УДК 159.9/091
DOI https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-12

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ Й ТРАВМУВАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ НА БОЙОВИЙ СТРЕС

Щирук Ірина Анатоліївна,
аспірант кафедри психології та соціальної роботи
Центральноукраїнського державного університету
ORCID ID: 0000-0001-8802-0708

У статті на підґрунті психолого-аксіологічного підходу представлено результати емпіричного дослідження переживання дорослими посттравматичного стресового розладу (ПТСР) й виявлення психологічних особливостей негативних наслідків ПТСР й травмування у військовослужбовців та осіб постраждалих на бойовий стрес.

Доводиться, що на сьогодні не можна надати ефективну допомогу військовослужбовцям та особам, постраждалим внаслідок бойових дій і військової травми, якщо не враховувати явної специфіки ціннісно-смислових аспектів бойової травматизації та формування травматизованої ідентичності в різних груп осіб, постраждалих на травму. Ось чому необхідно мати конкретне і спеціальне уявлення про психологічні особливості травматизації внаслідок бойової та військової травми.

Установлено, що дослідження «посттравматичного розладу», який допускає присутність травми у «структурі психіки», здійснюється за допомогою спеціально відібраного «комплексу клініко-психологічних методик», при цьому сам військовий або особа, котра перебувала в умовах дії стрес-фактору, зазвичай, не усвідомлює зв'язку «симптомів» свого стану з «травматичним впливом».

На підставі якісного аналізу дослідження констатовано, що саме використання «психолого-аксіологічного підходу» при реабілітації осіб, постраждалих в умовах бойового стресу з «віддаленими наслідками стресогенних впливів», дасть змогу здійснити цей вплив комплексно та допоможе особам, постраждалим в умовах бойового стресу покращити чи нормалізувати свої психічні та ціннісні особистісні характеристики. Це, натомість, призведе до зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності, стресово-депресивних станів та депресії, і надасть змогу особам, постраждалим в умовах бойового стресу використовувати рівноцінно всі канали для власної соціальної, психологічної та фізичної адаптації.

Ключові слова: *бойовий стрес, військовослужбовці, психолого-аксіологічний підхід, ПТСР.*

Shchyruk Iryna. Psychological features of negative consequences of PTSD and trauma of military personnel and persons affected by combat stress

Based on the psychological and axiological approach, the article presents the results of an empirical study of adults' experience of post-traumatic stress disorder and the identification of psychological features of the negative consequences of PTSD and trauma in military personnel and combat stress victims.

It is proved that today it is impossible to provide effective assistance to servicemen and women affected by combat operations and military trauma, if we do not take into account the clear specificity of the value and meaning aspects of combat traumatization and the formation of traumatized identity in different groups of trauma victims. That is why it is necessary to have a specific and special understanding of the psychological characteristics of traumatization as a result of combat and military trauma.

It is established that the study of "post-traumatic disorder", which allows for the presence of trauma in the "structure of the psyche", is carried out with the help of a specially selected "complex of clinical and psychological methods", while the military or a person who was exposed to a stressor is usually not aware of the connection between the "symptoms" of his or her condition and the "traumatic impact".

Based on the qualitative analysis of the study, it is stated that the use of the "psychological and axiological approach" in the rehabilitation of combat stress victims with "long-term consequences of stressful effects" will allow for a comprehensive impact and will help combat stress victims improve or normalize their mental and value-based personal characteristics. This, in turn, will lead to a reduction in situational and personal anxiety, stress and

depression, and will enable combat stress survivors to use all channels equally for their social, psychological and physical adaptation.

Key words: *combat stress, military personnel, psychological and axiological approach, PTSD.*

Вступ

Військові дії в Україні висвітлили проблему осіб, схильних до негативного впливу стресових чинників в екстремальних ситуаціях. Травматична ситуація – це екстремальна кризова подія, що характеризується потужним негативним впливом і загрозливою ситуацією, яка вимагає від особистості надзвичайних зусиль для подолання наслідків цього впливу [2]. Існує кілька типів травматичних ситуацій: короткочасні непередбачувані травмувальні події (наприклад, сексуальне насильство, стихійні лиха, терористичні акти, автомобільні аварії); постійний і повторюваний вплив травмувального стресора – безперервна травматизація або тривалі травматичні події (повторне фізичне або сексуальне насильство, бойові дії тощо) [3; 4].

