

## ДИНАМІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ В НАСЕЛЕННЯ, ЩО МЕШКАЄ НА ТЕРИТОРІЇ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ, ЗА ПЕРІОД 2014–2018 РОКІВ

### DYNAMICS OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN THE POPULATION WHO LIVES IN THE TERRITORY OF THE JOINT FORCE OPERATION DURING THE PERIOD OF 2014–2018

Цивільне населення, що мешкає в зоні локальних воєн, не менше ніж учасники бойових дій переживає важкі психічні травми, які викликають відповідний рівень психічних розладів. У статті проводиться оцінка спектра клініко-психопатологічних особливостей розладів психіки й поведінки в населення в зоні проведення операції об'єднаних сил та їх динаміки за період 2014–2018 роки. У дослідженні брало участь доросле населення від 18 до 70 років, яке проживає в зоні військового конфлікту, у 2014 році – 268 осіб, у 2015 році – 568 осіб, у 2016 році – 946 осіб, у 2017 році – 333 осіб, у 2018 – 200 осіб. Дослідження містило збір коротких анамнестичних відомостей, актуальних скарг, вираженість ознак посттравматичного розладу за допомогою Місісіпської шкали посттравматичного розладу; психопатологічну симптоматику виявляв опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90). У дослідженні брали участь у середньому 72,3% жінок і 27,7% чоловіків, в основному люди із середньо-спеціальною та вищою освітою, віком понад 50 років.

У населення, що проживає на території проведення операції об'єднаних сил, простежується тенденція до зниження числа осіб з окремими ознаками посттравматичного розладу з 37,3% у 2014 році до 22,5% у 2018 році, й навпаки, до збільшення числа осіб із посттравматичним розладом із 8,9% у 2014 році до 32,4% у 2017 році. В обстежуваних були виявлені такі симптоми: відчуття пригніченості, безпорадності, невпевненості, небезпеки, низький поріг виникнення реакції тривоги. У 2014 році в обстежуваних домінували тривожні переживання ( $2,028 \pm 0,117$ ), ознаки соматизації ( $1,909 \pm 0,089$ ). У 2018 році переважали тривожні переживання ( $1,924 \pm 0,104$ ), міжособистісна сензитивність ( $1,830 \pm 0,126$ ), ознаки депресії ( $1,771 \pm 0,105$ ).

Отримані результати можуть бути використані для розробки медико-психологічних і реабілітаційних заходів для осіб із посттравматичними розладами.

**Ключові слова:** психічні розлади, цивільне населення, зона проведення операції об'єднаних сил.

The civilian population from the zone of local wars received severe mental injuries. Mental trauma leads to an appropriate level of mental disorders. The article assesses the spectrum of clinical and psychopathological characteristics of mental disorders and behavior in the population in the area of Joint Forces Operation and their dynamics for the period 2014–2018. The study involved an adult population between the ages of 18 to 70, living in a military conflict zone, in 2014 – 268 people, in 2015 – 568 people, in 2016 – 946 people, in 2017 – 333 people, in 2018 – 200 people. The study included the collection of short medical history information, current complaints, the severity of symptoms of PTSD using the Mississippi PTSD scale; psychopathological symptoms were identified by the Questionnaire for the severity of psychopathological symptoms (SCL-90). The study involved an average of 72.3% of women and 27.7% of men, mostly people with post-secondary education, over the age of 50 years old.

The population living in the territory of the Joint Forces Operation shows a tendency to decrease in the number of individuals with certain signs of PTSD from 37.3% in 2014 to 22.5% in 2018, and, conversely, to increase the number of people with PTSD from 8.9% in 2014 to 32.4% in 2017. The following symptoms were revealed in the subjects: depression, helplessness, insecurity, a sense of danger, a low threshold for the occurrence of an anxiety reaction. In 2014, the subjects were dominated by anxious experiences ( $2.028 \pm 0.117$ ), signs of somatization ( $1.909 \pm 0.089$ ). In 2018, anxious experiences ( $1.924 \pm 0.104$ ), interpersonal sensitivity ( $1.830 \pm 0.126$ ), and signs of depression ( $1.771 \pm 0.105$ ) predominated.

