

ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЖИТЕЛІВ КРАЇНИ, ЩО ПЕРЕБУВАЄ У СТАНІ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ

DIAGNOSTICS AND CORRECTION OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN RESIDENTS OF A COUNTRY IN A STATE OF MILITARY CONFLICT

У статті проводиться огляд теоретичних основ та історії вивчення психологічної травми і посттравматичного стресового розладу. Розглядаються ризики виникнення ПТСР в учасників та свідків збройного військового конфлікту. Наведено результати дослідження посттравматичного стресового розладу, яке проводилося в період із квітня по жовтень 2022 року. У ньому взяли участь 50 українських громадян віком від 18 до 67 років. Метою дослідження було вивчити характер взаємозв'язку ознак посттравматичного стресового розладу – вторгнення, уникання та фізичної збудливості – з такими характеристиками й станами, як тривожність, агресія, фрустрація, ригідність, депресія, дисоціація, а також провести аналіз ефективності корекційної роботи з експериментальною групою. У процесі психодіагностики були використані такі методики: шкала оцінювання впливу травматичної події (IES-R); методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка; методика «Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора» (у модифікації В.Г. Норакидзе); диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова; тест перитравматичної дисоціації В. Агаркова та І. Тарабріної. Кореляційні зв'язки визначалися за допомогою математичних методів обробки результатів: коефіцієнта кореляції Спірмена, Т-критерія Вілкоксона, критерію Манна-Уїтні. Під час обробки результатів психодіагностики встановлено статистично значимі зв'язки між досліджуваними характеристиками посттравматичного стресового розладу, які допомогли визначити напрями та методики для ефективної корекції і профілактики ПТСР. Корекційна програма наслідків травм, яка проводилася з експериментальною групою, складається з вправ, спрямованих на вплив на три основні сфери людського організму (розум, тіло, емоції), а також містить ресурсні вправи. Основна увага приділяється аналізу проведеної корекційної роботи з експериментальною групою, у якій зменшилися тривожність, рівень фрустрації, фізична збудливість, яка є ознакою посттравматичного стресу, та підвищилася адаптація до стресових подій.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), військовий конфлікт, тривожність, депресія, дисоціація, психологічна травма.

The article reviews the theoretical foundations and history of the study of psychological trauma and post-traumatic stress disorder. The risks of PTSD in participants and witnesses of armed military conflict are considered. The results of the study of post-traumatic stress disorder, which was conducted from April to October 2022, are presented. It involved 50 Ukrainian citizens aged 18 to 67 years. The purpose of the study was to examine the nature of the relationship between the signs of post-traumatic stress disorder: intrusion, avoidance and physical excitability with such characteristics and conditions as anxiety, aggression, frustration, rigidity, depression, dissociation and to analyze the effectiveness of correctional work with the experimental group. The following methods were used in psychodiagnostics: Traumatic Event Impact Rating Scale (IES-R); Methods of diagnostics of self-assessment of mental states by G. Aizenk; Methods "Taylor's Personal Anxiety Scale" (modified by V.G. Norakidze); Differential diagnostics of depressive states by V.A. Zhmurov; Test of peritraumatic dissociation by V. Agarkovand I. Tarabrina. Correlations were determined using mathematical methods of processing the results: Spearman's correlation coefficient, Wilcoxon's T-criterion, Mann-Whitney criterion. When processing the results of psychodiagnostics, statistically significant relationships were found between the studied characteristics of post-traumatic stress disorder, which helped to determine the directions and methods for effective correction and prevention of PTSD. The correctional program of trauma consequences, which was conducted with the experimental group, consists of exercises aimed at influencing the three main areas of the human body: mind, body, emotions, and also contains resource exercises. The main attention is paid to the analysis of the correctional work carried out with the experimental group, in which anxiety, frustration, physical excitability, which is a sign of post-traumatic stress, decreased, and adaptation to stressful events increased.

Key words: post-traumatic stress disorder (PTSD), military conflict, anxiety, depression, dissociation, psychological trauma.

УДК 159.96
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.42.19>

Берегова О.В.

магістрант соціально-гуманітарного факультету
ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»

Коваль К.І.

