

КАРТИНА ТРАВМАТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ¹

Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В.

В течение всего XX века доля пожилых людей в общей численности населения постоянно увеличивалась. Эта тенденция, как ожидается, сохранится и в XXI веке. Данный демографический процесс определил выделение особого направления в общей структуре социальной политики – геронтологической политики.

Для пожилых людей характерны значительные изменения в условиях жизни и обстановке, общественных и семейных ролях, в характере социальных и дружеских контактов в сторону их сужения, что, в итоге, может приводить к потере жизненных целей и смысла жизни. Интегрированная оценка социально-психологических особенностей позволяет выявить преимущественную ориентацию лиц пожилого возраста на внутренние переживания, острое эмоциональное реагирование на стрессовые ситуации социальной среды, которое часто бывает гиперболизированным, преувеличенным. В связи с постоянно усложняющимися условиями жизнедеятельности, с ростом эмоциональных, информационных нагрузок и требований к психологическому адаптационному потенциалу личности проблема психологической травматизации и совладающего поведения приобретает все большее значение. Считается, что предрасположенность к развитию стрессовых и посттравматических состояний высока у детей и лиц старшего возраста. Это связано с тем, что помимо биологического фактора для этих возрастных периодов характерны экзистенциальные психологические кризисы.

Данная проблема не только чрезвычайно актуальна, но отличается новизной и сложностью как в теоретическом, так и практическом отношении.

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (№ проекта 13-06-00537)

Она носит междисциплинарный характер, находясь на стыке таких актуальных направлений, как возрастная психология, клиническая психология, социальная геронтология, теория и практика социальной работы, что представляет дополнительный исследовательский интерес и имеет безусловное прикладное значение.

Большинство исследований, посвященных изучению отсроченных психологических последствий травмирующих событий, проведены с участниками Второй Мировой войны (II МВ). В первые десятилетия после II МВ стало ясно, что у многих из тех, кто выжил после нацистской оккупации, возникали серьезные психологические последствия того, что им пришлось пережить. Названия, которые давали кластеру тревожащих этих людей симптомов, варьировались от «травматического невроза» до «синдрома концлагеря» или «синдрома выжившего». Симптоматика была нередко сходна: тревожность, избегание связанных с травмой объектов, депрессия, дистрофия, ухудшение памяти и мышления, нарушение сна. Постепенно стало ясно, что посттравматические симптомы у выживших могут отсутствовать или быть отсроченными на некоторые периоды времени. В одном из исследований, проведенном на выборке бывших членов немецкого сопротивления на протяжении II МВ (n=147) было обнаружено, что время проявления первых симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) широко варьируется (Niderland et. al., 1968), однако в 50 % случаев первая манифестация ПТСР происходила более чем через 20 лет после окончания войны. Теннант, Гоулсон и Дент (1993) в исследовании бывших австралийских служащих, которые были заключены в японские тюремные военные лагеря, показали значительный рост психических расстройств у пострадавших в возрасте от 46,5 до 66,5 лет (Goulson et.al., 1993). Куильман и Сатторп (1989) в Нидерландах исследовали 100 выживших после II МВ респондентов и показали, что у основной части респондентов отсроченная посттравматическая симптоматика приходится на средний или пожилой возраст. Эти исследования показывают, что отсроченная

