Global Institute for Mental Health Innovations, Networking and Development

Mental Health Open ISSN 3122-1181 Vol. 2 (2026). Issue 1.
DOI: https://doi.org/10.64257/y2rrn484

(c) Authors

Розвиток Протоколу RTM в Україні в умовах війни. Професійна підготовка, польові виклики та процедурні адаптації *{reprint}*

conceptual insights & critical reflections

Вікторія Горбунова, Кафедра соціальної та практичної психології, Житомирський державний університет імені Івана Франка, Житомир, Україна; Факультет поведінкових і когнітивних наук, Люксембурзький університет, Еш-сюр-Альзетт, Люксембург; https://orcid.org/0000-0002-9106-3589

Ольга Савиченко, Кафедра соціальної та практичної психології, Житомирський державний університет імені Івана Франка, Житомир, Україна; Відділення медичної реабілітації та фізичної терапії, Комунальне підприємство «Лікарня № 2 імені В. П. Павлусенка» Житомирської міської ради, Житомир, Україна; https://orcid.org/0000-0001-7796-9280

Сергій Цяпець, Інститут соціального здоров'я Оломоуцького університету, Університет імені Палацького в Оломоуці, Оломоуц, Чехія; https://orcid.org/0000-0001-9713-8994

Данило Безменов, Національна гвардія України, Україна

Людмила Баєва, Десантно-штурмові війська Збройних Сил України, Україна; https://orcid.org/0000-0002-1854-7587

Тетяна Ширяєва, Факультет прикладної психології, Відкритий університет, Мілтон-Кінз, Велика Британія; https://orcid.org/0000-0002-3791-9948

Робін Гемптон, Quresta Inc., США

Анотація

Повномасштабне вторгнення росії в Україну спричинило безпрецедентні виклики для психічного здоров'я, коли поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед цивільного населення, біженців і військовослужбовців сягає критичного рівня. Традиційні травмофокусовані види терапії, хоча й ефективні, втім, часто є складними для застосування в умовах війни через їхню тривалість, ресурсомісткість та значне емоційне навантаження. Протокол Реконсолідації Травматичних Спогадів (RTM) – це коротка інтервенція, яка передбачає роботу із уявою та ґрунтується на теорії та дослідженнях реконсолідації пам'яті, та є альтернативною технікою. В цій статті розглядається впровадження Протоколу RTM в Україні, зокрема, професійна підготовка фахівців, адаптація для адміністрування у прифронтових та лікарняних умовах, а також інтеграція Протоколу в систему психологічної підтримки Збройних Сил України. Обговорюються процедурні модифікації для середовищ підвищеного ризику, гібридні моделі надання допомоги для забезпечення безперервності лікування та стратегії подолання стигматизації й логістичних бар'єрів. Крім того, у статті розглядається застосовність Протоколу RTM для роботи з українськими біженцями в Європі та обґрунтовується доцільність розробки дитячої версії Протоколу RTM для роботи з травмою в дітей. Наявні дані свідчать про те, що RTM зменшує інтрузивні симптоми, покращує сон і відновлює функціональність після 3–5 зустрічей навіть за умов порушеної повсякденної діяльності. Стислість, мінімальний переказ травматичного досвіду та ефективність дистанційного надання допомоги роблять Протокол RTM придатним для застосування в гуманітарних та військових контекстах. Отримані результати підкреслюють потенціал Протоколу RTM як доказово обґрунтованої, адаптивної інтервенції для пом'якшення наслідків травми в Україні та подібних регіонах, які постраждали від конфлікту.

Ключові слова: Протокол RTM, лікування ПТСР, травмофокусована інтервенція, психічне здоров'я, реконсолідація спогадів

Вступ

Повномасштабне вторгнення росії в Україну розпочалося 24 лютого 2022 року, і відтоді мільйони українців як цивільних, так і військовослужбовців, зазнали обстрілів, окупації, катувань і вимушеного переміщення, що вплинуло на їх психологічний добробут. З 2014 року ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в українців були спричинені попередньою хвилею російського вторгнення та анексією Криму. Дослідження травми серед цивільного населення, проведене у 2021 році, виявило, що 65% внутрішньо переміщених осіб (ВПО) зазнали прямого впливу травматичних подій, пов'язаних із війною, а 26% демонстрували симптоми ПТСР (Johnson et al., 2022). Однак 2022 рік приніс ескалацію війни, що спричинила масові жертви, фізичні травми та хронічний стрес, і це підвищило поширеність ПТСР до 55,4% серед ВПО, а також виявило показники 50,8% і 62,2% в осіб, які не були переміщені, та біженців відповідно (Lushchak et al., 2023). Загальнодоступна статистика Національної служби здоров'я України свідчить про зростання кількості випадків ПТСР: приблизно з 3000 на рік у 2021 році до понад 12 000 на рік у 2024 році (National Health Service of Ukraine, 2024).

Традиційна інфраструктура охорони психічного здоров'я в Україні, яка й до повномасштабного вторгнення була недофінансованою, нині зазнає дедалі більших втрат, зокрема через атаки на лікарні, еміграцію підготовлених фахівців і фрагментацію послуг (Pinchuk et al., 2025; World Health Organization, 2025). Однією з ключових проблем надання послуг в Україні є дефіцит фахівців у сфері психічного здоров'я, особливо в прифронтових і сільських районах. Традиційні методи лікування травми, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), EMDR (десенсибілізація та переопрацювання рухами очей) та наративна експозиційна терапія (NET) потребують тижнів або місяців роботи і для впровадження потребують клініцистів із тривалою спеціалізованою підготовкою. Оскільки попит суттєво перевищує пропозицію, Україна гостро потребує ефективних короткострокових інтервенцій, які можна безпечно застосовувати як дистанційно, так і очно новопідготовленими фахівцями.

Протокол Реконсолідації Травматичних Спогадів (RTM) – це коротка, структурована інтервенція, базована на принципах уяви, спеціально розроблена для лікування ПТСР. Її ефективність підтверджена дослідженнями, проведеними серед ветеранів, а позитивні результати для цивільного населення задокументовані в клінічних звітах (Gray & Bourke, 2015; Gray et al., 2019; Gray et al., 2021; Tylee et al., 2017). Дослідження нейромеханізмів консолідації та реконсолідації пам'яті демонструють, що коли довготривалий спогад реактивується, він переходить у лабільний стан, під час якого його емоційний компонент можна модифікувати або реконсолідувати за допомогою нової інформації (Alberini, 2005; Phelps & Hofmann, 2019). В Протоколі RTM відбувається реактивація спогаду та його «переписування» шляхом короткого пригадування травматичної події, її візуалізації з різною швидкістю та в різних перспективах (від першої та від третьої особи) та інтеграції нетравматичного сценарію, що зміцнює реконсолідацію спогаду в безпечному емоційному контексті. Уся процедура зазвичай вимагає лише 3-5 90-хвилинних сесій упродовж кількох днів і має особливості, які роблять її придатною для роботи з особами, які постраждали від травми. Процедура передбачає мінімальний вербальний переказ, тобто клієнти не мусять детально розповідати про травматичну подію і таким чином уникають прямого емоційного повторного переживання завдяки використанню технік дисоціативної уяви. Оскільки Протокол RTM є структурованою процедурою з обов'язковим виконанням кожного кроку, ним можуть впевнено користуватися як новопідготовлені фахівці в галузі психічного здоров'я, так

і парапрофесіонали (наприклад, медсестри та соціальні працівники), що суттєво розширює лікувальну спроможність країни. Крім того, Протокол RTM повністю придатний для дистанційного (онлайн) надання допомоги, що забезпечує доступ до лікування для переміщених осіб, біженців, мешканців зон бойових дій або, у деяких випадках, пацієнтів лікарень, які часто мають брак фахівців із психічного здоров'я (Gorbunova & Hampton, 2025).

