НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ допомоги учасникам бойових дій із психотичними розладами

В.Я. Пішель, Т.Ю. Ільницька, М.Ю. Полив'яна,
Інститут психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ

Останніми роками питання посттравматичних психічних розладів (ПТПР) є надзвичайно актуальним для нашої держави, що неминуче пов'язано з бойовими діями на сході України. Зазначені психічні розлади — один із головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до звичайного життя учасників Антитерористичної операції (АТО) [1]. ПТПР істотно погіршують якість життя людини, призводять до порушень у соціальній, професійній та інших важливих сферах діяльності, а за браку своєчасної допомоги — до інвалідності [2–4]. Із 2018 р. АТО має назву «Операція об'єднаних сил» (ООС).

Варто зазначити, що діагностичні критерії ПТПР як щодо визначення можливості їх виникнення під впливом певних травматичних подій, так і клінічних ознак, суттєво переглядаються у класифікаціях хвороб, що пов'язано з використанням різних теоретичних підходів до пояснення ПТПР [5]. Так, новий, п'ятий кластер симптомів в останній версії Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів 5-го перегляду DSM (негативні думки, оцінні судження та почуття) є очевидним результатом впливу фахівців у галузі когнітивно-поведінкової терапії ПТПР як найавторитетнішого методу лікування постстресових порушень [6].

Участь у бойових діях пов'язана із впливом на психіку людини комплексу несприятливих чинників: усвідомлення безпосередньої загрози життю, можливості поранення, болю, інвалідизації; необхідності виконання бойових завдань, що призводять до летальних наслідків; спостерігання за загибеллю товаришів; невизначеності й раптових змін ситуації; складних соціально-побутових умов (нерідко брак повноцінного сну та відпочинку, дефіцит води та харчування, незвичний клімат тощо) [1, 8–11].

За даними Л.М. Юр'євої та С.І. Вишніченко, після перебування в зоні АТО 25 % військовослужбовців відчували підвищену агресивність, 12 % — нав'язливі спогади про травматичні події в зоні бойових дій і тривогу за своїх «побратимів», 10 % — кошмарні сновидіння військової тематики, 7 % — схильність до екстремальних дій, 3 % — залежність від психоактивних речовин (ПАР), переважно алкоголю [12].

Вплив екстремального стресу на психічне здоров'я військовослужбовців був об'єктом багатьох досліджень упродовж останніх років. Постравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із безпосередніх наслідків психічної травми. Зокрема, відповідь на переживання травматичної події може бути представлена не тільки ПТСР, але й іншими нозологічними формами та специфічними симптомами [13, 14]. Серед основних негативних наслідків поширення ПТПР можна назвати дезадаптувальний вплив на життя пацієнтів і членів їхніх родин, витрати держави на довготривале лікування (у США — приблизно 2,0–3,1 млрд доларів на рік) та економічні збитки через зниження їх працездатності; зростання рівня злочинності; зниження боєздатності армійських частин [15, 16].

У пацієнтів із ПТСР суттєво погіршується якість життя як загалом, так і за окремими складовими (суб'єктивна оцінка соматичного та психічного благополуччя, соціальні відносини), збільшується індекс маси тіла та рівень холестерину в крові, частішають випадки зловживання алкоголем та іншими ПАР, погіршуються показники серцевої діяльності [17, 18–20].

ПТСР корелює з агресивною та саморуйнівною поведінкою (безвідповідальне керування авто, конфлікти з небажанням шукати компроміси і спробами розв'язувати проблеми мирного життя у військовий спосіб, протиправні дії, зокрема схильність до незаконного утримання зброї), проблемами у сімейних і дружніх взаєминах (розлучення у 70 % американських ветеранів із ПТСР, серйозні проблеми з вихованням дітей — у 35 %, крайні форми ізоляції від людей — у 47,3 %), частими змінами місць роботи та безробіттям, фінансовими труднощами, з почуттям відчуження від цивільного населення і суттєвими змінами ідентичності (зокрема, ментальністю «виживання») [1, 21–29].