старша викладачка кафедри теорії та методики практичної психології
ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»

Люди, які є учасниками або свідками збройного військового конфлікту стикаються з екстремальними подіями, які виходять за межі звичайного досвіду і несуть загрозу для власного життя та життя близьких, спричиняють негативний вплив на психіку, викликаючи травматичний стрес. У разі відсутності ресурсів людського організму засвоїти ці екстраординарні події до життєвого досвіду, виникає

ризик розвинення психологічного наслідку стресової події, яка виражаються у посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Патологічні та непатологічні психічні розлади, психологічні наслідки яких можуть проявлятися з часом, виникають в результаті невідповідності між зовнішніми загрозливими факторами та внутрішніми індивідуальними ресурсами їх подолання. Ступінь розвитку ПТСР та рівень

його переживання залежить від тривалості та інтенсивності травматичного досвіду. ПТСР може виникати у будь-якому віці і особливість виникнення цього розладу в тому, що він може виникнути як відразу після перебування у травматичній ситуації, так і через деякий час – кілька місяців або навіть років.

Фахівці, які вивчають військову історію підрахували, що з часу закінчення Другої світової війни лише двадцять шість днів світ перебував у стані абсолютного миру [1]. Аналіз збройних конфліктів свідчить, на жаль, про збільшення їх кількості, швидкості їх ескалації та трагічних наслідків. Психічний стан постраждалих містить в собі гострий або хронічний стрес, перевантаження механізмів адаптації, виснаження, депресію, психічні розлади, агресивність.

Нерідко при описі психологічних станів осіб, які зазнали впливу екстремальних ситуацій, використовують таке поняття, як «стрес». У науковий обіг назване поняття ввів Ганс Сел'є. Стрес це найхарактерніший психічний стан, який розвивається під впливом екстремальних умов життєдіяльності. Військовий конфлікт є екстремальною критичною подією, яка порушує відчуття безпеки людини та впливає на фізичні та психічні характеристики людини, через порушення звичного перебігу життя. Військова ситуація в країні, на жаль, має великий негативний вплив на психічний стан населення та зробила актуальним питання щодо посттравматичного синдрому. Тому що під впливом багатьох стресових факторів опинилися не лише військовослужбовці, але й цивільні громадяни: жінки й діти, люди похилого віку [3].

Ситуації, які можуть викликати травму руйнують почуття безпеки, яке є першочерговою потребою людини, і як наслідок поділяють її життя на такі періоди: до кризи, на відрізок часу, в якому відбувається безпосередній вплив екстремальних факторів та на життя після ситуації, яка травмувала. Руйнівними факторами є раптовість події, її тривалість, втрати, відсутність подібного досвіду у людини та неможливість контролювати кризові події. Війна поєднує фактори, які травмують психіку та типи втрат властиві майже всім стихійним лихам і катастрофам. Відокремлюють такі типи втрат: втрата рідних чи близьких людей, соціальні втрати (робота, навчання), психічні й фізичні, духовні, матеріальні, психологічні. Епідеміологія посттравматичного стресового розладу дуже різноманітна, за оцінками від 20 до 70% учасників та свідків бойових, дій стають жертвами серйозних психічних порушень [4].

Наслідки пережитої травми можуть нести руйнівний характер для психіки та здатні вплинути на все подальше життя людини, порушуючи розвиток у неї безпеки та самоконт

ролю. Цілісність психіки людини наражається на небезпеку, якщо напруга, яка є наслідком травматичної події не знімається. Під час травми свідомий вибір реагування відсутній, відбувається впадання в стан заціпеніння або фрагментація психіки, демобілізація, зниження чутливості. В той час, як при стресі людина робить вибір: поступитися або боротися та мобілізувати внутрішні ресурси. Чи буде стресова ситуація нести травматичні наслідки, залежить від захисних механізмів людини і від зовнішнього середовища, тобто поняття травми відносно [3].

