

SECTION: MEDICAL PSYCHOLOGY
РОЗДІЛ: МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.942.6:355.1-057.36(477.61/.62)АТО

**PECULIARITY OF THE INFANTRATED TRAUMATIC EXPERIENCE STRUCTURE IN
DEMOBLIZED PARTICIPANTS OF MALAYSIA ACTIONS IN UKRAINE WITH
POSTSTRESS PSYCHOLOGICAL DEZADAPTATION**

O.S. Kocharyan, N.V. Barinova, A.O. Kharchenko*

*Faculty of Psychology, V.N. Karazin Kharkiv National University
Kharkiv, 61077, Ukraine*

**E-mail: kharchenkoao091284@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-6685-1498>*

Received 14 September 2018

Problem definition. The challenge of psychotherapeutic work with post-stress psychological disadaptation among military men in Ukraine is the resistance to it, and the polyparameterization of approaches for treatment makes this situation even more ambiguous. In the therapeutic literature (Kocharyan O. S., Yermoshin A.F.) the features of the psychotraumatic experience of traumatic feelings are described, but emotional schemes of traumatic experiences associated with PTSD-functioning are not characterized. [1-2]

Problem analysis. In the scientific literature there are fragmentary results of theoretical and empirical studies regarding the traumatic experience of soldiers with operational record. From our point of view, there is a constructive idea of the emotional scheme, which is based on the concept of procedural and experimental psychotherapy by L. Greenberg, R. Elliott. [3]

The purpose of the study is to determine the specificity of the structure concerning the traumatic experience of the military men in the Armed Forces of Ukraine - members of the ATO combat operations in Ukraine with signs of PTSD that have survived various types of infantile traumas.

The research methods are the "Five Traumas" test (by L. Burbo) and the universal semantic differential (SD). To have a mathematical and statistical treatment, the criterion ϕ is the Fisher's transformation and the coefficient of rank correlation (τ -Kendal).

Description of the sample. Two groups of 100 middle-aged men with and without signs of PTSD, who are soldiers of the Armed Forces of Ukraine - members of the combat zone for the ATO (groups 1 and 2).

Conclusions. PTSD soldiers have such traumas as: abandonment, humiliation and injustice that potentiate one another. Contamination of trauma at the semantic level indicates the existence of a phenomenon of semantic adhesion in these military men.

KEY WORDS: military men of the ZSU - participants in combat operations, Post-stress psychological disadaptation, emotional traumatic experience, semantic level.

**ОСОБЛИВІСТЬ СТРУКТУРИ ІНФАНТИЛЬНОГО ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ З ПОСТСТРЕСОВОЮ ПСИХОЛОГІЧНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ**

О.С. Кочарян, Н.В. Барінова, А.О. Харченко

Факультет психології, Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Харків, 61077, Україна

Постановка проблеми. Проблема психотерапевтичної роботи з постстресовою психологічною дезадаптацією у демобілізованих учасників бойових дій в Україні полягає у резистентності щодо неї, а поліпараметричність підходів до лікування робить цю ситуацію ще більш неоднозначною. В терапевтичній літературі (Кочарян О. С., Єрмошин А.Ф.) описані особливості психотравматичного досвіду травматичних переживань: синдром повторення, соматизація переживань та ін., проте емоційні схеми травматичних переживань, пов'язаних з постстресовою психологічною дезадаптацією - не описані. [1-2]

Аналіз проблеми. В науковій літературі існують фрагментарні результати теоретичних та емпіричних досліджень стосовно інфантильного травматичного досвіду військовослужбовців з бойовим досвідом. З нашої точки зору, є конструктивною ідея емоційної схеми, в основі якої лежить концепція процесуально-експериментальної психотерапії Л. Грінберга, Р. Елліотта. [3]

Мета дослідження - визначити специфічність структури травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, що пережили різні типи інфантильних травм.

Методи дослідження. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), методика ранніх спогадів (за Rule W. R.), тест "П'ять травм" (за Л. Бурбо), універсальний семантичний диференціал (СД). Для математико-статистичної обробки використовувалися: критерій ϕ – кутового перетворення Фішера та коефіцієнт рангової кореляції (τ -Кендала).

