

УДК 159.98:615.851]:355.01

DOI <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2025.1.15>**Катерина РОМАНОВА**

магістрант кафедри психології, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»

ORCID: 0009-0004-5239-9508

Яна РАЄВСЬКА

доктор психологічних наук, професор, ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»

ORCID: 0000-0003-3802-2304

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ У РОБОТІ ПСИХОЛОГА ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РЕАКЦІЯХ НА СТРЕС У НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

У статті подано результати дослідження актуальної для сучасної психології теми – психокорекційна робота психолога методом гештальт-терапії при психосоматичних реакціях на стрес у населення в умовах війни. У роботі представлено теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми стресу, психосоматичних реакцій на стрес, можливостей гештальт-терапії у психокорекції психосоматичних розладів, емпірично визначено психологічні особливості осіб з психосоматичними розладами; розроблено та запропоновано систему роботи з корекції та профілактики психосоматичних розладів у населення під час війни. З'ясовано, що екстремальні стресові ситуації впливають на сприятливість та особливості перебігу психосоматичних захворювань. Причому, відзначається досить велика кількість окремих напрямків вивчення психосоматичної патології: стрес і адаптаційні реакції, стрес і стресорні пошкодження, стрес-фактори та картина їх суб'єктивного переживання тощо. Психосоматична медицина розглядає психосоматичні стани, як взаємодію біологічного, психічного та соціального факторів. Взагалі, психосоматична медицина визначається як наука про лікування та взаємозв'язок між психічним та соматичним станом хворого. Поєднання душевного та тілесного є основою даної медицини. Показано, що гештальт-терапія пропонує не шукати причини труднощів, а спостерігати за поточним процесом, за розвитком контакту між людиною і навколишнім середовищем, а також за можливими зривами цього контакту. Це робиться для того, щоб залучити людину до творчого пристосування з урахуванням власних потреб і бажань, а також навколишнього світу. Значущими у гештальт-терапії є: можливість пережити незавершені ситуації в минулому, відпрацювати нові патерни поведінки в різних ситуаціях; усвідомити фактори (заборони, переконання, невдоволені потреби, затиснені відчуття, емоції і почуття, ірраціональні думки) виникнення психосоматичних симптомів і розладів; вибудовування свідомих гармонійних стосунків зі світом, з іншими, з власним тілом, що безумовно сприятиме поліпшенню і посиленню здоров'я. Зроблено висновки стосовно особливостей гештальт-підходу до вирішення психосоматичних проблем та доведена ефективність гештальт-терапії у лікуванні психосоматичних розладів.

Ключові слова: гештальт-терапія, психокорекція, психосоматичні розлади, стрес, війна.

Kateryna Romanova, Yana Raievska. USE OF THE GESTALT THERAPY METHOD IN THE WORK OF A PSYCHOLOGIST IN THE TREATMENT OF PSYCHOSOMATIC REACTIONS TO STRESS IN THE POPULATION IN WAR CONDITIONS

The article presents the results of a study of a topic relevant for modern psychology – psychocorrectional work of a psychologist using the Gestalt therapy method in the treatment of psychosomatic reactions to stress in the population in war conditions. The paper presents theoretical and methodological approaches to studying the problem of stress, psychosomatic reactions to stress, the possibilities of Gestalt therapy in the psychocorrection of psychosomatic disorders, empirically determines the psychological characteristics of individuals with psychosomatic disorders; a system of work on the correction and prevention of psychosomatic disorders in the population during wartime is developed and proposed. It has been found that extreme stressful situations affect the susceptibility and features of the course of psychosomatic diseases. Moreover, there is a fairly large number of separate areas of study of psychosomatic pathology: stress and adaptive reactions, stress and stress or damage, stress factors and the picture of their subjective experience, etc. Psychosomatic medicine considers psychosomatic states as an interaction of biological, mental and social factors. In general, psychosomatic medicine is defined as the science of treatment and the relationship between the mental and somatic state of the patient. The combination of the mental and physical is the basis of this medicine. It is shown that Gestalt therapy suggests not to look for the causes of difficulties, but to observe the current process, the development of contact between a person and the environment, as well as possible disruptions of this contact. This is done in order to involve a person in creative adaptation, taking into account their own needs and desires, as well as the surrounding world. Significant in Gestalt therapy are: the opportunity to experience unfinished situations in the past, to work out new patterns of behavior in different situations; to realize the factors (prohibitions, beliefs, unsatisfied needs, suppressed sensations, emotions and feelings, irrational thoughts) of the emergence of psychosomatic symptoms and disorders; building conscious harmonious relationships with the world, with others, with one's own body, which will certainly contribute to improving and strengthening health. Conclusions are drawn regarding the features of the Gestalt approach to solving psychosomatic problems and the effectiveness of Gestalt therapy in the treatment of psychosomatic disorders.