Поняття «психологічна травма» найбільшого поширення отримало в рамках теорії посттравматичного стресового розладу у 80-х роках 20 століття. Історія цього поняття виходить з досліджень Ж.М. Шарко та Ж. Брейра, ранніх праць З. Фрейда, ідеї якого були розвинені К. Юнгом. Поняття психічної травми розглядалось у контексті теорії стресу, як особлива форма загальної стресової реакції Гансом Сел'є, 1979; О. Черепановим, 1997. В сучасних працях американського вченого П. Левіна психологічна травма описується, як стан, що переживає людина, який не дозволяє їй контролювати та ефективно реагувати на подію та який несе загрозу життю, фізичній та психічній цілісності. Д. Калшед при вивченні травми констатував, що на виникнення травми впливають і внутрішня робота психіки людини. М. Решетников у праці «Психічна травма» класифікує психічні травми щодо прогнозу розвитку ПТСР [5]. Психологи А.Л. Венгер та О.І. Морозова відокремили такі етапи переживання психологічної травми: шок стабілізація, відновлення, особистісна та соціальна інтеграція. Саме на етапі стабілізації, при відсутності ефективної психологічної підтримки, у людини, яка пережила подію, що травмує психіку, можуть з'явитися симптоми посттравматичного стресового розладу [2].

Велика кількість військових конфліктів, які відбувались у 20-21 столітті, призвела до виникнення необхідності фахівцям з психічного здоров'я вивчати ПТСР та його вплив на життєві функції людини. Вивчення психологічної травми та її складових започатковано ще в працях Ж. Шарко (1880), З. Фрейда (1891), А. Кардінера (1922), Дж. Біба, Дж. Апеля, Г. Шпігеля, М. Горовіц (1975), Дж. Герман (1997), К. Гербет (1988), Дж. Боулбі, П. Левіна, А. Елерса і А. Кларка (2000), Н. Тарабріної (2001), В. Юле (2002), В. Ромек (2004), Б. Фoa (2005) та ін. У вітчизняній психології поняття психотравми на сучасному етапі досліджують Т. Титаренко, Н. Пов'якель, В. Зливков, О. Романчук, В. Климчук, Л. Гребінь, З. Кісарчук, Ю. Семенова [6].

Наше емпіричне дослідження ознак прояву ПТСР (вторгнення, уникнення, фізичної збуд-

ливості) та таких характеристик: тривожності, агресії, фрустрації, ригідності, станів депресії та дисоціації проводилося в період з 15.04.2022 по 30.04.2022 року.

Підсумовуючи проведену діагностичну роботу в квітні 2022 року, можна констатувати, що із 50 осіб, серед яких проводилося опитування щодо наявності ПТСР, 38% осіб мають низьку, 34% – помірну та 28% – виражену реакцію на травматичну подію. Проаналізував дані субшкал, які відображають специфічні реакції людини на стресори, можна зробити висновок, що реакція уникнення при ПТСР переважає у нашій виборці. Проаналізував проявлення тривожності у опитуваних виявлено, що високий рівень тривожності властивий 32% опитуваним, середній рівень з тенденцією до високого рівня мають 20%, середній рівень з тенденцією до низького рівня – 42%, низький – 6% респондентів. За результатами діагностики депресивних станів виявлено, що депресія відсутня або незначна у 18% учасників опитування, депресія мінімальна у 34% осіб, легка депресія – у 38%, ознаки помірної депресії є у 8% осіб та глибока депресія виявлена у 2% респондентів. Висновки щодо рівня перитравмативної дисоціації у групі респондентів: низький рівень дисоціації виявлено у 28% осіб, знижений – у 48%, помірний – у 14%, підвищений рівень мають 10% респондентів.

Аналіз характеристик психічного стану показав, що низький рівень фрустрації мають 66% опитуваних, середній – 26%, високий – 8%. За даними дослідження низький рівень агресії у 48% осіб, середній – у 46%, високий – у 6%. Низький рівень ригідності властивий 42% респондентів, середній – 25%, високий – 8%.

Можна підсумувати, що респондентам нашої вибірки переважно властиві низький та середній рівні психічних станів.

У дослідженні для пошуку вагомих зв'язків між прогностичними чинниками виникнення посттравматичного стресового розладу ми використали коефіцієнт рангової кореляції Спірмена [58]. Результати порівняння критичного та емпіричного значення коефіцієнту надано в таблиці 1, 2.

Як засвідчує кореляційний аналіз на рівні ($p < 0.01$), можемо зробити висновок про такі вагомні зв'язки між прогностичними чинниками виникнення посттравматичного стресового розладу (табл. 1):

1. Існує позитивний зв'язок між фрустрацією з одного боку та агресією, ригідністю, тривожністю, депресивним станом з іншого.

2. позитивний зв'язок між рівнем тривоги та станом ригідності. Чим вище рівень тривожності, тим вище рівень ригідності, тобто низької адаптованості до змін.