The results can be used to develop medical, psychological and rehabilitation measures for people with post-stress disorders.

**Key words:** mental disorders, civilian population, area of operation of the combined forces.

УДК 616.89-008-079(1-073)(477.61/.62)  
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.23.26>

**Панченко О.А.**

д.мед.н., професор,  
заслужений лікар України,  
президент  
ГО «Всеукраїнська професійна  
психіатрична ліга»

**Панченко Л.В.**

завідувач відділення медичної  
та соціальної психології  
ДЗ «Науково-практичний медичний  
реабілітаційний центр Міністерства  
охорони здоров'я України»

**Чумак Т.Е.**

лікар-психіатр психоневрологічного  
відділення  
ДЗ «Науково-практичний медичний  
реабілітаційний центр Міністерства  
охорони здоров'я України»

**Постановка проблеми.** Для сучасного століття характерні гібридні війни, метою яких є створення постійно наявної зони військових операцій. Військові дії на Сході України, які тривають уже понад чотири роки, призвели до значного морального й матеріального збитку для регіону й країни в цілому. Гостро стоїть проблема впливу травматичних подій на психічне здоров'я населення, яке проживає на території проведення операції об'єднаних сил. Переживання людей, які перебували в цій зоні, безслідно не минають. Ситуація, що склалася, впливає на емоційний і психічний стан

населення, викликаючи паніку, агресію, страх, тривогу, почуття відчаю та приреченості. З'являються нові контингенти осіб, які піддаються впливу стресогенних чинників. Вони можуть входити до групи ризику з виникненням розладів психіки й поведінки, пов'язаних зі стресовими факторами [1].

Проблема постстресових розладів в останні роки стає все більш актуальною [2]. Усе більша кількість військовослужбовців залучається до розв'язання цих конфліктів, страждає мирне населення. Практика показує, що цивільне населення, яке проживає в зоні локальних

воєн, не менше ніж учасники бойових дій переживає важкі психічні травми, які викликають відповідний рівень психічних розладів. Відомо, що психогенний вплив травматичних подій складається не тільки з прямої безпосередньої загрози життю людини, але й у зв'язку з її очікуванням, а також із різними індивідуально-значущими наслідками [3]. Психогенні розлади, причини їх виникнення, клініко-психопатологічні особливості, динаміка залежать від сукупності психотравматичних чинників, а також від індивідуально-особистісних характеристик. Психологічна стійкість може залежати від організованості й узгодженості дій оточення, його підтримки.

Гібридна війна з боку екстремальних умов, що сприяють виникненню психогенії, об'єднує по суті психотравматичні фактори, властиві майже всім стихійним лихам і катастрофам. У зв'язку з почастиванням цих подій і підвищенням уваги суспільства до психічного стану населення, що знаходиться в критичних ситуаціях, особливе місце в психіатричній практиці сучасності зайняли посттравматичні психічні розлади. Водночас динамічний психопатологічний аналіз свідчить про стереотип розвитку непсихотичних психічних розладів: від реакції адаптації – до невротичних реакцій, невротичних станів і патохарактерологічного (невротичного) розвитку особистості. Специфіка такої проблеми, її багатогранність і різноманітність соціальних, психологічних, біологічних і медичних умов, проявів визначає багатокомпонентний підхід до її вивчення. Слід підкреслити необхідність і важливість психологічних досліджень для виявлення клініко-психопатологічних особливостей розладів психіки й поведінки в населення та розробки ефективних методів лікування, психокорекції та психологічної реабілітації постраждалих [4; 5].

