

ПСИХОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ОСОБИСТОСТІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Куліш О. В.

кандидат педагогічних наук, доцент,

доцент кафедри психології

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

вул. О. Дашкевича, 24, Черкаси, Україна

orcid.org/0000-0003-3070-9646

alenakulich24@gmail.com

Сірик І. В.

кандидат психологічних наук, доцент,

доцент кафедри психології, глибинної корекції та реабілітації

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

вул. О. Дашкевича, 24, Черкаси, Україна

orcid.org/0000-0003-2229-5690

Irinkasirik@gmail.com

Ключові слова:

*травматичний стрес,
травма, психокорекційна
програма, дезадаптація,
критерії, симптоми.*

У статті розкрито сутність поняття «посттравматичний стресовий розлад». Описано основні критерії та симптоми посттравматичного стресового розладу. Проаналізовано основні джерела виникнення посттравматичного стресового розладу у житті людини: війни, катастрофи, дорожньо-транспортні пригоди, стихійні лиха, техногенні катастрофи тощо. Зроблено акцент на понятті психологічної травми та її впливові на психіку особистості. Розкрито наслідки пережитої травматичної події на особистість на поведінковому, когнітивному, емоційному, психосоматичному та симптоматичному рівнях. Проаналізовано основні підходи та методи психотерапії особистості, яка має посттравматичний стресовий розлад. Розглянута проблема психологічної допомоги людям, які постраждали від травматичних подій і страждають на посттравматичний стресовий розлад. Описано основні психотерапевтичні підходи до роботи з особистістю, яка має посттравматичні стресові розлади, такі як: арт-терапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, медичні підходи до лікування людей з посттравматичним стресовим розладом та інші. Наведено дані окремих метааналізів, згідно з якими в рамках когнітивно-поведінкової терапії розробляються найбільш ефективні методи втручання. У роботі описані результати емпіричного дослідження учасників бойових дій, у яких під час діагностики було підтверджено наявність посттравматичного стресового розладу. Для військовослужбовців було розроблено психокорекційну програму з комплексом психокорекційних та психотерапевтичних методів з метою допомоги у подоланні посттравматичного стресового розладу. Психокорекційна програма спрямована на вираження почуттів та емоцій, соціальну підтримку, заохочення нормальної реакції на травматичну ситуацію, покращення стану військовослужбовців на поведінковому, когнітивному рівнях. Після проходження програми ми засвідчили зміни в психоемоційній, поведінковій та комунікативній сферах військовослужбовців. Знизився рівень тривожності, песимізму, почуття провини, дратівливості та підвищився рівень адаптивності.

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOCORRECTION OF A PERSON WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Kulish O. V.

*Ph.D. of Pedagogical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Psychology
Bohdan Khmelnytsky National University of Cherkasy
O. Dashkevycha str., 24, Cherkasy, Ukraine
orcid.org/0000-0003-3070-9646
alenakulish24@gmail.com*

Siryk I. V.

*Ph.D. of Psychological Sciences, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Psychology,
Deep Correction and Psycho-Social Rehabilitation
Bohdan Khmelnytsky National University of Cherkasy
O. Dashkevycha str., 24, Cherkasy, Ukraine
orcid.org/0000-0003-2229-5690
Irinkasirik@gmail.com*

Key words: *traumatic stress, trauma, psychocorrection program, maladaptation, criteria, symptoms.*

The article reveals the definition of posttraumatic stress disorder. The main criteria and symptoms of posttraumatic stress disorder have been described. The key sources of posttraumatic stress disorder in human life have been considered, namely wars, catastrophes, road accidents, natural disasters, technological hazards etc. The emphasis has been made on the concept of psychological trauma and its impact on the psyche of the individual. The consequences of traumatic event on the personality at the behavioral, cognitive, emotional, psychosomatic and symptomatic levels have been found. The main approaches and methods of psychotherapy of a person who has got posttraumatic stress disorder have been reviewed. The problem of psychological assistance for people who have suffered from traumatic events and suffer from posttraumatic stress disorder has been addressed. The essential psychotherapeutic approaches of work with a person who has posttraumatic stress disorder have been highlighted such as art therapy, cognitive behavior psychotherapy, medical approaches to the treatment of people with posttraumatic stress disorder. The data of some meta-analyses, according to which the most effective methods of intervention are developed, have been provided. The paper highlights the outcomes of an empirical study of combatants who had posttraumatic stress disorder confirmed during the diagnosis. The psychocorrection program with a set of psychocorrectional and psychotherapeutic methods with the aim to help overcome posttraumatic stress disorder has been worked out for servicemen. The psychocorrection program focuses on expressing feelings and emotions, social support, encouraging a normal response to a traumatic situation, improving the cognitive perception of servicemen. When the program had been completed, we witnessed some changes in the psychoemotional behavioral and communicative areas of servicemen. The level of anxiety, pessimism, guilt, irritability has decreased and the level of adaptability has increased.