ПТСР зазвичай розвивається після латентного періоду від чотирьох тижнів до кількох місяців (але не більше шести місяців, за винятком особливих випадків) після травматичної події [4; 5].

Отже, **метою** нашої статті є емпіричне вивчення особливостей дослідження є переживання дорослими посттравматичного стресового розладу й виявлення психологічних особливостей негативних наслідків ПТСР й травмування у військовослужбовців та осіб постраждалих на бойовий стрес.

Матеріали та метод

У ході здійснення діагностики було використано такі психодіагностичні методики: 1) «Міссісіпська шкала ПТСР» (військовий варіант): задля виявлення та оцінення проявів ПТСР; 2) «Шкала самооцінки наявності ПТСР»: визначення ознак ПТСР у військових та осіб постраждалих на бойовий стрес за критеріями «DSM-IV»; виявлення: «нормативних показників психічної активності», «окремих ознак посттравматичного стресового розладу», наявності «посттравматичного стресового розладу»; 3) «Шкала психологічного стресу RSM 25»; уможливлює визначення рівнів «стресових відчуттів» у соматичних, поведінкових та афективних показниках у військовослужбовців та осіб постраждалих на бойовий стрес; 4) Тест «Аналіз стилю життя»; задля визначення рівню «стресостійкості особистості»; 5) «Шкала реактивної та особистісної тривожності»; сприяє визначенню рівню ситуативної та особистісної тривожності; 6) «Опитувальник депресивності А. Бека»; надає можливість щодо з'ясування наявності депресії та ступеню важкості депресивних розладів у військових та осіб постраждалих на бойовий стрес; 7) «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» виявляє «рівень інтенсивності стресової дії бойової ситуації на військових та осіб постраждалих внаслідок бойових дій [1].

Емпіричне дослідження проводилось протягом 2022–2024 рр. Загальна кількість осіб, які були охоплені констатувальним дослідженням, склала 244 військовослужбовців, з них чоловіків – 200, жінок – 44.

Результати

Результати, засновані на методології «Міссісіпської шкали оцінки посттравматичних реакцій» та шкалі самооцінки ПТСР, показали, що суб'єкти з ПТСР становили понад 50% від загальної кількості діагностованих.

На основі проведеної «Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій», було виявлено та оцінено «прояви ПТСР» у осіб, постраждалих на стрес-фактор. При діагностиці було одержано такі результати: ПТСР виявлений у 30,3% осіб, характерні для ПТСР ознаки констатовані у 49,1 % досліджуваних, добре адаптованими були 21,6% респондентів.

Тобто, можна припустити, що психологічні та аксіологічні особливості особистості під час військових дій відрізняються від цих особливостей мирного життя. І якщо у них посттрав-

матичний стресовий розлад, потреба в цінностях військового часу переноситься особистістю у вимір світу, без трансформації чи адаптації. Трансформація або адаптація цієї потреби в цінностях гарантується тільки психологічною реабілітацією осіб, постраждалих від ПТСР, заснованої на психологічному і аксіологічному підході, згідно з яким, на основі психологічного і аксіологічного підходу, планування і здійснення заходів по реабілітаційному супроводу осіб, постраждалих від ПТСР.

Епізоди переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів; ухилення від діяльності і ситуацій, що нагадують про «військові травми»; сни і кошмари, пов'язані з фотографіями бойових травм; боязнь і тривожність; занепокоєння; хвилювання; тривога.

Хронічне відчуття емоційної притупленості; відчуження від сім'ї та друзів; відсутність реакції на навколишнє середовище; тривога, депресія, суїцидальна поведінка. Згідно з результатами тестів за «Шкалою PSM – 25» і «Аналізу способу життя» (Бостонський тест на стресостійкість), виходить, що більшість обстежених з помірним і високим рівнем стресу – це більшість з усіх діагностованих.