Важливим стає питання впровадження заходів, що сприяють створенню цілісної системи охорони психічного здоров'я, яка передбачає комплексний вплив на рівні суспільства, сім'ї, індивіда й адаптована до вимог історичного, політико-економічного й соціально-культурного контексту [6; 7].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** До проблематики, що пов'язана з вивченням посттравматичного стресового розладу, зверталися такі українські науковці, як П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова [1], І.В. Кочін [2], М.В. Маркова, П.В. Козир [3] та інші. Вивчення психосоціальних і медико-психологічних впливів на людину екстремальних факторів воєнного часу або різних техногенних і природних катастроф, які отримали назву посттравматичних стресових розладів (далі – ПТСР), продовжує залишатися актуальним. Це пов'язано з поширеністю ПТСР як серед учасників військових дій, так і серед населення, яке проживає в зоні проведення військової операції.

**Постановка завдання:** оцінити спектр клініко-психопатологічних особливостей розладів психіки й поведінки в населення в зоні проведення операції об'єднаних сил та їх динаміку за період 2014–2018 роки.

**Матеріали та методи.** У 2014–2018 роках у Державному закладі «Науково-практичний медичний реабілітаційний центр Міністерства охорони здоров'я України» проводилося психодіагностичне обстеження жителів регіону з метою діагностики клініко-психопатологічних особливостей розладів психіки й поведінки. У дослідженні брало участь доросле населення від 18 до 70 років, яке проживає в зоні військового конфлікту, у 2014 році – 268 осіб, у 2015 році – 568 осіб, у 2016 році – 946 осіб, у 2017 році – 333 осіб, у 2018 – 200 людина.

Таблиця 1

**Демографічні дані обстежуваного контингенту (%)**

	2014 рік	2015 рік	2016 рік	2017 рік	2018 рік
<b>Вік:</b>					
17–30	21	18	20	17	15
31–40	23	22	16	21	22
41–50	9,5	12	11	11	10,5
Понад 50	46,5	48	53	51	52,5
<b>Стать:</b>					
<b>Жінки</b>	75	69,5	71	72,5	73,5
<b>Чоловіки</b>	25	30,5	29	27,5	26,5
<b>Освіта:</b>					
Вища	27	30	25	22,5	22
Середньо-спеціальна	56,5	55	54,5	53,5	53,5
Середня	16,5	15	20,5	24	24,5
Переселенці	7	6	5	6	6

Дослідження містило збір коротких анамнестичних відомостей, актуальних скарг, розглядалася вираженість ознак ПТСР за допомогою Місісіпської шкали ПТСР; психопатологічну симптоматику виявляв опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90).

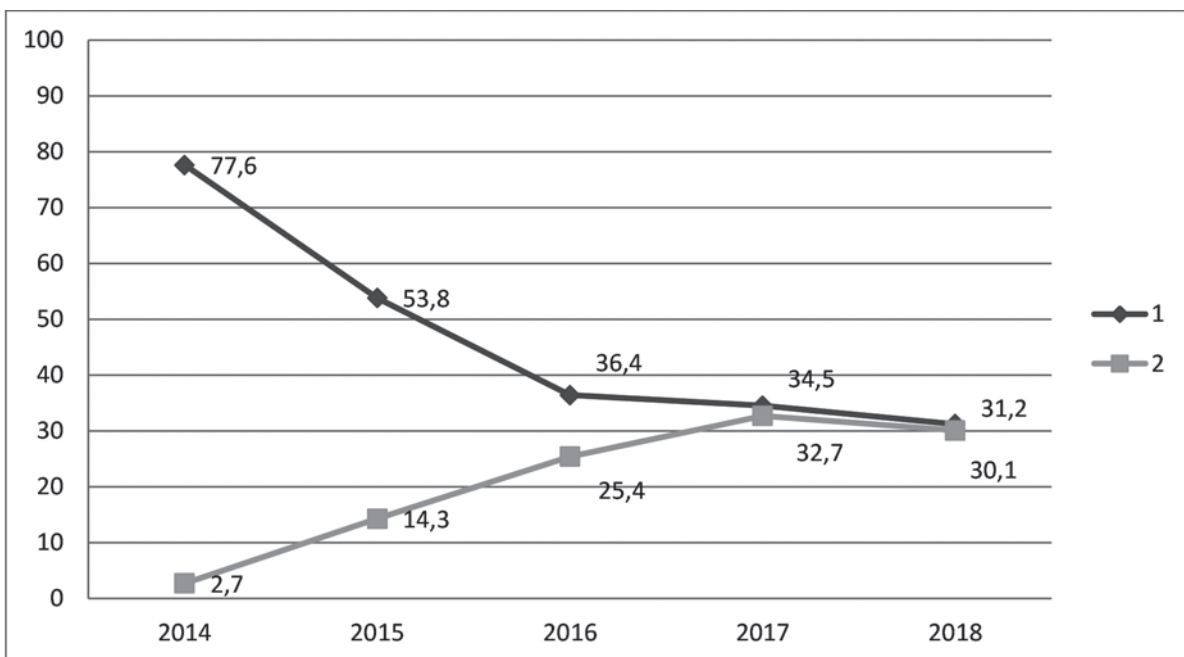
**Виклад основного матеріалу дослідження.** У дослідженні брали участь у середньому 72,3% жінок і 27,7% чоловіків, в основному люди із середньо-спеціальною та вищою освітою, віком понад 50 років (табл. 1).