Протокол RTM також відкриває перспективні можливості для подальшого розвитку й адаптації з метою задоволення потреб різноманітних груп населення, постраждалих від травми. Його коротка тривалість і низьке емоційне навантаження роблять його придатним не лише для роботи із ПТСР, а й для ранніх втручань у випадках гострого стресового розладу (Gorbunova & Hampton, 2025). Наразі розробляється версія для опрацювання травматичного досвіду в дітей, яка передбачає використання мови, зрозумілої дітям, скоригований темп і творчі візуальні опори, водночас зберігає механізм реконсолідації (Global in Mind, 2025). Протокол RTM також демонструє перспективність застосування у випадках високоінтенсивної або складної травми, як-от сексуальне насильство, катування чи повторюване насильство, у повністю «закритій» версії, яка не вимагає розкриття історії травми. Крім того, він добре адаптується до середовищ, які зазвичай недоступні для стандартного тривалого психотерапевтичного втручання. Це діючі військовослужбовці, рятувальники, переміщені особи та особи, які перебувають у кризових або конфліктних зонах. Чітка структура, мінімальна кількість сесій і сумісність з дистанційним наданням допомоги дають змогу гнучко застосовувати Протокол у мобільних клініках, польових шпиталях або через телемедичні платформи. Крім того, розробка версії Протоколу RTM з підтримкою віртуальної реальності (VR) могла б додатково стандартизувати надання допомоги та підтримку клієнтів з обмеженою здатністю уявляти, пропонуючи для занурення контрольовані середовища, що сприяють безпечній дисоціації та структурованій роботі зі спогадами. Орієнтовані на дітей, розроблені для випадків підвищеної травматичності, інтегровані з VR і сумісні з мобільними платформами адаптації підкреслюють унікальну масштабованість Протоколу RTM та його потенціал для роботи з травмою в різноманітних середовищах і з різними групами населення в Україні.

З огляду на те, що Міністерство охорони здоров'я України вже затвердило Протокол RTM як доказово обґрунтований метод лікування станів, пов'язаних із травмою (Ministry of Health of Ukraine, 2023), і враховуючи наявні дані про здійсненність його впровадження, як з погляду професійної підготовки, так і з погляду лікування ПТСР в Україні (de Rijk et al., 2023), його впровадження стало б шляхом до ефективного подолання зростаючої кількості випадків травми в країні.

Професійна підготовка та супервізія фахівців протоколу RTM в Україні

У відповідь на нагальну потребу в масштабованому лікуванні травми в Україні через спільні зусилля офіційного провайдера навчання Quresta Inc. (раніше – Post-Traumatic Training Institute), у партнерстві з проєктом Research and Recognition Project (R&R) та мережею українських міністерств, державних установ, неурядових організацій, благодійних фондів, приватних та інституційних міжнародних донорів було створено міжнародну систему навчання, супервізії та досліджень Протоколу RTM. Сьогодні в Україні існує зростаюча спільнота сертифікованих у роботі з Протоколом RTM клініцистів, які використовують його в роботі з травмою в умовах триваючої війни. Перші навчальні групи для фахівців, які практикують в Україні, та формування української команди тренерів з Протоколу RTM були організовані за підтримки проєкту Mental Health for Ukraine (MH4U). У 2022 році відбулося 4

навчальні сесії для українських клініцистів із достатнім рівнем англійської мови (говоріння, аудіювання, читання), і того ж року повну програму завершили 52 клініцисти (de Rijk et al., 2023; Implemental, n.d.). Серед них були відібрані українські фахівці, які згодом сформували українську команду тренерів. Створення цього внутрішнього потенціалу було важливим для забезпечення сталості й масштабованості навчання та практики, особливо в умовах війни та порушеної міжнародної мобільності. У червні 2023 року українська команда тренерів Протоколу RTM провела перше повне навчання українською мовою, у результаті якого 71% українських клініцистів отримали повну сертифікацію. Ці результати продемонстрували, що високоякісну програму навчання Протоколу RTM можна успішно передати українським тренерам і проводити навчання українською мовою (Gorbunova, 2023). На сьогодні навчальну програму з RTM успішно пройшли приблизно 260 українських клініцистів, зокрема військові та цивільні психологи, фахівці кризових служб, лікарі та науковці (RTM Protocol, n.d.).

Довгострокові системи підтримки є важливими для підтримання якості практики. Під керівництвом українського провідного тренера та коучів, під наглядом глобального директора з навчання та освіти, було створено групи супервізії, що збираються раз на два тижні. Ці групи дають змогу сертифікованим клініцистам і тим, хто працює над отриманням сертифікації, представляти випадки, ставити запитання, отримувати постійне наставництво та поглиблювати розуміння Протоколу RTM. За зразком щотижневих груп підтримки в США українські групи сприяють взаємній підтримці колег, допомагають розв'язувати складні випадки, слугують майданчиком для обміну історіями успіху та зміцнюють професійну ідентичність у спільноті RTM. Українські клініцисти наголошують на важливій ролі цих супервізійних зустрічей у підтриманні впевненості та процедурної точності роботи із Протоколом RTM в умовах хронічного стресу та високого навантаження.

Успіх цієї ініціативи ґрунтується на багаторівневій моделі партнерства. Так, Questa Inc. забезпечує міжнародне лідерство в навчанні та освіті, гарантує відповідність навчальної програми стандартам, здійснює супервізійний коучинг, розробляє стратегії масштабованого впровадження Протоколу RTM і веде загальний реєстр сертифікованих фахівців (RTM Protocol, n.d.). Research and Recognition Project робить внесок у наукову базу, тісно співпрацюючи з дослідницькими та проєктними ініціативами Люксембурзького університету, Національної психологічної асоціації України, Центру психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України, GlobalInMind ASBL. Міністерство оборони України активно підтримує та інвестує в організацію навчання та безперервний професійний розвиток своїх психологів. Фінансову підтримку надають філантропічні та інституційні донори, зокрема Люксембурзький національний дослідницький фонд у партнерстві з Дирекцією з питань співробітництва в галузі розвитку та гуманітарних справ (MFA, Люксембург) і Люксембурзьке агентство співробітництва в галузі розвитку, яке підтримує перше клінічне випробування Протоколу RTM в Україні через програму LuxAid BRIDGES; Українська благодійна організація «Голоси дітей», яка сприяє розробці та дослідженню дитячої версії Протоколу RTM, а також індивідуальний донор Дейв Лапасата, який фінансово підтримує групи військових психологів.

Виклики застосування протоколу RTM у роботі з військовослужбовцями, які беруть участь у бойових діях

За словами Президента Володимира Зеленського, озвученими на прес-конференції 15 січня 2025 року, Збройні Сили України (ЗС України) налічують приблизно 880 000 військовослужбовців (Fakty ICTV, 2025).

Хоча ця цифра відображає загальну військову спроможність, точна кількість особового складу, безпосередньо залученого до бойових дій, з міркувань безпеки публічно не оприлюднюється. Однак з огляду на триваючу війну та оборонно-наступальні дії України, значна частина особового складу (кілька сотень тисяч осіб) залучена безпосередньо до бойових дій або забезпечення бойової діяльності. Крім того, за офіційною статистикою Міністерства у справах ветеранів, понад 600 000 ветеранів, які проходили службу з 2014 року і були демобілізовані з різних причин, мають статус учасника бойових дій (Ministry of Veterans Affairs of Ukraine, n.d.). Логічно припустити, що близько мільйона українських військовослужбовців мали бойовий досвід і, відповідно, можуть мати підвищений ризик фізичних і психічних проблем зі здоров'ям, які пов'язані з бойовими діями, особливо ПТСР.

Участь у бойових діях може спричиняти ПТСР та інші стресові розлади, однак військовослужбовці мають досвід подолання низки інших специфічних для їхньої служби викликів, серед яких часті ротації, тривала розлука з родиною, сувора ієрархічна структура, моральні дилеми та перебування у фізично й емоційно виснажливому середовищі. Окрім бойового досвіду, до чинників, пов'язаних із підвищеним ризиком ПТСР, належать жіноча стать, належність до етнічної меншини, низький рівень освіти, належність до рядового (не офіцерського) складу, багаторазові або тривалі ротації, попередній негативний життєвий досвід і травми, а також попередні психологічні проблеми (Xue et al., 2015). Характер російсько-української війни змушує Збройні Сили України постійно працювати на межі можливостей, що негативно впливає на тривалість ротацій, відновлення та реабілітаційні періоди. Ці чинники, як відомо, також впливають на поширеність ПТСР (Rona et al., 2007).