Постановка проблеми. У сучасному світі людина постійно піддається різним впливам з навколишнього середовища. У житті є багато джерел психічної травматизації індивіда, і симптоми

посттравматичного розладу не рідкість серед оточуючих людей. Війни, терористичні акти, захоплення заручників, насильство, злочини, дорожньо-транспортні пригоди, стихійні лиха і

технологічні катастрофи – це травматичні події, які, звичайно, не висчерпують перелік, але, ймовірно, трапляються майже з кожною людиною у житті. Вищезазначене актуалізувало необхідність досліджень з проблеми адаптивних здібностей людини в умовах травматичного стресу.

Здебільшого підтримка оточуючих, подолання неминучих загроз, психологічна корекція і психотерапія допомагають людині подолати наслідки психологічної травми, адаптуватися і відновити свій стан після посттравматичного стресового розладу з часом. До травматичних подій належать події, які не зачіпають одну людину чи декілька людей, а, на жаль, можуть впливати на цілі громади, загрожуючи та змінюючи життя мешканців міст, регіонів та країн. Сюди входять стихійні лиха, терористичні акти і бойові дії, під час яких люди стають свідками смерті, втрачають свої домівки, зазнають тортур і стикаються з необхідністю переїхати з місця проживання і почати нове життя. Такі події, враховуючи раптовість, масштаби та наслідки, а також труднощі адаптації до нових умов, становлять найбільший ризик щодо розвитку, загострення та протікання стресових розладів.

Зазначене вище вимагає негайної мобілізації знань, внутрішніх ресурсів та громадянської активності не лише військових і політиків, а і фахівців таких професій, як лікарі, психологи, педагоги та інші. Часто, незважаючи на високу внутрішню готовність долучитися до спільної справи збереження суверенітету своєї держави, людям не вистачає практичних знань і досвіду, щоб ефективно виконувати свої професійні функції у ситуації, що склалася.

Мета статті – проаналізувати наявні підходи та методи психокорекції та психотерапії особистості з ПТСР.

Проблема посттравматичних стресових розладів стає останніми роками все більш актуальною. Це пов'язано з тим, що в усьому світі і в Україні в тому числі є багато осередків напруженості, що супроводжуються активними бойовими діями. Ситуація бойових дій призводить до виражених змін функціонального стану психічної діяльності, що характеризуються розвитком надзвичайно сильних негативних емоцій, таких як страх, тривога, розумова і фізична перевтома. Посттравматичні стресові розлади у людей, які перебували або брали участь у бойових діях, призводять до виникнення відчуття швидкоплинності майбутнього життя і звуження кола інтересів. Це значно ускладнює їхню соціальну адаптацію в мирному житті. Тому набуває актуальності тема психокорекційних та психотерапевтичних впливів на особистість з ПТСР з метою її подальшої адаптації до умов життя та адаптивного функціонування у соціумі.