Аналіз даних дослідження показав такі результати: «нормативні показники психічної активності» – у 40,1% респондентів, «окремі ознаки посттравматичного стресового розладу» – у 30,8% досліджуваних, наявність «посттравматичного стресового розладу» – у 29,1% осіб.

Тобто фаза стійкості (організм добре справляється з ефектом бойового стресу) вже пройдена, і замість фази втоми, яка знижує здатність організму адаптуватися і протистояти різним захворюванням, фаза втоми призводить до деформації тіла. психологічні та аксіоматичні характеристики осіб, які страждають на ПТСР. У той же час відбувається зниження здатності організму до адаптації, і тоді психіка людини, що страждає на ПТСР, реалізує потребу в цінностях за допомогою різних цінностей і потреб, що стають джерелом особистої активності індивіда. Психологічна реабілітація людей, які страждають на ПТСР, може ґрунтуватися на психологічному та аксіологічному підході, що гарантує, що вона запобіжить зниженню здатності організму до адаптації на психологічно та аксіологічно визначеному рівні. Зважаючи на це, при плануванні і проведенні реабілітаційних заходів з жертвами ПТСР, які відчувають стресові реакції на основі психологічних і аксіологічних підходів, необхідно орієнтуватися на наступні симптоми: швидка стомлюваність; безпричинна млявість; проблеми зі сном; головний біль; зниження імунітету; стрибок тиску; гастрит; виразка; серцево-судинні, алергічні, несприйнятливі та інші (психосоматичні) захворювання; підвищена дратівливість; тривожність; неуважність; безпричинний гнів; забудькуватість; пасивність; різко знижується працездатність людини, її життєва і творча активність. Тобто, коли особи, які страждають на ПТСР, тривалий час перебувають у такому стані, неминуче виникають проблеми всередині особистості, як на психологічному (психосоматичному), так і на аксіологічному рівні. За результатами застосування «Шкали реактивності і особистісної тривожності» (К.Д. Спілбергер, Ю. Л. Ханін) і «Шкала тривожності Бека» показали, що серед осіб, які страждають ПТСР, і учасників бойових дій менше 50% всіх респондентів мали високий рівень тривожності. Однак у осіб, які страждають на ПТСР, був високий відсоток низької особистої тривожності.

Кількісний аналіз продемонстрував такі результати: «відсутність депресивних симптомів» – 30,1% респондентів, «помірно виражена депресія» – 31,9% досліджуваних, «критичний рівень депресії» – 29,0% осіб, а «явно виражена депресивна симптоматика» – 20,0% військових.

Результати показують, що особи уникають підвищеної тривожності, щоб показати себе в очах оточуючих з «кращого боку». Однак цей процес вимагає від індивіда певних психофізичних ресурсів і може призвести до розумової або фізичної втоми. Отже, реабілітаційні заходи з особами, які страждають на ПТСР з патологічними змінами рівня тривожності, засновані на психологічному аксіологічному підході, повинні включати наступне:

– психологічно обумовлені: невротичні конфлікти; емоційні і невротизовані зриви; тривога, збудження, тремтливість, роздратування, напруга, передчуття небезпеки; психосоматичні розлади;

– аксіологічно обумовлені: здатність сприймати більшість ситуацій як загрозливі і реагувати на них в стані тривоги; ґрунтуючись на результатах опитувальника оцінки депресії Бека (BDI) і шкали депресії Цунга (Z-SDS), було встановлено що близько 50% людей, які страждають ПТСР, мають яскраво виражені симптоми депресії.

Завдяки отриманим емпіричним даним ми виявили «самооцінку депресії» та «інтенсивність депресивних симптомів» у досліджуваних, зокрема «бездепресивний стан» простежувався у 29,3% досліджуваних осіб, «легка депресія» ситуативного чи невротичного ґенезу спостерігалася у 40,3% осіб, а присутність «явно вираженої депресивної симптоматики» було виявлено у 30,4% досліджуваних осіб.