Психологічна підтримка є критично важливою для відновлення боєздатності, захисту психічного здоров'я військовослужбовців і запобігання довгостроковим негативним наслідкам пов'язаного з війною стресу. Відповідно, у 2024 році Головнокомандувач Збройних Сил України впровадив низку наказів щодо системи психологічної підтримки для ЗС України. Реалізована на п'яти рівнях, ця система охоплює всі етапи військової служби від першого дня в армії до переходу до цивільного життя (Ministry of Defense of Ukraine, 2025). Рівні підтримки включають: (1) само- та взаємодопомога та підтримка з боку побратимів, коли товариші по службі допомагають один одному; (2) підтримка в межах військових підрозділів, яку послідовно надають офіцери-психологи; (3) відновлення на рівні бригади чи полку в пунктах психологічної підтримки, де особовий склад може перебувати до 7 днів, за сприяння офіцерів груп контролю бойового стресу та груп психологічної підтримки та відновлення; (4) професійна допомога у спеціалізованих тилових закладах з перебуванням до 14 днів, яку надають військові психологи, залучені до заходів з психологічного відновлення особового складу; (5) поглиблена психологічна реабілітація в медичних закладах поза зоною бойових дій з перебуванням до 15 днів, яку надають медичні психологи .

Впроваджуючи таку систему, Збройні Сили України намагаються дотримуватися доктринального підходу, який використовують збройні сили країн-партнерів НАТО і який ґрунтується на принципах наближеності, невідкладності, передбачуваності та простоти (NATO Standardization Office, 2019). Відповідно до Стандарту НАТО щодо підтримки психічного здоров'я на передовій, а також з огляду на інтенсивність бойових дій в Україні та обмежений час, доступний для відновлення військовослужбовців, короткострокові методи лікування травми мають вирішальне значення. Протокол RTM, як одна з доказово обґрунтованих короткострокових інтервенцій, затверджена Міністерством охорони здоров'я України (Ministry of Health of Ukraine, 2023), був упроваджений у систему психологічної підтримки

Збройних Сил України в грудні 2024 року. Основна причина впровадження цього методу полягає в тому, що його можна застосовувати практично на всіх рівнях психологічної підтримки, починаючи з другого рівня підтримки в межах військових підрозділів. Крім вищезазначених загальних переваг, Протокол RTM можна адаптувати до польових умов, які є вкрай складними через реалії активної бойової служби.

Одним із найбільших викликів є безпека під час адміністрування Протоколу RTM. У прифронтових умовах поняття безпечного середовища є відносним, оскільки навіть пункти психологічної підтримки можуть зазнавати обстрілів або руйнувань. Сесії часто відбуваються в імпровізованих умовах, таких як бліндажі, пошкоджені будівлі, транспортні засоби чи намети. Щоб адаптуватися до цього, терапевти та військовий персонал встановлюють чіткі протоколи безпеки перед початком лікування, зокрема узгоджені процедури переривання сесій і переміщення в безпечніші місця у разі раптової загрози. Іншим викликом є забезпечення безперервності допомоги. Непередбачуваність ротацій та обмежений час, доступний для відновлення, часто унеможливлюють завершення стандартної серії сесій Протоколу RTM в одному місці. Щоб вирішити цю проблему, лікування може розпочинатися в офлайн-форматі в пункті психологічної підтримки та продовжуватися онлайн, коли особовий склад повертається до своїх підрозділів. Однак нестабільні інтернет-з'єднання створюють додаткові виклики. Зв'язок може раптово перериватися, що вимагає переходу лише на аудіозв'язок і попереднього навчання технікам саморегуляції, аби військовослужбовці могли залишатися стабільними до відновлення контакту. Непередбачуваність бойових завдань додатково ускладнює терапевтичний процес. Військовослужбовці можуть бути передислоковані на інші позиції без попереднього попередження, що перериває поточне адміністрування Протоколу RTM. У таких випадках нові травматичні події часто накопичуються ще до того, як опрацьовано попередні, створюючи напругу між необхідністю опрацювати первинну подію та нагальністю роботи з нещодавніми травмами. Психологи реагують на цей виклик, надаючи пріоритет найгострішим проблемам, водночас підтримуючи структурований подальший супровід, коли це можливо. Культурні та міжособистісні бар'єри також впливають на те, як Протокол RTM застосовується у польових умовах. Стигма щодо психічного здоров'я залишається сильною у військовій культурі: багато військовослужбовців применшують свої симптоми або сприймають звернення по допомогу як прояв слабкості. Така мінімізація дистресу може призводити до недооцінки проблеми та труднощів у виявленні ознак фізичного збудження під час пригадування травматичних подій. Щоб адаптуватися до цього, терапевти проводять постійну психоедукацію, вкладають зусилля у налагодження довіри та пояснюють мету кожного кроку Протоколу RTM. Ці заходи допомагають підтримувати довіру та зберігати терапевтичний альянс у ситуаціях, де повага та авторитет мають вирішальне значення. Переривання роботи через форс-мажорні події, такі як поранення, евакуація чи смерть, є реальністю польових умов. Хоча це неминуче, адаптації до таких подій включають модульну структуру Протоколу RTM, яка дає змогу передавати випадки між фахівцями без ризику для результатів лікування. Крім того, скептицизм щодо методу знижується завдяки помітним покращенням якості сну, настрою та працездатності, а також завдяки визнанню з боку командирів, які помічають позитивні зміни у своїх підлеглих.

Такі виклики не є суто теоретичними. Вони регулярно спостерігаються на практиці. Наприклад, непоодинокими є випадки, коли військовослужбовці у вузькоспеціалізованих ролях, таких як оператори дронів або сапери, переживають гострі стресові реакції, що тимчасово унеможливлюють виконання ними службових обов'язків. В одному з випадків у

військовослужбовця розвинулися виражені фізіологічні та психологічні симптоми після атаки дрона, під час якої він зазнав поранення і став свідком тяжкого поранення побратима. Порушений сон, підвищена збудливість і втрата працездатності зумовили тимчасове виведення його команди з бойових дій. Після завершення Протоколу RTM військовослужбовець зміг менше, ніж за тиждень, відновити стабільність, повернутися до служби та підтримувати свою працездатність.

Загалом ці випадки демонструють, що попри складність і виклики в адмініструванні Протоколу RTM в умовах активної служби через оперативні реалії, адаптивні стратегії дають змогу зберегти його ефективність. Завдяки гнучким форматам надання допомоги, плануванню безпеки, налагодженню довіри та підтримці з боку військового командування Протокол можна впроваджувати навіть у нестабільних і високоризикованих середовищах, роблячи його життєздатним компонентом психологічної підтримки в Збройних Силах України.

Впровадження протоколу RTM для військовослужбовців в умовах стаціонарного лікування у медичних закладах України

Українська система охорони здоров'я стикається з потребою підтримки психічного здоров'я військовослужбовців, які госпіталізовані через бойові поранення. Станом на січень 2025 року в країні налічується від 350 000 до 380 000 військовослужбовців з бойовими пораненнями (NBC News, 2025). Один з найбільших травмоцентрів України – лікарня «Мечникова» в Дніпрі – повідомляє про надходження від 40 до 100 тяжкопоранених військовослужбовців щодня, що становить 1200–3000 госпіталізацій на місяць лише в одному закладі (Burridge et al., 2024). Поєднання високого рівня фізичних травм і пов'язаних із бойовими діями стресових чинників створює складнощі для підтримання психічного здоров'я, адже це перевищує будь-які попередні виклики для української медичної системи, особливо в умовах стаціонару, де фізичну та психологічну реабілітацію потрібно забезпечувати одночасно.

Гострі та посттравматичні стресові розлади (ГСР, ПТСР), а також комплексний ПТСР належать до найпоширеніших станів психічного здоров'я, які спостерігаються у військовослужбовців, що зазнали бойового та оперативного стресу (Armed Forces Health Surveillance Division, 2024; Grieger et al., 2006; Grinsill et al., 2024; McCabe et al., 2021). Поранені в бою більше схильні до травматичних і розладів, пов'язаних зі стресом, ніж їхні побратими, причому тяжкість фізичних поранень тісно корелює з ризиком ПТСР (Grieger et al., 2006; Koren et al., 2005; Prykhodko et al., 2023). Таку вразливість в українському контексті можна також пояснити тим, що більшість військовослужбовців є колишніми цивільними особами, які пройшли лише коротку військову підготовку і недостатньо готові до подолання бойових стресорів (GLOBSEC, 2023). Крім того, ветерани з бойовими пораненнями часто переживають моральну травму, тривогу, депресію та мають проблеми зі сном, які є факторами ризику ПТСР (Bravo et al., 2019; Wounded Warrior Project, 2017). Втім, дослідження показують, що раннє втручання в умовах стаціонару може зменшити симптоми, пов'язані з травмою, і покращити довгострокові результати відновлення (Roberts et al., 2019).

