

В. В. Горбунова

РОБОТА З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ (ПТСР) У МЕЖАХ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

Порушується проблема психологічної допомоги особам, які зазнали впливу травматичних подій і потерпають від посттравматичного стресового розладу. Описано основні психотерапевтичні підходи до роботи з ПТСР, наведено дані окремих метааналізів, відповідно до яких найбільш ефективними є травмофокусовані втручання, розроблені в межах когнітивно-поведінкової терапії. Здійснено огляд одного з найефективніших підходів до подолання ПТСР – когнітивної терапії ПТСР. Представлено когнітивну модель посттравматичного стресового розладу, основні цілі психотерапевтичних втручань у межах підходу, базові техніки та орієнтовний протокол роботи.

***Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), когнітивно-поведінкова терапія, когнітивна терапія ПТСР, травмофокусована терапія.*

Протягом свого життя людина потрапляє в різні ситуації та зазнає впливу багатьох факторів, окремі з яких з огляду на свою загрозливість, інтенсивність та непередбачуваність є травматичними. Численні кривди, занедбаність у дитинстві, гострі міжособові конфлікти, дорожньо-транспортні пригоди, фізичне та сексуальне насильство, важкі хвороби – усе це травматичні події, які, звісно, не вичерпують усього переліку, однак є імовірними в житті чи не кожної людини.

Для того щоб відновитися після пережитого стресу та повернутися до продуктивного життя, людина має впоратися з емоційними переживаннями і разом з тим подолати тривожні схеми світосприймання, адже пережиті загрози змушують очікувати на подібне і в майбутньому. У більшості випадків підтримка оточення, подолання безпосередніх загроз та відновлювальні механізми психіки сприяють тому, що особи,

які зазнали травми, через певний час зцілюються та позбуваються симптоматики посттравматичного стресового розладу.

На жаль, до травматичних належать і події, що торкаються не однієї чи кількох осіб, а охоплюють цілі спільноти, ставлять під загрозу та змінюють життя мешканців селищ, міст, регіонів, країн. До них належать стихійні лиха, терористичні акти і, звісно, воєнні дії, у ході яких люди стають свідками смертей, втрачають житло, піддаються тортурам та стикаються з необхідністю переселитися на нові місця і починати життя спочатку. Саме такі події через раптовість виникнення, масштабність охоплення і наслідків, а також складність адаптації до нових умов становлять найбільший ризик з погляду розвитку, загострення та хронізації стресових розладів. Воєнні дії на сході України, які тривають уже понад рік та охоплюють усе більші території, є саме такими – травматичними з високим ризиком посттравматичних стресових розладів у населення. З огляду на це проблема оперативної психологічної допомоги є нагальною, а пошук дієвих та ефективних моделей роботи – необхідним.

Мета статті: представлення одного з підходів у когнітивно-поведінковій терапії посттравматичного стресу (розробленій А. Ехлерс і Д. Кларком [6]), основні техніки якої базуються на повторному переживанні та когнітивному опрацюванні травматичних подій.

Посттравматичний стресовий розлад: діагностичні критерії та симптоматика. Посттравматичний стресовий розлад діагностується у значної кількості дітей та дорослих, які стали свідками війни. До основних діагностичних критеріїв, які описано в найавторитетнішому посібнику з діагностики та статистики психічних розладів “DSM-V” [4], належать: а) безпосереднє зіткнення (експозиція) зі смертю або загрозою життю; б) інтрузивні симптоми; в) стійке уникання травматичних спогадів та нагадувань про подію; г) негативні зміни в думках та настрої; д) помітні зміни в реактивності; е) тривання розладів понад один місяць; є) сильний дистрес та порушення важливих сфер життєдіяльності; ж) непов’язаність симптомів із впливом психоактивних речовин чи іншими медичними причинами.