У зоні проведення операції об'єднаних сил певного значення набуває інформаційне середовище, яке відбивається на психічному стані й психологічному добробуті населення [8]. На людину впливає не тільки постійний інформаційний контакт із навколишнім соціальним середовищем або його відсутність, а й кількість, обсяг, зміст і структура інформації, що надходить і переробляється. Інформація може викликати фізіологічну дезадаптацію, що призводить до психічних розладів. Використання інформаційних технологій практично в усіх сферах суспільного життя приводить до того, що суспільство й кожен конкретний індивідуум стає все більш залежними від інформації [9]. У зв'язку із цим одним із завдань дослідження було виявлення ставлення досліджуваних до інформаційного простору, в якому вони знаходяться, а також оцінка якості інформації та потреби в її отриманні [1]. Аналіз результатів анкетування показав, що потреба в новій інформації на початку проведення антитерористичної операції досягала максимального

значення в 77,6% обстежених, а у 2018 році ця потреба знизилася і є актуальною для 31,2%. Значно збільшилася кількість осіб, що не цікавляться інформацією взагалі, з 2,7% у 2014 році до 30,1% у 2018 році (рис. 1).

У 2014 році постраждали морально 72,6% обстежуваних, у 2018 році число постраждалих морально знизилася до 42,7%. Постраждали матеріально у 2014 році – 34,1%, кількість матеріально постраждалих у 2018 році досягло 70,6%. Емоції являють собою суб'єктивні переживання, які сигналізують про щасливий або нещасливий стан організму й психіки. Емоційне напруження активізує каскад негативних емоцій: тривогу, страх, агресію та інші.

Психотравмувальні чинники воєнного часу й несприятливі соціально-економічні умови життя призводять до порушень у психічній сфері. Переживання негативних емоцій підвищує рівень інтеграції елементів лімбіко-гіпоталамо-ретикулярного комплексу з розвитком системного гальмування. Відповідно, патологічна активація правопівкульових діенцефальних структур сприяє прояву туги й апатії, зниженню загальної активності, порушується структура «самості», когнітивна модель світу, афективна сфера, емоційні шляхи навчання. Страх як емоція, яка відбиває актуальний стан населення, що проживає на території проведення дослідження, зберігався впродовж 2014–2018 років і відзначався в 35–33,5% обстежуваних. Тривога з вегетативними порушеннями є одним із проявів психогенного дистресу. Саме тривожні прояви є тим пер-



**Рис. 1. Результати дослідження сприйняття інформації населенням, яке проживає на території проведення операції об'єднаних сил (%): 1 – відчувають потребу в новій інформації; 2 – взагалі не цікавляться інформацією**

винним маркером, який характеризує можливість подальшу появу постстресових розладів, у разі тривалого переживання (дистресу) організм залучає додаткові резерви регуляції поведінки й функціонування. Надалі може відбуватися зрив адаптації. Патологічна тривога може бути причиною або пусковим механізмом як психічних, так і соматичних захворювань. Це генералізована реакція організму, що виявляється вегетативними, психологічними й поведінковими симптомами.