Key words: Gestalt therapy, psychocorrection, psychosomatic disorders, stress, war.

Постановка проблеми. Актуальність теми полягає в тому, що проблема психосоматичних розладів залишається однією з найбільш складних та актуальних завдань сучасної психології. Внаслідок суперечливих відомостей про причини і механізми розвитку психосоматичних функціональних захворювань, до теперішнього часу відсутні стандарти діагностики та лікування таких хворих. Окрім того, терапевтичне втручання, значні лабораторні та інструментальні дослідження є недостатньо ефективними у встановленні дійсного діагнозу, що зреалізовує перебування людини тривалий час в стані тривожної невизначеності, яка негативно позначається на якості життєдіяльності особистості та її соціально-психологічній дезадаптації. Проблеми, з якими психосоматика стикається на сучасному етапі, обумовлені кількома причинами: абсолютизацією ролі психологічних чинників у розвитку захворювань, неможливістю безконфліктного суміщення психологічного та медичного підходів в дослідженні, недостатньою увагою щодо феномену тілесності в психології.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, на яку спирається автор. Проблема стресу набула не лише виняткового наукового значення, а й стала поняттям, що об'єднує широкий спектр явищ повсякденного життя, у тому числі змінений психічний стан під впливом екстремальних обставин. Відомо, що при різних травмуючих впливах на людину виникає стрес.

За В. А. Абабковим та М. Перрі, стрес – це неспецифічна реакція психіки людини на зовнішні дії [1, с. 44]. Стрес як особливий психічний стан пов'язаний з виникненням і проявом емоцій, але він не обмежується емоційними явищами, а детермінується і відображається в мотиваційному, когнітивному, вольовому компонентах, характерологічних та інших аспектах особистості.

Інтенсивність стресу, на думку Т. Мещеніної та О. Пашілової, залежить не від об'єктивних показників дії, а від її суб'єктивного значення для людини. [2, с. 32].

Існує багато причин для стресу і багато факторів, пов'язаних з цим станом. І.С. Пігулівська визначає деякі з найважливіших: стресові життєві події, спричинені стосунками з іншими людьми; люди, більш за інших схильні до стресу; фактори зовнішнього середовища, що сприяють розвитку стресу, наприклад підвищена температура або шум [3, с. 88].

Стрес є реакцією не стільки на фізичні властивості ситуації, скільки на особливості

взаємодії особистості та навколишнього світу. Це значною мірою продукт наших когнітивних процесів, способу мислення та оцінки ситуації, знання наших власних можливостей (ресурсів), ступеня знання методів управління та стратегій поведінки, їх правильного вибору.

І. С. Пігулівська додає, що екстремальні стресові ситуації впривають на сприятливість та особливості перебігу психосоматичних захворювань. Причому, в даному напрямку відзначається досить велика кількість окремих напрямків вивчення психосоматичної патології (стрес і адаптаційні реакції, стрес і стресорні пошкодження, стрес-фактори та картина їх суб'єктивного переживання тощо) [3, с. 91].

Незважаючи на численність теорій, які пояснюють нам психосоматичні захворювання, жодна з них не відповідає на питання щодо пояснення психосоматичних розладів. Тому останнім часом з'явилися гіпотези про їх мультифакторний генез, де кожна із запропонованих теорій пояснює одну з ланок патогенезу (Платонов К. К., 1972; Коркина М. В., Марілов В. В., 1995; Гиндикин В. Я., 2000; Макаров В. В., 2000).

Таким чином, психосоматична медицина розглядає психосоматичні стани, як взаємодію біологічного, психічного та соціального факторів. Взагалі, психосоматична медицина визначається як наука про лікування та взаємозв'язок між психічним та соматичним станом хворого. Поєднання душевного та тілесного є основою даної медицини. Це поєднання забезпечує правильний підхід до хворого як у доклінічний період, так і в період клінічного лікування та обстеження.