Опис вибірки. На основі результатів за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій, сформовані дві групи по 100 чоловіків середнього віку з та без посттравматичної психологічної дезадаптації на доклінічному рівні (не мають

діагнозу ПТСР та не проходили лікування у відповідних медичних закладах), які є демобілізованими учасниками бойових дій зони АТО (групи 1 та 2).

Висновки. У демобілізованих учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією виражені такі травми, як: покинутості, приниження та несправедливості, які потенціюють одна іншу. Контамінація травм на семантичному рівні, вказує на існування феномену у них семантичного злипання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: демобілізовані учасники бойових дій, постстресова психологічна дезадаптація, емоційний травматичний досвід, семантичний рівень

Постановка проблеми: Участь в бойових діях призводить до погіршення психічного та психологічного здоров'я військовослужбовців. За даними Генерального військового прокурора України [4], серед військовослужбовців за час тривання АТО спостерігалися: суїциди (518 випадків), агресивна поведінка, яка часто пов'язана із вживанням алкоголю та хімічних речовин (15% злочинів серед військовослужбовців пов'язані з вживанням алкоголю чи наркотичних речовин, а кожна шоста невоєнна втрата пов'язана з пияцтвом), за даними психіатричної служби міністерства оборони України, за той же час, по причині порушень психічної діяльності, лікування пройшли 5,5 тисяч військовослужбовців, 35 % з яких комісували [4]. Одним з ключових залишається питання редукції симптомів постстресової психологічної дезадаптації (ППД), які попри те, що є донозологічними, часто залишаються резистентними до терапії.

Існуючі підходи до концептуалізації механізмів та чинників формування ППД, скоріше, відбивають медичну артикуляцію проблеми [5-7], а медико-психологічний контекст розгляду в деякій мірі залишається поза увагою, представлений значно скромніше [6,15].

Часто емоційна сфера розглядається як мішень впливу стресу, який призводить до маніфестації різних форм її порушення (безпорадність, жах, фобічні реакції, зниження інтересу, відчуття усунутості або відчуженості, зниження рівня емоційного реагування (нездатність переживати почуття любові), дратівливість, спалахи гніву й настороженість тощо). Між тим, емоційна сфера як така, що бере участь у патогенетичних механізмах розвитку ПТСР та постстресовій психологічній дезадаптації (ППД), як субклінічного варіанту ПТСР, не достатньо представлено у літературі. Проте, в емоційно-фокусованій терапії [3] саме емоційна схема стає центральною у розумінні психогенії.

1. **Аналіз проблеми:** В науці питання травматичного досвіду військовослужбовців визначається, в основному, як ПТСР, яке піддалося серйозному аналізу, в тому числі і вітчизняними авторами (Шестопаловою Л.Ф., Марковою М.В., Підкоритовим В.С., Марутою Н.О., Рачкаускасом Г.С., Болотовим Д.М., Беловим В.Г. та іншими [5-7]). Виділені основні критерії, які характеризують ПТСР (F 43.1 за МКХ 10): 1) перенесений стресовий стан, 2) напливи спогадів про місце, де проходили життєво небезпечні ситуації, виникнення "провини за виживання" перед загиблими, сноведіння з кошмарними сценами пережитого, 3) прагнення уникнути емоційних навантажень, непевності і страху появи спогадів, які мучать, неконтактність із навколишніми, 4) комплекс неврастенічних порушень переважно з підвищеною дратівливістю, зниження концентрації, уваги, "тону функціонування", 5) стигматизація окремих патохарактерологічних симптомів і тенденцій до формування психопатії з епізодами антисоціальної поведінки (алкоголізація, наркоманія, цинізм, відсутність поваги до офіційних осіб). Смірнова Л.В., аналізуючи предиктори ПТСР, вказує на велику їх варіацію: психічні травми в ранньому віці [8], спадкова навантаженість психічними захворюваннями, фактори ретравматизації, на які вказує S. Robert [9]. Існують дані стосовно особистісних особливостей, як предиспонує чинників виникнення ПТСР: В.М. Литкін [10] вказує на емоційну нестійкість та певні риси особистості, В.Д. Від та Є.М. Єпачінцева [11] – на емоційну нестійкість та підвищену тривожність, М.А.Джишкаріані [12] підкреслює важливість впливу астеничних рис характеру, існують ідеї виникнення ПТСР на "підґрунті" психічних захворювань та домінування однієї з базових емоцій, як предиктора ПТСР, а відповідно – головної складової цього досвіду та ідеї її інтенсифікації чи затуханням та ін.[13] Проте, у військовослужбовців існує певна