Ці результати показують, що у осіб, які страждають на ПТСР, депресивні стани призводять до придушення ціннісних потреб індивіда, але це негативно впливає на здатність особистості, яка страждає на ПТСР, ефективно реалізовувати себе з різними цінностями і потребами, не дозволяючи йому стати джерелом своєї особистої активності. Реабілітація осіб, які страждають на ПТСР, заснована на психологічному та аксіологічному підході, дозволить уникнути збільшення інтенсивності депресивних симптомів та рівня депресії у осіб, які страждають на ПТСР, на психологічно та аксіологічно визначених рівнях. Тобто при проведенні реабілітаційних заходів з людьми зі значним рівнем депресії і виразністю депресивних симптомів, заснованих на психологічному і аксіологічному підході, необхідно акцентувати увагу фахівця на наступних симптомах:

– психологічно обумовлені: дратівливість; печаль; придушення негативних емоцій; відчуття невдачливості; незадоволеність собою; почуття провини; почуття покарання; самовизначення і відповідальність за себе; нерішучість; дисморфофобія; труднощі на роботі; втрата апетиту; втрата ваги; занепокоєння про здоров'я; втрата сексуального потягу; порушення сну; перевтома; зловживання алкоголем, наркотиками, сигаретами, сильнодіючими препаратами; песимістичне мислення; самознищення в разі невдачі; перебільшення недоліків і применшення власних переваг; негативні аспекти того, що сприймається; вибіркове увагу до себе; завищене прийняття відповідальності;

– аксіологічно обумовлені: песимізм; соціальне відчуження; суїцидальні думки. При діагностиці з використанням методу «Шкали інтенсивності бойового досвіду» низький рівень бойового досвіду був відзначений у 38,1% респондентів, середній бойовий досвід – у 54,1% учасників бойових дій і високий рівень бойового досвіду – у 15,1% досліджуваних. Тобто кількісні показники дослідження показують, що особи, які страждають на ПТСР, отримали інтенсивний бойовий вплив. Якісним показником в даному випадку є результат застосування описаних вище діагностичних методик, яким може бути припущення про те, що інтенсивність бойового впливу на особистість під час її перебування в зоні бойових дій призводить не тільки до психофізіологічних, а й до аксіологічних змін в особистості військовослужбовців. Тобто бойовий досвід набувається в складній психологічній аксіологічній ситуації, яка в той же час призводить до погіршення або деформації цих характеристик особистості постраждалої на ПТСР. І іноді (під впливом військових ситуацій) до формування нових характеристик буде складно пристосуватися в мирний час натомість. В таких умовах потреба в цінностях зазнає значних (а в деяких випадках і катастрофічних) змін, що негативно впливають на здатність реалізувати себе за допомогою різних потреб і цінностей, позбавляючи людину стабільного джерела особистої активності. Реабілітаційні заходи, засновані на психологічному та аксіологічному підході, зможуть зменшити вплив наслідків отримання інтенсивного бойового досвіду на учасників бойових дій на психологічно та аксіологічно визначеному рівні. При проведенні реабі-

літації з людьми, які страждають на ПТСР, які зазнали інтенсивного впливу бойового досвіду, заснованого на психологічному та аксіологічному підході, основну увагу слід приділяти наступним симптомам:

– психологічно обумовлені: ПТСР; стреси, тривожні, депресивні стани; фізичні травми і висічення від ран і тортур; отримання нових психосоматичних розладів (неадекватні санітарно-гігієнічні умови, екстремальні температурні впливи, сила психотравмуючих впливів і т. ін.); загострення хронічних захворювань організму;

– аксіологічна обумовленість: деформація або фундаментальна зміна орієнтації цінностей;

– психологічно обумовлені: самоповага; обмін емоціями; вираження емоцій; спілкування (з друзями, родиною, іншими важливими людьми); соціальна роль; уява; інтуїція; фантазія; гумор; відчуття в тілі; розслаблення; самоповага; самооцінка;

– аксіологічно визначені: віра; цінність; надія; сенс життя; релігія; порядок пріоритетів.

