надання послуг з психічного здоров'я представникам КГ, з подальшим перенаправленням та/або супроводом до вузькопрофільних фахівців. На користь цієї моделі, зокрема і сімейними лікарями, було висловлено низку аргументів:

- ▶ частіший контакт з представниками КГ, зокрема первинні та повторні їх звернення,
- ▶ довіра КГ до соціальних працівників та доступність, що гарантує звернення за допомогою,
- ▶ навик мотивування клієнта до отримання кваліфікованої професійної допомоги,
- ▶ безоплатність послуг для КГ,
- ▶ можливість залучити психолога,
- ▶ надання комплексу соціальних і психологічних послуг на базі НУО, відповідно до потреб,
- ▶ наявність достатнього часу для індивідуальної та групової роботи з клієнтами,
- ▶ практичний досвід ефективного перенаправлення до інших фахівців і за потреби – супровід.

*Частіше за все ми говоримо: «У нас година часу, ми плануємо», як на групах збираємось, обговорити щось. Але на практиці в нас 2-2,5 години йде, ми нікого не підганяємо, нікого не виганяємо, всі можуть висловлюватися, всі можуть поговорити*

*НУО\_Дніпро\_03*

*Він повинен звернутися до соціального працівника. Бачачи його стан, я можу визначити, що йому потрібен психолог чи вузький спеціаліст. Якщо я помиляюсь, психолог надає консультацію. Якщо бачить, що там вже клініка, то тут же направляє до психіатра. Ми направляємо всіх до сімейного, людина приходить, хоче на ЗПТ стати, я його направлю до сімейного. Він йде, бере направлення. Йде до невропатолога. Ми ці всі кола разом з хворим робимо*

*НУО\_Миколаїв\_02*

*Наше основне завдання, мабуть, це виявити проблему людини. І це не тільки гроші, наркотик або поїсти щось, але й психічний стан. І далі мотиваційне консультування, щоб людина дала сама собі відповідь, їй потрібно щось робити, прийняла таке рішення*

*НУО\_Київ\_03*



**СЕРЕД СЛАБКИХ МІСЦЬ НУО ЯК НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я БУЛО ВИОКРЕМЛЕНО:**

- ▶ відсутність ресурсів для раннього початку медикаментозної терапії, діагностики та лікування пов'язаної соматичної патології,
- ▶ брак необхідної кваліфікації соціальних працівників для визначення напрямку подальшого скерування,
- ▶ недостатню сталість послуг, яка зазвичай обмежується проєктною роботою і за браком фінансування спроможності забезпечення послуг припиняються,
- ▶ неможливість забезпечити необхідну тривалість консультацій чи кратність психологічних послуг.

*Плюсом є те, що він уже звертається з проблемою. Це уже принаймні якесь розуміння проблеми. Мінусом може бути те, наскільки кваліфіковано організація визначить цю проблему і зможе пацієнту допомогти. Все ж таки пацієнт так чи інакше мав би звернутися у медичний заклад*

*СЛ\_Львів\_02*

*Це дуже зручно. Але там є недолік один, може бути якась патологія, якою має займатися лікар. Ми перевіримо аналізи, зробимо дослідження*

*СЛ\_Kiїв\_02*

*Я вважаю, що за 1-2 консультування складно допомогти людині. ... це має бути якийсь блок психологічного консультування, там до 10 консультацій*

*НУО\_Миколаїв\_01*



### 3.10.3. СПЕЦІАЛІСТИ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Психіатр як «точка входу» найбільш критично була оцінена опитаними фахівцями, переважно сімейними лікарями. Попри можливість призначення та моніторингу «складного» лікування як переваги отримання послуг у психіатра, виділено низку недоліків. Серед них – відсутність можливостей для діагностики та лікування пов'язаної або супутньої патології, менша готовність представників КГ одразу звернутися до вузьких спеціалістів цього профілю, здебільшого платні послуги (*особливо, якщо пацієнти звертаються без направлення сімейного лікаря*).

