

учасника власним інтересам і урахування інтересу іншої сторони. Знову ж апріорі неможливо говорити про єдино правильну, як і єдино помилкової лінії поведінки в конфліктній ситуації. Це визначається аналізом комплексу складових, тому бажано володіти набором можливостей у даному відношенні. Партнерство, що співробітничає - найбільше адекватно гуманістичної орієнтації контакту, проте багатство реального спілкування навряд чи можна вичерпати однією-єдиною позицією. Конфліктна компетентність сьогодні - це насамперед освоєння позиції партнерства, співробітництва на фоні володіння, звичайно, і іншими поведінковими стратегіями теж. У цьому сенсі можна звернути увагу на розвиток потенціалу плюралізму, що супутствує прилученню до практичної психологічної культури, настільки актуальному в сучасних умовах соціальної нестабільності.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У розвитку комунікативної компетентності подані і нормативна тенденція, тобто засвоєння соціально заданих норм і еталонів, і індивідуально-творча, що припускає конструювання норм у ході спілкування, виходячи з орієнтації учасників у ситуації, у собі, у співрозмовника. Природно, нормативний шлях розвитку компетентного спілкування теж включає творчий компонент. Ми маємо з огляду, насамперед, виробітку рефлексивної позиції стосовно самої освоюваної норми, її осмислене вбудовування в індивідуальний особистий досвід. Співвідношення названих тенденцій, або аспектів розвитку спілкування по-різному в різних його видах і на різних стадіях соціальної і особистісної динаміки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бандурка А. М. Основы психологии управления / Бандурка А. М., Бочарова С. П., Землянская Е. В. – Харьков, ХНУВС, 1999. – 528 с.
2. Бодалев А. А. Личность и общение / А. А. Бодалев. – М. : Наука, 1983. – С.51–4
3. Медведєв В. С. Проблеми професійної деформації співробітників органів внутрішніх справ (теоретичні та прикладні аспекти) / В. С. Медведєв. – Київ : КНУВС, 1996. – 192 с.

УДК 159.9

Шевчук А.М., ад'юнкт кафедри прикладної психології НУЦЗУ

ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПОСТТРАЖДАЛОГО НАСЕЛЕННЯ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

Розглянуто особливості впливу дії надзвичайних ситуацій на психічний та соматичний стан постраждалого населення. У осіб, які пережили трагічну подію, можуть виникати психосоматичні порушення та відбуватися певні особисті зміни.

Ключові слова: психічні стани, психосоматичні порушення, особистісні зміни, психічна травма, стрес, надзвичайні ситуації.

Рассмотрены особенности влияния действия чрезвычайных ситуаций на психическое и соматическое состояние пострадавшего населения. У лиц, переживших трагическое событие, могут возникать психосоматические нарушения и происходить определенные личностные изменения.

Ключевые слова: психические состояния, психосоматические нарушения, личностные изменения, психическая травма, стресс, чрезвычайные ситуации.

Постановка проблеми. Усі масштабні катастрофи спричиняють наслідки матеріального, соціального, медичного і психологічного характеру, які випробовують на собі не лише постраждали, але і все населення.

Сьогодні Україна стоїть на шляху входження в число держав, які відносяться до гуманістичних. На перше місце в наші дні виходить проблема збереження життя й здоров'я людини. Саме тому психічному здоров'ю постраждалих, які стали жертвами катастроф та трагічних подій, сьогодні приділяється підвищена увага.

Особистісні зміни, що відмічаються у постраждалих від надзвичайної ситуації, є похідною від пережитої особистістю психологічної травми та залежать від її глибини або інтенсивності. Психічні зміни є своєрідною відповіддю на надсильний психологічний стрес та є первинними в трансформаційній структурі особистісних особливостей постраждалого. Вони викликають певні соматичні порушення та впливають на якість життєдіяльності постраждалого.

Актуальність дослідження обумовлено недостатністю інформації в науковій літературі та малою кількістю досліджень з проблем вивчення психічних та психосоматичних порушень, що відбуваються у осіб, які пережили чи стали свідком трагічної події.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Термін «психосоматика» запропонував в 1818 році J. Heinroth, що пояснював багато соматичних хвороб як психогенні, насамперед в етичному аспекті.

