

його контролю і досягнення благополучної психосоціальної адаптації постраждалих.

Дана модель передбачає розвиток двох напрямів психологічної реабілітації: психологічної підтримки постраждалих і цілеспрямованої психологічної допомоги постраждалим з різними захворюваннями.

ЛІТЕРАТУРА

1. Perez Alvarez M.: Medicina, Psicologia de la Salud y Psicologia Clinica. En, Rev. De Psicologia de la Salud / Perez Alvarez. Vol 3(1), 1996. - Pp.55-92.

2. Santacreu J. Psicologia Clinica y Psicologia de la Salud: marcos teoricos y modelos. En, Rev. De Psicologia de la Salud / Santacreu J. Vol 3(1), 1991. - Pp. 3-21.

3. Rodriguez Marin J.: Health Psychology applied psychology: an international review. / Rodriguez Marin. Vol 43(2), 1995. - Pp. 213-330.

4. Bayes R. La Psicologia de la Salud en Espana y America Latina. Ponencia Central en el area » Psicologia de la Salud ». Libro de Ponencias del Congreso Iberoamericano de Psicologia / Bayes, R., Marin, B., - Madrid. Espana. 1992. - Pp.60-64.

5. Grau Abalo J.: La Psicologia de la Salud a las puertas del Siglo XXI. Proyecciones en America Latina. En, Materiales de la Conferencia Inaugural de la I Reunion Regional de Psicologia de la Salud. / Grau Abalo, J. Guardalajara, Mexico. Folleto, 1995.

6. Matarazzo J.: Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. In, Am. Psychologist. / Matarazzo, J. Vol.35, 1980. - Pp807-817.

7. Programa de Desarrollo 2000. Psicologia de la Salud. Ministerio de Salud Publica, La Habana. Cuba, 1997.

УДК 364.622

Щербак М. Г., старший викладач кафедри філософії Харківського національного університету радіоелектроніки

ВИЗНАЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ, ЩО ВИНИКЛИ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

У статті розглянуто проблеми діагностики і лікування психічних порушень, що виникають у населення після надзвичайних ситуацій різного характеру. Визначено поняття посттравматичних стресових розладів,

яке застосовується для діагностування постраждалих від травматичних подій і катастроф природного, техногенного та соціального характеру. Докладно проаналізовано найбільш поширену методику діагностування посттравматичних стресових розладів.

Ключові слова: посттравматичні стресові розлади, надзвичайні ситуації, діагноз, критерії, симптоми.

Актуальність проблеми. Посттравматичні стресові розлади (ПТСР), що виникли внаслідок різного роду надзвичайних ситуацій (НС) — найбільш досліджуване і, мабуть, найбільш поширене з психічних порушень, які мають місце безпосередньо після травматичних подій і катастроф природного, техногенного та соціального походження. Проте існує деяка невизначеність з приводу діагностики і лікування посттравматичних порушень. Посттравматичні стресові розлади – термін, що зазвичай використовують для опису симптомів, виявлених у потерпілих від різноманітних НС. Прийнято виділяти п'ять основних ознак ПТСР [1]:

- підсвідоме повернення до пережитих травматичних подій (наприклад, під час нічних кошмарів);
- психічне страждання, викликане будь-яким нагадуванням про отриману травму;
- збуджений і роздратований стан, проблеми з концентрацією уваги, спонтанні дії;
- помітне бажання уникнути всього, що могло б нагадувати про травму;
- знижений інтерес до особистого життя, різного роду розваг тощо.

Таким чином, ПТСР – це психічне порушення, безпосередньо пов'язане з емоціями, що виникли в результаті НС, яка є загрозою заподіяти або вже заподіяла фізичну шкоду організму. Іншими словами, це емоційна реакція людини на психологічну травму. Такий стресор може включати загибель оточення постраждалого, загрозу його життю, серйозні фізичні каліцтва, загрозу фізіологічній або психологічній цілісності організму. В деяких випадках ПТСР може бути наслідком глибокої психологічної й емоційної травми окремо від фізичної шкоди. Проте найчастіше зустрічаються випадки, в яких «беруть участь» обидва види травм.