*Якщо брати психіатрів, то тут недолік є в тому, що пацієнт, якщо почує слово «психіатр», відразу... Дуже багато хто до цього негативно ставиться, це в нас традиційно вважається чимось постидним. І другий недолік психіатрів – те, що вони все ж таки більш заточені на важкі психічні розлади*

СЛ\_Миколаїв\_04

І хоча звернення до психолога як «точки входу» представників КГ матиме ті ж недоліки, що й у випадку з психіатром, пряме звернення до профільного спеціаліста є більш доречним у разі рецидивів у пацієнтів із хронічними психічними розладами (*спеціалісти з психічного здоров'я не розглядали себе як «точку входу» до системи отримання відповідних послуг для первинних пацієнтів*). На думку фахівців НУО, в окремих станах і за певних потреб (*наприклад, участь у програмі ЗПТ, передозування та інші гострі стани, рецидиви захворювань*) пряме звернення є найбільш доцільним, це дозволить зекономити час та сили на проходження всіх ланок (*фахівець НУО – сімейний лікар – психолог, психіатр*).

*Спочатку до психолога, а потім до психіатра. Тому що коли така допомога в комплексі, і психологічна, і медикаментозна, якщо він цього потребує, то тоді це максимально ефективна допомога*

СПЗ\_02

*Якби можна було уникнути цих перенаправлень, одразу до спеціаліста звернутись, це було б найкраще. Час би і сили... не кожен готовий відкриватися кожному спеціалісту і розповідати, куди б він хотів далі*

НУО\_Київ\_02



### 3.10.4. ІНТЕГРОВАНІЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ ПОСЛУГ

Усі опитані фахівці вважали актуальною комплексну та інтегровану допомогу КГ з порушеннями психічного здоров'я (на базі ЦПМСД або на рівні НУО). Інтеграція допомоги на рівні ЦПМСД дозволить забезпечити скринінг психологічного стану та первинну діагностику розладів у пацієнта лікарем первинної ланки, а за потреби – доступ до спеціалізованої допомоги. Комплексна (соціально-психологічна, психологічно-психіатрична, медична) допомога забезпечить усі потреби представників КГ і може бути організована або в форматі штатного психолога у ЦПМСД, НУО чи на сайтах ЗПТ з подальшим перенаправленням до вузькоспеціалізованих фахівців, або шляхом ведення прийому різними спеціалістами в одній будівлі.



*У нас є центри при поліклініках, де сімейний лікар працює зі своїм пацієнтом. Це наші сімейні лікарі по WVI. Якщо він визначає, що цей пацієнт потребує психологічної допомоги, то він його перенаправляє в наші центри при ЦПМСД*

СПЗ\_03



*Комплексний підхід має бути. Якщо один лікар запідозрив якусь іншу патологію, то має бути перенаправлення, щоб пацієнт отримав і сторонню допомогу*

СПЗ\_05



*Психологи при медзакладах кваліфіковані, які можуть тобі допомогти. В організаціях благодійних, звісно, щоб це було більш просунуто*

НУО\_Київ\_01



*А чому так само не можна робити на сайтах ЗПТ? Вони все одно приходять раз на десять днів. Якись психологічні тренінги проводити*

НУО\_Київ\_03







# ВИСНОВКИ

Учасники як з числа КГ, так і провайдерів послуг у сфері психічного здоров'я повідомили про негативний вплив війни на психологічний стан та психічне здоров'я людей. На початку війни майже всі представники ключових груп пережили гострі реакції на стрес, панічні та тривожні стани різного ступеня тяжкості. Прояви порушень та їх подальша динаміка залежали від багатьох чинників – наявності психічних розладів у минулому, безпекової ситуації у місці перебування, ступеня задоволення базових потреб, соціальної підтримки, вимушеного переміщення та інших індивідуальних характеристик. Серед тривалих наслідків стресу воєнної доби, що спостерігалися у представників усіх КГ, відзначено тривожність, депресивні стани, панічні атаки, порушення сну, психосоматичні розлади, ПТСР.

Усі провайдери послуг більш обізнані зі специфічними проблемами та порушеннями психічного здоров'я ЛВНІ, тому що вони часто звертаються за послугами, пов'язаними зі вживанням ПАР. Безпекова ситуація, матеріальні й побутові труднощі під час війни опосередковано впливали на психічний стан ЛВНІ, переважно пов'язаний з ускладненим доступом до наркотиків. Відтак на початку війни в них почастишали стани абстиненції. У подальшому ЛВНІ здебільшого страждали на тривожні стани, затяжні депресії з дисфорією, в окремих випадках – з апатією, суїцидальними намірами. У стані абстиненції характерними були різкі коливання настрою, дратівливість, схильність до брутальної поведінки, агресії.