кількість розладів доклінічного рівня, які порушують функціональні можливості особистості військовослужбовців значно більшої кількості військовослужбовців, ніж ПТСР [14]. Марковою М. В. був введений та обґрунтований термін «постстресова психологічна дезадаптація» (ППД), під яким він розуміє «донозологічний рівень реагування на стресову ситуацію, яке може проявлятися в порушеннях адаптації на поведінковому, емоційному й когнітивному рівнях» [6]. Вказаний автор зазначає, що «дезадаптацію психологічного рівня найбільш повно характеризує загальний девіантний синдром адаптації особистості» [15, с 7-8.], неспецифічні та поліморфні прояви якого й представляють цей донозологічний рівень реагування на стресову ситуацію. Козира П.В.[15] вказує на роботи Загуровського В.М., Булана А.А., Александровського Ю.А., Гуревича П.С. [16-19], які, базуючись на характеристиці відповідної рубрикації F 43.1 за МКХ 10, підкреслюють залежність специфіки реакції на стрес військовослужбовців від характерологічних, особистісних особливостей, тривалості та інтенсивності дії стресових факторів, зрілості та адекватності захисних механізмів. Сама ідея «locus minoris resistentiae» є плідною, але потребує специфікації – це можуть бути й особистісні риси, й особливості нервової організації тощо. Конструктивною, з нашої точки зору, є ідея емоційної схеми, яка розроблена в рамках концепції процесуально-експерієнтальної психотерапії (ПЕП), а саме у емоційно-фокусованій психотерапії (EFT) Л.Грінберга, Р. Елліотта [3]. М. Ворнер [20 – с. 144-171] запропонувала розглядати особливості психічної організації через поняття тип процесу у психотерапії, й виділила наступні: нормальний, крихкий, дисоціативний та психотичний. Такий підхід близький до концептуалізації «рівень психічної організації» у психоаналізі [21]. Сам тип процесу в деякій мірі пов'язаний з «емоційною схемою», яка містить наступні елементи: 1) суто емоції, травматичні переживання, 2) система ранніх спогадів, 3) тілесні маніфестації травматичного переживання, 4) когнітивні інтерпретації травматичної ситуації, 5) мотивацію, що витікає з травматичного досвіду.

Враховуючи значення емоційного досвіду особистості для повноцінності психологічного здоров'я, показане в роботах, виконаних під керівництвом О.С. Кочаряна, доцільним є дослідження впливу емоційної схеми на розвиток ППД [1]. У даній статті розглянуто особливості інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в АТО з ППД.

Мета дослідження – визначити специфічність структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

Опис вибірки Дослідження проводилося на базі Харківської обласної організації ветеранів АТО. Було сформовано дві групи загальною кількістю 200 чоловік. До першої групи увійшли 100 демобілізованих учасників бойових дій з ППД (група 1), яка являє собою донозологічний рівень погіршення адаптації.

Демобілізовані не лікувалися в стаціонарі і не мали діагнозу ПТСР. Психологічними ознаками ППД були наступні: тривожність, дратівливість, агресивність, страх, порушення сну, зниження та перепади настрою, зміна ставлення до себе та оточуючих. До другої групи увійшли 100 чоловіків середнього віку без постстресової психологічної дезадаптації, які є демобілізованими учасниками бойових дій (група 2).