Інтрузивні симптоми, такі як флешбеки, нічні жахи та нав'язливі тривожні спогади, належать до найбільш дезадаптивних проявів травматичного стресу в госпіталізованих військовослужбовців. Ці симптоми не лише знижують загальну функціональність, а й ускладнюють медичне лікування, реабілітацію та процес реінтеграції після виписки. Порушення сну відіграють особливо важливу роль. Нічні жахи та безсоння посилюють відчуття болю, порушують регуляцію настрою та затягують відновлення, створюючи замкнене коло, що перешкоджає як фізичному, так і

психологічному зціленню (Gilbert et al., 2015). Лікарняне середовище може мимовільно підсилювати травматичні реакції. Сенсорні подразники, такі як звукові сигнали моніторів, яскраве освітлення, запах антисептиків або вигляд інших тяжкопоранених пацієнтів, можуть нагадувати пов'язані з бойовими діями стимули та провокувати флешбеки або гіперзбудження (Schumann et al., 2025). Крім того, попри готовність багатьох військовослужбовців звертатися по спеціалізовану психологічну допомогу, перешкоди все ще існують (Bravo et al., 2019). До них належать організаційні та логістичні труднощі, стигма щодо допомоги у сфері психічного здоров'я, страх повторного переживання травми під час терапії та занепокоєння щодо якості чи методів психологічної підтримки (Wounded Warrior Project, 2017). Крім того, психологічні стани часто залишаються поза увагою в хірургічних і травматологічних відділеннях, де основна увага приділяється гострим фізичним травмам (Koren et al., 2005). Для українських фахівців із психічного здоров'я, які працюють у лікарнях, основні виклики полягають у збалансуванні безпосередніх фізичних наслідків бойових поранень із психологічними потребами пацієнтів, усуненні обмеженнь відділень і подоланні ширших системних перешкод, як-от фрагментовані шляхи надання допомоги та дефіцит ресурсів (GLOBSEC, 2023; Gorbunova & Hampton, 2025). Зазначене вище підкреслює необхідність інтеграції структурованих травмофокусованих інтервенцій, таких як Протокол RTM, у надання лікарняної допомоги пораненим військовослужбовцям. Перше впровадження Протоколу RTM в українських лікарнях було здійснено дистанційно цивільними психологами (Gorbunova & Hampton, 2025). Згодом методу навчилися психологи Медичних сил спеціального корпусу в складі Збройних сил України. Впровадження Протоколу RTM в госпітальних умовах пов'язане з адаптацією до унікальних викликів хірургічних і травматологічних відділень.

На відміну від прифронтових умов, лікарні забезпечують відносну фізичну безпеку, проте їхнє середовище містить потужні сенсорні тригери. Крім того, постійні вимоги медичних процедур часто перебивають терапевтичну роботу. Щоб подолати ці виклики, терапевти створюють психологічно безпечні мікропростори у відділеннях (наприклад, використовують ширми, засоби зниження шуму або, коли це можливо, приватні консультаційні кімнати), а також узгоджують сесії адміністрування Протоколу RTM із графіком хірургічних втручань, щоб уникнути переривань. Ці екологічні та процедурні коригування гарантують, що втручання може відбутися без посилення дистресу та без перешкод для необхідного для збереження життя лікування. Пацієнти з бойовими пораненнями часто відчувають біль, втому та обмежену концентрацію уваги через медикаменти або фізичний стан. Тому стандартні сесії Протоколу RTM потребують індивідуального підходу. Терапевти допомагають пацієнтам визначати нейтральні події для візуального тренування, ретельно обирають травматичні спогади для опрацювання й адаптують мову під час сесії, щоб уникнути слів, які можуть викликати асоціації з пораненням чи болем. Сесії також можуть скорочуватися або розбиватися на менші сегменти, щоб врахувати медичну втому, забезпечуючи при цьому терапевтичну безперервність з повагою до фізичних потреб пацієнта. Госпіталізація часто є короткочасною, і пацієнтів нерідко переводять до реабілітаційних центрів або виписують до завершення лікування. Це створює труднощі з безперервністю надання допомоги. Тому фахівці з Протоколу RTM у госпітальних умовах застосовують гібридні моделі, що передбачають початок лікування очно під час перебування в лікарні та продовження терапії онлайн після виписки чи переведення, забезпечуючи послідовність попри фрагментованість шляхів надання допомоги. Зрештою, психологічна підтримка в лікарнях часто відходить на другий план порівняно з лікуванням

фізичних симптомів, а координація між медичними та психологічними командами є обмеженою. Протокол RTM допомагає подолати цей розрив, пропонуючи структурований, короткий метод, який можна гнучко вбудувати в лікарняні робочі процеси. Міждисциплінарні наради та психоедукація медичного персоналу покращують розпізнавання пов'язаних із травмою симптомів і зміцнюють співпрацю між хірургами, медсестрами та психологами. Такий інтегрований підхід підвищує видимість психологічної допомоги в хірургічних відділеннях і зменшує тенденцію нехтувати психологічними потребами.

Перші дані, отримані в ході впровадження протоколу RTM у лікарнях, свідчать про те, що він зменшує симптоми як гострого, так і посттравматичного стресу, покращує якість сну та сприяє реабілітації навіть під час короткострокового перебування в лікарні (Gorbunova & Hampton, 2025). Його адаптивність дає змогу клініцистам опрацьовувати гострі симптоми, не перевантажуючи пацієнтів, а гібридні моделі надання допомоги забезпечують безперервність після виписки. З урахуванням цих коригувань, Протокол RTM можна ефективно адмініструвати в госпітальних умовах, доповнюючи хірургічне лікування та покращуючи результати відновлення для поранених у боях військовослужбовців.

Потенціал протоколу RTM для допомоги українським біженцям у Європі

Повномасштабне вторгнення росії в Україну у 2022 році спричинило масштабну вимушену міграцію мільйонів українців. Станом на 2 вересня 2025 року кількість українців, вимушено переміщених до європейських країн, перевищила п'ять мільйонів, з яких близько 30% становлять діти (UNHCR, n.d.). Поширеність розладів психічного здоров'я серед українських біженців у порівнянні із населенням Європейського Союзу є значно вищою (Eurostat, 2024; UNHCR et al., 2025).

Поширеність ПТСР серед вимушено переміщених українських мігрантів у Європі оцінюється в діапазоні від 15% до 41,2%, залежно від демографічних чинників, регіону походження та контексту приймаючої країни (Bilewicz et al., 2024; Yasenok et al., 2025). Причинами ПТСР є як прямий вплив пов'язаних із війною подій (повітряні обстріли, насильство чи травматичне переміщення з окупованих регіонів тощо), так і до- і постміграційні життєві труднощі: втрата зв'язків із родиною та громадою, економічні труднощі, втрата роботи, зайнятість нижче попереднього рівня кваліфікації, труднощі з мовною адаптацією та обмежений доступ до психологічної допомоги рідною мовою (Karstoft et al., 2025). Крім того, спостерігаються надзвичайно високі показники гострого стресу і травмопов'язаних розладів серед українських біженців невдовзі після переміщення: 93,5% українських біженців від війни мали показники, що відповідали критеріям ГСР, а серед значущих предикторів були прямий вплив насильства, фінансова незахищеність і соціальна ізоляція у приймаючих країнах (Kordel et al., 2024). Типовими українськими біженцями здебільшого є жінки, зокрема одинокі матері, які відповідають за одну або кількох дітей без постійної підтримки чоловіка (UNHCR, n.d.). Цей демографічний контекст часто посилює симптоми травми поряд з іншими психосоціальними стресорами, як-от військова служба чоловіка в Україні.