Отже, використання психологічних і аксіологічних підходів в реабілітації людей з тривалими наслідками стресових впливів дозволить комплексно здійснити цей вплив і допоможе учасникам бойових дій поліпшити або нормалізувати свої психофізіологічні та ціннісно-орієнтовані особистісні характеристики. Але це, з іншого боку, призведе до зниження рівня ситуативної і особистісної тривожності, стресово-депресивних станів і пригніченості, що дозволить такій людині в рівній мірі використовувати всі канали для своєї соціальної, психологічної та фізичної адаптації. При використанні даного підходу здійснюється прямий (сімейні та особисті консультації, психологічна та інформаційна підтримка) і непрямий (в результаті реабілітаційних заходів) вплив на родичів і друзів людей, постраждалих від ПТСР, створюючи єдиний психологічний та інформаційний простір для поліпшення реалізації реабілітаційних заходів для постраждалих осіб через ПТСР.

На підставі результатів психологічної діагностики, аналізу анамнестичних даних і критеріїв індивідуального клініко-психологічного обстеження військовослужбовців необхідно виділити такі групи [3; 5]:

1. Психічно здорові, які не мають ознак зниження психічного здоров'я або психоемоційного напруження в процесі обстеження. Загалом психічне і фізичне здоров'я характеризують як стан динамічної рівноваги між навколишнім середовищем і особистістю, за якого всі можливості, закладені в біологічній і соціальній природі, максимально розкриті, а всі життєзабезпечувальні функції функціонують з оптимальною інтенсивністю.

2. Особистості з ознаками передневротичних розладів за типом психоадаптивного стану (ПАС). До цієї групи входять респонденти з такими факторами ризику, як генетична схильність до психічних розладів або алкоголізму, тривалі психоемоційні стресові стани та поєднана дія ситуаційних психогенних чинників. Виділяють чотири форми ПАС:

– психовегетативна (переважна) форма ПАС. У більшості респондентів спостерігаються скороминущі короткочасні вегетативні порушення: серцебиття, запаморочення, коливання артеріального тиску (часто гіпертонія), періодичні припливи жару. Тривалість цих симптомів становить кілька хвилин. Ці симптоми виникають від кількох разів на тиждень до 1–2 разів на місяць;

– астенія при ПАС. Для ПАС характерні короткочасні порушення потенції у вигляді скороминущої втрати тонусу організму і сильної втоми, яка зазвичай з'являється наприкінці дня або наприкінці робочого дня. Симптоми включають млявість, слабкість, бажання спати, проблеми із засинанням, незважаючи на явну перевтому, погіршення концентрації уваги і труднощі з виконанням обов'язків;

– дистимія – тип ПАС. Характеризується раптовим виникненням скороминущих психоемоційних порушень у вигляді скороминущої, незрозумілої тривоги, невпевненості та внутрішнього дискомфорту, що тривають від кількох хвилин до кількох годин. Надалі часто виникають короткочасні епізоди нестійкого настрою з елементами дратівливості, незадоволеності, песи-

містичної оцінки майбутнього та млявості. Ці стани минають після адекватного відпочинку або відпустки;

– змішана форма ПАС. Цей стан трапляється, коли практично неможливо визначити переважну в структурі психопатологічну симптоматику. У цьому випадку часто можна говорити про розлад імпотентно-вегетативного або вегетативно-дистимічного варіанту, або про поєднання психовегетативних розладів із симптомами імпотенції або дистимії.

3. Військовослужбовці з ознаками прикордонного психічного розладу (ППР). Військовослужбовці з явними клінічними ознаками непсихотичних психічних розладів, прикордонних психічних розладів (наприклад, неврози, неврозоподібні та психопатичні стани, невротичні й латентні «маскування», депресії, що соматизують, екстернально-органічні та соматогенні нервово-психічні розлади).

Вплив чинить також наявність особистісних аномалій і акцентуацій. Оскільки ця група розладів передбачає значне зниження або навіть тимчасову втрату працездатності, пацієнти з БПД потребують своєчасної та якісної медичної (психіатричної та психотерапевтичної) допомоги. До факторів ризику також належать генетична схильність до психічних розладів та алкоголізму, епізоди вживання наркотиків або психоактивних речовин, тривалий психоемоційний стрес та їхній спільний вплив.