манифестация посттравматических симптомов может быть связана с возрастом. Для объяснения отсроченного проявления симптомов ПТСР авторы предположили, что на протяжении старения индивидуальная психическая и физическая жизнестойкость человека постепенно снижается. Как следствие данного процесса ослабления предполагается, что способность травмированных выживших отражать или преодолевать подавленные, связанные с травмой воспоминания и эмоции угасает на протяжении процесса старения. Более того, предполагается, что пожилые травмированные не готовы продолжать использовать те механизмы копинга, которые были эффективны для них ранее (к примеру, концентрация на экстернатальных целях и профессиональных достижениях). Таким образом, сочетание недостатка гибкости копинг-стратегий и дополнительные стрессовые жизненные события (такие как, выход на пенсию, уход детей из семьи, сепарация или развод) имеют патогенное влияние на пожилых людей. Этой точки зрения придерживаются Ассаел и Гивон (1984), высказавшие предположение, что в целом стареющие израильтяне и, в частности, выжившие после Холокоста, вследствие предшествующего травматического стресса «не имели сил для совладания с ежедневными и травматическими стрессовыми событиями в пожилом возрасте» (Assael et.al., 1984). Эта точка зрения основывалась на устаревшем мнении о том, что биологическое старение это в основном процесс нейрофизиологической дегенерации. В комбинации с культурно обусловленным обесцениванием пожилого возраста, это мнение хорошо иллюстрировалось клиническим и теоретическим пониманием причин возникновения отсроченного ПТСР у пожилых людей. В дополнение, как признает Шульц (1982), профессионалы добавляют к этому списку снижение возможностей использования эффективных копингов период старения.

Современные геронтологические исследования показывают, что такое понимание процесса старения зачастую является предубеждением и не всегда реально отражает действительность. Хотя в действительности часто в

пожилом возрасте проявляются ухудшение и снижение физической и биологической активности человека, нет эмпирических доказательств того, что эффективность механизмов копинга, когнитивных функций и эмоций снижается на поздних стадиях жизненного цикла.

Известно, что отсроченная посттравматическая симптоматика у людей среднего и пожилого возраста редко включается в предмет исследований психологов в связи с недостаточной изученностью и трудоемкостью данной работы. Малочисленность теоретико-эмпирических исследований оставляет непроясненным вопрос о том, происходит ли в период старения манифестация травматического опыта и какие механизмы лежат в её основе. В исследованиях, которые проводятся в лаборатории психологии посттравматического стресса ИПРАН, создана программа, направленная на изучение индивидуально-личностных особенностей и уровня посттравматического стресса в группе пожилых людей, включая анализ картины травматических событий. Демографические параметры выборки составляют принципиальную новизну исследования, поскольку позволяют внести вклад в проблематику изучения жизни человека на данном отрезке онтогенеза, выявить особенности совладания с трудными жизненными ситуациями в поздний период жизни. Исследование проводится совместно с ГБУ г. Москвы «Московская служба психологической помощи населению» и ФГБУ «Объединенный санаторий «Подмосковье» Управления делами Президента Российской Федерации. На базе санатория «Подмосковье» организовано комплексное исследование выборки пожилых людей. По предварительной договоренности с администрацией санатория планируется разработка практико-ориентированной программы, направленной не только на диагностику посттравматического стресса и его признаков, но и на совладание с травмой. В настоящей статье представлены первые результаты исследования и программа помощи пожилым людям с разным уровнем травматизации в совладании с давней психической травмой.

Для выявления травматических ситуаций был использован опросник Life Experience Questionnaire – LEQ (Тарабрина и др., 2007), который основан на самоотчете и предназначен для оценки влияния на личность психических травм, предшествующих актуальной травме. Охватывая жизненный путь (с раннего детства) до настоящего момента, методика дает возможность определить, степень влияния события на актуальное состояние человека. Определяется количество и характер травматических событий и степень их влияния в настоящем. Опросник состоит из четырех разделов: криминальные события (грабежи, кражи), природные катастрофы и общие травмы, ситуации физического и сексуального насилия, и другие события. Каждый раздел содержит определенное количество ситуаций, которые соответствуют определению травмирующих событий по DSM-IV. Опросник состоит из 38 пунктов. Подсчитывается общее количество пережитых на протяжении жизни травматических событий, суммарный показатель влияния указанных событий на жизнь респондента за последний год, а также индекс травматичности, определяемый делением суммарного показателя влияния травматических событий на количество пережитых травм. Вывод о наличии признаков посттравматического стресса делается на основании величины Индекса травматичности выше 3 баллов. Индекс травматичности ниже 2 баллов говорит об отсутствии признаков посттравматического стресса.