Слід згадати про зв'язок ПТПР із суїцидальною поведінкою (суїцидальні думки, плани, дії), який був установлений у більшості досліджень на цю тему [16, 17, 28, 30–34]. Ризик суїцидальних спроб при ПТСР зростає вшестеро [35]. Щодо завершених суїцидів такий прямий зв'язок іноді заперечують, хоча є припущення щодо опосередкованого коморбідними станами (зокрема, депресія, інші психічні розлади, обтяжені ПТСР, алкоголізм) впливу [30, 35–36].

Чинниками, які підвищують ризик скоєння самогубства при ПТСР, також називають:

- суїцидальні дії пацієнта в минулому;
- спроби самогубства в родині пацієнта;
- ослаблення організму;

- високу інтенсивність певних симптомів ПТСР (флешбеки, гострі напади паніки, почуття безпорадності);
- зловживання алкоголем;
- наявність акцентуйованої поведінки;
- знижену самооцінку тощо [35, 37].

Загалом серед пацієнтів із ПТСР поширеність суїцидальних думок, за оцінками різних авторів, становить від 22 до 56 %, а суїцидальних спроб — від 8 до 32 % [38, 39].

ПТПР, що виникли під впливом бойового стресу, перешкоджають повноцінному поверненню військовослужбовців до мирного життя та водночас стають джерелом вторинних психічних розладів, зумовлених соціальною дезадаптацією пацієнта, а також корелюють із частішими госпіталізаціями через різноманітні соматичні захворювання, що не завжди пов'язано з коморбідністю [1, 40]. У ветеранів із ПТСР погіршуються показники уваги та пам'яті, знижується здатність до навчання [41].

Симптоматика посттравматичного стресового розладу

Типова симптоматика ПТСР включає епізоди повторного переживання психотравмуючої події у вигляді кошмарних сновидінь або нав'язливих спогадів чи флешбеків, зокрема миттєве, без видимих причин, відтворення з патологічною достовірністю і повнотою відчуттів травматичної ситуації, начебто травматична подія відбувається заново, у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми, разом із прагненням уникати всього, що може ці події викликати в пам'яті; генералізовану тривожність та підвищену збудливість на тлі емоційної притупленості, ангедонія; відчуження від інших людей із прагненням ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом.

Окрім цього, особи з ПТСР скаржаться на утруднення засинання або переривчастий сон, труднощі щодо концентрації уваги, іноді – нездатність згадати психотравмуючі події за власним бажанням (попри їхні яскраві нав'язливі спогади іншим часом).

Типовими є когнітивні зміни у вигляді гіпертрофованої патологічної пильності; роздумів, що травмуюча подія може повторитися; ідентифікації себе із загиблими або потерпілими, перед якими особа має провину; скорочення життєвої перспективи з небажанням будувати плани на майбутнє, думки про швидку смерть [1, 42–48].

Коморбідність посттравматичного стресового розладу

На сучасному етапі досліджень вивчення проблеми коморбідності посттравматичного стресового розладу дає змогу встановити, що взаємодія ПТСР з іншими психічними захворюваннями призводить до формування складних психопатологічних структур. Так, у клінічній картині поєднуються видозмінені симптоми, характерні для різних нозологічних форм.

За даними клінічної практики, здебільшого типовою картиною є не проста сумація симптоматичних ознак, а їх взаємовплив, посилення схожих симптомів, зокрема афективного, особистісного, рідше психотичного регістрів.

У пацієнтів із ПТСР дуже часто (до 50 % випадків, а за іншими даними — близько 80 %) відзначають коморбідні психічні розлади, які мають суттєвий вплив на клінічну картину, адаптацію та результати лікування [1, 17, 27, 43, 44, 40, 48–50, 91].