У рамках статті необхідно охарактеризувати поняття «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) – це неспсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати низку психічних і поведінкових порушень [1, с. 80]. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес. Ознаками, за якими ми можемо діагностувати наявність ПТСР у особистості, є наявність травмуючої події та реакція людини на пережиту подію. Якщо травмівна подія була незначною, то у людини може спостерігатися тривожність, яка зазвичай проходить впродовж годин або декількох днів, якщо ж травма була значною для психіки особистості або мала повторення, то хвороблива реакція може зберігатися роками [2]. Критеріями ПТСР є: наявна травматична подія; повторне переживання події (флешбеки, сновидіння); уникнення; когнітивні та емоційні порушення; підвищена тривожність; тривалість більше місяця тощо. Симптоми ПТСР можна умовно поділити на три групи. Не кожна людина переживає всі перелічені нижче симптоми, також вони можуть змінювати свою інтенсивність у часі. Симптоми повторного переживання: спогади про пережиту травмівну подію, флешбеки, порушення сну, сильні емоційні реакції у разі нагадування про травматичну подію, сильні фізичні реакції тощо. Уникнення і заціпеніння: людина схильна уникати нагадування про травмуючу подію, яка нагадує неприємні емоції та спогади; відчувувати ситуацію або уникати взаємодії з оточуючими, що може призвести до самотності та депресії. Нездатність розслабитись. Людина перебуває у стані напруження, передчуває ймовірну небезпеку що призводить до таких симптомів, як: порушення сну, дратівливість, труднощі у концентрації уваги, постійна готовність до небезпеки [3, с. 38].

Діагностування ПТСР, як це сформульовано у DSM-5, передбачає повне виконання групи критеріїв (A-H) – наявність факту психотравми, одночасну наявність симптомів із всіх чотирьох кластерів, тривалість понад 1 місяць, значне страждання людини або порушення її функціонування, відсутність іншої причини розладу. Посттравматичний стресовий розлад діагностується у значній кількості дітей та дорослих, які стали свідками війни, стихійних лих, катастроф тощо. Основні діагностичні критерії, що описані в найбільш визнаному посібнику з діагностики та статистики психічних розладів «DSM-5» [4], включають:

- безпосередній контакт зі смертю;
- стійке уникнення травмуючих спогадів і нагадувань про подію;
- негативні зміни в думках і настроях;
- видимі зміни реакційної здатності;

- тривалість симптомів більше одного місяця;
- серйозні страждання та порушення важливих сфер життя.

Таким чином, вплив травми передбачає одну з таких ситуацій: особистий досвід бути свідком, страждати надмірними переживаннями або смертю близьких, а також повторні зустрічі з нестерпними деталями травматичної події (коли людина бачить руйнування, пожежі, людські останки тощо). Детально аналізуються симптоми, щоб уникнути діагностичних помилок. Вторгнення включають obsесивно-компульсивний розлад, кошмари, дисоціативні реакції (спогади), серйозні психологічні страждання та фізіологічні реакції у разі зіткнення з коментарями (тригерами) травматичної події.

Уникнення – це значні зусилля, спрямовані на усунення неприємних спогадів, думок і почуттів, а також уникнення зустрічей з людьми та ситуаціями, розмови та виконання будь-яких дій, які певним чином нагадують травму. Зміна думок і настрою пов'язана з пригніченням спогадів, викривленням уявлень про саму подію, її причини та наслідки, стійкими негативними емоційними станами, значним зниженням інтересу до життя і роботи, почуттям відчуженості та нездатністю переживати позитивні почуття, тобто такі почуття, як радість чи щастя [5].

Зміни реактивності включають драгівливість і спалахи гніву, ризиковану поведінку та поведінку, що спрямована на заподіяння собі шкоди, надмірну пильність, перебільшену реакцію страху, проблеми з концентрацією уваги та розлади сну. Багато внутрішньо переміщених осіб зі Сходу України, добровольців армії, охорони, бойових та спеціальних операцій, а також добровольців, які підтримують та озброюють добровольчі батальйони та рядові збройні сили, зазнали поранень, травм. Вони також відчувають деякі симптоми (хворобливі спогади про травматичні події, тривожні сни, повторення болю та страху, підвищений рівень агресії, почуття провини, виражену збудливість та когнітивні порушення) і тому належать до групи ризику посттравматичного стресового розладу [6].

Відповідно до МКХ-10 «травматичний стрес характеризується глибокими негативними переживаннями, які виникають у людини, яка пережила щось за межами звичайного людського досвіду – небезпеку, смерть чи поранення іншої людини, участь у бойових діях, зґвалтування, стихійні лиха, катастрофи тощо» [7, с. 50]. Стресори – це травматичні події – екстремальні кризи, які мають надзвичайно негативні наслідки, ситуації, що загрожують власному життю чи життю близьких.