Довгий час поняття ПТСР розглядалося, в основному, як стрес після бою, травматичний армійський невроз і було пов'язане безпосередньо з військовими діями. Однак, не дивлячись на те, що симптоми, схожі з ПТСР, були також виявлені в результаті численних НС

природного, техногенного та соціального походження, сучасного розуміння термін набув тільки в середині сімдесятих років XX сторіччя. Першою, найбільш масовою, категорією хворих з діагнозом ПТСР стали американські військовослужбовці, що повернулись додому з психічними порушеннями після тривалої війни у В'єтнамі (1965-1975 рр.).

На початку 1980 років термін ПТСР з'явився в Довіднику з діагностики і статистики психічних розладів DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, третє видання), який розробляє і видає Американська Психіатрична Асоціація. Схожий діагноз був вилучений з попередньої збірки DSM-II, що дало підстави відмінити бюджетні компенсаційні грошові виплати ветеранам В'єтнамської війни. Але, завдяки зусиллям активістів антивоєнних організацій і особисто доктора Х. Шатана, що ввів і обґрунтував термін «пост-в'єтнамського синдрому», відповідні дані були додані в DSM-III як посттравматичні стресові розлади — ПТСР [2, 3].

Означена методика визначення ПТСР використовується, як правило, з метою надання грошових компенсацій постраждалим від військових конфліктів, терористичних дій та НС. Так, наприклад, у Сполучених Штатах виплати компенсацій постраждалим з діагнозом ПТСР відносяться до компетенції державного Департаменту у справах ветеранів. Уряд США зацікавився цією проблемою в 2005 році, після того, як за останні роки було зафіксовано збільшення на 30% кількості скарг на ПТСР. Крім того, урядовці були змушені звернути увагу на резонансну серію самогубств ветеранів, що прокотилася по всій країні. Люди розставалися з життям через те, що боялися позбутися виплат, які часто складали єдине джерело доходів [4].

Взагалі проблема визначення ПТСР є предметом суперечностей через неточності у визначенні діагнозу у тих, хто піддавався травматичним подіям. Саме цим часто пояснюються затримки і помилки у виплатах американським військовим ветеранам та іншим категоріям населення, що потерпіли від НС.

Проблема залишається нагальною і сьогодні. Багато військовослужбовців США, що воювали в Іраку і Афганістані, повертаючись додому, стикаються зі значними фізичними, емоційними порушеннями, проблемами в сім'ях. Демонструючи відповідальне ставлення до своїх зобов'язань, Пентагон організував виконання ряду програм, що допомагають ветеранам інтегрувати в суспільство. При цьому основна увага приділяється корегуванню сімейних відносин у минулому військових. За такою ж схемою, Інститут Уолтера Ріда (WRAIR) розробив спеціальну програму, метою якої є допомога військовослужбовцям справитися з ПТСР [4]. У британській же практи-

ці спостерігається відхід державних установ від вирішення питань надання психологічної допомоги учасникам локальних військових конфліктів та НС. Британська Національна система охорони здоров'я передала цю проблему на опікування добродійних організацій, наприклад таких як Combat Stress.

Отже, розгляд питань, пов'язаних з діагностикою посттравматичних стресових розладів, що виникли внаслідок травматичних подій і катастроф природного, техногенного та соціального походження, зумовлює **актуальність** розкриття методологічної сутності і визначення поняття ПТСР.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Відомості про стреси, що викликані НС та військовими діями, з'явилися ще в сиву давнину. Прийнято вважати, що автором одного з перших описів ПТСР є давньогрецький історик Геродот, який описав битву при Марафоні у 490 р. до н.е. За його версією, афінський легіонер, що вийшов з бою без єдиної подряпини, невдовзі повністю позбувся зору, ставши свідком смерті свого товариша [5].

Але ж серйозні наукові праці, присвячені проблемі визначення ПТСР, з'явилися тільки в ХХ сторіччі. Спочатку було введено поняття гострої стресової реакції (ГСР) — психологічного стану, який виникає у відповідь на події, що мають загрозливий характер (також має назви: гостре стресове порушення, психологічний шок, психічний шок, шок). Вперше цей стан описав У. Кеннон в 1920 році, назвавши його «реакцією тварин на загрозу із звільненням симпатичної нервової системи». Пізніше цей діагноз був визнаний першою стадією синдрому адаптації, який регулює стресову реакцію у хребетних та інших організмів [6].