Є і зворотний зв'язок — ПТСР сприяють формуванню та обтяженню клінічних ознак коморбідних психічних і поведінкових розладів [5]. Дисоціативні симптоми, що включають змінені стани свідомості, можуть бути наслідком або реакцією на травматичні переживання, де знижений рівень свідомості може сприяти значному зниженню працездатності та навіть інвалідизації.

Нещодавно дисоціативний підтип посттравматичного стресового розладу (ПТСР-ДС) був доданий до DSM 5-го перегляду (DSM-5). Втім, дисоціативні симптоми можуть бути ознаками багатьох нервово-психічних захворювань, зокрема ПТСР, хвороби психотичного спектра, тривожних розладів і розладів настрою. Крім того, дисоціативні симптоми пов'язані з порушенням виконавчих функцій, уваги, пам'яті, соціального пізнання та взаємодії й можуть сприяти порушенню когнітивного функціонування, що часто спостерігається при психічних захворюваннях.

У наукових джерелах дані про поширеність ПТСР і психозу наведено щодо досліджень двох типів. По-перше, це дослідження в популяції пацієнтів із психотичними розладами та супутнім ПТСР. По-друге, дослідження за участю суб'єктів із ПТСР, у яких спостерігали симптоми психотичних розладів. Як відомо, поширеність коморбідних ПТСР і шизофренії становить від 11 до 53 % [54–57]. Ці показники у пацієнтів із психотичною патологією значно вищі, ніж частка суб'єктів із ПТСР у загальній популяції дорослого населення [58].

Наявні дані щодо поширеності ПТСР у популяції колишніх комбатантів демонструють, що 17–20 % цих суб'єктів із ПТСР мають вторинні позитивні симптоми, пов'язані з травмою (наприклад, параноїдні ідеї) [59–61]. З одного боку, це можна обґрунтувати супутніми психічними розладами, які дійсно пояснюють наявність психотичних симптомів в осіб із ПТСР (наприклад, психотична депресія), а з іншого — це може бути наслідком потенційних упереджень під час розрізнення симптомів ПТСР (наприклад, інтрузивних зображень) і психотичних ознак (наприклад, зорові галюцинації). Так, на підставі отриманих результатів досліджень запропоновані різні гіпотези щодо можливих етіопатогенних механізмів взаємозв'язку ПТСР і психозу (шизофренія або психотичні симптоми).

Один із двох розладів виникає як схильний до іншого (односпрямована теорія), а треті змінні обґрунтовують цю спільність (теорія загальних чинників ризику). Зважаючи на різні варіанти взаємодії реактивних і ендогенних розладів, увагу клініцистів традиційно привертає поєднання в межах одного стану згаданих симптомокомплексів. Причому зазначається значна поширеність коморбідності ПТСР з іншими психічними розладами, яка, за даними різних авторів, становить від 4 до 94 % [26, 34, 43, 48].

Методологічні підходи щодо оцінювання психопатологічних розладів

На сучасному етапі дослідження виділяють дві методологічні позиції щодо оцінки характеру співвідношення психопатологічних розладів ендогенних і реактивних регістрів. У низці досліджень психогенним симптомам відводиться передусім роль чинника, що провокує маніфестацію або загострення ендогенного захворювання [63–65].

Психогенні включення вже на ранніх етапах витісняються ендогенними симптомами і не чинять істотного впливу на подальшу динаміку психічного розладу. Власне, психопатологічна симптоматика не характерна для неускладнених форм ПСТР і розглядається як прояв коморбідності психічного захворювання, зважаючи на те, що воно могло маніфестувати або змінити свій перебіг під дією стресового чинника [27, 30, 45, 55].

Інший підхід передбачає виокремлення специфічних феноменологічних утворень ендореактивної природи в структурі хронічного ПТСР із видозміною як його типових ознак, так і симптомів коморбідних розладів. Часта поява в клінічній картині ПТСР симптомів, характерних для ендогенних захворювань, зазначається у багатьох наукових дослідженнях [20–22, 39, 40, 44].