До вегетативних проявів тривоги належать: задишка або відчуття задухи, серцебиття, почуття стиснення або болю в серці, збільшення частоти пульсу, пітливість, холодні липкі руки, сухість у роті, абдомінальний дистрес (нудота, пронос, болі в шлунку), слабкість, запаморочення, припливи спеки або холоду, часте сечовипускання, внутрішнє тремтіння, труднощі під час ковтання або відчуття «комка в горлі».

Психологічні прояви багатогранні, але переважають такі: відчуття пригніченості, безпорадності, невпевненості, небезпеки, знижена самооцінка й рівень домагань, низький поріг виникнення реакції тривоги, труднощі концентрації уваги, відчуття «порожнечі в голові», сугестивність, підкорюваність, комплекс провини й неповноцінності, слабкість «Я», дратівливість, відчуття напруженості й нетерпіння.

У дослідженні відзначалося зниження кількості обстежуваних із тривогою з 77% у 2014 році до 59,9% у 2018 році. Число осіб, які відчувають розпач, варіював у межах 10,5–29,3%, а число обстежуваних із безпорадністю та роз-

дратуванням коливалося в межах 22,5–37,2%. Відзначається неухильне зростання осіб з байдужістю та зневірою. Якщо число осіб, що зазнають байдужість, у 2014 році склало 5,5%, то у 2018 році їх число становить 10,2%. Число осіб, які відчувають смуток, у 2014 році – 12%, у 2018 році – 26,5% (табл. 2).

Інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, пов'язаних із загрозою існування людини, буває настільки велика, що попередні невротичні стани або особистісні особливості вже не грають вирішальної ролі в генезі ПТСР. Їх наявність може сприяти розвитку стресового розладу, відбиватися в перебігу або клінічній картині [10]. Однак ПТСР може розвинутися в катастрофічних обставинах практично в кожній людини навіть за повною відсутністю явної особистісної схильності. Однак водночас слід підкреслити, що ПТСР – це лише один із можливих психологічних наслідків переживання травматичного стресу, ПТСР виникає приблизно в 1/5 частини осіб, які пережили ситуації травматичного стресу. У нашому дослідженні вираженість ПТСР вимірювалася за допомогою Місісіпської шкали ПТСР. Число осіб з окремими ознаками ПТСР знизилося з 37,3% у 2014 році до 22,5% у 2018 році, а число осіб із ПТСР, навпаки, збільшилося з 8,9% у 2014 році до 32,4% у 2018 році. Подібні зміни можуть бути пов'язані як із загостренням ситуації в регіоні, так і з виснаженням адаптаційних механізмів психіки у зв'язку з тривалістю впливу психотравмального фактора. Результати дослідження представлені в табл. 3.

Таблиця 2

**Результати анкетування (%)**

ДАТА АНКЕТА	2014 рік (n=268)	2015 рік (n=535)	2016 рік (n=66)	2017 рік (n=102)	2018 рік (n=200)
Відчувають потребу в новій інформації	77,6	53,8	36,4	34,5	31,2
Взагалі не цікавляться інформацією	2,7	14,3	25,4	32,7	30,1
Постраждав морально	72,6	73,4	62,1	59,8	42,7
Постраждав матеріально	34,1	46	67,5	70,1	70,6
Страх	35	34,3	31,8	35,3	33,5
Тривога	77	69	65,4	61,2	59,9
Безпорадність	22,5	31	24,5	25,8	29,0
Відчай	10,5	29,3	22,7	28,1	27,5
Роздратування	35	30,3	36,4	37,2	35,4
Байдужість	5,5	8,3	6,1	10,8	10,2
Зневіра	12	18,8	18,1	22,5	26,5

Таблиця 3

**Результати дослідження за Місісіпською шкалою ПТСР (%)**

Місісіпська шкала ПТСР	2014 рік (n=268)	2015 рік (n=535)	2016 рік (n=66)	2017 рік (n=102)	2018 рік (n=200)
Окремі признаки ПТСР	37,3	35,4	24,2	21,6	22,5
ПТСР	8,9	13,3	25,8	32,4	12,5