	Тр-ність	Др-вість	Переп. н.	Агрес.	Страх.	Пор. сну	Зм. ст.
Г 1 (%)	46	67	38	68	37	74	36
Г 2 (%)	14	16	21	27	13	16	9
φ	5,19**	7,74**	2,65**	6,12**	4,03**	8,82**	4,79**

Примітка: Г 1 – демобілізовані з ППД; Г 2 – демобілізовані без ППД; φ - показники кутового перетворення Фішера; тр-ність – тривожність, др-вість – дратівливість, переп. н. з - зниження та перепади настрою, агрес. – агресивність, пор. сну – порушення сну, зм. ст. - зміна ставлення до себе та оточуючих; ** - p=0,01.

МЕТОДИ

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), методика ранніх спогадів (за Rule W. R.), тест “П’ять травм” (за Л. Бурбо), універсальний семантичний диференціал (СД). Для математико-статистичної обробки використовувалися: критерій ϕ – кутового перетворення Фішера та коефіцієнт рангової кореляції (τ -Кендала).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГРУНТУВАННЯ

Враховуючи важливість впливу на особливості формування ППД, зазначених Козирою П.В. [15]. особливостей виховання та набутого життєвого досвіду, доцільним є дослідження раннього травматичного досвіду демобілізованих. Для цього, за основу, були взяті типології травм Л. Бурбо та Стівена М. Джонсона [22-23]. Л. Бурбо виділяє наступні типи травм: відкинутості, покинутості, приниження, зради та несправедливості. Кожна з травм обумовлює зберігання відповідного їй травматичного досвіду протягом всього життя. Травма відкинутості виникає при взаємодії з батьками своєї статі (відштовхують, відсторонюють, відмовляються, не терплять). Формується характер втікача. Для переживання травми характерні: сумніви в праві на існування, почуття непотрібності, страх, ненависть, пригніченість, самотність, ізоляція, сором, другосортність, нікчемність. Травма покинутого виникає при взаємодії з батьками протилежної статі (не цікавляться). Формується характер залежного. Для переживання травми характерні: емоційний голод, безпорадність, сум, страх, самотність, незначимість, зневіра, образа. Травма приниженого виникає при взаємодії з матір’ю. Формується мазохістичний характер. Для переживання травми характерні: сором, образа, вина, відраза, нікчемність, ганьба, утиск, приниження, невизнаність, безпорадність, бажання бути гідним. Травма зради виникає при взаємодії з батьками протилежної статі. Формується контролюючий тип характеру. Для переживання травми характерні: бажання влади, недовіра, напруженість, страх, гнів, маніпулятивність, важливість зберігання своєї особливості, сили, компетентності. Травма несправедливості виникає при взаємодії з батьками своєї статі. Формується ригідний характер. Для переживання травми характерні: ревності, замкненість, закритість, розчарування, гнів, почуття обов’язку, стрес через недосконалість, провинна. [22]

Враховуючи те, що максимальний бал вираженості травми за методикою Л.Бурбо, становить 40 балів, для кожного з типів травм по кожній групі, знаходився їх середній показник ступеню вираженості ($X_{сер.}$):

$$X_{сер.} = (\sum X_i / 40) * 2,5$$

В таблиці 1 показано різницю в вираженості по всім типам травм.

Таблиця 1

Різниця в вираженості по типам травм між гр.1 та гр.2

Тип травми	$X_{сер.}$, гр. 1 у %	$X_{сер.}$, гр. 2 у %	Значення кутового перетв. Фішера – ϕ -емп.
відкинутості	18,08	13,05	0,99
покинутості	43,35	24,60	4,91**
приниженості	39,38	25,48	1,92*
зради	25,10	18,20	1,30
несправедливості	48,65	26,95	3,34**

Примітка: * - значущість відмінностей при $p=0,05$; ** - значущість відмінностей при $p=0,01$.

Виходячи з результатів, наданих в таблиці 2, у демобілізованих з постстресовою психологічною дезадаптацією (гр.1) спостерігається більш високий рівень травматизації за всіма п’ятьма травмами ніж у демобілізованих без постстресової психологічної дезадаптації (гр.2). У гр.2 спостерігаються низькі показники за травмами покинутості, приниження, несправедливості, в обох

групах – за травмами відкинутості та зради. Травматизація за травмами: покинутості, несправедливості та приниження, сприяє виникненню посттравматичної психологічної дезадаптації. Отже, розвитку посттравматичної психологічної дезадаптації predisponують такі типи інфантильних травм, як: покинутості, несправедливості та приниження.