Хоча термін «психосоматика» є новим, концепція, яку він відбиває, так само стара, як і лікарське мистецтво. Гіппократ першим у своєму вченні про темпераменти сформулював положення про єдність душі й тіла. Він висловив також думку про те, що хвороба являє собою особливу реакцію індивідуума на умови його життя в середовищі.

У 1857 р. R. Virchow повторив це положення твердженням про те, що хвороби представляють собою лише прояву життєвих процесів у змінених умовах. Як відомо, надалі він змінив своє формулювання хвороби, створивши свою концепцію клітинної патології. У наш час хвороби позначаються як форми адаптації людини [13].

Для Гіппократа уявлення про хвору людину було важливіше за уявлення про діагноз хвороби. Протилежну точку зору постулювала теза про те, що хвороби являють собою поразку окремих частин організму

й що, зокрема, причиною таких поразок є «впровадження» в організм чогось стороннього. У душу може вторгнутися диявол, а в тіло - мікроб. Ці дві конфронтуючі точки зору стали вихідним пунктом всіх медичних концепцій: одна - більш людяна, а інша - більш «об'єктивна»; одна прагнула до того, щоб виявити індивідуальні особливості хворої людини; інша за допомогою наукових висновків прагнула визначити діагноз хвороби; з погляду одних - індивідуум хворий; з погляду інших - в індивідуума хвороба. У період наукових відкриттів ХІХ століття й верховенства експериментальної медицини, що збрала великі етіологічні (причинні) факти, вчення про хвороби взяло гору над вченням про хвору людину, а вчення про патологічні процеси - над вченням про «грунт», на якому ці процеси розгортаються.

У лікарський лексикон термін «психосоматика» був уведений віденським психоаналітиком F. Deutsch в 1922 р., який пізніше, у сорокові роки ХХ століття, емігрував з колегами до США [21].

Однак мова при цьому йде не про виникнення нової концепції в медицині, а про відродження принципів медицини стародавності, що підходила до захворювання як до специфічно індивідуального явища, як до хвороби конкретної людини, хвороби душі й тіла. Повернення до точки зору Гіппократа позначилось наприкінці ХІХ - початку ХХ ст. і було обумовлено досягненнями в галузі нейрофізіології й психіатрії. Результати нейрофізіологічних досліджень сприяли одержанню важливих фактів про зв'язки нервової системи із всілякими соматичними системами організму [3; 4].

У рамках теорії посттравматичного розладу й виниклої наприкінці 80-х років ХХ століття кризової психології оформилося поняття «психічна травма» (психотравма). Подія, що сприймається людиною як загроза її існуванню, що порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї подією травматичною, тобто потрясінням, переживанням особливого роду [4; 8].

Варто сказати, що психосоматичний біль важко відрізнити від інших станів, але справжній психосоматичний біль викликається скоріше несвідомим, чим симптомами хвороби або поранення. Психосоматичне захворювання може з'явитися в результаті проблем у взаєминах, стресу або інших нефізіологічних причин, часто викликаних зовнішніми факторами або людьми.

У рамках психосоматики досліджувалися й досліджуються зв'язки між характеристиками особистості (конституціональні особливості, риси характеру і особистості, стилі поведінки, типи емоційних конфліктів) і тим або іншим соматичним захворюванням [4].

Мета. Шляхом критичного аналізу відповідних наукових джерел розкрити сучасні підходи щодо проблеми змін в психічному та психосоматичному стані людини під впливом екстремальних факторів надзвичайних ситуацій.

Виклад основного матеріалу. Психосоматичні розлади — група хворобливих станів, що виникають на основі взаємодії психічних і соматичних факторів і проявляються соматизацією психічних порушень, психічними розладами, що відбивають реакцію на соматичне захворювання, або розвитком соматичної патології під впливом психогенних факторів [4].