Пункти цього переліку мають діагностичну деталізацію. Так, експозиція до травми передбачає одну з таких ситуацій: особисте переживання загрози, перебування в ролі свідка, потерпання від надмірних страждань чи смерті близьких і рідних, а також багаторазове зіткнення з нестерпними деталями травматичної події (коли людина

бачить руйнування, людські рештки, відчуває трупний запах тощо). Симптоматика також конкретизується, аби уникнути діагностичних помилок. Інтрузії охоплюють нав'язливі спогади, страшні сни, дисоціативні реакції (флешбеки), сильний психологічний дистрес та фізіологічні реакції в разі зіткнення з нагадуваннями (тригерами) про травматичну подію. Уникання полягає в докладанні значних зусиль, щоб усунути неприємні спогади, думки та почуття, а також ухилитися від зустрічі з людьми та ситуаціями, від розмов та виконання будь-якої діяльності, що так чи інакше нагадують про травму. Зміни в думках та настрої пов'язані з витісненням спогадів, спотворенням переконань про саму подію, її причини та наслідки, стійкими негативними емоційними станами, помітним зниженням інтересу до життя та діяльності, відчуттям власної чужорідності та відчуження, а також нездатністю переживати позитивні почуття, наприклад радість чи щастя. Зміни в реактивності передбачають дратівливість та спалахи гніву, ризиковану і самоушкоджувальну поведінку, надмірну настороженість, перебільшену реакцію переляку, проблеми з концентрацією уваги та порушенням сну.

Значна частина вимушених переселенців зі сходу України, військових, задіяних в охоронних, бойових та спецопераціях, а також волонтерів, які надають підтримку і споряджають добровольчі батальйони та регулярні підрозділи ЗСУ, мали експозицію до смерті чи загрози життю. Також вони переживають усі чи окремі симптоми (болісні спогади про травматичні події, тривожні сни, повторне переживання болю і страху, підвищення агресивності, загострення почуття провини, значну збудливість та порушення когнітивних функцій), а отже, належать до групи ризику щодо ПТСР.

Підходи до психотерапевтичної роботи при ПТСР. Події останнього часу спричинили стрімке поширення тривожних та стресових розладів і, як наслідок, призвели до зростання попиту на психологічну допомогу, а отже, і її розвитку. Різноманітні місцеві інституції та закордонні фундації впроваджують навчальні програми і здійснюють підготовку фахівців у сфері травмотерапії. Так, на конференції Української асоціації фахівців з подолання наслідків психотравматичних подій (травень 2015 р.) було представлено доповіді та майстер-класи, в яких презентувалися арт-терапевтичні, імагінативно-кататимні, клієнт-центровані, тілесно-орієнтовані, а також когнітивно-поведінкові процедури роботи з особами, що страждають на посттравматичні розлади.

Найвідомішими підходами в психотерапії посттравматичних стресових розладів, ефективність яких вивчається та часто порівнюється, є програми управління стресом, підтримувальна недирективна роджеріанська психотерапія, гіпнотерапія, психодрама, а також інтерперсональна, психодинамічна, когнітивно-поведінкова психотерапія і терапія методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима. Метааналізи порівняльної ефективності цих методів (А. Ехлерс та Дж. Біссон з колегами [3], Р. Брадлей і Дж. Грін з колегами [1], М. Ван Еттен і С. Тайлор [10], М. Клоітер [2], Г. Сидлер та Ф. Вагнер [9]) свідчать про те, що будь-які нетравмофокусовані втручання мають меншу ефективність, ніж ті, які були спеціально розроблені та безпосередньо сфокусовані на роботі із симптоматикою ПТСР. Найефективнішими в цій царині, за даними тих самих метааналізів, і такими, що визнані наразі методами першого вибору в роботі з ПТСР за рекомендацією провідних організацій (Американської психологічної асоціації, Австралійського центру посттравматичного психічного здоров'я, Національного інституту здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії, Управління психічного здоров'я ветеранів при міністерстві оборони США), є травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та метод десенсибілізації і репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима (EMDR).

Когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія охоплює різні схеми втручань, спрямовані на переосмислення та повторне переживання травматичних подій. Основними методами травмофокусованих втручань є експозиція наживо (*in vivo exposure*), експозиція в уяві (*imaginal exposure*), пролонгована експозиція (*prolonged exposure*), стимульна конфронтація (*stimulus confrontation*), повторне когнітивне опрацювання (*cognitive reprocessing*), когнітивна реструктуризація (*cognitive restructuring*), а також наративна реконструкція (*narrative reconstruction*).

Найдієвішою в когнітивно-поведінковій психотерапії посттравматичного стресового розладу вважають так звану когнітивну терапію ПТСР (*cognitive therapy for PTSD*), запропоновану А. Ехлерс і Д. Кларком [3; 6]. Її неофіційна назва – оксфордський підхід до терапії ПТСР – виникла через асоціацію з місцем праці авторів – Оксфордським центром тривожних розладів і травми. Зазначимо, що сила статистичного ефекту послаблення симптомів ПТСР між початком і завершенням терапії порівняно з контрольною групою для цього підходу становить 2,7-2,82 (для самозвітів) і 2,07 (для клінічної оцінки), а частка

відсіятих учасників не перевищує 3%, що є найкращими показниками порівняно з іншими схемами когнітивно-поведінкових інтервенцій під час роботи з посттравматичними розладами.

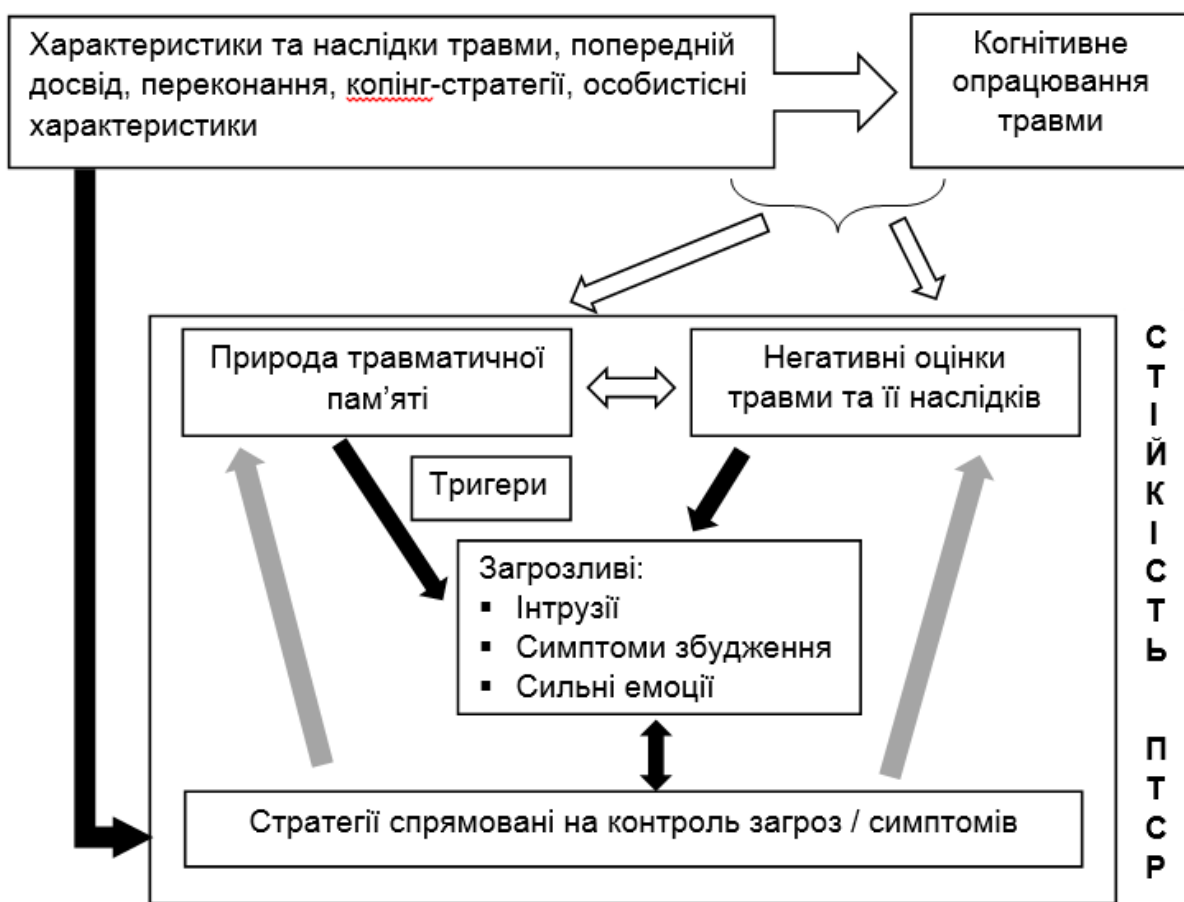
Когнітивна модель посттравматичного стресового розладу. Когнітивна терапія ПТСР базується на авторській моделі посттравматичного стресового розладу Ехлерс – Кларка [5], у межах якої виокремлюються дві базові когнітивні особливості людей, що пережили травматичну подію: специфічна природа травматичної пам'яті та негативні оцінки самої травми і її наслідків (рис.). Перша: особи з хронічним ПТСР інтерпретують та оцінюють саму травматичну подію в досить специфічний негативний спосіб (надають особистісних значень), за якого травма та її наслідки призводять до виникнення стійкого почуття постійної загрози. Друга: травматичні події викликають порушення автобіографічної пам'яті, а відтак послаблення контекстуалізації подій та посилення асоціативних зв'язків, що веде до розвитку симптомів повторного переживання.