Дослідження індивідуально-особистісних характеристик обстежуваних здійснювалося за допомогою опитувальника SCL-90-R (табл. 4). Психопатологічні розлади представлені невротичним регістром і досить часто поєднуються з депресією. Аналіз результатів дослідження показав, що у 2014 році в обстежуваних домінували тривожні переживання ( $2,028 \pm 0,117$ ), ознаки соматизації ( $1,909 \pm 0,089$ ), що означає дистрес, який виникає з відчуття тілесної дисфункції, котра виявляється в різних скаргах, болях, а також у соматичних еквівалентах тривожності. Ворожість ( $1,764 \pm 0,17$ ) говорить про реакцію агресії, дратівливості, гніву й обурення. Міжособистісна сензитивність ( $1,800 \pm 0,12$ ) характеризується почуттями особистісної неадекватності й неповноцінності в процесі комунікативної взаємодії. Фобічна тривожність ( $1,744 \pm 0,11$ ) демонструє ірраціональний страх певних людей, місць, об'єктів і бажання уникати. Параноїальні симптоми ( $1,909 \pm 0,09$ ) свідчать про деформації процесу мислення в проєкціях думок, підозрливості, страху втрати незалежності. Шкала психотизму ( $1,796 \pm 0,09$ ) вказує

на уникнення, ізолюваний, шизоїдний стиль поведінки цієї категорії опитаних. Ознаки депресії ( $1,907 \pm 0,095$ ) свідчили про зниження настрою. У 2018 році домінували тривожні переживання ( $1,924 \pm 0,104$ ), міжособистісна сензитивність ( $1,830 \pm 0,126$ ), ознаки депресії ( $1,771 \pm 0,105$ ).

Дані кореляційного аналізу у 2014 році показали, що з посиленням ознак ПТСР в обстежуваного контингенту збільшується вираженість тривожних переживань ( $r_s = 0,514, p \leq 0,05$ ), тривожно-фобічних переживань ( $r_s = 0,439, p \leq 0,05$ ), депресивних переживань ( $r_s = 0,376, p \leq 0,05$ ). У 2018 році, за даними кореляційного аналізу зберігається тенденція до посилення тривожних ( $r_s = 0,525, p \leq 0,05$ ), депресивних переживань ( $r_s = 0,434, p \leq 0,05$ ), рис агресивності ( $r_s = 0,376, p \leq 0,05$ ) з посиленням ознак ПТСР.

**Висновки з проведеного дослідження.** У населення, що проживає на території проведення операції об'єднаних сил, простежується тенденція до зниження числа осіб з окремими ознаками ПТСР із 37,3% у 2014 році до 22,5% у 2018 році, й навпаки, до збільшення числа

Таблиця 4

**Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), середні показники за 2014–2018 роки**

Параметр	2014 рік (n=268)	2015 рік (n=535)	2016 рік (n=66)	2017 рік (n=102)	2018 рік (n=200)
Соматизація	1,909±0,09	1,819±0,07	1,909±0,09	1,434±0,72	1,687±0,06
Обсесивно-компульсивні розлади	1,796±0,09	1,896±0,08	1,796±0,09	1,213±0,72	1,717±0,08
Міжособистісна сензитивність	1,800±0,12	1,822±0,13	1,800±0,12	1,027±0,07	1,830±0,13
Депресія	1,907±0,11	1,944±0,08	1,907±0,11	1,186±0,75	1,771±0,11
Тривожність	2,028±0,12	2,011±0,11	2,028±0,12	1,395±0,86	1,924±0,11
Ворожість	1,764±0,17	1,733±0,11	1,764±0,17	1,007±0,78	1,614±0,16
Фобічна тривожність	1,744±0,11	1,759±0,17	1,744±0,11	1,684±0,69	1,650±0,19
Параноїдальні симптоми	1,909±0,09	1,876±0,06	1,555±0,05	1,866±0,78	1,570±0,12
Психотизм	1,796±0,09	1,699±0,14	1,817±0,15	1,609±0,64	1,620±0,15