Взагалі, ГСР — це короткочасне порушення значної тяжкості, яке з'являється в індивіда без будь-яких наявних психічних порушень у відповідь на специфічний фізичний і/або психічний подразник і який, зазвичай, минає через кілька годин або днів. За визначенням, ГСР є результатом травматичної події (НС), якої зазнав постраждалий або ж був її свідком. Ця подія викликає у людини відчуття страху, створює стресовий стан, іноді викликає біль і загрожує отриманням серйозних каліцтв або призводить до загибелі.

Отже, можна сказати, що ГСР являє собою варіацію ПТСР, яка є психологічною або фізичною реакцією на переживання повної безпорадності. Симптоми можуть включати стан тривожності, розгубленості, сум'яття, утруднення усвідомлення того, що відбувається, і депресію. До симптомів ГСР відносяться: стан «задубіння»; відчуженість; дереалізація (розлад сприйняття того, що оточує); деперсоналізація, або диссоціативна амнезія; постійне переживання травма-

тичних подій у вигляді снів, думок, яскравих спалахів; а також бажання уникати будь-яких нагадувань про пережиті події. Симптоми спостерігаються протягом 4 тижнів після події і тривають від 2 днів (мінімум) до 4 тижнів (максимум). У цей проміжок часу постраждали можуть також проявляти значне зниження активності хоча б в одній з областей діяльності [7].

Вперше ПТСР було сформульоване як діагностична одиниця в 1978 році, коли це поняття було включене в довідник DSM–III [8]. Але весь час, впродовж становлення діагнозу ПТСР і ГСР, виникали суперечності. Спеціалісти не могли дійти до єдиної думки щодо:

- встановлення вичерпного набору симптомів ПТСР;
- термінів проведення лонгітюдних спостережень психічних порушень;
- необхідності розрізняти нормальну і патологічну реакцію на травмуючі події, з метою встановлення «кордонів» захворювання.

Так, перший американський довідник з психічних розладів (DSM-I, 1952 р.) включав діагноз великої стресової реакції, яка не була підтверджена критеріями й описувала реакцію так званої «нормальної особи» на серйозну травму, що не мала численних наслідків. Його наступна редакція – DSM-II (1968 р.) – зовсім не містила посттравматичної стресової термінології.

Нарешті, в DSM–III з'явилось поняття ПТСР, яке було охарактеризоване як «невроз тривоги» і були надані діагностичні критерії даного порушення [9].

На початку 1990 років теоретичні дослідження в області ПТСР набули подальшого розвитку. В роботах Дж. Херман [10, 11] вперше було введено поняття комплексного посттравматичного стресового розладу (К-ПТСР) як психологічного порушення, яке є результатом тривалої дії соціальної або побутової травми, що вийшла з-під контролю.

Травмуючим чинником може бути наступне [12]: фізичне або емоційне перенапруження, побутове насильство, сексуальні домагання, тортури і ув'язнення, полон під час військового конфлікту або захоплення заручників терористами (мається на увазі відсутність реального шляху відступу).

Цікаво, що у випадку тривалого домашнього лікування індивід може пізніше зіткнутися із порушенням К-ПТСР як результатом тривалої дії травмуючої події. До цієї ж категорії відносяться постраждалі від довгострокових НС, таких як повінь тощо (які не мають виходу із ситуації, що склалася) [13].

Мета. Відомо, що НС природного, техногенного та соціального походження є травматичними подіями, що викликають різного роду психічні і фізіологічні порушення. Травматичний досвід, на жаль, -

достатньо поширене явище у світі. Більш за одну третину населення планети зазнає впродовж свого життя різного роду травмуючих подій. Не дивлячись на те, що порівняльна міжнародна статистика є обмеженою, очевидно, що велика кількість людей в багатьох країнах потерпала від різноманітних НС, терористичних актів тощо. Проте дослідження в цій області стикаються з методологічними складнощами і руйнівним впливом посттравматичних судових розглядів і виплатою компенсацій. Згідно різного роду досліджень, на планеті тільки від природних катастроф за своє життя потерпіли 18,9% чоловіків і 15,2% жінок [14].