На вираженість обох особливостей впливає специфіка когнітивного опрацювання травми, на яку впливають також характеристики самої події (інтенсивність, тривалість, вплив на здоров'я та соціальну ситуацію); попередній досвід людини (як і досвід долання наслідків інших травматичних подій); її переконання щодо світу, інших людей, самої себе; копінг-стратегії, напрацьовані в ході життя, а також загальний психічний стан та особистісні характеристики.

Травматична пам'ять постійно тригерується (процес запуску болісних спогадів та образів, пов'язаних із травмою, зустріччю з певними людьми, впливом якихось ситуацій, стимулів). Через порушення часової логіки подій і відчуття, що загроза й досі актуальна, а також посилені асоціативні реакції особи, які пережили травми, повсякчас зазнають інтрузій (спогадів, жахливих сновидінь, флешбеків), перебувають у стані підвищеного збудження та готовності реагувати на небезпеку, піддаються впливу сильних негативних емоцій, зокрема страху і тривоги. До виникнення та посилення зазначених симптомів призводить і схильність до негативної оцінки травми. Адже переконаність у тому, що “всюди небезпека”, “я притягаю нещастя”, “я не справлюсь із цим”, “я втрачу роботу”, “мене покине дружина” та подібні лише посилюють загрозливу симптоматику.

Інтрузії, підвищена реактивність та сильні негативні емоції перебувають у двобічній детермінації зі стратегіями, спрямованими на їх контроль: щоб позбутися загрозливих симптомів, людина повсякчас

намагається контролювати їх виникнення, очікування на загрозливі симптоми веде до їх посилення і зростання. Приміром, уникання розмов та ситуацій, пов'язаних із травматичними подіями, намагання повсякчас "займати" розум якимись думками, вживання алкоголю та медикаментів, емоційна відстороненість, пильність щодо підозрілих осіб та інше спричинюють лише тимчасове полегшення симптоматики, а в загальному підсумку, навпаки, перешкоджають опрацюванню травматичних спогадів та змінам в оцінці травматичних подій.



Стрілки показують характер відношень (чорні – призводить до...; білі – впливає на...; сірі – перешкоджає змінам у...)

Рис. Когнітивна модель посттравматичного стресового розладу
Ехлерс – Кларка [5]

Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії. З огляду на особливості розуміння виникнення та підтримки симптомів посттравматичного стресового розладу в межах когнітивної моделі оксфордський підхід ставить три

основні цілі: 1) ідентифікація та зміна негативних особистісних значень, надаваних травматичній події та її наслідкам; 2) послаблення симптомів повторного переживання і дискримінація тригерів; 3) усунення дисфункційної поведінки та когнітивних стратегій.