В таблиці 2 надано взаємозв'язок різних типів травм в інфантильному травматичному досвіді в гр.1 та гр.2.

Таблиця 2

Взаємозв'язок різних типів травм в інфантильному травматичному досвіді в групах 1 та 2

Назва травми	Травма відкинутого	Травма покинутого	Травма приниженого	Травма зради	Травма несправедливості
Травма відкинутого	-	-0,11	-0,02	0,10	0,09
Травма покинутого	-0,01	-	0,21**	-0,03	0,32**
Травма приниженого	0,04	0,10	-	-0,08	0,27**
Травма зради	-0,07	-0,01	0,06	-	0,07
Травма несправедливості	0,02	0,06	0,08	-0,09	-

Примітка: дані верхньої частини таблиці - взаємозв'язок різних типів травм в інфантильному травматичному досвіді в групі 1; низ таблиці – в групі 2; ** - значущість відмінностей при $p=0,01$.

Як видно із таблиці 2, у групі 1 спостерігається феномен взаємопотенціювання травм покинутості, приниження та несправедливості, що пов'язано з їх злипанням. Феномен злипання проявляється у наявності значущих зв'язків між цими травмами, які створюють єдиний конгломерат досвіду. У групі 2 виявлено відсутність такого феномену злипання, а тому в інфантильному досвіді існують окремі типи травм, які не впливають одна на одну. Отже, феномени злипання та взаємопотенціювання різних типів травм в інфантильному травматичному досвіді є важливим чинником підвищеної психонервової напруги та, ймовірно, сприяють формуванню постстресової психологічної дезадаптації.

Наступним етапом дослідження було виявлення психосемантичних особливостей інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих з постстресовою психологічною дезадаптацією. Методом крайніх груп (було взято по 32 % з вираженою та невираженою постстресовою психологічною дезадаптацією), було сформовано 2 групи (гр. 1а. - 64 демобілізованих з високими показниками постстресової психологічної дезадаптації і гр. 2а – 64 демобілізованих - з низькими). У якості конструктів, що підлягають оцінці та які було виявлено в ранніх спогадах (за Rule W. R.), в методиці універсального СД було запропоновано наступні твердження: 1. “Мене не розуміють”; 2. “Я не потрібний”; 3. “Я не гідний, мало значущий”; 4. “Краще постраждаю я ніж хтось” 5. “Я не вільний”; 6. “Я все можу”. Дані твердження відбивають травми 1. відкинутості, 2. покинутості, 3. особистісної значущості, 4. придушення, 5. злиття, 6. суперництва, відповідно. Надана типологія травм запропонована Стівеном М. Джонсоном [23]. Для кожного досліджуваного з обох груп були створені індивідуальні кореляційні матриці. Надалі, по гр. 1а та 2а було визначено кількість людей, у яких спостерігалось злипання травм. У таблиці 3 надано кількість таких злипань.

Феномен злипання призводить до контамінації маніфестацій даних травм. Таких злипань значно більше в групі 1а, що ще раз підкреслює взаємопотенціювання і наявність напруження в травматичному досвіді демобілізованих з постстресовою психологічною дезадаптацією.

Значущість відмінностей в злипанні травм в групах 1а та 2а, надане в таблиці 4.

Таблиця 3

Значущість відмінностей кількості досліджуваних в групах 1а та 2а з контамінованими травмами на семантичному рівні

Кількість злипань		Значення показника кутового перетв. Фишера – ф-емп.
Гр. 1а (у%)	Гр. 2а (у %)	
74,21	25,17	3,86**