Загроза виникнення різноманітних НС, що все збільшується у всьому світі, примушує розглядати їх як основний чинник, що впливає на стан здоров'я населення і також збільшує необхідність проведення досліджень психічних посттравматичних порушень. **Метою** даної статті є детальне визначення поняття ПТСП, яке застосовується для діагностування психічних розладів, що виникли внаслідок травматичних подій і катастроф природного, техногенного та соціального характеру.

Виклад основного матеріалу. Визначене в DSM–III поняття ПТСП вперше вводило діагностичні критерії даного порушення. Вони містили так званий критерій А, який указував на те, що існують певні травми, які обов'язково можуть викликати такого роду психічні порушення. Іншими словами, діагноз ПТСП (критерій А), характеризує участь людини у травмуючій події, припускає наявність стресора, який міг би породити істотні симптоми дистресу практично у кожної людини, яка постраждала внаслідок будь-якої НС.

Визначення ПТСП, дане в DSM–III, також потребує наявності:

– критерію В — постійне переживання подій (наприклад, у вигляді кошмарів). Має один симптом багатократного переживання травми (В1);

– критерію С – стабільне бажання уникнути будь-яких нагадувань про травму (постраждалому важко говорити про будь-які речі, пов'язані з пережитою травмою, він уникає контакту з речами і розмов з людьми, що примушують його знову повертатися до травмуючих подій). Має один симптом, який припускає повне відключення або понижену реакцію на події, що відбуваються у навколишньому середовищі (С1);

– критерію D – постійне перезбудження (проблеми зі сном, роздратованість і підвищена недовірливість). Має два симптоми, визначені як перезбудження (D1, D2).

Діагноз ПТСР може бути поставлений безпосередньо відразу після катастрофи або НС, якщо всі симптоми наявні.

З моменту введення ПТСР як діагностичної категорії критерії діагнозу мінялися двічі. В переглянutoму виданні DSM-III (DSM-III-R (Revision), 1987 р.) кількість критеріїв було збільшено до п'яти. Критерій А залишився без особливих змін, а кількість симптомів, що належать до критеріїв В, С і D, було розширено до семи. Тобто індивід з діагнозом ПТСР повинен мати 1 симптом критерію В як симптом багатократного переживання травми, 3 симптоми критерію С як симптоми відчуження від всього, що його оточує, і 2 симптоми критерію D як симптоми перебудження.

Найбільш істотною поправкою, внесеною до DSM-III-R, було додавання критерію Е (критерій мінімальної тривалості наявності симптомів В, С і D — не менше 30 діб). Це уточнення було наслідком досліджень, з результатів яких виходило, що симптоми ПТСР і дистрес є поширеними явищами після серйозної травми, проте можуть бути нормальним процесом. З тієї причини, що межа між нормальною і патологічною реакціями на травму була нечіткою, стало ясно, що діагноз психічних розладів, пов'язаних з травмою, повинен був розповсюджуватися тільки на тих постраждалих, які не показували клінічного поліпшення стану після лікування протягом місячного терміну.

Однак введення критерію Е мало і негативні наслідки. Вони полягали в тому, що єдиним діагнозом, пов'язаним зі стресом і який виявлявся в перший місяць після катастрофи, був неспецифічний діагноз нездатності до соціальної адаптації. Отже, постраждали від серйозної травми під час НС на першій стадії отримували той же діагноз, що і ті індивіди, які мали неспецифічну, порівняно спокійну реакцію на стрес повсякденного життя.

Під час розробки наступної редакції довідника з психічних розладів цей недолік був врахований. Лонгїтюдні дослідження показали, що істотний відсоток постраждалих, що мають ознаки ПТСР, отримуватимуть діагноз гострого ПТСР вже в перший місяць після серйозної травми. Програми лікування і постановки діагнозу були скорочені, внаслідок виявлених розбіжностей в DSM-III-R. Проте можливість повернення до визначення даного в DSM-III, а саме уточнення з приводу непотрібності урахування часу, була відкинута з тієї ж причини, з якої щодо неї було зроблено припущення, не враховуючи постановки діагнозу психічних розладів постраждалим, які мають схильність до спонтанного одужання.