У сучасній медицині розділ психосоматики представляють клінічні, психологічні, епідеміологічні й лабораторні дослідження, які висвітлюють роль стресу в розвитку соматичних захворювань, зв'язок патохарактерологічних і поведінкових особливостей із чутливістю або стійкістю до певних соматичних захворювань, залежність реакції на хворобу («поведінка» під час хвороби) від типу особистісного складу, вплив деяких методів лікування (хірургічні втручання, гемодіаліз і т.п.) на психічний стан.

Стани, які відносяться до психосоматичних розладів, включають не тільки психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміну, але значно більш широке коло порушень:

- соматизовані розлади;
- патологічні психогенні реакції на соматичне захворювання;
- соматопсихічні акцентуації на рівні розладів особистості [5].

У ряді психосоматичних прийнято розглядати психічні розлади, що часто ускладнюються соматичною патологією (нервова анорексія, булімія, алкоголізм і ін.), а також психічні порушення, що ускладнюють деякі методи лікування (наприклад, депресії й мнестичні розлади, що розвиваються після операції аортокоронарного шунтування; афективні й астеничні стани у хворих, що одержують гемодіаліз і ін.) [5].

У межах психосоматичних розладів інтерпретуються психопатологічні стани, що виникають у зв'язку з генеративним циклом у жінок:

- синдром «передменструальної напруги» і «передменструальний дисфорічний розлад»;
- післяпологові депресії;
- інволюційна істерія й ін.

До психосоматичних розладів відносять також симптоматичні психози:

- делірій;
- агенцію;
- галюціноз та ін.

Незважаючи на таке розмаїття розглянутих станів, їх поєднує загальна ознака — сполучення розладів психічної й соматичної сфери й пов'язані із цим особливості медичного обслуговування хворих, що припускає тісну взаємодію психіатрів і лікарів загального профілю, здійснювану звичайно або в медичних установах загального типу, або в спеціалізованих психосоматичних клініках.

Виходячи зі структури психосоматичних співвідношень, виділяють 4 групи станів:

Соматизовані психічні (соматоформні) реакції, що формуються при невротичних або конституціональних розладах (неврози, невропатії).

Психогенні реакції (нозогенії), що виникають у зв'язку із соматичним захворюванням (останнє виступає як психотравмуюча подія) і стосовні до групи реактивних станів.

Реакції за типом симптоматичної лабільності - психогенно провокована маніфестація або екзацербация соматичного захворювання (психосоматичні захворювання в традиційному їхньому розумінні).

Реакції екзогенного типу (соматогенії), що маніфестують внаслідок впливу соматичної шкідливості на психічну сферу й стосовні до категорії симптоматичних психозів, тобто до категорії екзогенних психічних порушень [4].

Обов'язковою умовою віднесення хворобливих станів до психосоматичних є наявність психотравмуючих емоційно значимих подій, які не тільки пов'язані у часі з початком або загостренням соматичного захворювання, але й грають істотну патогенну роль у виникненні психосоматических розладів. Серед таких несприятливих зовнішніх впливів не тільки гострі стресорні фактори (смерть близьких родичів, розлучення й т.п.), але й деякі затяжні конфлікти, події, що травмують, що мають більшу довжину в часі.

Можна назвати вісім основних джерел психосоматичних захворювань:

1. Внутрішній конфлікт свідомого й несвідомого в людині, єдиноборство між якими призводить до руйнівної «перемоги» однієї з них над іншою.

2. Мотивація за типом умовної вигоди, коли симптом несе умовну вигоду для пацієнта. Наприклад, рятування від мігрені може «відкрити очі» на багато проблем, які «заважають бачити» головний біль, і тоді пацієнт опиниться перед необхідністю їхнього вирішення.

3. Ефект впливу (іншою особою). Відомо, якщо дитині в дитинстві часто повторювати «дурочка, дурень, бовдур, жаднюга» і т.п., то дуже часто дитина починає демонструвати поведінку, яка відповідатиме сказаним вище, та таку, яка автоматично перейде у доросле життя.

4. «Елементи органічної мови». Хвороба може бути фізичним втіленням фрази. Наприклад, слова «у мене серце за нього болить», «я від цього з глузду сходжу» можуть перетворитися в реальні симптоми.