До них належать ситуативні психогенні чинники, фізичне напруження, особистісні аномалії та наявність акценту. У цих військовослужбовців і жінок спостерігаються психосоматичні скарги на дратівливість, втому, емоційну нестійкість, головні болі, низьку працездатність, виснаженість і болі без чіткої локалізації. Також спостерігаються тривожно-фобічні симптоми, часті скарги на сон і засинання, жахіття та «тремтіння» під час сну, що зумовлено людськими факторами, такими як професійні проблеми, психогенні чинники різного роду, зокрема, брутальність і нетактовна поведінка командного складу.

Військовослужбовці з психічними розладами в анамнезі можуть бути оманливими, мають доволі хороше фізичне здоров'я, схильні до симуляції, характеризуються «втечею у хворобу», можуть мати вегетативний криз або соматоформні розлади. Що стосується психічного здоров'я, то особистість стає невротичною, а адаптивні можливості знижуються. Інтелект відповідає отриманій освіті. Відсутність самостійності в ухваленні рішень і знижена цілеспрямованість знижують працездатність.

До психологічних особливостей резерву захворювання належать: зниження спостережливості, зниження концентрації та уваги, характерні для невротичних розладів, відносна незрілість та інфантильність, а також зниження соціального функціонування, зниження адаптивних навичок, зниження емоційного контакту, відсутність емпатії та зниження інтелектуальних бажань. До них належать відсутність емпатії та поганий інтелектуальний контроль (самоконтроль) над емоціями.

У таких пацієнтів спостерігається нестійкість настрою, нестабільність емоцій і високий ступінь сугестивності. Відсутність сексуального відгуку – прояв невротизму і тривоги з приводу сексуальних проблем. Психосоматичні риси особистості, агресивні бажання і тривоги, «комплекс інтелекту» і почуття неповноцінності яскраво виражені порівняно з умовно здоровими особами.

Зовнішні та органічні чинники (родова травма або травма голови), погана адаптація в попередніх колективах, психічні розлади в родичів, алкоголізм у родичів. Такі чинники, як недосипання та перевтома, також можуть призвести до розвитку психічних розладів.

Висновки

Сьогодні загалом склалися медична, правова, соціальна модель травматизації військовослужбовців та осіб, які постраждали внаслідок бойових дій, що дає змогу, нехай іще не з бажаною ефективністю, але все ж таки цілеспрямовано займатися медичною та соціально-пси-

хологічною реабілітацією та ресоціалізацією військовослужбовців та осіб, які постраждали внаслідок бойових дій.

Що ж стосується психологічної моделі травматизації військовослужбовців та осіб, які постраждали внаслідок бойових дій, то тут справа дещо складніша. З одного боку, саме психологічні наслідки травми є найбільш драматичними і пролонгованими. Психологічні наслідки, як-от сумніви, почуття провини, злість на себе й оточуючих, відчуття несправедливості, власного безсилля в деяких ситуаціях та ін., можуть супроводжувати людину все життя, що залишилося. З іншого боку, незважаючи на важливість психологічних наслідків у загальній картині травматизації військовослужбовців та осіб, які постраждали внаслідок бойових дій, розробці її теорії та практики приділяється явно недостатньо уваги.

Не вдасться, на наш погляд, надати ефективну допомогу військовослужбовцям та особам, постраждалим внаслідок бойових дій і військової травми, якщо не враховувати явної специфіки ціннісно-смислових аспектів бойової травматизації та формування травматизованої ідентичності в різних груп осіб, постраждалих на травму. Ось чому необхідно мати конкретне і спеціальне уявлення про психологічні особливості травматизації внаслідок бойової та військової травми.

Література:

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

2. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. Київ : Талком, 2019. 700 с.

3. Болотов Д. М. Клініко-психопатологічні особливості хворих на посттравматичні стресові розлади і розлади адаптації та їх комплексне лікування: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16. Харків, 2008. 18 с.

4. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил.* 2015. Випуск 3 (44). С. 137–141.

5. Кокун О. М. Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів. *Проблеми екстремальної та кризової психології: зб. наук. праць.* Харків : НУЦЗУ, 2017. Вип. 22. С. 143–150.