У четвертому виданні DSM (DSM-IV, 1994 р.) було змінено визначення критерію А (стресора), який став складатися з двох частин: критерію А1 (участь у травмуючій події) і критерію А2 як суб'єктивної оцінки критерію, через яку потерпілий передає пережитий жах і безпорадність під час травми. Критерій А, описаний в DSM-IV, є повнішим ніж включений у збірку DSM-III-R, і містить список прикладів, що ілюструють це явище. Наприклад, така подія як смерть близького родича може бути розцінена як подія критерію А1 в рамках визначення, даного DSM-IV. Проте менш екстремальний стресор, як, наприклад, очікувана смерть близького родича, однозначно виключається.

З моменту введення критеріїв DSM-IV кількість можливих порушень ПТСР зросла, і на думку деяких дослідників, склала близько 50% [15].

Розглянемо критерії посттравматичних стресових розладів DSM-IV [16] більш детально.

А – індивід переніс травмуючу подію, так що:

А1 – постраждалий зіткнувся, був свідком (учасником) травмуючих подій, які являли загрозу життю чи заподіяли нанесення серйозних каліцтв, загрожували фізичній цілісності індивіда або людей, що його оточували.

А2 – реакція постраждалого містить посилене відчуття жаху або безпорадності. У випадку, якщо мова йде про дітей, реакція може включати дезорганізованість і Perezбудження.

В – травмуюча подія знову переживається таким чином:

В1 – періодичні і нав'язливі спогади про травмуючу подію, включаючи картини пережитої травми, супутні думки і відчуття. У маленьких дітей сценарій пережитої травми може відтворюватися в іграх.

В2 – нав'язливі дистресові сни, що повторюють пережиту травму. У дітей це можуть бути просто кошмари без певного сюжету.

В3 – присутність відчуття, що травмуюча подія повторюється (включає відчуття постійного переживання травмуючої події, ілюзії, галюцинації, повернення окремих епізодів). У дітей також зустрічаються пов'язані з травмою повтори переживань.

В4 – реакція, що викликає психологічне страждання (дистрес) при зіткненні з речами, які нагадують або символізують пережиту травму.

В5 – фізіологічна реакційна здатність, що з'являється при зіткненні з речами, які нагадують або символізують пережиту травму.

С – свідоме бажання уникати подразників, пов'язаних із пере-

житою травмою, і відсутність реакцій на зміни в навколишньому середовищі, в оточенні (чого не спостерігалося до травми):

C1 – спроби уникнути думок, відчуттів або розмов, пов'язаних із травмою;

C2 – спроби уникнути місць, дій і зустрічей з особами, що нагадують про травму;

C3 – небажання згадувати суттєві подробиці з пережитої травми;

C4 – помітно знижений інтерес до участі в різного роду значущих подіях;

C5 – почуття відчуження і розриву в спілкуванні з оточуючими;

C6 – обмежений прояв емоційних реакцій (наприклад, нездатність виказувати почуття любові);

C7 – відчуття безперспективності життя, що призводить до відсутності бажання робити кар'єру, створювати сім'ю, заводити дітей, створювати нормальні умови мешкання тощо.

D – постійне відчуття збудження (не властиве індивіду до травми):

D1 – складнощі, пов'язані із засинанням і сном;

D2 – дратівливість і спалахи гніву;

D3 – складнощі з концентрацією уваги;

D4 – підвищена пильність;

D5 – підвищена старт-реакція.

E – тривалість подразника (симптоми критеріїв B, C, D) більше одного місяця.

У наступній, переглянутій версії DSM-IV (2000 р.), що отримала назву DSM-IV-TR (Text Revision), було додано ще один критерій:

F – подразник спровокував клінічно істотний дистрес або зниження продуктивності в соціальній, професійній або інших важливих сферах життя (проблеми на робочому місці, у відносинах з людьми, що складають оточення).

До того ж перегляд критеріїв ПТСР, що найшов відображення в DSM-IV-TR, стосувався того факту, що травматична подія повинна провокувати істотні симптоми дистресу практично у будь-якого постраждалого, а також те, що ця подія повинна виходити за рамки щоденних переживань.