5. Ідентифікація, спроба бути схожим на когось. Постійно імітуючи іншого, людина ніби відстороняється від власного тіла.

6. Самопокарання. Якщо людина скоїть непорядний, на її думку, вчинок, вона іноді несвідомо піддає себе покаранню. Самопокарання — дуже розповсюджена причина багатьох травм і соматичних порушень.

7. Травматичний досвід минулого. Як правило, це психічні травми раннього періоду дитинства.

8. Алекситимія [12].

Найбільший вклад у розробку проблеми психосоматичної медицини внесли три національних школи: американська школа (F. Alexander, H. Dunbar, I. Weises, і G. Engel), що розробляє теоретичні основи психосоматики на основі психоаналітичних концепцій; німецька школа (W. von Krehl, von Weizsacker, von Bergman), що віддає перевагу розробці філософських основ психосоматики, і вітчизняна школа, у якій основою вивчення психосоматичних розладів є вчення І.П. Павлова про вищу нервову діяльність.

До теперішнього часу з урахуванням співвідношення соматичних і психічних розладів можливе виділення наступних варіантів:

- соматичне й психічне захворювання можуть співіснувати в одній людині незалежно одне від іншого;
- соматичне захворювання може бути безпосередньою ознакою появи тих або інших психічних розладів;
- попередній варіант, але із приєднанням невротичної або депресивної реакції хворого на виникнення соматичної. У цьому випадку мова йде про «другу хворобу» або про нозогенії, «нозогенної реакції» і ін.;
- соматичні й психічні зміни внаслідок генетичних змін або ранньої постнатальної поразки;
- дезінтеграція соматичного функціонування (аж до маразму) внаслідок важкого психічного захворювання [20].

У сучасній вітчизняній медицині визнаною є позиція А.Б. Смулевича, який вважав, що психосоматичні розлади - група хворобливих станів, що проявляються екзацербациєю соматичної патології, формуванням загальних, виникаючих при взаємодії соматичних і психічних факторів симптомокомплексів – соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відбивають реакцію на соматичне захворювання.

У відповідності зі структурою психосоматичних співвідношень у рамках психосоматичних розладів виділяється континуум патологічних станів [12].

На одному з полюсів цього континуума перебуває соматична патологія, ампліфіцирована (посилена) розладами соматопсихічної сфери: напади нестабільної стенокардії, гострий інфаркт міокарда, гіпертонічний криз, важкий напад бронхіальної астми, астматичний статус, загострення виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки, що протікають із вітальним страхом, тривогою, конверсійними проявами [15].

Загальні симптоми – прояви соматичної патології, відтворені по механізму атрибутивних атак (наприклад, умовно-рефлекторне відтворення пароксизму кардіалгій, стиску в грудній клітині, відчуття перешкоди в дихальних шляхах, хворість у міжреберних м'язах поза об'єктив-

ним нападом стенокардії або бронхіальної астми, але в ситуації, у якій виник перший напад). На іншому полюсі континуума психосоматичних станів - психічна патологія, скорочена до соматоформних розладів [15].

Вплив стресів на діяльність внутрішніх органів, у тому числі на імунні й обмінні процеси, підтверджено даними численних клінічних і експериментальних досліджень. Однак події, що травмують, є лише однією зі складових патогенезу психосоматичних розладів. Значима роль у формуванні психосоматичних захворювань належить особистісним властивостям. Різноманітні психосоматичні розлади поєднує загальна ознака – сполучення порушень психічної й соматичної сфери.

Більшість сучасних дослідників виділяють психосоматичні реакції й психосоматичні захворювання. Перші, по суті, ще не є точно обкресленою патологією й зустрічаються у здорових людей як одиничні, ізольовані реакції організму на ті або інші стресові моменти. У той же час за певних умов ці одиничні психосоматичні реакції можуть стати початком психосоматичного захворювання [16].

Останнім часом стали виділяти «класичні» психосоматичні розлади, у клінічній картині яких є органічна поразка тієї або іншої системи (виразкова й гіпертонічна хвороба, неспецифічний виразковий коліт і т.ін.).