Сімейні лікарі та спеціалісти з психічного здоров'я зазначали, що зазвичай лише припускають належність своїх клієнтів / пацієнтів до груп ЧСЧ і СП, оскільки вони не налаштовані розповідати про власний спосіб життя. До специфічних проблем ЧСЧ провайдери віднесли проблеми взаємовідносин, прийняття найближчим оточенням, тиск дискримінації, булінгу та стигми, високий ризик насильства, що, на їхню думку, призводить до депресії, суїцидальних намірів на тлі порушення важливих взаємовідносин.

Специфічні проблеми й особливості психічного стану СП у період війни провайдерам були здебільшого не відомі. Лише деякі сімейні лікарі й працівники НУО повідомляли про випадки домашнього насильства в сім'ях пацієнтів і вважали, що ці жінки часто страждають від почуття провини, сорому і, як наслідок, депресивних станів. Опитані представниці СП повідомляли про значне погіршення матеріального становища через інфляцію та зменшення кількості клієнтів, стреси, напади паніки, тривожність, погіршення соматичного стану, безсоння, зниження настрою та апатію. За спостереженнями опитаних СП, під впливом негативних факторів війни в їхній спільноті поширилося вживання наркотиків, збільшилося вживання алкоголю.

Найменшою мірою провайдери були обізнані зі специфічними проблемами та змінами психічного стану транс\*людей. У цілому представники цієї КГ мали неспецифічні порушення психічного здоров'я – під впливом небезпек або побутових труднощів вони піддавалися тривозі, мали короточасні або триваліші епізоди депресії. Проте домінуючі їхні проблеми були пов'язані з транс\*переходом – в умовах війни вони зазнавали подвійного стресу, адже стикалися з браком життєво важливих для них гормональних препаратів та ускладненням доступу до необхідної медичної допомоги.

Серед методів самопомоги під час війни представники КГ найчастіше вдавалися до вживання ПАР (*алкоголю, наркотиків, тютюну, транквілізаторів*) та прийому заспокійливих і снодійних препаратів без призначення лікаря, намагалися відволікатись від нападів тривоги шляхом спілкування з близькими людьми, занурення у повсякденні справи, зрідка використовували прийоми саморегуляції та дихальні практики, відвідували групи взаємодопомоги.

До станів, за наявності яких потрібно звертатися по допомогу до фахівців, представники КГ віднесли розлади, що повністю дезорганізують поведінку людини, позбавляють її можливості керувати власними діями, становлять перешкоду для задоволення базових потреб, загрожують життю людини або її оточенню.



Опитані учасники переважно описували гіпотетичну поведінку інших і лише в поодиноких випадках припускали можливість таких розладів у себе. Ніхто з представників КГ не вважав чинником звернення за професійною допомогою невротичні або пов'язані зі стресом розлади, акцентуючи увагу переважно на наявності тяжких (*психотичних*) психічних розладів. Недостатньо чітке усвідомлення ними необхідності звернення по допомогу до спеціалістів у сфері психічного здоров'я підтвердили у своїх відповідях і провайдери послуг.

Опитування засвідчує декларовану представниками ключових груп потребу в послугах у сфері психічного здоров'я, але водночас низьку частоту їхніх звернень до фахівців. Здебільшого вони ігнорували необхідність професійної допомоги, розраховуючи самотужки впоратися з порушеннями психічного стану та стикаючись з перешкодами доступу до сервісів. Упродовж війни сімейні лікарі майже не стикалися із запитами на послуги з психічного здоров'я від представників КГ, яких вони могли ідентифікувати. Спеціалісти з психічного здоров'я і працівники НУО здебільшого отримували запити на ЗПТ, консультування у зв'язку з отриманням інформації про ВІЛ-позитивний статус, інколи – у зв'язку з передозуванням ПАР, абстиненцією, насильством, тобто з приводу проблем, не пов'язаних безпосередньо з війною. Специфічні запити на допомогу від ЧСЧ, транс\*людей зовсім не згадувалися надавачами послуг.