С целью оценки признаков посттравматического стресса использовалась Шкала оценки влияния травматического события – ШОВТС (Impact of Event Scale – R), Горовитц с соавт. [Цит. по Тарабрина, 2007, с. 143]. Опросник состоит из 22 пунктов, и позволяет определить такие признаки ПТСР как вторжение, избегание и физиологическую возбудимость (Тарабрина и др., 2007).

Исследование начато в 2012 году, поэтому в настоящее время объем выборки составляет 35 чел. преимущественно женского пола (27 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 55 до 63 лет. Несмотря на малочисленность выборки и ее асимметрию по параметру пола, первые выводы относительно характера

травматических ситуаций и их пролонгированного влияния на человека можно сделать уже сейчас, опираясь на данных количественного и статистического анализа.

Были проанализированы травматические события, которые продолжают длительно влиять на человека, по-существу, изменяя всю его жизнь (Табл. 1).

Таблица 1. Характер травматических ситуаций по LEQ

	Количество событий	% от общего числа	Количество событий, вызвавших ПТС	% от общего числа
Криминальные события (кражи)	33	14,5%	5	5%
Природные и техногенные катастрофы, аварии	33	14,5%	12	12%
Физические травмы	5	2%	3	3%
Стать очевидцем смерти или травмирования кого-либо	23	10%	6	6%
Травмы или смерть близкого, известие о болезни или смерти близкого	32	14%	22	19%
Заболевание, угроза жизни	7	3%	3	3%
Тюремное заключение близкого или родственника (до 18 лет)	2	0,9%	1	1%
Воспитывали другие люди, усыновление	3	1,3%	2	2%
Развод	8	3,5%	4	4%
Экономическая нужда	10	5%	5	5%
Близкий человек с эмоциональными сильными нарушениями	9	4%	7	7%
Эмоциональное оскорбление, унижение	9	4%	5	5%
Серьезные физические лишения	2	0,9%	1	1%
Аборт	20	8,8%	6	6%
Разлука с детьми	3	1,3%	2	2%
Травмы у ребенка	5	2%	4	4%
Сексуальное насилие	11	5,3%	6	6%
Нападение с оружием	5	2%	4	4%
Травма вследствие физического нападения	7	3%	5	5%
Всего	227	100%	103	100%

Согласно обобщенным данным 45% событий из всей суммы по выборке имеют травматический характер. Несмотря на большой % краж, природных, техногенных катастроф и аварий, а также на большой % событий, связанных с заболеванием или смертью близкого человека, последнее событие оставляет глубокую рану и часто продолжает переживаться актуально. Также значительное влияние оказывают природные и техногенные катастрофы (землетрясения, пожары, ураганы, аварии). Респонденты указывали на травматический опыт, причиной которого явились проблемы семьи: эмоциональные нарушения у близкого человека (психопатология, алкоголь, наркотики), семейные конфликты (угрозы, физическое насилие, травмы), разлука с родителями. Часть респондентов указала на опыт сексуального насилия, который часто вызывает признаки посттравматического стресса и приводит к ПТСР. Значительное количество женщин отмечают такое событие как аборт, но только половина из всех случаев продолжает переживаться как травматическая. Несмотря на частоту таких криминальных событий как кражи, проникновение в жилище или попытки совершения кражи или проникновения на личную территорию, попытки грабежа (14, 5 %), количество таких событий достаточно редко вызывает посттравматический стресс.

При использовании методики ШОВТС респондентов просили выделить наиболее травматическое событие из тех событий, которые они указали при работе с методикой LEQ.