Страждаючі психосоматичними розладами люди ніколи не звертаються до психіатрів і тривалий час (іноді роками) безуспішно лікуються в лікарів інших спеціальностей, нерідко переходячи від одного лікаря до іншого.

Різні теоретичні й науково-практичні підходи до класифікації психосоматичних розладів створюють плутанину й сприяють помилкам у їхній діагностиці в загальнотерапевтичній практиці. Деякі дослідники досить широко розширюють межі «психосоматичних розладів», включаючи до них симптоматичні психози й всі психічні реакції, пов'язані із соматичним стражданням.

Так, виділяються чотири групи психосоматичних розладів [1; 2]:

Психосоматичні захворювання в традиційному їхньому розумінні. Прояви соматичної патології при психосоматичних захворюваннях не тільки психогенно провокуються, але підсилюються розладами сомато-психічної сфери – феноменами соматичної тривоги з вітальним страхом, вегетативними й конверсійними порушеннями.

Соматоформні розлади й соматизовані психічні реакції, що формуються при невротичних або конституціональних патологіях (неврози, невропатії). Органні неврози - це психогенні захворювання, структура яких відрізняється функціональними розладами внутрішніх органів (систем) при можливій участі граничної й субклінічної соматичної патології.

Нозогенії – психогенні реакції, що виникають у зв'язку із соматичним захворюванням (останнє виступає як психотравмуюча подія) і сто-

совні до групи реактивних станів. Ці розлади пов'язані із суб'єктивно важкими проявами соматичного страждання, уявленнями хворих про небезпеку діагнозу, обмеженнями, що накладаються хворобою на побутову й професійну діяльність. Клінічно ці психогенні реакції можуть проявлятися невротичними, афективними, патохарактерологічними й навіть маревними розладами. Можливість маніфестації нозогеній і їхні психопатологічні особливості багато в чому визначаються клінічними проявами соматичної патології.

Соматогенії (реакції екзогенного типу або симптоматичні психози). Ці розлади відносяться до категорії екзогенних психічних порушень і виникають внаслідок впливу на психічну сферу масивної соматичної шкідливості або є ускладненнями деяких методів лікування (наприклад, депресія й мнестичні розлади після операції аортокоронарного шунтування, афективні й астеничні стани у хворих, що одержують гемодіаліз і ін.). У числі їхнього клінічного прояву перебуває широкий спектр синдромів - від астеничних і депресивних станів до галюцинаторно-маревного й психоорганічного синдромів.

Слід зауважити, що відбиттям поліморфізму психосоматичних розладів є той факт, що в сучасній класифікації психічних захворювань (МКХ-10) для цих розладів не передбачено спеціального розділу.

Відмічаються наступні можливі реакції організму на стрес:

Реакція стресу. Людина свідомо або підсвідомо намагається пристосуватися до зовсім нової ситуації. Потім настає вирівнювання, або адаптація. Людина або знаходить рівновагу в ситуації, що утворилася, і стрес не дає ніяких наслідків, або не адаптується до неї - це так звана мала адаптація (погана адаптація). Як наслідок цього можуть виникнути різні психічні або фізичні відхилення.

Пасивність. Вона проявляється у людини, адаптаційний резерв якої недостатній і організм не здатен протистояти стресу. Виникає стан безпорадності, безнадійності, депресії.

Активний захист від стресу. Людина змінює сферу діяльності й знаходить щось більш корисне й підходяще для досягнення щиросердечної рівноваги, що сприяє поліпшенню стану здоров'я.

Активна релаксація (розслаблення), що підвищує природну адаптацію людського організму – як психічну, так і фізичну. Ця реакція найбільш діюча [6; 10].

Стилі реагування є проміжною ланкою між стресовими подіями, які трапилися, і їхніми наслідками у вигляді, наприклад, тривожності, психологічного дискомфорту, соматичних розладів, що супроводжують захисну поведінку, або ж характерних для стилю стрес-долаючої поведінки щиросердечного підйому й радості від успішного вирішення проблеми. Якщо стадія негативних переживань затягується, особливо коли стресова подія одержує суб'єктивно високу оцінку, то гарантується ви-

никнення нервового зриву, що провокує некеровану й неадекватну реакцію. У цьому випадку стрес загрожує перейти в дистрес [23].