3. позитивний зв'язок між рівнем агресії та рівнем ригідності. Чим вище показники агресивності тим більша ймовірність високого рівня стану ригідності.

4. позитивний зв'язок між рівнем ригідності та депресивним станом.

5. позитивний зв'язок між рівнем тривожності та ступенем депресивного стану, між тривожністю та силою реакції на травму(ПТСР).

6. позитивний зв'язок між рівнем депресії з одного боку та рівнем перитравмативної дисоціації і ступенем вираження реакції на екстраординарну стресову ситуацію з іншого.

7. позитивний зв'язок між рівнем перитравмативної дисоціації та реакцією на травматичну подію.

Таблиця 1

Кореляційний зв'язок між характеристиками ПТСР

	Тривога (Айзенк)	Фрустрація	Агресія	Ригідність	Тривога (Тейлор)	Депресія	Дисоціація	ПТСР
Тривога (Айзенк)	-	0.728	0.117	0.442	-	-	0.220	0.226
Фрустрація	-	-	0.364	0.623	0.707	0.714	0.309	0.331
Агресія	-	-	-	0.427	0.253	0.325	0.128	0.227
Ригідність	-	-	-	-	0.536	0.484	0.230	0.293
Тривога (Тейлор)	-	-	-	-	-	0.742	0.232	0.375
Депресія	-	-	-	-	-	-	0.366	0.562
Дисоціація	-	-	-	-	-	-	-	0.426
ПТСР	-	-	-	-	-	-	-	-

$p < 0.05$ (≥ 0.279)

$p < 0.01$ (≥ 0.361)

Значення кореляційного зв'язку між характеристиками ПТСР та специфічними реакціями людини на стресори

	Фрустрація	Агресія	Ригідність	Тривога (Тейлор)	Депресія	Дисоціація
Вторгнення	0.267	0.205	0.185	0.294	0.502	0.417
Уникнення	0.132	0.127	0.196	0.132	0.361	0.422
Фізична збудливість	0.342	0.205	0.264	0.492	0.542	0.318

$p < 0.05$ (≥ 0.279)

$p < 0.01$ (≥ 0.361)

Підсумовуючи кореляційний аналіз на рівні ($p < 0.01$), можемо зробити висновки про такі вагомні зв'язки зі специфічними реакціями людини на стресори: вторгнення, уникнення, фізична збудливість (табл. 2):

1. позитивний зв'язок між реакцією вторгнення на травматичну подію та станом депресії, дисоціації.

2. позитивний зв'язок між реакцією уникнення при травмі та депресією, дисоціацією.

3. позитивний зв'язок між реакцією фізичної збудливості на стрес та тривоги, депресією.

Між характеристиками ПТСР та віком респондентів можемо зробити висновки про такі вагомні зв'язки: існує зворотній зв'язок ($p \leq 0.01$) між віком та рівнем ригідності: чим старша людина, тим нижче рівень ригідності. Тобто люди зі збільшенням віку, життєвого досвіду більш адаптовані до змін. Досить цікавим фактом було виявлення позитивного зв'язку ($p \leq 0.05$) між віком та показниками шкали брехні. Респонденти молодшого віку виявилися більш відвертими та об'єктивними щодо свого психологічного стану ніж люди старшого віку та з меншою долею ймовірності робили соціально бажані відповіді на питання методик опитування.

Виявлені кореляційні статистично значимі зв'язки дозволили нам зробити припущення, що корекційна робота, яка буде спрямована на збільшення адаптаційних можливостей психіки на індивідуальному рівні, зниження тривожності та опрацювання негативних емоцій, які виникли в результаті травматичної події, вплинуть у бік зменшення рівнів дисоціації та депресії і як наслідок зменшать рівень ознак ПТСР (вторгнення, уникнення, фізична збудливість), що в цілому спричинить зниження рівня реакції на травматичну подію.