Щоб досягти першої мети, використовують спеціальну процедуру – оновлення травматичних спогадів (updating trauma memories). Її основні етапи передбачають ідентифікацію найбільш болісних моментів травми, так званих гарячих точок; переоцінку травми та її наслідків з огляду на зменшення негативних інтерпретацій і більшої відповідності дійсності, а також поновлення особистісних значень з огляду на переоцінку ситуації. У ході терапії клієнтів просять поновити історію травматичної події, і зробити це можна в різні способи або їх поєднання – наприклад, переозначити гарячі точки в ході усної розповіді (“Тепер я знаю, що...”), або проробити це подумки, уявляючи, що рани загоїлися, а злочинець у тюрмі.

Зменшення симптомів повторного переживання та зниження тригерування можна досягти за допомогою таких технік, як уявне перепроживання події (imaginal reliving of the event), виписування детальної історії події (writing out a detailed account of the event), перегляд місця події (revisiting the site) і власне дискримінація тригерів (discrimination of triggers). Уявне перепроживання полягає в згадуванні травматичної події в усіх подробицях, з емоціями та відчуттями. Та сама процедура, лише письмова, відбувається і в ході виписування історії події, коли клієнт встановлює послідовність травматичних подій в усіх деталях та пов’язує їх із попередніми та наступними подіями. Перегляд місця події, якщо це можливо, відбувається безпосередньо в тій місцевості, де людина зазнала травми, і полягає у фокусуванні на відмінностях між тим, що було тоді, і тим, що є зараз, коли травма минула і людина перебуває в безпеці. Техніка дискримінації тригерів передбачає детальний аналіз того, які саме ситуації, люди, дії, запахи, звуки спричиняють повторні переживання травми, і роботу по розірванню умовного зв’язку тригер – інтрузія через усвідомлення того, що це реакції на пам’ять про подію, а не на реальність. Велику роль у дискримінації тригерів відіграє безпосередня експозиція до них – стикання клієнта з ними в реальній ситуації за підтримки терапевта або близьких, які мають переконати його в тому, що самі тригери не становлять жодної загрози.

Усунення дисфункційної поведінки і стратегій сприймання та інтерпретації реальності здійснюється шляхом обговорення, проведення

дискусій, сократівських діалогів та поведінкових експериментів, під час яких клієнти переглядають старі способи світосприймання і реагування та переконуються в їхній неефективності.

Зауважимо, що конкретну терапевтичну процедуру розробляють для кожного клієнта індивідуально, з урахуванням специфіки травматичного впливу, життєвого досвіду, рівня розвитку когнітивних процесів, особистісних рис, а також інших факторів, що впливають на здатність людини до відновлення. Наведемо приклад одного з таких протоколів, представлено А. Ехлерс та Д. Кларком з колегами в роботі “Інтенсивна когнітивна терапія ПТСР: аналіз придатності” [7]. Відповідно до цього протоколу втручання розраховане на 10 послідовних 50-хвилинних сесій з кількома бустерними три місяці потому.