На завершення надамо уточнення, які можуть допомогти встановити особливості прояву симптомів ПТСР та їх тривалість:

– порушення є гострим: у разі, якщо тривалість наявності даних симптомів менше ніж 3 місяця;

– порушення є хронічним: у разі, якщо тривалість наявності даних симптомів більше 3 місяців;

– відстрочений прояв симптомів: подібне явище може спосте-

рігатися у тому випадку, коли пройшло не менше 6 місяців між травмуючими подіями і проявом симптомів.

I, насамкінець, визначимо відмінність ПТСП від К-ПТСП [17].

Комплексний ПТСП краще описує розповсюдження негативно-го впливу хронічної травми, ніж це робить ПТСП за версією DSM-IV-TR. Опис діагнозу ПТСП не може охопити основних характеристик К-ПТСП. Це такі елементи як психологічна фрагментація, втрата відчуття захищеності, надійності, віри у свої сили, разом з відчуттям дезорієнтації і, що найбільш важливе, втрата свого «Я». Саме це відчуття докорінно розрізняє ПТСП і К-ПТСП. Іншими словами, синдром К-ПТСП характеризується загальним відчуттям незахищеності. Диссоціативні порушення, що описані в DSM-IV-TR, не містять в собі подібного критерію.

Висновки. Таким чином, детальне урахування особливостей найбільш поширеної методики визначення ПТСП для діагностування посттравматичних стресових розладів, що виникли внаслідок травматичних подій і катастроф природного, техногенного та соціального характеру, надасть можливість організувати своєчасну і дієву психологічну допомогу постраждалому населенню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Alexander D. A. Psychological intervention for victims and helpers after disasters / D. A. Alexander // *British Journal of General Practice*. – 1990. – №40. – P. 345-348.
2. Figley C. R. Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, Research and Treatment / C. R. Figley (ed.). – New York : Brunner/Mazel, 1978.
3. Shalev A. Y. International handbook of human response to trauma / A. Y. Shalev, R. Yehuda, A. C. McFarlane. – New York : Kluwer Academic/Plenum Press, 2000.
4. Vedantam S. A political debate on stress disorder: As Claims Rise, VA Takes Stock / S. Vedantam // *The Washington Post*. – 2005. – 27 Dec.
5. Gist R. Psychosocial aspects of disaster / R. Gist, B. Lubin. – New York : John Wiley, 1989.
6. Lambert M. J. Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change / M. J. Lambert, A. E. Bergin, S. L. Garfield (ed.). – New York : John Wiley, 2004.
7. Creamer M. Acute stress disorder is of limited benefit in predicting post-traumatic stress disorder in people surviving traumatic injury / M. Creamer, M.L. O'Donnell, P. Pattison // *Behavior, Research*

and Therapy. – 2004. – №42. P.315-328.

8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980.

9. Galea S. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters / S. Galea, A. Nandi, D. Vlahov // *Epidemiologic Reviews*. – 2005. – №27. – P. 78-91.

10. Herman J. L. Trauma and recovery / J. L. Herman. – New York : Basic Books, 1992.

11. Herman J. L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma / J. L. Herman // *Journal of Traumatic Stress*. – 1992. – №5. – P. 377-391.

12. Freyd J. J. Violations of power, adaptive blindness and betrayal trauma theory / J. J. Freyd // *Feminism & Psychology*. – 1997. – №7. – P. 22-32.

13. Kammerer N. After the Crisis Initiative: Healing from Trauma after Disasters / N. Kammerer, R. Mazelis // *Expert Panel Meeting*. – Bethesda, MD, 24-25 Apr. 2006. – Bethesda : CMHS, 2006.

14. Kessler R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1995. – №52. – P. 1048-1060.

15. Breslau N. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation / N. Breslau, R. C. Kessler // *Biol. Psychiatry*. – 2001. – №50 (9). – P.699-704.

16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (Text Revision): DSM-IV-TR. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994.

17. Van der Kolk B. A. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma / B.A. van der Kolk, S. Roth, D. Pelcovitz, S. Sunday, J. Spinazzola // *Journal of Traumatic Stress*. – 2005. – №18. – P. 389-396.