Психотична симптоматика частіше з'являється в клініці хронічного ПТСР і визначає його більш тяжкий перебіг, порівняно з прогредієнтним формами шизофренії [28]. Для кваліфікації клінічного варіанта ПТСР із психотичними проявами S.E. Lindley et al. (2000) ввели термін p-PTSD (англ. *psychotic* — психотичний) [62].

На думку дослідників, ПТСР у поєднанні з коморбідними захворюваннями може являти собою мультиформний стрес-індукований синдром, що також визначає більш широке уявлення про нозологічні межі ПТСР [16]. Відповідно до запропонованої каскадної моделі ПТСР, коли динаміка хронічної форми має вигляд спіралі, на певному витку з'являються ті чи інші вкладені симптоми. Зловживання алкоголем і прояви генералізованої тривоги спостерігаються на більш ранніх етапах хронічного ПТСР порівняно з депресією, характерною для більш пізніх етапів [19, 38].

Підтвердженням каскадної моделі є той факт, що гостра форма ПТСР рідше асоціюється із симптомами іншого психічного захворювання [20]. Гостра форма посттравматичного стресового розладу розвивається значно частіше і є більш універсальною відповіддю на екстремальний стрес, натомість затяжний перебіг ПТСР і поява в клініці додаткових синдромів визначаються специфічною психобіологічною вразливістю індивіда [16]. Можливість розвитку психогенно спровокованих станів в осіб, які страждають на шизофренію, демонструється в дослідженнях багатьох авторів [64].

Результати досліджень свідчать про часте поєднання ПТСР, зумовленого участю у військових діях, із психічними розладами шизофренічного спектра [65–66]. Аналіз взаємодії симптомів різних регістрів у структурі шизофренії та ПТСР допомагає виявити схожі симптоми, зокрема сплощення й нівелювання емоційних реакцій, які могли бути ознакою як шизофренічного дефекту, так і наслідком емоційного заціпеніння в клінічній картині ПТСР.

Попри те, що клінічні ознаки шизофренії виходять на перший план і в такий спосіб маскують картину ПТСР, його відмітні симптоми у вигляді підвищеної збудливості, повторного переживання травматичної події, уникнення поведінки, мали істотний вплив на соціальне функціонування таких пацієнтів і вибір терапевтичних методів [41]. На тлі психотичних ознак у пацієнтів, які страждали на шизофренію, часто також розвивалися симптоми ПТСР кластерів інтрузії та уникнення, а в структурі шизофренічних психозів у військовослужбовців ознаки психотичних розладів могли збігатися із психогенними переживаннями [2].

Проблеми, пов'язані з виявленням психічних захворювань

Під час війни ПТСР і травматична черепно-мозкова травма є поширеними серед військовослужбовців станами, що викликають велике занепокоєння. Зосереджуючи увагу на згаданих розладах, слід пам'ятати, що молоді особи, які стають на військову службу, перебувають у віці, коли симптоми шизофренії вперше стають очевидними [66].

Для багатьох ветеранів діагноз спектра шизофренії та інших психотичних розладів є кінцевою точкою їхнього продуктивного військового життя. Клінічні ознаки шизофренії найчастіше виникають у молодих чоловіків, наприклад віком 18–22 років [66]. Це виснажливе психічне захворювання асоційоване з високим рівнем витрат для надання відповідної допомоги військовослужбовцям. Дані наукових джерел підтверджують, що один із чотирьох активних солдатів має ознаки стану порушення психічного здоров'я [67–69]. Конгрес США 1997 р. зобов'язав військових проходити огляд щодо виявлення проблем психічного здоров'я.

За статистичними даними Пентагону, менш ніж один із 300 членів служби був скерований до фахівця з питань психічного здоров'я, перш ніж їх доправляли до Іраку в жовтні 2005 року. Експерт із психічного здоров'я Сполучених Штатів доктор Elspeth Ritchie зауважив, що деякі солдати з проблемами психічного здоров'я часто повертаються в бойові театри через нестачу військових сил [70].