Таблица 2. Травматические события и их частота, выделенные респондентами по методике ШОВТС

Травматическое событие	Количество событий	% от общего числа событий
Смерть близкого человека	16	43%
Болезнь близкого человека (мужа, жены, дочери, сына, подруги, родителей)	9	24%
Физическое насилие	5	14%
Техногенные катастрофы	4	11%
Природные катастрофы	3	8%

Из указанных в ШОВТС травматических событий одну треть составляют события, связанные со смертью близкого человека, и одну четверть – с болезнью родственника или друга, которая тоже представляет собой смертельную угрозу (Табл. 2). Иными словами, именно смерть или смертельная болезнь близкого оставляют у человека травматический след, и не перерабатываются им, оставаясь актуальным событием.

Для выявления связи Индекса травматичности (по LEQ) с такими признаками ПТС как вторжение, избегание и физиологическая возбудимость (ШОВТС) был использован статистический критерий – коэффициент корреляции по Спирмену (r_s). Оказалось, что Индекс травматичности значимо коррелирует со всеми признаками: со вторжением ($r_s = 0,5, p=0,009$), с избеганием ($r_s = 0,6, p=0,003$) и с физиологическим возбуждением ($r_s = 0,5, p=0,009$) по ШОВТС, что, безусловно, является основанием для создания программы практической работы с пожилыми людьми, имеющими в анамнезе травматические события, которые не были ими пережиты. Специфичным для организации практической работы является совладание с давними травмами с историей, длительностью в несколько десятилетий.

Известно, что у индивидов с выраженным ПТС борьба с навязчивостями, физиологическим возбуждением, эмоциональным онемением, избеганием, прокрастинацией может разрушать повседневную жизнь, снижать профессиональную продуктивность, личностную и коммуникативную компетентность, социальное функционирование.

При создании программы практической работы с травматизацией пожилых людей важными ориентирами стали такие показатели как давность психической травмы, количество и разнообразие травм (картина травматических событий), повторяющиеся травматические события, характер травматизации. Далее излагаются отдельные пункты программы с указанием особенностей травматизации пожилых людей, с характеристикой каждой особенности, а также с обсуждением подходов, методов и приемов, валидных для совладания с тем или иным видом травматизации пожилого человека.

I. Давняя психическая травма

Длительное влияние травматического события сопряжено с целым спектром проблем, одним из которых является высокая вероятность усиления посттравматического стресса в пожилом возрасте. Такими факторами может быть чувство беспомощности, вызванное болезнью, сокращение возможностей для деятельности, в том числе завершение профессиональной карьеры, социальная маргинальность и др. Рецидив симптомов, которые десятилетиями находились в состоянии ремиссии, также может быть спровоцирован тяжелой болезнью или смертью близкого родственника, партнера, друга. Как показали наши исследования, наиболее травматичным событием в пожилом возрасте действительно является смерть близкого человека, которая, при наличии в анамнезе давней психической травмы, может индуцировать признаки ПТС и коморбидные ПТС заболевания.

Еще одной проблемой, связанной с ранней травматизацией является развитие у человека системы психологических защит и ограничений, которые становятся стилевыми личностными характеристиками, кристаллизуются. В литературе описаны примитивные и зрелые защитные механизмы, первые из которых не дают возможности хотя бы частично прорабатывать травматическое событие, «консервируют» его путем отрицания, расщепления, всемогущего контроля и проч. Именно поэтому, доступ к опыту давней психической травмы может быть закрыт средствами системы психологических защит и привычными, но ограничительными формами поведения. Кроме того, возможно появление ретроспективной травмы, когда «пережитая, виденная или воображаемая сцена становится травмирующей, будучи воспринятой позднее, на другой стадии психосексуального развития, вследствие фантазма или сновидения, или какого-либо нового события, кажущегося банальным, но некоторым образом ассоциированного с этой сценой...» (Бержере, 2001, с. 308).