Ф. С. Перлз та П. Гудмен зазначають, що гештальт-терапія пропонує не шукати причини труднощів, а спостерігати за поточним процесом, за розвитком контакту між людиною і навколишнім середовищем, а також за можливими зривами цього контакту [4, с. 131]. Це робиться для того, щоб залучити людину до творчого пристосування з урахуванням власних потреб і бажань, а також навколишнього світу.

Але творче пристосування як спосіб буття-в-світі відрізняється від пристосування до існуючої норми і від відмови пристосовуватися до якої б то не було норми [5, с. 127].

Гештальт-підхід можна визначити як мистецтво контакту; сам же контакт може встановлюватися в трьох напрямках: контакт з самим собою, зі своїми потребами, бажаннями, страхами, травмами; контакт з іншими людьми в області почуттів, стосунків, в професійній сфері; і, нарешті, контакт з навко-

лишнім середовищем, суспільством, з сферою освіти. Цей психотерапевтичний метод прагне виявити можливі труднощі в даних типах контакту з метою його поліпшення.

Гонзаг Маскельє охрестив гештальт «терапією потоку», використавши метафору річки: нам важливіше не те, чому вона тече, а те, наскільки вона повноводна.

М. Решетников вважає, що більшість психосоматичних симптомів і розладів, є складовими безперервного, здебільшого несвідомого, процесу творчого пристосування організму до мінливих умов і вимог турбулентного світу [6, с. 52].

В. Г. Ромек зазначає, що значущими у гештальт-терапії є: можливість пережити незавершені ситуації в минулому, відпрацювати нові патерни поведінки в різних ситуаціях; усвідомити фактори (заборони, переконання, невдоволені потреби, затиснені відчуття, емоції і почуття, ірраціональні думки) виникнення психосоматичних симптомів і розладів; вибудовування свідомих гармонійних стосунків зі світом, з іншими, з власним тілом, що безумовно сприятиме поліпшенню і посиленню здоров'я [7, с. 189].

Завдання психотерапії гештальт-підходом – відновлення у людини здатності вибирати, з тією метою, щоб вона змогла стати автором свого життя.

Гештальт іноді називають терапією відповідальності, що вказує на його екзистенційні коріння. На відповідальності людини сфокусована вся робота: як тільки будуть виявлені поведінкові штампи і зриви контакту, як тільки включаються особистісні ресурси, ми відразу ж пропонуємо людині почати обирати події свого життя.

Стосовно особливостей гештальт-підходу до вирішення психосоматичних проблем та прикладні аспекти застосування гештальт-технік зроблено наступні висновки.

Сучасний погляд на психосоматику виходить за рамки уявлень про здоров'я і хвороби. Відмічається взаємозв'язок стану організму людини з її психічною складовою: сприйняттям, мисленням, емоціями, станами, темпераментом, потребами, цінностями визнаний офіційно відповідно до психологічних досліджень різних теоретиків і практиків (Н. Билкіна, В. Бройтігам, В. Зінченко, Д. Маколі, А. Менегетті, В. Ніколаєва, А. Петровський, М. Розен, К. Саммерс, Т. Трофіменко, М. Ярошевський та ін.).

Терміном «психосоматика» позначається науковий напрямок, який встановлює взаємовідносини між психікою і тілесними функціями, досліджує особливості впливу психо-

логічних переживань на функції організму, виникнення тих чи інших психосоматичних розладів та хвороб як наслідку психоемоційного дисбалансу [8, с. 29].

Отже, слід зауважити на тому, що більшість психосоматичних симптомів і розладів, є складовими безперервного, здебільшого несвідомого, процесу творчого пристосування організму до мінливих умов і вимог турбулентного світу [9, с. 112].

Значущими у гештальт-терапії є: можливість пережити незавершені ситуації в минулому, відпрацювати нові патерни поведінки в різних ситуаціях; усвідомити фактори (заборони, переконання, невдоволені потреби, затиснені відчуття, емоції і почуття, ірраціональні думки) виникнення психосоматичних симптомів і розладів; вибудовування свідомих гармонійних стосунків зі світом, з іншими, з власним тілом, що безумовно сприятиме поліпшенню і посиленню здоров'я [10, с. 27].

Таким чином, гештальт-підхід виявив себе ефективним при лікуванні психосоматичних розладів.