На першій сесії формулюються цілі терапії; нормалізуються симптоми ПТСР (клієнту пояснюють, що симптоми є нормальною реакцією на ненормальні події); ідентифікуються основні інтрузивні спогади; здійснюється первинна ідентифікація факторів, що підтримують симптоми ПТСР (негативні оцінки, когнітивні стратегії, гіперпильність, захисна поведінка тощо); практикується звільнення від думок (“нехай спогади приходять і йдуть”) та пояснюється природа травматичної пам’яті. Друга сесія присвячена уявному переживанню травматичної події та ідентифікації гарячих точок, обговоренню особистісних значень у цих точках та пошуку пояснень, більш релевантних реальності. На третій сесії, за потреби, повторюється процедура уявного переживання та розгортається пошук нових значень травматичної події, провадиться оновлення травматичних спогадів. Четверта і п’ята сесії передбачають подальше обговорення значень та оновлення спогадів, а також роботу по дискримінації тригерів. Шоста сесія спрямована на підтримку адаптивних стратегій: упроваджуються поведінкові експерименти, щоб продемонструвати, що немає необхідності контролювати загрози (наприклад, потреби в униканні та посиленій пильності); експерименти на зменшення румінації, усунення реакцій, які заважають засинанню, тощо. На сьомій сесії відбувається перегляд місця події. На восьмій продовжується робота, спрямована на оновлення спогадів, дискримінацію тригерів та зміну поведінки, яка є підтримувальною для симптоматики ПТСР. На дев’ятій має бути відмічено досягнутий прогрес у всіх напрямках: оновленні травматичних спогадів, дискримінації тригерів, зміні особистісних значень, усуненні підтримувальної поведінки та когнітивних стратегій, – а також здійснено фінальне оновлення спогадів і побудову цілісного нарративу травматичної

події (також дається домашнє завдання з повторної наративізації травми). Фінальна сесія орієнтована на повернення та адаптацію до життя; на ній відмічається досягнений прогрес, фіксуються усі зміни та дається домашнє завдання на практикування нових способів сприймання і поведінки. Бустерні сесії передбачають моніторинг поточного стану клієнта, аналіз досягнутого прогресу, нагадування про терапевтичні інструменти та стимулювання до практикування адаптивних стратегій.

Висновки. Когнітивна терапія ПТСР (оксфордський підхід), ефективність якої на цей час доведено, базується на деталізованій теоретичній моделі посттравматичного стресового розладу, є логічно впорядкованою, технологічно забезпеченою і такою, що має чітко виписаний протокол інтервенцій. Згадані характеристики уможливають наразі ефективно навчання фахівців та широке застосування підходу в роботі з особами, які зазнали травматичних впливів, у тому числі і з потерпілими від бойових дій на сході України.

Література

1. A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD / Bradley R., Greene J., Russ E., Dutra L., & Westen D. // American Journal of Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 214–217.
2. *Cloitre M.* Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique / M. Cloitre // CNS Spectrums. – 2009. – Vol. 14(Suppl 1). – P. 32–43.
3. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation / Ehlers A., Clark D. M., Hackmannb A., McManusa F., Fennellb M. // Behaviour Research and Therapy. – 2005. – Vol. 43. – P. 413–431.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. – 5th edition. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013.
5. *Ehlers A.* A cognitive model of posttraumatic stress disorder / Ehlers A., Clark D. // Behaviour Research and Therapy. – 2000. – Vol. 38. – P. 319–345.
6. *Ehlers A.* Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments / Ehlers A., Clark D. // Nordic Journal Psychiatry. – 2007. – Vol. 62 (47). – P. 1–8.
7. Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study / Ehlers A., Clark D. M., Hackmann A., Grey N., Liness S., Wild J., McManus F. // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2010. – Vol. 38(04). – P. 383–398.
8. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis / Bisson J. I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., & Turner S. // British Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 90. – P. 97–104.
9. *Seidler G. H.* Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused cognitive behavioural therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study / Seidler G. H., & Wagner F. E. // Psychological Medicine. – 2006. – Vol. 36. – P. 1515–1522.
10. *Etten M. L. van.* Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis / Etten M. L. van, & Taylor S. // Clinical Psychology and Psychotherapy. – 1998. – Vol. 5. – P. 126–144.

Горбунова В. В. Работа с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) в рамках когнитивно-поведенческой терапии

Поднимается проблема психологической помощи людям, которые пережили травматические события и имеют посттравматическое стрессовое расстройство. Описаны основные психотерапевтические подходы к работе с ПТСР, приведены данные некоторых метаанализов, в соответствии с которыми наиболее эффективными являются травмофокусированные вмешательства, разработанные в рамках когнитивно-поведенческой терапии. Рассмотрен один из наиболее эффективных подходов в преодолении ПТСР – когнитивная терапия ПТСР. Представлена когнитивная модель посттравматического стрессового расстройства, основные цели психотерапевтических интервенций в рамках подхода, базовые техники и ориентировочный протокол работы.