Корекція ПТСР з експериментальною групою, яка складалась з десяти досліджуваних та повторне емпіричне дослідження експериментальної та контрольної груп відбувалося у серпні – жовтні 2022 року. Цікаво відмітити, що у первинному опитуванні експериментальної груп п'ятдесят відсотків визначили війну, як найважчу екстраординарну подію, яку їм довелось пережити. У опитуванні, яке проводилося через чотири місяці після корекції лише

для 10 відсотків опитуваних війна залишилася екстраординарною стресовою подією, яка відбувалась з ними протягом життя. Для решти сорока відсотків респондентів у опитуванні через сім місяців після початку війни такими подіями стали стресові ситуації, які відбувались з ними у минулому задовго до військового конфлікту, від 3 до 18 років тому. Для тих опитуваних, які відмітили найважчу стресову подію у житті у першому тестуванні, не початок військового конфлікту, а особисті події, які відбувались з ними раніше (смерть близьких або загроза життю та здоров'ю особистому або близьких), ці події так і залишилися значущими після деякого часу.

Наслідки психічної травми, на відміну від стресу, завжди істотні та зачіпають глибинні верстви психіки, мають тривалий вплив на тіло, розум і психіку, загалом на життя людини та її само сприйняття. Керуючись цим в основі корекційної роботи був взятий принцип роботи з трьома сферами людини: розумом, тілом та емоціями. Актуалізація ресурсів – один з ключових компонентів в роботі з травмою, який дозволяє максимально ефективно включити механізми подолання та адаптації, тому значна частина корекційної програми містить ресурсні вправи.

Психоедукація, яка спрямована висвітлити для людей процеси, які з ними відбуваються, покликана позитивно вплинути на сферу розуму. Тобто усвідомлення доступно викладеної для розуміння інформації щодо походження травми, її симптомів та впливу на різні сфери людини, може бути першим кроком до керування патологічними психічними процесами та подоланням психотравми.

У нашому дослідженні було розкрито, що така ознака, як фізична збудливість має найбільшу кількість прямих значущих зв'язків зі станами тривожності, фрустрації, депресії, дисоціації. Тому значна кількість вправ, які містять корекційну програму, спрямовані саме на стабілізацію та повернення контролю над фізичними відчуттями: заземлення, регуляція дихання, вправи на зняття м'язового напруження, тілесні вправи.

На емоційну сферу людини, яка пережила травматичні події, спрямовані арттерапевтичні

вправи. Матеріали, які використовуються при цих техніках (глина, фарби) допомагають почуттям, які виникли в результаті травматичного досвіду знайти проявлення у вигляді візуальних образів, символів. Це дає змогу дистанціюватися від травми, розвантажити переживання, пов'язані з негативними відчуттями та в подальшому інтегрувати цей травматичний досвід.

Як вже зазначалося вище, перша діагностика була проведена наприкінці другого місяця від початку війни, повторне діагностування відбувалося через чотири місяці, тобто по закінченню півроку після початку військового конфлікту. Повторна психодіагностика за тими ж самими методиками проводилася з експериментальною та контрольною групами, які склалися з десяти опитуваних в кожній групі.

За допомогою Т-критерію Вілкоксона ми встановили статистично значимі зміни показників діагностування, отриманих у тих самих випробуваних в експериментальній групі до та після корекції:

1. Зниження рівня тривожності ($p < 0.01$)
2. Підвищення рівня агресивності ($p < 0.05$)
3. Зниження рівня ригідності, депресії, дисоціації ($p < 0.05$)
4. Зниження реакції на стресову подію та її ознаки (уникнення, фізична збудливість) відзначена у кожного випробуваного, ознака ПТСР – вторгнення також зменшилася на статистично значимому рівні ($p < 0.01$).

У контрольній групі за допомогою Т-критерію Вілкоксона ми могли спостерігати такі статистично значимі зміни, які відбулися при порівнянні першого діагностування та повторного через 4 місяці:

1. Збільшення рівня фрустрації ($p < 0.05$)
2. Підвищення рівня тривожності ($p < 0.05$)

Статистично значимих змін у головному нашому досліджуваному об'єкті: характеристиках ПТСР у контрольній групі не виявлено.

Отже, підсумуємо результати корекційної роботи. Для того, щоб оцінити ефективність проведеної роботи, можемо констатувати такі статистично значимі відмінності між експериментальною та контрольною групою:

1. Рівень тривожності значно менше у експериментальній групі у порівнянні з контрольною. Тобто корекційні заняття вплинули на утримання рівня тривоги експериментальної групи на стабільному рівні, в той час, як у опитуваних, з якими не проводилися ця робота, тривожність зросла ще більше, порівняно з попереднім опитуванням.