Таблиця 5

**Результати дослідження кореляційного зв'язку між ступенем вираженості постстресових психічних розладів та індивідуально-особистісними характеристиками цивільних осіб (коефіцієнт кореляції)**

Параметр	2014 рік n=268	2015 рік n=535	2016 рік n=66	2017 рік n=102	2018 рік n=200
Соматизація	0,332**	0,351**	0,229	0,109	0,352**
Обсесивно-компульсивні розлади	0,319**	0,358**	0,248	0,230*	0,360**
Міжособистісна сензитивність	0,251**	0,271**	0,017	0,166	0,295**
Депресія	0,376**	0,391**	0,294	0,113	0,434**
Тривожність	0,514**	0,522**	0,569**	0,250*	0,525**
Ворожість	0,345**	0,389**	0,196	0,066	0,376**
Фобічна тривожність	0,439**	0,455**	0,033	0,240*	0,325**
Параноїдальні симптоми	0,316**	0,343**	0,177	0,061	0,359**
Психотизм	0,302**	0,336**	0,203	0,078	0,322**

Примітка. Вірність відмінностей на рівні \* –  $p \leq 0,05$ , \*\* –  $p \leq 0,01$ .

осіб із ПТСР із 8,9% у 2014 році до 32,4% у 2017 році.

В обстежуваних були виявлені такі симптоми: відчуття пригніченості, безпорадності, невпевненості, відчуття небезпеки, низький поріг виникнення реакції тривоги. У 2014 році в обстежуваних домінували тривожні переживання ( $2,028 \pm 0,117$ ), ознаки соматизації ( $1,909 \pm 0,089$ ). У 2018 році переважали тривожні переживання ( $1,924 \pm 0,104$ ), міжособистісна сензитивність ( $1,830 \pm 0,126$ ), ознаки депресії ( $1,771 \pm 0,105$ ).

Отримані результати можуть бути використані для розробки медико-психологічних і реабілітаційних заходів для осіб із постстресовими розладами.

Надання адекватної медико-психологічної допомоги населенню, яке проживає на території проведення операції об'єднаних сил, необхідно проводити в спеціалізованих реабілітаційних центрах кваліфікованими фахівцями.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. Харків, 2014. 80 с.
2. Кочін І.В. Особливості медико-санітарних втрат і організація екстреної медичної допомоги населенню та військовослужбовцям в зоні проведення антитерористичної операції. *Новости медицины и фармации*. 2015. № 14 (552). С. 16–18.
3. Маркова М.В., Козира П.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін : аналіз проблеми. *Медицина психологія*. 2015. № 1 (37). С. 8–13.
4. Панченко О.А., Банчук Н.В. Информационная безопасность личности : монография. Киев : КИТ, 2011. 672 с.
5. Панченко О.А. Турбулентное мышление в условиях тревожного предчувствия. *Реалізація тривоги у психічні та соматичні розлади у населення в зоні проведення антитерористичної операції*: збірник тез доповідей учасників науково-практичної конференції з міжнародною участю / За заг. ред. д. мед. н., проф., Заслуженого лікаря України О.А. Панченка. Київ : «Контраст», 2018. С. 7–14.
6. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Москва : Изд-во Института психологии РАН, 2009. 304 с.
7. Ткач М.И. Оказание психологической помощи населению Донбасса в период вооруженного конфликта и в восстановительный период. *Проблемы психологических последствий, связанных с радиационными авариями и другими чрезвычайными ситуациями* : материалы международной научно-практической конференции. Москва : Квадратон, 2015. С. 23–25.
8. Lanius R.A., Vermetten E., Loewenstein R.J. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am. J. Of Psychiatry*. 2010. Vol. 167. P. 640–647.
9. Erin Martz. Trauma Rehabilitation After War and Conflict. Community and Individual Respectives. New York, Springer, 2010. 436 p.
10. World Health Organization (WHO). Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva : WHO, 2013. 110 p.