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), когнитивно-поведенческая терапия, когнитивная терапия ПТСР, травмофокусированная терапия.*

Gorbunova V. V. Treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) in the framework of cognitive-behavioral therapy

The problem of the psychological help to the people who experienced traumatic events and have post-traumatic stress disorder is raised in the article. The main psychotherapeutic approaches to treatment of PTSD are briefly described. Data of some meta-analyzes show that the most effective treatment interventions are trauma focused cognitive-behavioral therapies. One of the most effective approaches to the treatment of PTSD – the cognitive therapy for PTSD – is considered. The cognitive model of post-traumatic stress disorder, the main goals of the psychotherapeutic interventions, basic techniques and approximate protocol of PTSD-treatment are presented in this review.

Key words: *post-traumatic stress disorder (PTSD), cognitive-behavioral therapy, cognitive therapy for PTSD, trauma focused therapy.*

© Горбунова В. В.

П12 Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. – К. : Міленіум, 2015. – 150 с.

У збірнику висвітлюються актуальні проблеми психологічної допомоги мешканцям України, які протягом тривалого часу перебувають в умовах неоголошеної війни. Презентуються результати наукового семінару “Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій”, який відбувся 21–22 червня 2015 р. в м. Києві за участю співробітників Інституту соціальної та політичної психології Національної академії педагогічних наук України й Українського дослідницького центру Польської академії наук.

Представлені в статтях матеріали адресовано працівникам у галузі практичної психології, кризового консультування, викладачам психології вищих навчальних закладів, аспірантам, студентам, волонтерам, іншим фахівцям, що розробляють технології подолання психологічної травматизації і посттравматичного стресового розладу, реабілітації учасників бойових дій та переселенців.

В сборнике освещаются актуальные проблемы психологической помощи жителям Украины, которые на протяжении длительного времени находятся в условиях необъявленной войны. Презентируются результаты научного семинара “Психологическая помощь личности, переживающей последствия травматических событий”, состоявшегося 21–22 июня 2015 г. в г. Киеве при участии сотрудников Института социальной и политической психологии Национальной академии педагогических наук Украины и Украинского исследовательского центра Польской академии наук.

Представленные в статьях материалы адресованы работникам в области практической психологии, кризисного консультирования, преподавателям психологии высших учебных заведений, аспирантам, студентам, волонтерам, другим специалистам, которые разрабатывают технологии преодоления психологической травматизации и посттравматического стрессового расстройства, реабилитации участников боевых действий и переселенцев.

The collection of papers presents the current problems of psychological support to the residents of Ukraine who for a long time live in a state of unannounced war. The results of scientific seminar “Psychological Support to a Person Experiencing the Consequences of Traumatic Events” that was held on June 21-22, 2015 (Kyiv, Ukraine) are presented. The seminar was attended by the staff members of the Institute of Social and Political Psychology of National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine and Ukrainian Research Center of Science Academy of Poland.

Presented articles are addressed to the specialists in the sphere of practical psychology, crisis counseling, teachers of psychology in high schools, under-graduate and graduate students, volunteers, other practitioners who develop techniques of overcoming psychological traumatization and post-traumatic stress disorder, rehabilitation of combatants and internally displaced people.

ББК 88.94

Наукове видання

**Психологічна допомога особистості,
що переживає наслідки травматичних подій**

Збірник статей

Літературне редагування *Т. А. Кузьменко*

Оператори: *І. П. Зубко, І. В. Микитенко, І. В. Трохимець*

Підписано до друку 15.06.2015 р. Формат 64х90/8. Папір офсетний.

Гарнітура Times New Roman. Ум. друк. арк. 8,5.

Тираж 200 пр.

Видавництво “Міленіум”

Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи до державного
реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції

ДК №535 від 19.07.2001 р.

м. Гостомель, вул. Лугова, 4-а. Тел./факс 222-74-35