Метою статті є на основі теоретичного аналізу наукової літератури вивчити проблему зв'язку хвороби та здоров'я, вивчити психологічні, психічні та соціальні наслідки стресу у вигляді формування психосоматичних реакцій під час війни. Емпіричним шляхом виявити психологічні особливості психосоматичних наслідків стресу у особистості. Розробити та впровадити програму соціально-психологічного тренінгу з психосоматичних проявів методами гештальт-терапії у населення під час війни.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження психологічних особливостей емоційно-вольової сфери дорослих з психосоматичними розладами було можливим за умови використання наступних психодіагностичних методів: методика «Опитувальник агресії Баса-Даркі», копінг-тест за методикою Р. Лазаруса і С. Фолкмана, опитувальник «Госпітальна шкала тривоги і депресії», клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич).

Виклад основного матеріалу. З метою вивчення емоційно-вольової сфери дорослих з психосоматичними розладами нами було проведено дослідження, в якому брали участь чоловіки і жінки віком від 20 до 50 років у кількості 40 осіб. З них 20 осіб – експериментальна група (дорослі з психосоматичними розладами), і 20 – контрольна (дорослі без клінічних проявів психосоматичних розладів). Дослідження проводилось з січня 2024 року по квітень 2024 року.

На першому етапі здійснено теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми неврозів у працях вітчизняних та зарубіжних дослідників.

На другому етапі проводилося емпіричне дослідження у обох групах за допомогою тестування, в процесі якого здійснено: 1) підбір діагностичних методик для емпіричного дослідження; 2) проведено констатуючий експеримент, в ході якого виявлено особливості емоційно-вольової сфери у дорослих з психосоматичними розладами.

На третьому етапі проведено формувальний експеримент, в ході якого розроблено та впроваджено програму з корекції емоційно-вольової сфери дорослих з психосоматичними розладами; проведено повторне дослідження емоційно-вольової сфери у контрольній та експериментальній групі з метою виявлення змін, які відбулися під впливом розробленої програми.

За методикою «Опитувальник агресії Баса-Даркі», в експериментальній групі виявились високі показники за шкалами роздратування ($9,6 \pm 1$), образи ($7,2 \pm 1,4$), почуття провини ($7,3 \pm 1,4$) та непрямой агресії ($7,2 \pm 0,2$). Також виявлений середній індекс ворожості $5,9 \pm 1,3$. Таким чином, у дорослих з психосоматичними розладами виявився високий рівень готовності до прояву негативних почуттів при найменшому роздратуванні (запальність, брутальність), для них дуже характерні заздрість

і ненависть до оточення за дійсні і вигадані дії, переконання в тому, що вони є «поганою людиною, яка вчиняє зло», дорослі з психосоматичними розладами виявили високий рівень агресії, що обхідним шляхом спрямована на іншу особу (злісні плітки, жарти) та агресії, ні на кого не спрямованої (зриви люті, лемент, тупання ногами, биття кулаками по столу).

За методикою «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса і С. Фолкмана, в експериментальній групі виявились високі показники за шкалами самоконтролю ($17,5 \pm 1,8$) та прийняття відповідальності ($10,5 \pm 1,2$). Таким чином, дорослі з психосоматичними розладами мають високу напруженість зусиль по регулюванню своїх відчуттів і дій (самоконтроль) та надмірне визнання своєї ролі в проблемі (прийняття відповідальності), що свідчить про виражену дезадаптацію. Адаптаційний патенціал за іншими стратегіями подолання труднощів у дорослих з психосоматичними розладами знаходиться в пограничному стані.

За методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії», в експериментальній групі виявився високий рівень показників за шкалою тривожності ($11,7 \pm 1,6$) та середній рівень показників за шкалою депресії $8,3 \pm 0,3$. Таким чином, дорослі з психосоматичними розладами мають клінічно виражену тривогу та субклінічно виражену депресію.