Зауважимо, що надлишковий стрес, будучи надмірною психологічною або фізіологічною напругою, викликає психосоматичні захворювання, а його психологічні прояви включають дратівливість, втрату апетиту, депресію й знижений інтерес до міжособистісних і сексуальних відносин і ін. Зараз уже говорять про «епідемію хвороб стресу» - найбільш часті інсульт, інфаркт, виразкова хвороба. Стрес нерідко стає причиною діабету, глаукоми, геморою, пародонтозу. При стресі легше виникає застуда, гірше гояться рани.

Патогенез психосоматичних розладів визначається:

А) неспецифічною спадкоємною й уродженою обтяженістю соматичними порушеннями й дефектами:

спадкоємним нахилом до психосоматичних розладів;

нейродинамічними зрушеннями (порушеннями діяльності ЦНС);

Б) особистісними особливостями:

психічним і фізичним станом під час дії психотравмуючих подій;

тлом несприятливих сімейних і інших соціальних факторів;

В) особливостями психотравмуючих подій.

Зміни особистості обумовлені багатьма причинами:

- біологічні фактори (соматична патологія, промислові інтоксикації, інфекції, черепно-мозкові травми);

- соціогенні (зміни ролі хворого в родині, референтній групі, зміна відносин навколишніх до хворого – ігнорування хвороби або зниження вимогливості до хворого);

- аутопсихологічні (зниження самооцінки, втрата життєвої перспективи, відчуття неповноцінності, занепокоєння за свою долю й долю рідних і близьких) [17; 18].

Сучасна психосоматична медицина вивчає розлади соматичних функцій різних систем організму. Порушення, які спостерігаються, мають різний ступінь виразності. При найбільш легких, що виникають на фоні повсякденних емоційних впливів, з'являються розлади, що не є у своїй основі клінічним фактом. При більш глибокому емоційному впливі, особливо тривалому, психосоматичні симптоми проявляються у формі функціональних розладів, які найчастіше діагностуються як «вегетативно-судинна дистонія», тощо. Існує точка зору, що між неврозами й психосоматичними розладами існують великі розходження. Хворі неврозами звичайно добре усвідомлюють свої психічні конфлікти й пов'язані з ними зміни психічного стану. Хворі психосоматичними розладами зазвичай вважають себе тільки фізично хворими людьми [18; 19].

Висновки.

1. Теоретичний аналіз наукових праць, в яких наводиться безліч відповідних прикладів, дозволяє підтвердити існування досить тісного

взаємозв'язку між психічними та соматичними розладами особистості, яка пережила чи стала свідком трагічної події.

2. Сучасний стан розгляду питання взаємозв'язку психічного та соматичного компонентів представлений низкою теоретичних та науково-практичних підходів, які в свою чергу досить часто створюють плутанину у їх діагностиці та виявленні їх чинників. Одною із причин цього є те, що психосоматичні порушення важко відрізнити від інших станів, але справжні психосоматичні розлади викликаються скоріше несвідомим, ніж симптомами хвороби, травми чи поранення.

3. Психосоматичні порушення можуть з'явитися в результаті стресу, проблем у взаєминах, тривалого конфлікту або інших нефізіологічних причин, часто викликаних зовнішніми факторами або людьми. Велике значення для розвитку цих порушень має характер і інтенсивність стресових ситуацій. Динаміка психопатологічних наслідків залежить від фізіологічних та психологічних особливостей учасника надзвичайної ситуації та його адаптаційних резервів.