На ранніх етапах війни кілька європейських країн, зокрема Франція, Литва, Іспанія, Швеція, Бельгія, Данія, Португалія та Словаччина, інтегрували психосоціальну підтримку в адаптаційні заняття або початкові програми інтеграції, надаючи українським біженцям змогу отримати психологічну або соціально-емоційну допомогу під час першого контакту з відповідними службами (Karasapan, 2022). Однак доступ до постійної професійної психологічної чи психіатричної допомоги залишається обмеженим через системні бар'єри в усіх приймаючих країнах ЄС. Біженці

часто мають досвід, пов'язаний із довгими чергами очікування, дефіцитом фахівців із психічного здоров'я, мовними бар'єрами, культурними відмінностями та нестабільністю, яка ускладнює подальший супровід (Kardas et al., 2025; Red Cross EU Office, 2024). Найефективнішими підходами, що застосовуються для біженців і тих, хто шукає притулок, є травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT), десенсибілізація та переопрацювання рухами очей (EMDR) і наративна експозиційна терапія (NET; Macallin & Wynn, 2021; Turrini et al., 2025). Утім, обмеженість ресурсів, тривалий час лікування та високий рівень емоційного навантаження часто перешкоджають застосуванню цих методів у гуманітарних контекстах. У цьому сенсі Протокол RTM як коротка й проста у впровадженні інтервенція є перспективною альтернативою.

Наразі близько третини сертифікованих у роботі з Протоколом RTM українських фахівців проживають у європейських країнах (RTM Protocol, n.d.). Вони підтримують українців за кордоном через системи медичного страхування, проєкти благодійних організацій або приватну консультативну практику (часто дистанційно), адаптуючи Протокол RTM з урахуванням викликів, пов'язаних зі становищем біженців.

Труднощі, з якими мають справу українські біженці, поєднують надзвичайну інтенсивність прямого впливу війни з тривалими стресорами вимушеної міграції, що створює кумулятивний ефект травматизації. Такі переживання, як бомбардування, свідчення актів насильства чи втеча в умовах, що загрожують життю, посилюються постміграційними викликами, зокрема втратою громади, економічною незахищеністю, розлукою з родиною та напруженням, пов'язаним з адаптацією до нової мови й культури. Ключовою перевагою Протоколу RTM у цьому контексті є те, що він не вимагає від клієнта детального вербального опису їхнього травматичного досвіду. Натомість метод працює через техніки керованої візуалізації, що дають змогу реконсолідувати спогади без детального переказу чи повторного переживання. Це робить метод особливо придатним для груп населення, чиї травми є одночасно тяжкими та тривалими, забезпечуючи ефективний шлях до полегшення симптомів і мінімізуючи ризик додаткової психологічної шкоди. Один із викликів – це безпека та стабільність середовища лікування. Біженці часто мешкають у тимчасових центрах розміщення, притулках або приймаючих сім'ях, де приватність обмежена, а переривання сесій трапляються часто. Щоб адаптуватися до цього, клініцисти застосовують Протокол RTM в імпровізованих, проте безпечних просторах, таких як громадські центри, мобільні медичні пункти або навіть онлайн-платформи, вживаючи заходів для подолання перешкод та забезпечення можливості пацієнтам самостійно впоратися з ситуацією, якщо сеанс доведеться перервати. Додатковою перевагою в цьому контексті є стислість Протоколу RTM: він не вимагає багатотижневого чи багатомісячного залучення й забезпечує суттєве зменшення симптомів упродовж 3–5 сесій. Коротший курс лікування не лише знижує ризик відмови від терапії через переїзд або зміну умов проживання, а й підвищує можливість надання ефективної допомоги при травмі в нестабільних і ресурсно обмежених умовах, характерних для біженців. Стигма та недовіра до послуг психічного здоров'я є ще одним бар'єром. Багато біженців применшують свій дистрес або сприймають психологічне лікування як прояв слабкості, що часто вкорінене в культурних установках щодо психічного здоров'я та підсилюється страхом повторної травматизації. Клініцисти, які адмініструють Протокол RTM, долають цей бар'єр, наголошуючи на стислості протоколу, його неінвазивності та уникненні емоційного перевантаження. Ці характеристики зменшують сором і страх осуду, водночас знижуючи ризик травматизації. Коли фахівці презентують клієнтам Протокол RTM як практичний інструмент для

відновлення повсякденного функціонування та допомоги у стабілізації емоційного стану родини, а не як метод лікування психіатричного розладу. Це додатково знижує стигму і опір, підвищує довіру та заохочує звернення по допомогу серед біженців, які інакше могли б уникати психологічної підтримки.

Протокол RTM продемонстрував значний потенціал для інтеграції в громади, які приймають біженців, з врахуванням особливостей, культурного контексту та обмежень системи надання послуг. Цей метод може стати ефективним і масштабованим компонентом підтримки психічного здоров'я біженців у Європі.

Вирішення проблеми пов'язаного із війною ПТСР у дітей: обгрунтування розробки протоколу RTM-C

Триваюче російське вторгнення наразило мільйони українських дітей на обстріли, переміщення, втрати та хронічну незахищеність, спричиняючи тривожно високі показники посттравматичного стресу. Останні дослідження свідчать, що приблизно 44% українських дітей віком 10–17 років мають ознаки можливого посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а серед старших підлітків цей показник зростає до 47% (Olena Zelenska Foundation & Kyiv School of Economics, 2024). Дані іншого дослідження показують, що 68,7% українських дітей, скерованих на професійну психологічну допомогу, мали досвід переживання пов'язаних із війною травматичних подій; майже 70% з них відповідали критеріям DSM-5, а близько 21% – критеріям МКХ-11 для комплексного ПТСР (Pfeiffer et al., 2024). Важливо зазначити, що для постраждалих від війни дітей ПТСР є фактором ризику розвитку інших розладів психічного здоров'я. Повторна травматизація після переміщення підвищує ризик депресії, тривожності, деструктивної поведінки, самоушкоджень тощо (Skrypnyk et al., 2024). Наведені дані та тенденції підкреслюють поширений характер пов'язаної з війною травми, яка не обмежується окремими регіонами, а спостерігається по всій країні. Лікування дитячого ПТСР у цьому контексті викликає значні труднощі для фахівців. Традиційні доказово обґрунтовані методи вимагають тривалого лікування та безпечного терапевтичного середовища. Ці умови часто важко забезпечити в районах України, постраждалих від війни, де медичні служби перевантажені, а нестача персоналу є звичним явищем. Крім того, традиційні терапії травми часто передбачають повторне переказування травматичного досвіду, що підвищує ризик ретравматизації і може бути особливо обтяжливим для дітей.

Протокол RTM пропонує спосіб подолання цих викликів. Спочатку розроблений для дорослих, Протокол RTM є короткою, структурованою інтервенцією, що активує уяву, передбачає мінімальний переказ травматичних подій і може бути легко адаптований до потреб дітей. Наразі розробляється дитяча версія Протоколу RTM (Протокол RTM-C) для дітей віком 6–12 років. Це терапевтичний інструмент, що спирається на основні принципи реконсолідації та адаптований з урахуванням специфіки дитячого ПТСР, а також когнітивного й неврологічного розвитку дітей.

ПТСР у дітей має як спільні риси, так і відмінності порівняно із симптоматикою дорослих. До основних ознак належать інтрузивне повторне переживання травматичних подій (нічні жахіття, флешбеки, нав'язливі образи), уникання нагадувань про травму та підвищене збудження (гіперпильність, надмірні реакції на подразники, дратівливість, труднощі з концентрацією). Однак у дітей симптоми часто виражені менш вербально й більше через поведінку. Молодші діти нерідко демонструють регресивну поведінку (наприклад, енурез, надмірну прив'язаність, втрату раніше набутих навичок), соматичні скарги (біль у животі, головний біль без медичного пояснення) та пов'язану з травмою гру, в якій багаторазово розігруються насильницькі або лякаючі теми (De Young et al., 2011; Scheeringa et

al., 2011). Діти шкільного віку часто демонструють порушення навчання, розсіяність уваги та зниження успішності, тоді як підлітки можуть проявляти ризиковану поведінку, агресію або замкненість (Pynoos et al., 1999). Приблизно з шестирічного віку діти демонструють достатню нейрокогнітивну зрілість, щоб отримувати користь від інтервенцій, заснованих на реконсолідації. У цьому віці в дітей розвиваються необхідні виконавчі та пов'язані з пам'яттю здібності, які підтримуються дозріванням різних структур мозку (Teeter, 2009). Гіпокамп зазнає значного розвитку впродовж середнього дитинства, при цьому функціональна зрілість, необхідна для інтеграції епізодичних деталей у зв'язну наративну пам'ять, формується у віці від 7 до 10 років (Keresztes et al., 2017; Shing et al., 2010). Крім того, у дітей віком 6–14 років спостерігається, що гіпокампальні «риплі» (ripples), ключовий механізм декларативної пам'яті, активуються під час активного відтворення спогадів, що свідчить про наявність у них функціональних механізмів, подібних до дорослих, і підтримує їхню здатність брати участь у завданнях для експліцитної пам'яті (Norman et al., 2023). Утім, префронтальні ділянки мозку, що забезпечують контроль і регуляцію пам'яті вищого порядку, продовжують дозрівати аж до підліткового віку (Gogtay et al., 2004), через що діти менш ефективні у довгостроковій консолідації пам'яті (Ghetti & Bunge, 2012). Ця траєкторія розвитку свідчить про те, що діти приблизно з шести років здатні брати участь у реконсолідації на основі уяви за умови адаптації методу до їхніх когнітивних можливостей.