За методикою «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів»

Таблиця 1

Особливості показників різних форм агресії у досліджуваних дорослих без психосоматичних розладів (КГ) та з психосоматичними розладами (ЕГ) (методика «Опитувальник агресії Баса-Даркі»)

№ з/п	Шкала	Рівень прояву та достовірність різниці		
		Експериментальна група	Контрольна група	Значимість
1	Фізична агресія	$4,2 \pm 0,5$ – середній рівень	$2,3 \pm 0,2$ – низький рівень	0,010
2	Непряма агресія	$7,2 \pm 0,2$ – високий рівень	$1,5 \pm 0,5$ – низький рівень	0,049
3	Роздратування	$9,6 \pm 1$ – високий рівень	$5,2 \pm 1,2$ – середній рівень	0,001
4	Негативізм	$4,7 \pm 0,2$ – високий рівень	$1,4 \pm 0,4$ – низький рівень	0,001
5	Образа	$7,2 \pm 1,4$ – високий рівень	$2,5 \pm 1,2$ – середній рівень	0,001
6	Підозрілість	$4,5 \pm 1,2$ – середній рівень	$2,1 \pm 0,8$ – низький рівень	0,020
7	Вербальна агресія	$6,6 \pm 0,4$ – середній рівень	$3,1 \pm 0,6$ – низький рівень	0,045
8	Почуття провини	$7,3 \pm 1,4$ – високий рівень	$4,1 \pm 0,2$ – середній рівень	0,037
Індекс ворожості		$5,9 \pm 1,3$ – середній рівень	$2,3 \pm 1$ – низький рівень	0,032
Індекс агресивності		$6,8 \pm 0,6$ – низький рівень	$3,5 \pm 0,6$ – низький рівень	0,045

(К. К. Яхин, Д. М. Менделевич), в експериментальній групі виявився високий рівень прояву тривоги ($-2,07 \pm 0,3$), невротичної депресії ($-1,6 \pm 0,2$) та вегетативних порушень ($-3,07 \pm 0,5$). Таким чином, дорослі з психосоматичними розладами мають хворобливий характер тривожного, депресивного та вегетативного симптомкомплексу. У них значно більш виражені усі зазначені невротичні симптомкомплекси, ніж в умовно здорових дорослих.

тичними розладами мають хворобливий характер тривожного, депресивного та вегетативного симптомкомплексу. У них значно більш виражені усі зазначені невротичні симптомкомплекси, ніж в умовно здорових дорослих.

Таблиця 2

Особливості прояву різних копінг-стратегій у досліджуваних дорослих без психосоматичних розладів (КГ) та з психосоматичними розладами (ЕГ) (методика «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса і С. Фолкмана)

№ з/п	Шкала	Рівень прояву та достовірність різниці		
		Експериментальна група	Контрольна група	Значимість
1	Конфронтаційний копінг	$8,7 \pm 0,7$ – середній рівень	$4,1 \pm 0,2$ – низький рівень	0,032
2	Дистанціювання	$7,5 \pm 0,2$ – середній рівень	$3,3 \pm 0,8$ – низький рівень	0,017
3	Самоконтроль	$17,5 \pm 1,8$ – високий рівень	$5,6 \pm 1,1$ – низький рівень	0,001
4	Пошук соціальної підтримки	$8,2 \pm 1,6$ – середній рівень	$5,2 \pm 0,6$ – низький рівень	0,043
5	Прийняття відповідальності	$10,5 \pm 1,2$ – високий рівень	$3,1 \pm 0,5$ – низький рівень	0,001
6	Втеча-уникнення	$9,2 \pm 0,6$ – середній рівень	$5,8 \pm 0,7$ – низький рівень	0,029
7	Планування вирішення проблеми	$8,4 \pm 1,2$ – середній рівень	$4,8 \pm 1$ – низький рівень	0,02
8	Позитивна переоцінка	$5,5 \pm 0,8$ – низький рівень	$6,2 \pm 0,6$ – низький рівень	0,128

Таблиця 3

Особливості прояву тривоги і депресії у досліджуваних дорослих без психосоматичних розладів (КГ) та з психосоматичними розладами (ЕГ) (методика «Госпітальна шкала тривоги і депресії»)

№ з/п	Шкала	Рівень прояву та достовірність різниці		
		Експериментальна група	Контрольна група	Значимість
1	Тривога	$11,7 \pm 1,6$ – високий рівень	$6,1 \pm 1,2$ – низький рівень	0,021
2	Депресія	$8,3 \pm 0,3$ – середній рівень	$4,2 \pm 0,8$ – низький рівень	0,043

Таблиця 4

Особливості вираженості невротичних станів у досліджуваних дорослих без психосоматичних розладів (КГ) та з психосоматичними розладами (ЕГ) (методика «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів»)