Посттравматичний стрес призводить до виникнення у особистості дезадаптивної поведінки, психічних відхилень і до психосоматичних захво-

рювань. Це означає, що порушуються основні соціально-біологічні фактори адекватності особистості у сфері її життєдіяльності, що потребує організації цілеспрямованого процесу психокодекції, психотерапії або навіть реабілітації.

«Єдиної теорії патогенезу посттравматичних стресових розладів немає. Тому багато дослідників і клініцистів, ґрунтуючись на різних гіпотезах, запропонували різні психологічні й інші моделі: психодинамічну, когнітивну, психосоціальну, психобіологічну, умовно-рефлекторну і розроблену в останні роки мультифакторну модель ПТСР» [8, с. 112]. Опишемо підходи до психотерапевтичної роботи з особистістю у разі ПТСР. Останні події призвели до швидкого поширення тривожно-стресових розладів і, як наслідок, до зростання попиту на отримання психологічної допомоги. На конференції Української асоціації спеціалістів з подолання наслідків психотравмуючих подій у 2015 році були представлені доповіді та майстер-класи, на яких презентовано метод арт-терапії, клієнт-орієнтований, тілесно-орієнтований та когнітивно-поведінковий підходи та методи роботи психолога з особами, які страждають на посттравматичний стресовий розлад.

Найбільш відомими підходами у психотерапії у роботі з людьми з ПТСР (ефективність яких вивчають і часто порівнюють) є програми управління стресом, підтримуюча недирективна психотерапія, гіпнотерапія, психодрама, а також психодинамічна, когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія та інші. Ефективними є ті методи, що розроблені та безпосередньо спрямовані на роботу із симптомами посттравматичного стресового стану особистості.

Когнітивно-поведінкова психотерапія зосереджена на роботі з травмою та методі анестезії та пропрацювання травматичної пам'яті за допомогою рухів очей (EMDR). Психотерапія за цим підходом включає різноманітні схеми втручання, спрямовані на переоцінку травматичних подій. Основними методами травматичних втручань є тривала експозиція, когнітивна обробка, когнітивна реструктуризація, а також реконструкція наративу.

Найефективнішою когнітивно-поведінковою психотерапією у роботі з людьми, які страждають на ПТСР, вважається когнітивна терапія, що запропонована А. Елерсом та Д. Кларк [9].

Його неофіційна назва «Оксфордський підхід до терапії посттравматичного стресового розладу» походить від асоціації з авторами Оксфордського центру тривожних розладів і травм. Зауважимо, що сила статистичного ефекту послаблення симптомів ПТСР між початком і закінченням терапії порівняно з контрольною групою для цього підходу становить 2,7–2,82% (для власних звітів) і 2,07% (для клінічних випробувань), а частка учас-

ників, що вибули, не перевищує 3%, що є найкращими показниками порівняно з іншими когнітивно-поведінковими схемами втручання у роботі з посттравматичними розладами.

Методи, які ефективно використовуються в процесі корекції та лікування ПТСР, можна розділити на чотири категорії.

1) Освітні. Вони включають обговорення книг і статей, ознайомлення з основними поняттями фізіології та психології. Наприклад, просто знайомство з клінічними симптомами посттравматичного стресового розладу допомагає людям усвідомити, що їхні переживання та труднощі не є унікальними, «нормальними» у поточній ситуації.

2) Друга група методів – у сфері цілісного ставлення до здоров'я. Здоровий спосіб життя з достатньою фізичною активністю, правильним харчуванням, утриманням від зловживання алкоголем і наркотиками є основою для швидкого та ефективного відновлення після травматичних подій.

3) До третьої категорії належать методи, що підвищують соціальну підтримку та соціальну інтеграцію. Сімейна та групова терапія, розвиток центрів самодопомоги, створення та підтримка громадських організацій є важливими для соціальної реабілітації.

4) Четверта категорія – це сама терапія. Це передбачає роботу над горем, страхом, психосоматикою, травмуючими спогадами. Процес терапії може бути тривалим [10, с. 176].

Усі методи поведінкової терапії, які слід застосовувати у разі посттравматичного стресового розладу, слід розділити на дві групи:

- техніки короточасного полегшення;
- прийоми довготривалих змін [2].

Залежно від кожного індивідуального випадку підбирається той чи інший підхід.