Щоб врахувати особливості розвитку дітей, Протокол RTM-C потребує кількох ключових модифікацій, які наразі досліджуються. Мова є спрощеною: абстрактні інструкції перекладено у конкретні, відповідні віку наративи та метафори. Терапевтичну роботу підтримують анімовані (мультиплікаційні) інструкції, малюнки та картонні моделі уявного простору («кінотеатр»), що допомагають структурувати уяву та дисоціацію. Важливою для адміністрації Протоколу RTM є структурована участь батьків, яка забезпечує орієнтування, емоційну підтримку та безперервність поза межами терапевтичних сесій. Пріоритет надається процедурам пригадування без стресу, що дають змогу уникнути потреби в детальному переказі травматичних подій; терапевтів навчають своєчасно переривати дистрес і перенаправляти увагу на нейтральні або заземляючі завдання. Зрештою, структура сесій адаптована до потреб розвитку: сесії коротші (приблизно 60 хвилин) і проводяться частіше, а для підтримання залученості та мотивації використовуються стратегії позитивного підкріплення, такі як ігри чи наліпки.

Розроблений Протокол RTM-C зберігає терапевтичний принцип реконсолідації пам'яті, водночас вбудовуючи адаптації, які роблять його відповідним віковому розвитку, безпечним і здійсненним. Ураховуючи специфіку прояву ПТСР у дітей та адаптуючи надання допомоги до їхніх нейрокогнітивних особливостей, Протокол RTM-C є перспективною інтервенцією для постраждалих від війни груп населення. Його стислість і масштабованість особливо актуальні для України, де потреба в допомозі дітям з травмою значно перевищує наявну клінічну спроможність.

Висновки

Досвід впровадження Протоколу RTM у постраждалій від війни Україні демонструє, що коротку, нетравматизуючу та високоструктуровану інтервенцію у роботі з травмою можна ефективно застосовувати в різноманітних і вкрай обмежених умовах. Українські клініцисти, підтримувані міжнародною системою навчання й супервізії, побудували стійку професійну спільноту навіть за умов триваючого конфлікту, руйнування інфраструктури, дефіциту фахівців та інтенсивних оперативних вимог. Польові психологи, які працюють у небезпечних

прифронтових умовах, госпітальні фахівці, які лікують поранених військовослужбовців, і спеціалісти з психічного здоров'я, які допомагають біженцям у Європі, успішно застосували Протокол RTM, розробивши для цього спеціальні процедурні адаптації.

Результати навчання показують, що дедалі більша когорта українських клініцистів, зокрема військових психологів, здатна надійно адмініструвати Протокол RTM після відносно короткої спеціалізованої підготовки. Польові та госпітальні виклики в лікуванні діючих військовослужбовців та ветеранів, такі як нестабільні умови, переривання лікування, емоційне навантаження та логістичні обмеження, стимулювали інновації в дистанційному наданні допомоги, модульному підході до послідовності сесій та управлінні сесіями з урахуванням контексту. Серед біженців RTM пропонує подолання таких бар'єрів, як мовна невідповідність, довгі черги очікування та часті переїзди. Нова адаптація протоколу для дітей є важливим кроком уперед, що відповідає потребам українських дітей.

Оскільки попит на масштабоване, ефективне лікування травми продовжує зростати, Протокол RTM пропонує реальний шлях до посилення спроможності системи охорони психічного здоров'я в Україні та серед переміщених груп населення за кордоном. Його впровадження підкреслює важливість гнучких, доказово обґрунтованих інтервенцій, сумісних із нестабільними, високострес овими та обмеженими у ресурсах умовами. Подальше навчання, емпіричне оцінювання та клінічні інновації матимуть вирішальне значення для подальшої інтеграції Протоколу RTM у національні системи лікування травми та для підтримки відновлення постраждалих від війни військовослужбовців, цивільних осіб і дітей.

Оригінал статті

Gorbunova, V., Savychenko, O., Capec, S., Bezmenov, D., Baieva, L., Shyriaieva, T., & Hampton, R. (2026). RTM protocol's developments in war-affected Ukraine: Professional training, field challenges, and procedural adaptations. European Psychologist. Advance online publication. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000589

Подяка

Автори висловлюють щиру подяку всім українським фахівцям із психічного здоров'я, військовим психологам і клінічним психологам, які долучилися до впровадження та адаптації Протоколу RTM в надзвичайно складних умовах. Ми також глибоко вдячні українським військовослужбовцям і цивільним особам, які довірили нам свої історії та поділилися своїм досвідом, зробивши можливою цю роботу.

Конфлікт інтересів

Перша авторка, Вікторія Горбунова, є провідною тренеркою з Протоколу RTM в Україні та головною дослідницею наукових ініціатив в Україні, описаних у цій статті. Робін Гемптон є глобальним директором з навчання та освіти в Questa Inc., офіційному провайдері навчання з Протоколу RTM. Усі автори афілійовані з Questa Inc. як члени команди навчання та супервізії й отримують фінансову компенсацію за свою роботу. Однак цю статтю було написано незалежно, без будь-якої фінансової підтримки для її підготовки. Автори підтверджують, що ці афіліації не вплинули на наукову доброчесність, аналіз чи представлення результатів, викладених у цій статті.

Етика публікації

Під час підготовки цієї роботи автори використовували Microsoft Copilot (інструмент штучного інтелекту на основі GPT) для перевірки граматики, мовного вдосконалення та рекомендацій щодо форматування відповідно до норм американської

англійської мови. Після використання цього інструменту автори ретельно переглядали та редагували зміст за потреби й беруть на себе повну відповідальність за цілісність і точність публікації.

Авторський внесок

Вікторія Горбунова: концептуалізація; методологія; управління проєктом; написання – початковий варіант; дослідження; написання — рецензування та редагування; супервізія. Робін Гемптон: дослідження; написання – початковий варіант; супервізія. Ольга Савченко: дослідження; написання – початковий варіант. Сергій Цапець: дослідження; написання – початковий варіант. Данило Безменов: дослідження; написання – початковий варіант. Людмила Баєва: дослідження; написання – початковий варіант. Тетяна Ширяєва: дослідження; написання – початковий варіант. Усі автори схвалили остаточну версію статті, включно з результатами та висновками.

Заява про спільне авторство: Вікторія Горбунова та Робін Гемптон розділяють старше авторство щодо відповідальності за супервізію.

Фінансування

Автори не отримували жодного фінансування на підготовку цієї статті чи представлених у ній матеріалів. Однак деякі дослідницькі проєкти, згадані в цій статті, підтримуються зовнішнім фінансуванням та були згадані у змісті цієї роботи. Серед них: ініціативи, що фінансуються Люксембурзьким національним дослідницьким фондом через програму LuxAid BRIDGES (підтримка першого клінічного випробування Протоколу RTM в Україні) та Українською благодійною організацією «Голоси дітей» (підтримка розробки та дослідження дитячої версії Протоколу RTM). Фінансування на написання, аналіз чи публікацію цієї статті не надавалося.

Про авторів

Вікторія Горбунова (доктор психологічних наук) — психологиня, психотерапевтка та дослідниця Люксембурзького університету. Її робота зосереджена на впровадженні доказово обґрунтованого лікування ПТСР, громадському психічному здоров'ї та зміцненні систем психічного здоров'я. Вона також очолює Національний комітет EuroPsy для України.

Ольга Савиченко (кандидат психологічних наук) — доцент Житомирського державного університету імені Івана Франка та клінічна психологиня Житомирської міської лікарні. Як дослідниця та практикиня, вона зосереджується на проблемах психічного здоров'я в умовах війни, зокрема на бойовій травмі та ПТСР у військовослужбовців і ветеранів.