№ з/п	Шкала	Рівень прояву та достовірність різниці		
		Експериментальна група	Контрольна група	Значимість
1	тривоги	$-2,07 \pm 0,3$ – високий рівень	$+1,5 \pm 0,2$ – низький рівень	0,001
2	невротичної депресії	$-1,6 \pm 0,2$ – високий рівень	$+2,03 \pm 0,4$ – низький рівень	0,001
3	астенії	$-0,8 \pm 0,6$ – середній рівень	$+2,7 \pm 0,3$ – низький рівень	0,031
4	істеричного типу реагування	$-0,5 \pm 0,3$ – середній рівень	$+3,1 \pm 0,2$ – низький рівень	0,026
5	обсесивно-фобічних порушень	$+0,6 \pm 0,3$ – середній рівень	$+1,4 \pm 0,1$ – низький рівень	0,020
6	вегетативних порушень	$-3,07 \pm 0,5$ – високий рівень	$+1,9 \pm 0,3$ – низький рівень	0,001

В цілому, результати експериментальної групи показали необхідність психокорекційної роботи щодо зменшення прояву невротичних симптомів та емоційних розладів у осіб з психосоматичними розладами.

У ході нашого дослідження була розроблена та впроваджена психотерапевтична програма зі зменшення прояву хворобливих симптомів та емоційних розладів у осіб з психосоматичними розладами. Програма була вдало впроваджена у експериментальній групі (досліджувані, які мають психосоматичні розлади).

Після корекційних занять нами було проведено *повторну діагностику* з метою виявлення та порівняння змін прояву хворобливих симптомів та емоційних розладів у осіб з психосоматичними розладами. У ході аналізу та порівняння результатів повторної та первинної діагностики контрольної та експериментальної груп було підтверджено достатню ефективність розробленої нами психотерапевтичної програми. Найбільший позитивний вплив психокорекційна програма мала на показники фізичної агресії, роздратування, негативізму, образи, підозрілості, вербальної агресії, почуття провини, підвищила ефективність

усіх копінг-стратегій, значно знизила рівні тривоги і депресії та вираженість астенії, істеричного типу реагування та obsesивно-фобічних порушень. Таким чином, за результатами проведеного дослідження, можна рекомендувати психокорекційну програму для роботи з емоційною сферою осіб, які мають психосоматичні розлади. Так, в експериментальній групі: 1) вдвічі зменшився рівень різних форм агресивних проявів, 2) копінг-стратегії, які мали високу напруженість, що свідчило про виражену дезадаптацію, зменшили свою вираженість до адаптивного варіанту копінга, 3) значно зменшився рівень тривоги і депресії і на час обстеження відсутні достовірно виражені симптоми даних емоційних розладів, 4) більшість невротичних станів зменшилась до рівня здоров'я.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Отже, узагальнюючи результати, отримані по експериментальній групі можна зробити висновок про значний позитивний вплив нашої психотерапевтичної програми на емоційний стан осіб з психосоматичними розладами.

Література:

1. Абабков Ст. А., Перрі М. Адаптація до стресу. Основи теорії, діагностики, терапії. Видавництво «Мова» 2009.
2. Мещеніна Т., Пашілова О. Особливості психологічної реабілітації учасників збройних конфліктів. *Прикладна психологія та психоаналіз*, 2009. №4.
3. Пігулівська І. С. Як позбутися стресу та депресії. Легкі способи перестати турбуватися та стати щасливим. Київ, Центрполіграф, 2012. 28 с.
4. Перлз Ф. С., Гудмен П. Теорія гештальт-терапії. Інститут загальногуманітарних досліджень. 2001.
5. Психологія посттравматичного стресу. Частина 1. Теорія та методи. Київ, Когіто-Центр. 2007. 208 с.
6. Решетников М. Наслідки екстремальних факторів. *ОБЖ. Основи безпеки життєдіяльності*. № 11. 2009. С. 50–53.
7. Ромек В. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Є. І. Крукович. Мова. 2011. 256 с.
8. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. NY, American Psychiatric Press. 2013.
9. Salinsky J, Otten H. The Doctor, the Patient and their well-being – world wide: proceedings of the thirteenth International Balint Congress. Berlin, H. Ruckdruck Celle. 2003.
10. Ulri I. Über. PTSD und Gruppen-psychotherapie mit Menschen, die durch Krieg traumatisiert sind. Die kroatische Erfahrung. Trauma und Gruppe. Arbeitshefte Gruppenanalyse. Furderverein Gruppentherapie. Munster, 2000. pp. 87–109.