Як відомо, ПТСР може маскувати ранні стадії коморбідної шизофренії. Так, за конфлікту в Іраку та Афганістані виникла проблема діагностування шизофренії серед активних військовослужбовців під час активних боїв, оскільки деякі симптоми ПТСР також зустрічаються при шизофренії. Частково це пов'язано з тим, що головною метою медичних служб Збройних сил Сполучених Штатів було виявлення ПТСР на ранніх стадіях для зменшення захворюваності [71].

Ефективний процес скринінгу шизофренії може зменшити кількість військовослужбовців, у яких дебют шизофренії відбувся до призову на службу в армію. Переваги своєчасного та якісного скринінгу скоротять кількість новобранців із шизофренією, що досягли призовного віку, та забезпечать своєчасну діагностику й лікування. За умов комплексного протоколу скринінгу шизофренії потенційна економія витрат може переважати втрати, пов'язані з відповідними виплатами військовослужбовцям, у яких психотичні розлади діагностовано під час несення служби [72].

Висновки

Психіатрична допомога пацієнтам із ПТПР має бути наближеною до пацієнта та здійснюватись фахівцями у складі мультидисциплінарної бригади за участю психіатра, психолога, медичної сестри, соціального працівника, а за потреби — й інших фахівців. Досвід інших країн демонструє, що допомога таким пацієнтам має передбачати комплексне втручання на рівні суспільства, громади, сім'ї та індивіда.

Література

1. Коростій В.І. Поліщук В.Т. , Заворотній В.І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2015. № 6 (76). С. 59–71.

2. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник 2013–2015 рр. *Центр медичної статистики МОЗ України; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України*. Кіровоград : ПП «Поліум», 2016. 80 с.

3. Алещенко В.І., Хміляр О.Ф. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами: навчальний посібник. Харків : ХУПС. 2005. 84 с.

4. Тарабрина Н.В., Миско Е.А. Исследование жизненной перспективы у лиц, перенёсших военный стресс. *Социальная реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф* : материалы V Межд. конф. Минск, 1998. С. 183.

5. Смирнова Л.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих (клиника, коморбидные состояния, факторы риска, терапия) : дисс. ... к.м.н. 14.00.18 / Метотдел УВД Курской области. Томск, 2003. 241 с.

6. Безшейко В.Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему. *Медична психологія*. 2016. № 1. С. 100–104.

7. Laurence J.H., Matthews M.D. (eds.) The Oxford Handbook of Military Psychology. Oxford University Press, 2012. 432 p.

8. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: рук-во для врачей. М.: Медицина, 2005. 432 с.

9. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция / А.Л. Иванов, В.В. Рубцов, Н.В. Жуматий и др. *Московск. психотерапевт, журн*. 2003. № 4. С. 147–162.

10. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Военно-медицинская академия. СПб., 1997. 48 с.

11. Сыропятов О.Г. Медико-психологическое сопровождение специальных операций. Киев: О.Т. Ростунов. 2013. 292 с.

12. Юр'єва Л.М., Вишніченко С.І. Стан психічного здоров'я співробітників органів внутрішніх справ в умовах соціально-стресових подій в Україні. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23. Вип. 2, № 83. С. 132.

13. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression / Panagioti M., Gooding P.A., Tarrier N. Panagioti M. *Comprehensive Psychiatry*. 2012. Vol. 53. P. 915–930.

14. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО і тимчасово переміщених осіб: методичні рекомендації / О.В. Галацан, Г.М. Сірештан, Б В. Михайлов та ін. Харків, 2016. 27 с.

15. Yager T.J., Gerszberg N., Dohrenwend B.P. Secondary Traumatization in Vietnam Veterans' Families. *Journal of Traumatic Stress*. 2016. № 29. P. 349–355.

16. Kaiser D.J. Combat related post traumatic stress disorder in veterans of Operation enduring freedom and Operation Iraqi freedom: a review of the literature. *Graduate Journal of Counseling Psychology*. 2012. № 3 (1). P. 1–14.