За даними кабінетного дослідження, послуги з ПЗПСП (*як медичні, так і немедичні*) є доступними для представників КГ у всіх регіонах дослідження. Доступність спеціалізованих послуг (*медичних, або визначених психологічних втручань*) є значною, але оцінка достатності потенційного охоплення унеможливлена через відсутність нормативів щодо кількості надавачів на кількість населення. Базова психологічна допомога (діагностика, психосоціальні, поведінкові та фармакологічні втручання, перенаправлення до психіатра) є наразі доступною у ЦПМСД в усіх регіонах дослідження, що також було підтверджено у глибинних інтерв'ю з сімейними лікарями. Кількість закладів, які надають таку допомогу, не перевищує третини від усіх надавачів первинної допомоги згідно даних НСЗУ, що, імовірно, є недостатнім. Однак програма навчання медичних працівників mhGAP триває, і кількість таких закладів буде збільшуватися.

Неспецифічна для КГ психологічна допомога доступна в очному форматі в усіх регіонах, але в різному ступені – найменша кількість надавачів була ідентифікована у Миколаєві. Доволі широкий спектр послуг надається онлайн або за телефоном через служби національного рівня. Всі ці послуги є доступними для представників КГ і теоретично перекривають найбільш поширені психологічні проблеми, визначені за результатами глибинних інтерв'ю. Сфокусовані на КГ послуги в сфері ПЗ надаються НУО за фінансування міжнародних донорів. Виходячи з того, що більшість надавачів таких послуг декларують, що можуть працювати зі всіма групами, вірогідно, «сфокусованість» цих послуг обумовлена профілем роботи НУО, а не наданням вузькоспеціалізованої допомоги (*наприклад, транс-перехід, або залежність*).

Більшість опитаних мали досвід отримання послуг у ВІЛ-сервісних НУО, частина з них була обізнана про можливість отримання психологічної підтримки в організаціях. При цьому безкоштовні послуги психолога в НУО були доступні не всім представникам КГ у зв'язку з відстанню, незручним графіком прийому або браком інформації, особливо якщо вони належали до ВПО або проживали у віддалених сільських районах. У той же час практично ніхто з респондентів не мав інформації про безкоштовні сервіси (*телефонні «гарячі лінії», онлайн консультування*), а також про послуги у сімейного лікаря. Всім опитаним представникам КГ бракувало обізнаності щодо можливості отримання послуг з ПЗ на первинному рівні медичної допомоги.

У дослідженні виявлено низку бар'єрів щодо доступу представників КГ до послуг у сфері психічного здоров'я під час війни: уява про відсутність проблем або здатність впоратися з ними самотужки; недостатня обізнаність про можливості допомоги; стигматизація, зокрема щодо звернення до фахівців з ПЗ; висока вартість відповідних послуг на фоні сумнівів у результативності допомоги; недоступність безкоштовних послуг та їх нерелевантність запитам КГ; брак довіри до провайдерів і ризику розголошення інформації.

Основними фасилітаторами звернення представників КГ за допомогою в сфері психічного здоров'я виявилися стресогенні життєві обставини та тяжкі порушення психічного стану (*тривала апатія, розгубленість, страх, глибока депресія або напади агресії, суїцидальні думки, потяг до самоушкодження, неконтрольоване вживання ПАР*); наявність дружніх до спільнот надавачів послуг (*особливо актуально*



для ЧСЧ та транс\*людей); підтримка близьких і «значущих» людей; швидкий доступ і оперативність отримання послуги; помірна вартість або безкоштовність якісних послуг.

Попри недостатній рівень довіри до сімейних лікарів як до надавачів послуг у сфері ПЗ, представники КГ висловили зацікавленість в отриманні допомоги у зв'язку з розладами психічного стану на рівні первинної медичної допомоги. Проте дані дослідження доводять недостатній рівень підготовки сімейних лікарів і брак досвіду для надання відповідних послуг. Деякі з них готові лише до переадресації пацієнтів до вузьконаправлених спеціалістів, побоюються працювати з пацієнтами з числа ЛВНІ або з особами з алкогольною залежністю через острах агресії з їхнього боку. Взаємодія між сімейними лікарями та спеціалістами з психічного здоров'я здебільшого має єдиний напрямок – від сімейного лікаря до спеціалістів, лікарі первинної ланки часто не мають зворотного зв'язку і консультативної підтримки від останніх. Кращі умови взаємодії між фахівцями первинної та спеціалізованої ланок є у ЦПМСД, які створені на базах колишніх поліклінічних відділень багатопрофільних лікарень і мають у своєму штаті психологів та психіатра.