Сергій Цяпець (кандидат медичних наук) — лікар, психолог і викладач, який досліджує теми, пов'язані зі стресом, в Інституті соціального здоров'я Оломоуцького університету (UPOL), Чехія. Із 2022 року зосереджується на наданні підтримки вимушено переміщеним українцям, зокрема дітям і ветеранам, як онлайн, так і очно.

Людмила Баєва, підполковник — офіцер Збройних Сил України, викладачка Житомирського державного університету імені Івана Франка, військова психологиня та психотерапевтка, що спеціалізується на КПТ. Вона працює з військовослужбовцями в зонах активних бойових дій, на пунктах відновлення й реабілітації, а також у тилових підрозділах підтримки.

Данило Безменов (магістр психології) — офіцер Національної гвардії України та сертифікований коуч з Протоколу RTM. Використовує Протокол RTM, щоб допомагати побратимам по службі полегшувати симптоми стрес-пов'язаних розладів.

Тетяна Ширяєва (кандидат психологічних наук) — психологиня та психотерапевтка, наразі завершує докторську дисертацію з політичної психології у Відкритому університеті (Велика Британія). У своїй роботі як фахівець із психічного здоров'я вона зосереджується на травмі та ПТСР у дітей і дорослих, приділяючи особливу увагу їхньому складному переплетенню із системними негараздами.

Робін Гемптон (магістр, LMHC) має 35 років досвіду в галузі кримінальної юстиції та психічного здоров'я. Вона є глобальною директоркою з навчання та освіти в Questa Inc., директоркою Clear View Concepts,

експерткою-свідком у сімейних судах та виконавчою директоркою Clear View Transformations, що курує пробаційні служби округу.

References

Alberini, C. M. (2005). Mechanisms of memory stabilization: Are consolidation and reconsolidation similar or distinct processes? Trends in Neurosciences, 28(1), 51–56. https://doi.org/10.1016/j.tins.2004.11.001

Armed Forces Health Surveillance Division. (2024). Diagnoses of mental health disorders among active component U.S. Armed Forces, 2019–2023. Medical Surveillance Monthly Report, 31(12), 2–11. Retrieved from https://health.mil/Reference-Center/Reports/2024/12/01/MSMR-Vol-31-No-12-Dec-2024

Bilewicz, M., Babińska, M., & Gromova, A. (2024). High rates of probable PTSD among Ukrainian war refugees: the role of intolerance of uncertainty, loss of control and subsequent discrimination. European Journal of Psychotraumatology, 15(1). https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2394296

Bravo, A. J., Witkiewitz, K., Kelley, M. L., & Redman, J. C. (2019). Prevalence of mental health problems and willingness to participate in a mindfulness treatment: An examination among veterans injured in combat. Mindfulness, 10(5), 953–963. https://doi.org/10.1007/s12671-018-1047-4

Burridge, T. S., Pshemyskiy, O., Roeber, B., & Pavlenko, F. (2024, January 9). Hospital sees 30% rise in wounded Ukrainian soldiers, doctor says. ABC News. https://abcnews.go.com/International/hospital-sees-30-rise-wounded-ukrainian-soldiers-doctor/story?id=106197525

de Rijk, L., Campbell, G., Greenberg, N., & Murphy, D. (2023). Exploring the feasibility of providing Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM) therapy training to clinicians in Ukraine–A service evaluation. European Journal of Trauma & Dissociation, 7(2), Article 100326. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100326

De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. Clinical Child and Family Psychology Review, 14(3), 231–250. https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3

Eurostat. (2024, July). Mental health and related issues statistics. European Commission. Retrieved September 10, 2025, from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics

Fakty ICTV. (2025, June 4). Yaka chyselnist ZSU u 2025 rotsi: skilky viyskovykh perebuvaye na fronti [What is the size of the Armed Forces of Ukraine in 2025: How many military personnel are on the front line]. Fakty ICTV. https://fakty.com.ua/ua/ukraine/20250604-yaka-chyselnist-zsu-u-2025-roczi-skilky-vijskovyh-perebuvaye-na-fronti/

Ghetti, S., & Bunge, S. A. (2012). Neural changes underlying the development of episodic memory during middle childhood. Developmental Cognitive Neuroscience, 2(4), 381–395. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2012.05.002

Gilbert, K. S., Kark, S. M., Gehrman, P., & Bogdanova, Y. (2015). Sleep disturbances, TBI and PTSD: Implications for treatment and recovery. Clinical Psychology Review, 40, 195–https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.008

Global in Mind. (2025). Developing innovative PTSD treatment for children. https://www.globalinmind.eu/portfolio-collections/our-project/developing-innovative-ptsd-treatment-for-children

GLOBSEC. (2023). Scars on their souls: PTSD and veterans of Ukraine. https://www.globsec.org/sites/default/files/2023-09/Scars%20on%20Their%20Souls%20PTSD%20and%20Veterans%20of%20Ukraine.pdf

Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., et al. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. Proceedings of the National Academy of Sciences, 101(21), 8174–8179. https://doi.org/10.1073/pnas.0402680101

Gorbunova, V., & Hampton, R. (2025). The Reconsolidation of Traumatic Memories Protocol's adjustments to the remote treatment of injured Ukrainian military personnel in hospital settings. European journal of psychotraumatology, 16(1), 2499410. https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2499410

Gorbunova, V. (2023, October 12–15). Training interventions for Ukrainian MH professionals for better treatment of people with PTSD [Abstract]. In All together for mental health: Trauma and its prices for humanity (Abstract book). Chisinau, Republic of Moldova: Editura SITECH. Retrieved from https://www.mhasee.org/_files/ugd/c96ce8_7800599704b048acab846744798dc581.pdf

Gray, R. M., Davison, A. S., & Bourke, F. F. (2021). Reconsolidation of Traumatic Memories, The RTM Protocol: Albuquerque trainee results. PsyArXiv. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/PFQG4

Gray, R., & Bourke, F. (2015). Remediation of intrusive symptoms of PTSD in fewer than five sessions: A 30-person pre-pilot study of the RTM Protocol. Journal of Military, Veteran and Family Health, 1(2), 85–92. https://doi.org/10.3138/jmvfh.2996

Gray, R., Budden-Potts, D., & Bourke, F. (2019). Reconsolidation of Traumatic Memories for PTSD: A randomized controlled trial of 74 male veterans. Psychotherapy Research, 29(5), 621–639. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1408973

Grieger, T. A., Cozza, S. J., Ursano, R. J., Hoge, C., Martinez, P. E., Engel, C. C., & Wain, H. J. (2006). Posttraumatic stress disorder and depression

in battle-injured soldiers. The American Journal of Psychiatry, 163(10), 1777–1785. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1777

Grinsill, R., Kolandaisamy, M., Kerr, K., Varker, T., & Khoo, A. (2024). Prevalence of Complex Post-Traumatic Stress Disorder in Serving Military and Veteran Populations: A Systematic Review. Trauma, violence & abuse, 25(4), 3377–3387. https://doi.org/10.1177/15248380241246996

Implemental. (n.d.). Training for RTM™ therapy in Ukraine. Implemental. Retrieved November 25, 2025, from https://implemental.org/training-for-rtm-therapy-in-ukraine/

Johnson, R. J., Antonaccio, O., Botchkovar, E., & Hobfoll, S. E. (2022). War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 57(9), 1807–1816. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9.