Результати дослідження. Нами проведено низку емпіричних досліджень особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу та особливостей надання психологічної допомоги військовослужбовцям, що перебували у зоні АТО. У клініко-динамічному плані розрізняють гострі, хронічні та відстрочені посттравматичні стресові розлади. Є класифікація посттравматичних реакцій, які свідчать про стан соціально-психологічної дезадаптованості у військовослужбовців, які перебували в зоні АТО.

Перша з категорій посттравматичних реакцій – це пізнавальні. Пізнавальні посттравматичні реакції включають: кошмари, що сформовані з епізодів участі в конфліктах; труднощі з концентрацією уваги і запам'ятовування; підвищення рівня тривожності, що призводить до перенапруги регуляторних механізмів і неадекватної поведінкової реакції.

Друга категорія посттравматичних реакцій – поведінкові реакції. На поведінковому рівні зміни в поведінці проявляються у соціальній ізоляції від оточуючих, можливими є роздратування без причини, посилення конфліктних ситуацій тощо [6].

Емоційні реакції становлять ще одну, третю групу посттравматичних реакцій. Під емоційними реакціями в цьому контексті розуміється стан заціпеніння, поглиблення у особистий світ, свої переживання, відсутність інтересу до своїх справ, вони вже не приносять задоволення. Знервованість у стосунках з іншими людьми, постійні вибухи гніву, надмірна дратівливість. Характерними є відчуття порожнечі або безнадійності щодо майбутнього. При цьому з припиненням впливу вражаючих факторів нормалізація функціонального стану не настає, що свідчить про наявний депресивний афективний розлад. Депресія виявляється в зниженні самооцінки, переорієнтації наявних норм і цінностей.

Четверту групу посттравматичних реакцій можна визначити як соматичні реакції. Вони включають різкі головні болі, безсоння, болі в шлунку, м'язову напругу, тахікардію, пропасний стан. Усі ці симптоми без лікування можуть призвести до найтяжчих психосоматичних захворювань.

Виходячи із критеріїв ПТСР та наслідків пережитих травмуючих ситуацій на психіку особистості в нашому дослідженні ми застосували методики: «Міссісіпська шкала (військовий варіант)», «Шкала депресії Бека» та психокорекційні і психотерапевтичні методи допомоги [7]. Вищезазначені методики дозволили виявити наявність чи відсутність ПТСР, рівень депресії у військових та породжені депресивними станами витікаючі тенденції психіки на поведінковому, когнітивному та емоційному рівнях. Після чого було застосовано психокорекційні та психотерапевтичні методи у роботі з людьми з ПТСР, що сприяли оптимізації їхнього психоемоційного стану. У дослідженні взяли участь 26 чоловіків віком від 21 до 33 років, які перебували в зоні АТО і брали активну участь у військових операціях.

Згідно з результатами проведеного «Міссісіпського опитувальника» (військовий варіант) із 26 учасників дослідження у 4 (26%) осіб показники перевищували норму, що дозволило констатувати у них наявність ПТСР. У 7 (27%) осіб виявили високу адаптивність до умов, у 15 (58%) осіб – середні показники, що не дозволяє констатувати наявність ПТСР. У осіб, в яких ми виявили ПТСР, також високий бал за критерієм виявлення почуття провини та виникнення суїцидальних думок. У ході обробки методики «Шкала депресії Бека» нами було виявлено такі результати: із 26 досліджуваних у 4 (16%) учасників відсутні депресивні симп-

томи; у 12 (43%) учасників «легка» форма депресії; у 6 (25%) учасників виявлено помірний рівень депресії; у 4 (16%) – «критичний» рівень депресії.

До учасників, у яких виявлено «критичний» рівень депресії та «помірно» виражену депресію, було застосовано психотерапевтичні та психокорекційні техніки, які було включено до психокорекційної програми. Кількість учасників групи становила 10 осіб, що є оптимальною. В психокорекційну програму входили методики: арт-терапії, проєктивні методики, когнітивно-поведінкові техніки, гештальт-терапія, екзистенціальна терапія, логотерапія та інші.