Примітка: ** - рівень значущості відмінностей при $p=0,001$

Таблиця 4

Значущість відмінностей в злипанні травм в групах 1а та 2а

Номера травм в контамінованій парі	Кількість досліджуваних групи 1а з відповідною парою травм у %	Кількість досліджуваних групи 2а з відповідною парою травм у %	Значення показника кутового перетв. Фишера – ф-емп.
1-2	3,89	7,13	0,84
1-3	18,92	7,78	1,89*
1-4	9,77	6,23	0,76
1-5	11,60	9,43	0,41
1-6	5,85	4,88	0,25
2-3	36,17	16,37	2,59**
2-4	43,21	17,78	3,18**
2-5	5,94	3,74	0,56
2-6	32,94	14,67	2,46**
3-4	12,58	15,94	0,53
3-5	12,91	13,94	0,16
3-6	5,55	16,23	1,97*
4-5	8,36	9,28	0,18
4-6	37,52	11,64	3,52**
5-6	2,45	4,36	0,59

Примітка: 1 – травма відкинутості, 2 - травма покинутості, 3 – травма особистісної значущості, 4 - травма придушення, 5 - травма злиття, 6 – травма суперництва; * - значущість відмінностей при $p=0,05$; ** - значущість відмінностей при $p=0,01$.

Результати, надані в таблиці 4 вказують на те, що найбільшу небезпеку на психосемантичному рівні травматичного досвіду, представляє злипання таких типів травм, як: травма покинутості – травма особистісної значущості, травма покинутості – травма придушення, травма покинутості – травма суперництва, травма придушення – травма суперництва.

ВИСНОВКИ

1. В інфантильному досвіді демобілізовані з ППД переживають наступні типи травм: покинутості, приниження, несправедливості. У демобілізованих з та без ППД, даний досвід не відрізняється за двома типами травм: відкинутості та зради. Отже, травми покинутості, приниження та несправедливості є предиспонуєчими до розвитку ППД у демобілізованих учасників бойових дій.

2. У демобілізованих з ППД, виявлено феном злипання травм покинутості, приниження та несправедливості, яке призводить до потенціювання психічного напруження. Потенціювання зазначених травм, вказує на їх патогенність.

3. На психосемантичному рівні травматичного досвіду у демобілізованих також виявлено феномен злипання різних типів травм. 74,21 % - у демобілізованих з ППД та 25,17 % - без неї. Таке злипання призводить до контамінації маніфестацій травм. Вони не проявляють себе окремо, а як деякий конгломерат. Таке злипання призводить до того, що в інфантильному досвіді травматичних переживань військовослужбовцям знаходитися важко, бо він несе в собі багато конотатів, які відносяться до різних аспектів цього досвіду.

4. Найбільшу небезпеку для виникнення ППД представляє “злипання” на психосемантичному рівні таких травм, як: покинутості – особистісної значущості, покинутості – придушення, покинутості – суперництва, придушення – суперництва.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Kocharyan A.S. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии [Exercise as a target of client-centered psychotherapy] // Psychological counseling and psychotherapy. – 2014. – no 1-2. – P. 24-36. (in Russian)
2. Ermoshin E.F. Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями. [Things in the body: Psychotherapeutic method of working with sensations]. – Moscow: Nezavisimaya firma “Klass”, 1999. – 320 p. (in Russian)
3. Elliot R., Watson J. C., Goldman R.N., Greenberg L.S. (2004) Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change. American Psychological Association. 366 p.
4. https://ua.censor.net.ua/news/3052555/2_samogubstva_na_tyjden_zaraz_518_samogubstv_atovtsiv_za_chas_viyin_y_golovnyyi_viyiskovyui_prokuror
5. Voloshin P.V., Shestopalova L.F., Pidkoritov V.S., Maruta N.O., Bacherikov A.M., Panchenko O.A., Rachkauskas G.S., Bolotov D.M., Kozhevnikova V.A. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Методичні рекомендації [Post-traumatic stress disorder: diagnosis, treatment, rehabilitation: Methodical recommendations]. – Kharkiv, 2002. – 47 p. (in Ukrainian)
6. Markova M.V., Kozira Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: // аналіз проблеми [Post-stress de-adaptive states on the background of social change: analysis of the problem]. – Medical psychology. – 2015. – no.1(37). - P. 8-13. (in Ukrainian)
7. Belov V.G., Parfenov Yu.A. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие [Psychology of crisis situations: a manual]. – S-Petersburg. Nevsky institute of management and design. 2010. 175 p. (in Russian)
8. Korolenko T.P., Zagoruiko E.N. Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц с психической травмой в детстве [Post-traumatic stress disorder in persons with mental trauma in childhood] //XIII congress of psychiatrists in Russia, 10-13 October 2000. (Congress proceeding). - Moscow, 2000. - P. 103-104. (in Russian)
9. Мак Глинн Т.Д., Меткалф Г.Л. Диагностика и лечение тревожных расстройств. [Diagnosis and treatment of anxiety disorders.]. «American Psychiatric Press». - 1989. - 119 p.
10. Vorobyov A.I. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесших боевую психическую травму [The syndrome of post-traumatic stress among war veterans who have undergone a military psychological trauma] // Military and medicine magazine. 1991.- no.8. - P. 71-74. (in Russian)
11. Eranchintseva E.M. Посттравматические стрессовые расстройства у комбатантов (клинико-динамический и реабилитационный аспекты) [Post Traumatic Stress Disorders among Combatants (Clinical-Dynamic and Rehabilitation Aspects)]: Abstract dis. cand. med. sc. Tomsk, 2001. - 24 p. (in Russian)
12. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger after the 1988 earthquake in Armenia /Goenjian Armen K., Najarin Louis M., Pynoos Robert S. et al. // Amer. J. Psychiat. 1994.151, no. 6. -P. 895-900.
13. Boudewyns P.A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment // Progress in Behavior Modification. — 1996. — no.30. — P.165-189.
14. Saffin O.D. Реабілітація і реадaptaція учасників АТО у психологічному дискурсі. [Rehabilitation and rehabilitation of ATO participants in psychological discourse.]. Date of publ. 04.12.2016 // <http://dspase.udpu.org.ua:8080/jspui/handle/6789/6138>
15. Козыра Р.В. Дезадаптивні стани та їх корекція у співробітників МВС – учасників бойових дій Дисертація на здобуття ученого ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04. – медична