Працівники НУО загалом проявили високий рівень готовності до роботи у сфері психічного здоров'я з представниками КГ, утім їм бракує базової професійної підготовки та чіткого розуміння змісту послуг, які вони можуть надавати клієнтам. Взаємодія між НУО та сімейними лікарями полягає переважно у пасивній переадресації клієнтів до первинної ланки медичної допомоги для укладення декларацій. Спеціалісти з ПЗ мали більший досвід сталої взаємодії з НУО в межах різноманітних проєктів, кількість яких під час війни навіть збільшилася. Серед викликів взаємодії між провайдером – брак сталості проєктів з надання послуг ключовим групам внаслідок низької фінансової спроможності ЗОЗ продовжувати надання інноваційних послуг.

На думку провайдерів послуг з ПЗ, оптимальна модель надання послуг має відповідати кільком універсальним вимогам: (1) максимальна зручність для пацієнта / клієнта; (2) наявність скринінгу проблеми, первинної діагностики розладів й оцінки можливості надання допомоги на місці чи необхідності переадресації; (3) якнайшвидший початок надання допомоги, і у разі переадресації – визначений маршрут пацієнта/клієнта із забезпеченням зворотного зв'язку; (4) пріоритетність доступу до допомоги при невідкладних та загрозливих для життя станах (*високий ризик ауто- та гетероагресії, передозування, абстиненція, тяжкі наслідки насильства тощо*); (5) надання послуг у місцях найчастішого звернення пацієнта/клієнта; (6) максимальне задоволення потреб у місці первинного звернення (*мінімум переадресації*).

Найбільш реалістичними й відповідними визначеними вимогам на сьогодні можна вважати два алгоритми надання послуг, паралельне функціонування яких уможливує розширення доступу до послуг у сфері ПЗ представникам КГ під час війни та післявоєнний перехідний період. Для тих з них, які мають довіру та сталий доступ до первинної ланки медичної допомоги, доречно пропонувати модель з первинним зверненням до сімейного лікаря. Серед переваг надання послуг з ПЗ сімейним лікарем визначено: тривале ведення пацієнта та комплексне бачення проблем його здоров'я, можливість раннього виявлення розладів за умови регулярних звернень пацієнта, наявність оперативного дистанційного доступу, зручність проведення скринінгу та виявлення факторів ризику психічних розладів, можливість надання базових медичних послуг при порушеннях психічного здоров'я та їх безоплатність, можливість скерування до провайдерів безоплатної спеціалізованої допомоги, можливість діагностики та лікування супутньої соматичної патології. Проте для успішного функціонування цієї моделі необхідним є додаткове навчання сімейних лікарів, доведення інформації про наявність цих послуг до цільових груп, а також підвищення рівня довіри пацієнтів до сімейних лікарів як провайдерів.

Значна частина представників КГ і фахівців НУО надають перевагу моделі з «точкою входу» в НУО, серед переваг якої: частіший контакт з представниками КГ, довіра клієнтів до соціальних працівників та доступність, навички фахівців щодо мотивування клієнтів до отримання допомоги, безоплатність послуг, можливість залучати психолога, надання комплексу соціальних і психологічних послуг на базі НУО, наявність достатнього часу для індивідуальної та групової роботи, практичний досвід ефективного перенаправлення до інших фахівців і супровід за потреби. Разом з тим, важливо забезпечити сталість діяльності НУО зі штатними або постійно асоційованими психологами, підвищити рівень компетентності соціальних працівників в оцінці потреб представників КГ у відповідній допомозі та наданні ними соціальних послуг і психологічної підтримки, за потреби – підтримки в комунікації з сімейними лікарями та спеціалістами з ПЗ.



# РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Більша частина психологічних проблем і розладів, які виникають у КГ, зокрема під час війни, не є специфічними та характерні для населення в цілому. Зважаючи на це, **значну** частину потреб у послугах можуть задовольнити надавачі, які працюють із загальним населенням або з групами, до яких можуть також відноситися КГ (*наприклад, ВПО, постраждалі від гендерно-зумовленого насильства*). Доступність таких послуг у регіонах дослідження є значною, хоча й не достатньою, зважаючи на масштаб проблем, викликаних війною. Першочерговою для покращення психічного здоров'я представників КГ через доступ до послуг ПЗПСП є психоедукація, тобто підвищення обізнаності щодо психічного здоров'я, прояви порушень та симптоми, у разі яких варто звертатися за професійною допомогою, і наявні послуги.