Після проведення психокорекційної програми повторно проведено діагностування за допомогою «Міссісіпської шкали (військовий варіант)». Ми отримали такі результати: у 3 учасників зменшився показник, але все ж таки свідчить про наявність ПТСР. У 1 особи показник з високого рівня змінився на середній, що може свідчити про зменшення симптомів ПТСР. У решти учасників зменшився загальний бал, 6 осіб, у яких результати були пограничними, тепер мають середній показник. Адаптивність у всіх учасників зросла. Також у всіх учасників зменшились бали за окремими показниками, такими як: почуття провини, песимізм, безсоння; печаль, дратівливість, наявність суїцидальних думок. Безумовно, психотерапевтична робота – це довготривалий процес у часі і має тривати з певною періодичністю для отримання кращих результатів.

Зазвичай первинна реабілітація військовослужбовців, які отримали психічні травми, здійснюється безпосередньо у військовій частині. Виходячи з цього, на командирів, військових психологів та інших посадових осіб частин і підрозділів покладається відповідальність за організацію та практичне здійснення реабілітаційних заходів. Основними завданнями на цьому етапі реабілітації будуть: відновлення фізичної та розумової працездатності, емоційно-вольової стійкості; повернення до військово-професійної діяльності, відновлення здоров'я, закріплення позитивної

установки на продовження службової діяльності; проведення профілактичних заходів з метою попередження рецидивів психічних розладів, збереження і зміцнення психічного здоров'я. Психокорекційна програма дозволила покращити когнітивне сприйняття, вираження почуттів і емоцій, адаптаційні поведінкові механізми, соціальну підтримку, заохочення нормальної реакції на травматичну ситуацію, фокусування на адаптивних процесах, способи подолання наслідків травми тощо.

Висновки. Стрес може бути особливо важким, коли він викликаний надзвичайно загрозовою або катастрофічною ситуацією. Згідно з аналізом літературних джерел, критерії проявів та наслідків стресової реакції суттєво не змінилися. Натомість змінилися погляди дослідників на природу, на вплив ПТСР на особистість та на методи роботи з ним. Ці зміни знайшли відображення у розробці нових методів діагностики посттравматичного стресового розладу, які входять до діагностичних критеріїв кожної сучасної класифікації. Велике значення мають вчасна діагностика, лікування, корекція, профілактика та реабілітація осіб з ПТСР. Вирішення цього питання вимагає комплексного підходу і має включати як психотерапію, так і психокорекцію, в деяких випадках і реабілітацію. Згідно з результатами наших емпіричних досліджень, можна зробити висновок, що вчасно проведена психокорекція та психотерапія особистостям з ПТСР допомагає зменшити прояв симптомів, характерних для ПТСР, знизити їх вплив на когнітивному, поведінковому та емоційному рівнях. За нашими спостереженнями досить багато військовослужбовців, які повертаються із зони АТО, мають ознаки ПТСР і потребують допомоги психологів, щоб підвищити рівень адаптації до нових умов життя. Однак, на жаль, не всі готові до довготривалої психокорекційної роботи, тому вагомими є допомога і підтримка з боку рідних. Оскільки поставлена проблема є актуальною у всьому світі, тому перспективи подальших досліджень не втрачають своєї актуальності в контексті психокорекції та психотерапії особистості з ПТСР.

ЛІТЕРАТУРА

1. Малкіна-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Москва : Эксмо. 2005. 960 с.
2. Карвацька Н.С. Патогенетичні механізми розвитку посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2017. Т. VI. № 1 (59). С. 75–78.
3. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ. 2017. 282 с.
4. Михайлов Б.В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження. *Психічне здоров'я*. 2015. № 2 (47). С. 9–18.
5. Карвацька С.Н., Юрценюк О.С., Савка С.Д. та інші. Патогенетичні особливості посттравматичного розладу на тлі закритої черепно-мозкової травми в учасників антитерористичної операції. *Буковинський медичний вісник*. 2017. № 2 (82). Ч. 2. С. 53–56.

6. Коваль І.А. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загально-медичній практиці. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 27. С. 210–219.
7. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Москва : Институт психологии РАН. 2009. 303 с.
8. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Москва : Наука. 2013. 368с.
9. Юрценюк О.С., Ротар С.С. Непсихотичні психологічні розлади в осіб, які брали участь в озброєному протистоянні на Сході України. 2020. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/276624436.pdf>.
10. Семененко С.І. Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, які перебувають на реабілітації у санаторно-курортних умовах. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24. Вип. 2. С. 69–73.
11. Стаднік І.В. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) учасниками зони антитерористичної операції (АТО). *Психологія: реальність і перспективи*. 2015. Вип. 4. С. 244–248.