Karasapan, O. (2022, October 14). Ukrainian refugees: Challenges in a welcoming Europe. Brookings Institution. https://www.brookings.edu/articles/ukrainian-refugees-challenges-in-a-welcoming-europe/

Kardas, P., Mogilevkina, I., Aksoy, N., Ágh, T., Garuoliene, K., Lomnytska, M., Istomina, N., Urbanaviče, R., Wettermark, B., & Khanyk, N. (2025). Barriers to healthcare access and continuity of care among Ukrainian war refugees in Europe: Findings from the RefuHealthAccess study. Frontiers in Public Health, 13. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1516161

Karstoft, K.-I., Bjørndal, L. D., Pedersen, A. A., Korchakova, N., Power, S. A., Morton, T. A., Koushede, V. J., Thøgersen, M. H., & Hall, B. J. (2025). Associations of war exposures, post-migration living difficulties and social support with (complex) PTSD: A cohort study of Ukrainian refugees resettled in Denmark. Social Science & Medicine, 376, 118080. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118080

Keresztes, A., Bender, A. R., Bodammer, N. C., Lindenberger, U., Shing, Y. L., & Werkle-Bergner, M. (2017a). Hippocampal maturity promotes memory distinctiveness in childhood and adolescence. Proceedings of the National Academy of Sciences, 114(34), 9212–9217. https://doi.org/10.1073/pnas.1710654114

Kordel, P., Rządeczka, M., Studenna-Skrukwa, M., Kwiatkowska-Moskalewicz, K., Goncharenko, O., & Moskalewicz, M. (2024). Acute Stress Disorder among 2022 Ukrainian war refugees: a cross-sectional study. Frontiers in Public Health, 12, 1280236. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1280236

Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: A matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. The American Journal of Psychiatry, 162(2), 276–282. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.276

Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2023). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. The Lancet regional health. Europe, 36, 100773. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773

Macallin, A., & Wynn, R. (2021). Narrative exposure therapy for refugees and asylum seekers with PTSD: A review of the literature. European Psychiatry, 64(S1), S448–S449. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1198

Ministry of Defense of Ukraine. (2025, July 8). Do psykholohichnoho vidnovlennia viiskovykh zaluchatymut tsyvil'nykh psykholohiv: Minoborony pidhotuvalo novu model' pidtrymky [Civilian psychologists will be involved in the psychological recovery of military personnel: The Ministry of Defense has developed a new support model]. Ministry of Defense of Ukraine. https://mod.gov.ua/news/do-psihologichnogo-vidnovlennya-vijskovih-zaluchatimut-czivilnih-psihologiv-minoboroni-pidgotuvalo-novu-model-pidtrimki

McCabe, C. T., Watrous, J. R., Eskridge, S. L., & Galarneau, M. R. (2021). Mental and physical health, and long-term quality of life among service members injured on deployment. Health and Quality of Life Outcomes. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01852-3

Ministry of Health of Ukraine. (2023). Pro orhanizatsiiu nadannia psykhosotsialnoi dopomohy naselennyu [On the organisation of psychosocial assistance to the population] (Order No. 2118). Ministry of Health of Ukraine. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24

Ministry of Veterans Affairs of Ukraine (n.d.). Analitychna informatsiia za danymy Yedynoho derzhavnoho reiestru veteraniv viiny [Analytical information from the Unified State Register of War Veterans]. Retrieved September 4, 2025, from https://data.mva.gov.ua/

National Health Service of Ukraine. (2024, July 3). A significant increase in PTSD cases has been recorded in the eHealth system over the past two years. https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zbi-1203

NATO Standardization Office. (2019). AMedP-8.6: Forward mental healthcare (Edition B, Version 1). NATO Allied Medical Publication. https://www.coemed.org/files/stanags/03_AMEDP/AMedP-8.6_EDB_V1_E_2564.pdf

NBC News. (2025, February 16). Read the full transcript: Ukrainian President Volodymyr Zelenskyy interview. NBC News. https://www.nbcnews.com/politics/politics-news/read-full-transcript-ukrainian-president-volodymyr-zelenskyy-interview-rcna192389

Norman, Y., Dorfmüller, G., Taussig, D., Dorison, N., Fohlen, M., Chipaux, M., Ferrand-Sorbets, S., Bulteau, C., Harel, M., Malach, R., & Levy, M. (2023). Hippocampal ripples linked to declarative memory judgments in children. bioRxiv. https://doi.org/10.1101/2023.09.19.558300

Olena Zelenska Foundation & Kyiv School of Economics Institute. (2024). Future Index: Children's well-being index 2023 [Report]. Kyiv School of Economics. https://kse.ua/wp-content/uploads/2024/05/ENG_report.pdf

Pfeiffer, E., Garbade, M., & Sachser, C. (2024). Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment-seeking sample of Ukrainian children during the war. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 18(25). https://doi.org/10.1186/s13034-024-00715-1

Phelps, E. A., & Hofmann, S. G. (2019). Memory editing from science fiction to clinical practice. Nature, 572(7767), 43–50. https://doi.org/10.1038/s41586-019-1433-7

Pinchuk, I., Yachnik, Y., Goto, R., & Skokauskas, N. (2025). Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. International journal of mental health systems, 19(1), 11. https://doi.org/10.1186/s13033-025-00667-9

Prykhodko, I., Matsehora, Y., Kryvokon, N., Hunbin, K., Kovalchuk, O., Antusheva, N., & Filonenko, L. (2023). Manifestations of post-traumatic stress in military personnel after participating in hostilities in the Russian-Ukrainian war. European Journal of Clinical and Experimental Medicine, 21(4), 776–784. https://doi.org/10.15584/ejcem.2023.4.19

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (2009). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. Biological Psychiatry, 46(11), 1542–1554. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00262-0

Red Cross EU Office. (2024, February 23).Safe but uncertain: Two years after displacement from Ukraine. https://redcross.eu/latest-news/safe-but-uncertain-two-years-after-displacement-from-ukraine

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology, 10(1), Article 1695486. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486

Rona, R. J., Fear, N. T., Hull, L., Greenberg, N., Earnshaw, M., Hotopf, M., & Wessely, S. (2007). Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces: First phase of a cohort study. BMJ (Clinical Research Ed.), 335(7620), 603. https://doi.org/10.1136/bmj.39274.585752.BE

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. Depression and Anxiety, 28(9), 770–782. https://doi.org/10.1002/da.20736

Schumann, A. Y., Uhde, T. W., Houghton, D. C., Yang, Q. X., & Cortese, B. M. (2025). Odor-enhanced visual processing in PTSD. NeuroImage, 309, 121072. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2025.121072

Shing, Y. L., Werkle-Bergner, M., Brehmer, Y., Müller, V., Li, S.-C., & Lindenberger, U. (2010).Episodic memory across the lifespan: The contributions of associative and strategic components. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 34(7), 1080–1091. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.002

Skrypnyk, T., Martsenkovsky, I., & Martsenkovska, I. (2024). A longitudinal study of child and adolescent psychopathology in conditions of the war in Ukraine. European Psychiatry, 67(S1), S74–S75. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.199

Teeter, P. A. (2009). Neurocognitive interventions for childhood and adolescent disorders: A transactional model. In C. R. Reynolds & E. Fletcher-Janzen (Eds.), Handbook of clinical child neuropsychology (3rd ed., pp. 427–458). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78867-8_19

RTM Protocol. (n.d.). Certified providers. https://thertmprotocol.com/certified-providers

Turrini, G., Purgato, M., Cadorin, C., Bartucz, M., Cristofalo, D., Gastaldon, C., ... & Barbui, C. (2025). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for PTSD, depression, and anxiety in asylum seekers, refugees, and other migrant populations: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled studies. The Lancet Regional Health – Europe, 48, 101152. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101152

Tylee, D. S., Gray, R., Glatt, S. J., & Bourke, F. (2017). Evaluation of the reconsolidation of traumatic memories protocol for the treatment of PTSD: A randomized wait-list controlled trial. Journal of Military, Veteran and Family Health, 3(1), 21–33. https://doi.org/10.3138/jmvfh.4120

UNHCR, IOM, UNFPA, UNICEF, UN Women, & WHO. (2025, February 7). Navigating health and well-being challenges for refugees from Ukraine (2nd ed.). The UN Refugee Agency. Retrieved September 10, 2025, from https://data.unhcr.org/en/documents/details/114251

UNHCR. (n.d.). Ukraine situation. The UN Refugee Agency. Retrieved September 10, 2025, from https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine

World Health Organization. (2025, February 24). Three years of war: Rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation

Wounded Warrior Project. (2017). 2017 annual warrior survey [Report].

https://www.woundedwarriorproject.org/media/jpgfy5ev/2017-wwp-annual-warrior-survey.pdf

Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M., & Zhang, L. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. PLOS ONE, 10(3), e0120270. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120270

Yasenok, V., Baumer, A. M., Petrashenko, V., Kaufmann, M., Frei, A., Rüegger, S., ... & Puhan, M. A. (2025). Mental health burden of persons living in Ukraine and Ukrainians displaced to Switzerland: the mental health assessment of the Ukrainian population (MAP) studies. BMJ global health, 10(8), e019557. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-019557