  - ▶ Можливими засобами психоедукації є проведення медіакампаній, розміщення інформації в найбільш доступних для представників КГ місцях, навчання фахівців спеціалізованих НУО.
  - ▶ Загальнонаціональні та регіональні заходи з психоедукації можуть ретранслюватися через НУО, які працюють з КГ.
2. Зважаючи на значний рівень розвитку та потенціал ВІЛ-сервісних НУО в Україні, їхній досвід роботи з КГ, низький поріг доступу та перевагу, яку їм надають представники КГ, доцільною є підтримка сталості та розширення послуг ПЗПСП через такі організації. Важливим є підвищення кваліфікації фахівців, які можуть бути залучені до надання психологічної допомоги.

  - ▶ У програму підвищення кваліфікації доцільно включити методики скринінгу найбільш поширених психічних розладів, налагодження взаємодії для ефективної переадресації, а також, за можливості, надання коротких структурованих трансдіагностичних інтервенцій (*СЕТА, Управління Проблемами+ тощо*).
  - ▶ Більш реалістичним за наявних умов є фінансування послуг ПЗПСП на базі ВІЛ-сервісних НУО за рахунок міжнародних проєктів, у вигляді додаткових субгрантів або через включення цих послуг до інших напрямів (*профілактика ВІЛ тощо*). В останньому випадку послуги ПЗПСП не повинні бути обов'язковим компонентом пакету, щоб не завищувати мінімальні кваліфікаційні вимоги в основному проєкті.
  - ▶ Надання послуг ПЗПСП на базі НУО має бути предметом ретельного моніторингу та оцінки, особливо на етапі впровадження.
3. Програма навчання медичних працівників первинної ланки mhGAP триває, і доступність послуг з психічного здоров'я має зростати. Окрім підвищення обізнаності представників КГ про ці послуги, важливо додатково підвищити їх доступність завдяки інтенсивнішому навчанню mhGAP працівників первинної ланки, можливо, із включенням окремого модуля, присвяченого потребам КГ.

  - ▶ Пріоритет у навчанні може бути надано закладам, що частіше стикаються з КГ (*територіально, завдяки наявності сайту ЗПТ тощо*).
  - ▶ Навчальні заходи повинні координуватися з іншими стейкхолдерами в цій сфері.



4. В обох моделях (надання послуг ПЗПСП через НУО та сімейного лікаря як «точки входу») важливим є впровадження структурованого перенаправлення, яка передбачає злагоджену співпрацю з іншими надавачами послуг, супровід за потреби та обов'язкове надання зворотного зв'язку про результати перенаправлення з дотриманням принципів конфіденційності.
  - ▶ Корисним інструментом для структурованого перенаправлення є розроблені маршрути клієнтів для найбільш поширених психічних проблем.
5. Продовження впровадження заходів із подолання стигми та дискримінації на національному, регіональному та місцевому рівнях є дієвим способом зменшення бар'єрів доступу до послуг з психічного здоров'я для КГ.
6. Подальші дослідження психічних розладів серед КГ, їх поширеності та впливу на отримання ВІЛ-послуг, вивчення доступності й ефективності послуг з психічного здоров'я є важливими для кількісного обґрунтування потреб у послугах та моніторингу розвитку цього напрямку.



## ДОДАТОК

## СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ

ХАРАКТЕРИСТИКА	ЛВІН (N=15)	СП (N=15)	ЧСЧ (N=15)	ТРАНС*ЛЮДИ (N=15)
<b>Гендер</b>				
Чоловік	11	–	15	–
Жінка	4	15	–	–
Транс*персона	–	–	–	15
Середній вік ( <i>min, max</i> )	37,4 (30–52)	37,2 (20–58)	34,5 (21–69)	31,2 (18–48)
<b>Сімейний стан</b>				
одружений/заміжня	5	4	1	2
живемо окремо	1	1	–	1
розлучений/а	3	5	2	5
ніколи не був/ла у шлюбі	6	5	12	7
<b>Працевлаштування</b>				
працюю повний робочий день	2	5	10	6
працюю неповний робочий день	–	4	1	3
тимчасова робота	6	1	3	2
наразі не маю роботи	7	4	2	4
є людина, яка мене підтримує	–	1	–	–
Є клієнтом НУО	6	11	6	8

ХАРАКТЕРИСТИКА	СЛ (N=20)	СПЗ (N=10)	ФАХІВЦІ НУО (N=15)
Середній вік ( <i>min, max</i> )	44,7 (26–72)	–	40,9 (28–57)
Середній стаж ( <i>min, max</i> )	19,3 (1–32)	11,3 (0,3–23)	5,8 (1–19)



# СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240-8. doi: 10.1016/s0140-6736(19)30934-1.
2. Оперативна дорожня карта «Пріоритетні багатосекторні заходи із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни». – Київ: Міністерство охорони здоров'я, Всесвітня організація охорони здоров'я; 2022. Available from: [https://knowledge.org.ua/wp-content/uploads/2023/03/mhpss\\_framework\\_ukraine\\_ukr\\_59\\_page.pdf](https://knowledge.org.ua/wp-content/uploads/2023/03/mhpss_framework_ukraine_ukr_59_page.pdf).
3. Потреби населення у послугах сфери психічного здоров'я та кращі практики надання послуг у розвинених країнах. – Київ: ГО «БЕЗБАР'ЄРНОСТЬ»; 2022. Available from: <https://mva.gov.ua/storage/app/sites/1/uploaded-files/%D0%BF%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B1%D1%82%D0%B0%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B9%20%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D0%B4.pdf>
4. GRADUS. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги. – Київ: ГО «БЕЗБАР'ЄРНОСТЬ»; 2022. Available from: [https://gradus.app/documents/307/Gradus\\_Research\\_Mental\\_Health\\_Report\\_full\\_version.pdf](https://gradus.app/documents/307/Gradus_Research_Mental_Health_Report_full_version.pdf).
5. Mental Health and Psychosocial Support Technical Working Group [Internet]. World Health Organization. Available from: <https://response.reliefweb.int/ukraine/mental-health-and-psychosocial-support-technical-working-group>.
6. Віктор Ляшко: якісні послуги в сфері психічного здоров'я мають стати доступними для кожного [press release]. Міністерство охорони здоров'я України, 16 березня 2023.
7. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [Internet]. Національна служба здоров'я України. 2023 [cited 16 September]. Available from: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmq-contracts>.
8. MHPSS TWG Referrals map [Internet]. Mental Health and Psychosocial Support Technical Working Group. 2023. Available from: <https://response.reliefweb.int/ukraine/mental-health-and-psychosocial-support-technical-working-group/mhpss-twg-referrals-map>.
9. Kogler E, Kennedy CE. A scoping review of the associations between mental health and factors related to HIV acquisition and disease progression in conflict-affected populations. *Conflict and Health*. 2018;12(1):20. doi: 10.1186/s13031-018-0156-y.
10. Kovtun O. Summary report based on the results of studies and routine monitoring among key populations and NGO specialists regarding the needs, receiving and providing of HIV services during the war in Ukraine. Kyiv: Alliance for Public Health; 2022. Available from: [https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2022/09/Report\\_War\\_5.09.2022\\_Red\\_Red.pdf](https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2022/09/Report_War_5.09.2022_Red_Red.pdf).



- 11.** Integration of mental health and HIV interventions – Key considerations. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization; 2022. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/integration-mental-health-hiv-interventions\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-interventions_en.pdf).
- 12.** UNAIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026 – End Inequalities. End AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf).
- 13.** Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. 10.1191/1478088706qp063oa.
- 14.** Panina N. Professional Ethics and Sociology in Ukraine (*On Adoption of the Code of Professional Ethics of Sociologist by the Sociological Association of Ukraine*). *Ukrainian Sociological Review* 2004–2005. 2007:8–27.
- 15.** Про затвердження Порядку надання психіатричної допомоги мобільною мультидисциплінарною командою. *Ukraine МоН*. 1600.(2022).



ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

## ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я КЛЮЧОВИХ ГРУП

ПОТРЕБИ І МОЖЛИВОСТІ ОТРИМАННЯ ВІДПОВІДНИХ  
ПОСЛУГ В УМОВАХ ВІЙНИ ПРОТИ УКРАЇНИ

Автори звіту:

Олена Карагодіна

Оксана Ковтун

Олександр Недужко

Мирослава Філіппович

Костянтин Думчев



МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Вул. Бульварно-Кудрявська, 24, корпус 3  
Київ, Україна 01601

Тел.: (044) 490 5485

e-mail: [office@aph.org.ua](mailto:office@aph.org.ua)

[www.facebook.com/alliancepublichealth](http://www.facebook.com/alliancepublichealth)

[WWW.APH.ORG.UA](http://WWW.APH.ORG.UA)