REFERENCES

1. Malkina-Pyih, I.G. (2005). Psihologicheskaya pomosch v krizisnyih situatsiyah [Psychological help in crisis situations]. Moskva: Eksmo. 2005. 960 [in Russian].
2. Karvatska, N.S. (2017). Patohenetychni mekhanizmy rozvytku posttravmatychnoho stresovoho rozladu v uchasykyv antyterorystychnoi operatsii [Pathogenetic mechanisms of development of post-traumatic stress disorder in participants of anti-terrorist operation]. *Klinichna ta eksperymentalna patolohiia – Clinical and experimental pathology*, 1 (59), 75–78 [in Ukrainian].
3. Kokun, O.M., Ahaiev, N.A., Pishko, I.O., Lozinska, N.S., Ostapchuk, V.V. (2017). Psykholohichna robota z viiskovosluzhbovtsiamy – uchasykamy ATO na etapi vidnovlennia [Psychological work with military servicemen – participants of the ATO at the stage of renewal]: *Metodychnyi posibnyk*. Kyiv: NDTs HP ZSU. 2017. 282 [in Ukrainian].
4. Mykhailov, B.V. (2015). Rozlady psykhyky i povedinky ekstremalno-psykholohichnoho pokhodzhennia [Mental and behavioral disorders of extreme psychological origin]. *Psykhichne zdorovia – Mental health*, 2 (47), 9–18 [in Ukrainian].
5. Karvatska, S.N., Yurtseniuk, O.S., Savka, S.D. ta inshi. (2017). Patohenetychni osoblyvosti posttravmatychnoho rozladu na tli zakrytoi cherepno-mozkovoї travmy v uchasykyv antyterorystychnoi operatsii [Pathogenetic features of post-traumatic stress disorder on the background of closed traumatic brain injury in participants of the anti-terrorist operation]. *Bukovynskyi medychnyi visnyk – Bukovynian Medical Bulletin*, 2 (82), 53–56 [in Ukrainian].
6. Koval, I.A. (2015). Diahnostyka i dyferentsiina diahnostyka hostroho stresovoho rozladu ta posttravmatychnoho stresovoho rozladu v zahalno-medychnii praktytsi [Diagnosis and differential diagnosis of acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general medical practice]. *Problemy suchasnoi psykholohii – Problems of modern psychology*, 27, 210–219 [in Ukrainian].
7. Tarabrina, N.V. (2009). Psihologiya posttravmatycheskogo stressa [Psychology of post-traumatic stress]. Moskva: Institut psihologii RAN. 2009. 303 [in Russian].
8. Kitaev-Smyk, L.A. (2013). Psihologiya stressa [Psychology of stress]. Moskva: Nauka. 2013. 368 [in Russian].
9. Iurtseniuk, O.S., Rotar, S.S. (2020). Nepsykhotychni psykholohichni rozlady v osib, yaki braly uchast v ozbroienomu protystoianni na Skhodi Ukrainy [Non-psychotic psychological disorders in persons who took part in the armed confrontation in Eastern Ukraine]. Retrieved from: <https://core.ac.uk/download/pdf/276624436.pdf> [in Ukrainian].
10. Semenenko, S.I. (2016). Osoblyvosti perebihu posttravmatychnoho stresovoho rozladu u demobilizovanykh uchasykyv ATO, yaki перебувають на реабілітації в санаторно-курортних умовах [Features of the course of post-traumatic stress disorder in demobilized ATO participants who are undergoing rehabilitation in sanatorium conditions]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, 24, 2, 69–73 [in Ukrainian].
11. Stadnik, I.V. (2015). Psykholohichni osoblyvosti perezhyvannia posttravmatychnoho stresovoho rozladu (PTSR) uchasykamy zony antyterorystychnoi operatsii (ATO) [Psychological features of experiencing post-traumatic stress disorder (PTSD) by participants in the anti-terrorist operation zone (ATO)]. *Psykhohiia: realnist i perspektyvy – Psychology: reality and prospects*, 4, 244–248 [in Ukrainian].