Перспективи подальших досліджень. З метою подальшого розвитку сучасних підходів щодо підвищення рівня ефективності надання екстреної психологічної допомоги населенню, яке постраждало внаслідок надзвичайної ситуації, та вдосконалення заходів щодо психологічного супроводження осіб, які зазнали психічної травми - цю проблему необхідно дослідити більш ґрунтовно. Дослідження постраждалого населення потрібно проводити через певний проміжок часу (1-2 місяці) після перебування в осередку надзвичайної ситуації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : учебное пособие / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
2. Александровский Ю. А. Психическое расстройство при стихийных бедствиях и катастрофах (диагностика и терапия) / Александровский Ю. А., Щукин Б. П., Незнамов Г. Г. – М. : Медицина, 1990. – 46 с.
3. Андриященко А. В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости / А. В. Андриященко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Том 2. – №4. С. 17–19.
4. Березанцев А. Ю. Некоторые психосоматические аспекты посттравматических стрессовых расстройств / А. Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 5. – С. 4–7.
5. Бойко О. В. Охрана психического здоровья / О. В. Бойко, Е. Ю. Герасимова, Н. Д. Григорьев. – Саратов : СГТУ, 2003. – 247 с.
6. Бургин М. С. Устойчивая, оптимистическая жизненная позиция как средство защиты от стресса / Бургин М. С., Киричук А. В., Пичурин

В. В. // Психология травматического стресса сегодня: Тез. докл. междунар. конф. – К., 1992. – С. 15–16.

7. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / под ред. А. М. Вейна. – М. : Мед. инф. агенство, 1998. – 752 с.

8. Відношення до життя та смерті в умовах надзвичайної ситуації: ціннісно-смісловий аспект : [монографія] /Лебедев Д. В., Лебедева С. Ю., Назаров О. О., Оніщенко Н. В., Садковий В. П., Садковий О. В., Тімченко О. В. – Х. : УЦЗУ, 2009. – 128 с.

9. Гринсон Р. Техника и практика психоанализа : учебник по специальностям «Психология» и «Клиническая психология».; / пер. с англ. С. А. Баклушинского, И. Ю. Баклушинской. – М. : Когито-Центр, 2010. – 477 с.

10.Екстремальна психологія : [підручник / [О. П. Євсюков, А. С. Куфлієвський, Д. В. Лебедев та ін.] ; за ред. О. В.Тімченка. – К. : ТОВ “Август трейд”, 2007. – 502 с.

11.Карвасарский Б. Д. Неврозы : уководство для врачей / Б. Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1987. – 261 с.

12.Казаковцев Б. А. Состояние и перспективы развития психиатрической помощи в России / Б. А. Казаковцев // Материалы международной конференции психиатров. – М., 1998. – С. 15–22.

13.Ковалев С. В. Психотерапия личной истории и психокоррекция самостоятельных единиц сознания (СЕС) / С. В. Ковалев. – М. : Московский психолого-социальный институт, 2001. – 160 с.

14.Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях : монография / Ц. П. Короленко. – Л. : Наука, 1978. – 271 с.

15.Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : новейший справочник / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2003. – 928 с.

16.Незнанов Н. Г. Социально-психологические стрессоры и их последствия у вынужденных мигрантов / Н. Г. Незнанов, К. К. Телия // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, Вып. 2. – С. 31–35.

17.Психогении в экстремальных условиях / [Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И. и др.]; под ред. Александровского Ю. А. – М. : Медицина, 1981. – 96 с.

18.Психосоматические и соматоформные расстройства в реабилитологии (диагностика и коррекция) / [Олейникова М. М., Михайлова А. А., Зилов В. Г. и др.] ; Под ред. А. А. Хадарцева. – Тула : ГУИПП Тульский полиграфист, 2003. – 119 с.

19.Табачников С. И. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром / С. И. Табачников, С. В. Титиевский // Doctor. — 2002. — № 6. — С. 14–16.

20.Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М. : Практика, 1997. – 1053 с.

21. Baum A. Stress, intrusive imagery and chronic distress / A. Baum // J. Health Psychol.—1990.— Vol. 9; № 4. — P. 653-675.

22. Degic D. Violent behaviour and post-traumatic stress disorder / D. Degic, Jokic-Degic. Current Opinion in Psychiatry. - 2002. — №15. — P. 623-626.

23. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process / Lazarus R.S. — N. Y.: McGraw-Hill, 1966. — 159 p.