психологія – Harkivs'ka medichna akademija pisljadiplomnoї osviti MOZ Ukraїni [Dezadaptive states and their correction among officers of the Ministry of Internal Affairs - participants in military operations. Thesis for a candidate degree in psychology, specialty 19.00.04. - medical psychology - Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine]. Kharkiv, 2017. (in Ukrainian)

16. Zagurovskiy V.M. Патогенетическая модель развития психосоматических нарушений [Pathogenetic model of the development of psychosomatic disorders] / Zbirka naukovih prac' spivrobotnykiv NMAPO im. P.L. Shupyka [Edited volume of members in NMAPE named after P.L. Shupyk]. – Kyiv. 2014. no. 23, book 2. P. 180-187. (in Ukrainian)
 17. Bulan A.A. Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій [Psychoemotional states of combatants in combat situations] // Aktualni problemi sotsiologiyi, psihologiyi, pedagogiki. 2015. no.4 (29). P. 9-12. (in Ukrainian)
 18. Aleksandrovskiy Yu.A. Психогении в экстремальных ситуациях [Psychogeny in extreme situations]. – Moscow, 1991. 115 p. (in Russian)
 19. Gurevich P.S. Психология чрезвычайных ситуаций. [Psychology of Emergency Situations]. Yuniti, 2012. 495 p. (in Russian)
 20. Warner M.S. Person-centred therapy at the difficult edge: a developmentally based model of fragile and dissociated process // Person-centred therapy today / D. Mearns and B. Thorne (eds.),. – London: Sage, 2013. – p. 144-171
 21. Mak-Williams N. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе [Psychoanalytic diagnostics: Understanding the structure of the person in the clinical process]. – M.: Nezavisimaja firma «Klass», 1998. – 480 p. (in Russian)
 22. Liz Burbo Пять травм, которые мешают быть самим собой. [Five injuries that prevent you from being yourself.]. Translated by V. Trilis] К.: - "Sofiya" — Moscow: "Gelios", 2001. – 224 p. (in Russian)
 23. Stiven M. Djohnson “Психотерапия характера”. Методическое пособие для слушателей курса “Психотерапия”. [Psychotherapy of character. ” Methodological guide for students of the course “Psychotherapy”] М.: Center of psychological culture, 2001. (in Russian)
-