2. Зміни рівня фрустрації у експериментальній групі статистично не значущі, у контрольній групі він збільшився. Очевидно, що під час війни цей стан має стійкі властивості через розбіжність реальності з очікуваннями

та неможливість якимось чином вплинути на перебіг подій.

3. Рівень агресивності у експериментальній групі виріс, на відміну від групи контрольної. Це можна пояснити тим, що учасники експериментальної групи знаходились під час корекційних занять у більш активній життєвій позиції, що можливо і змінило рівень агресії у бік збільшення.

4. Зменшення рівня ригідності у експериментальній групі достовірно значуще, на відміну від контрольної групи. Можемо зробити висновок, що жителі країни, яка перебуває у військовому стані вимушені проявляти більшу гнучкість, в результаті необхідності прилаштовуватися до нових оточуючих умов життя, виявляючи адаптаційні якості, а психокорекційні вправи сприяли тенденції зниження рівня ригідності.

5. Рівень депресії у експериментальній групі статистично не відрізняється від контрольної групи, однак зміна цього рівня у бік зниження достовірно переважає відносно попереднього опитування у групі, з якою проводилася корекційна робота.

6. У рівні перитравматичної дисоціації між двома групами також не має статистично значимих відмінностей, але спостерігається зниження цього рівня у експериментальній групі у порівнянні з попереднім опитуванням.

7. За шкалою оцінки впливу травматичної події між двома групами немає статистично значимих відмінностей. Але можемо зробити висновок, що абсолютно в усіх випробуваних експериментальної групи спостерігалось зниження рівня реакції на екстраординарну ситуацію та зниження таких специфічних реакцій на стресори, як вторгнення, уникнення та фізична збудливість відносно попереднього опитування.

8. Також зменшення фізичної збудливості, як реакції на травматичну подію статистично значуще у експериментальній групі у порівнянні з контрольною групою. Отже можемо зробити висновок про ефективність стабілізаційних вправ, що спрямовані на повернення контролю над тілесними відчуттями, які містила корекційна програма.

Кореляційний аналіз експериментальної та контрольної груп, який ми здійснили за допомогою статистичного критерію Манна-Уїтні, засвідчує такі статистично значимі відмінності:

1. Рівень тривоги у експериментальній групі нижче, ніж у контрольній ($p \leq 0.01$).

2. Рівень фрустрації у експериментальній групі нижче, ніж у контрольній ($p \leq 0.01$).

3. Рівень ригідності у експериментальній групі нижче, ніж у контрольній ($p \leq 0.05$).

4. Така ознака посттравматичного стресу, як фізична збудливість менша у експериментальній групі, ніж у контрольній ($p \leq 0.05$).

Виконане дослідження дозволило висунути ряд актуальних питань для подальшого вивчення поставленої проблеми. Наприклад, створити програму, орієнтовану на профілактику виникнення ПТСР. На сьогодні, на жаль, через велику кількість стресових факторів, які носять ще й довготривалий характер, дослідження посттравматичного стресового розладу є дуже актуальним. Не зважаючи на велику увагу дослідників останнім часом до цієї теми, залишається багато нерозкритих сторін у цьому питанні. І якщо чинники та симптоматика ПТСР є вже добре висвітленими, то корекція наслідків травми на тривалий час залишиться темою, яка буде розвиватися та доповнюватися новими відкриттями, через унікальність людської психіки, індивідуальної здатності переносити стресові, травматичні події та можливості відновлюватися після травми. Будь які дослідження в цій сфері несуть значущість у психологічній практиці, через велику цінність психічного здоров'я населення. Таким чином, можна говорити про те, що розробка методів своєчасного виявлення, корекції та,

особливо, профілактики наслідків впливу травматичного досвіду на психіку людини входить до коло проблем сучасної психологічної науки та практики.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям – жертвам військового конфлікту: практ. посіб. / І. О. Корнієнко, І. М. Лісовецька, Ю. А. Луценко, Д. Д. Романовська. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 152 с.
2. Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ, 2010. 401 с.
3. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців, Київ, 2020. 192 с.
4. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник в 3-х томах. Київ, 2018.
5. Решетников М.М. Психическая травма. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. – 322 с.
6. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП Вид. дім Персонал, 2017. 160 с.