17. Чабан О.С. Франкова И.А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства. *НейроNews*. 2015. № 2 (66). С. 8–18.

18. Mild Traumatic Brain Injury, PTSD, and Psychosocial Functioning Among Male and Female U.S. OEF/OIF Veterans / C.E. Jackson, J.D. Green, M.J. Bovin et al. *Journal of Traumatic Stress*. 2016. № 29 (4). P. 309–316.

19. The association of PTSD with physical and mental health functioning and disability (VA Cooperative Study #569: the course and consequences of posttraumatic stress disorder in Vietnam-era Veteran twins) / J. Goldberg, K.M. Magruder, C.W. Forsberg et al. *Quality of Life Research*. 2014. № 23. P. 1579–1591.

20. Banerjee G., Edelman E.J., Barry D.T. Non-medical use of prescription opioids is associated with heroin initiation among US veterans: a prospective cohort study. *Addiction*. 2016. № 111(11). P. 2021–2031.

21. Бундало Н.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, факторы риска, психотерапия) : дисс. ... докт. мед. наук : 14.00.18 / ГОУ ВПО «Новосибирский государственный университет Росздрава». Санкт-Петербург, 2009. 347 с.

22. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. Москва: ПЕР СЭ, 2006. 528 с.

23. Freeman T.W., Roca V. Gun use, attitudes toward violence, and aggression among combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. 2001. Vol. 189, № 5. P. 317–320.

24. Бакалейник М.М. Клинические и социальные особенности комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством, совершивших противоправные действия: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Москва, 2005. 158 с.

25. Ауто- та гетероагресивна поведінка у структурі посттравматичних психічних розладів у учасників АТО / Пінчук І.Я., Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю. та ін. *Архів психіатрії*. 2016. Vol. 22, № 3 (86). С. 12–14.

26. Intimate Partner Violence: Prevalence Among U.S. Military Veterans and Active Duty Servicemembers and a Review of Intervention Approaches / Evidence-based Synthesis Program (ESP) Center Durham VA Medical Center — Washington (DC) : Department of Veterans Affairs. 2013. 79 p.

27. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги / Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121. *Нейронews*. 2016. № 3 (77). С. 49–64.

28. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) / Jonas D.E., Cusack K., Forneris C.A. et al. *Comparative Effectiveness Review*. 2013. № 92.

29. Trauma Centrality and PTSD in Veterans Returning From Iraq and Afghanistan / A.D. Brown, D. Antonius, M. Kramer et al. *Journal of Traumatic Stress*. 2010. Vol. 23, № 4. P. 496–499.

30. Krysinska K., Lester D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Archives of suicide research*. 2010. № 14 (1). P. 1–23.

31. Panagioti M., Gooding P.A., Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2012. Vol. 53. P. 915–930.

32. Гилёва К.В. Психологические условия коррекции посттравматических стрессовых состояний личности: дисс. ... канд. псих. наук, 19.00.01 / Новосибирский государственный педагогический университет. Новосибирск, 2004. 236 с.

33. Panagioti M., Gooding P.A., Tarrier N.A. Prospective Study of Suicidal Ideation in Posttraumatic Stress Disorder : The Role of Perceptions of Defeat and Entrapment. *Journal of Clinical Psychology*. 2015. Vol. 71 (1). P. 50–61.

34. Haney E.M., O'Neil M.E., Carson S. Suicide Risk Factors and Risk Assessment Tools: A Systematic Review. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US), 2012. 133 p.

35. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: монография. Днепропетровск : Пороги, 2006. 472 с.

36. Post-traumatic stress disorder (PTSD). Evidence Update December 2013.

37. Panagioti M., GoodingP.A., Tarrier N.A Prospective Study of Suicidal Ideation in Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Perceptions of Defeat and Entrapment. *Journal of Clinical Psychology*. 2015. Vol. 71 (1). P. 50–61.

Повний список літератури, який уміщує 72 джерела, знаходиться в редакції.