В целях более щадящей и, одновременно, продуктивной работы с давней травмой используются приемы индивидуальной и групповой

поддерживающей терапии, которая направлена на работу с аффектами, имеющими невысокую интенсивность (фрустрация, боль), ослабляя более сильные аффекты разрушительного характера (гнев, ужас) (Фoa, Кин, Фридман, 2005). Такая терапия создается для формирования чувства межличностного комфорта (для групповых видов поддерживающей терапии). Подобный вид психотерапии часто называют «терапией здравого смысла», но это неверно, поскольку интенсивность работы терапевта не меньше, чем, например, при экспрессивной терапии, а результаты также же убедительны. Прояснение (но не интерпретация), отреагирование и суггестивные техники улучшают самочувствие, усиливают Эго, способствуют автономному функционированию личности (Кернберг, 2000).

Проработка аффектов и чувств, связанных с давними психическими травмами, позволяет обнаружить вторичную выгоду от травматического события и его переживания, и хотя бы частично ослабить разного рода зависимости, способствующие редукции напряжения, вызванного травмой. Вследствие этого повышается общий уровень функционирования, появляется жизненный тонус, улучшаются межличностные отношения, ослабляется психосоматическая симптоматика.

II. Картина травматических событий

Для пожилых людей характерно наличие в анамнезе множественной травматизации, вызванной криминальными событиями, природными катастрофами, семейными проблемами, ситуациями физического и сексуального насилия и др. Кумулятивный эффект множественной травматизации способен значительно усиливать посттравматическую симптоматику, и приводить к состояниям, осложненным коморбидными личностными, диссоциативными и соматическими расстройствами. Как правило, именно у пожилых людей такая картина встречается чаще, чем у молодых. При наличии подобной симптоматики рекомендуется комплексное лечение, которое включает в себя, в том числе, фармакологическое и психиатрическое лечение, поэтому решение таких вопросов не может быть

осуществлено только силами психологов. Известно, что подобное лечение может быть спланировано по-разному, однако важно понимать, что эффективность методов лечения расстройств, коморбидных ПТСР, является более успешным, чем лечение ПТСР (Фоа, Кин, Фридман, 2005). Главное, как нам кажется, понимать, что усложненная картина посттравматической симптоматики должна стать причиной для организации *комплексного подхода* к лечению, с участием команды специалистов.

В иных случаях, т.е. при менее выраженном индексе травматичности, организация психологической помощи пожилым людям с множественной травматизацией должна быть осуществлена в соответствии с имеющимися у пожилого человека ресурсами, включающими, прежде всего, возможность обращения за социальной поддержкой.

III. Повторяющиеся травматические события

Причины подобных явлений, с точки зрения, современной теории научения состоят в том, что симптомы повторного переживания травмы и физиологического возбуждения интерпретируются как условные эмоциональные реакции, возникающие по принципу классического обуславливания в ответ на внешние стимулы. Кроме того, это явление может быть связано с определенными механизмами, которые запускаются при попытке справиться с травмой, фиксируя на ней, например, при обсессивно-компульсивных расстройствах личности.

В ходе беседы с человеком, в опыте которого имеются повторные травматические события, нередко выясняется, что первичная травма сузила круг социальных ситуаций и поведенческих стратегий и привела к избеганию субъективно воспринимаемых опасных жизненных обстоятельств. Тем не менее, попадая в такие ситуации, человек актуализирует прежние модели поведения, провоцируя этим повторное переживание травмы. Получается, что «неадаптивное поведение находится под контролем имевших место в прошлом подкрепляющих стимулов, которые оказывают влияние на

вероятность возникновения определенных поведенческих реакций» (Фоа, Кин, Фридман, 2005, с. 76).

С точки зрения специалистов в области когнитивно-бихевиоральной психотерапии фокус лечения может быть сосредоточен не на самой травме, а на последствиях травмы, прежде всего на неадаптивном поведении, которое является следствием травматизации. Кроме того, важнейшим принципом совладания с повторной травматизацией является *оценка вторичной выгоды* от возобновления травматического опыта, который для человека выглядит как случайное совпадение, но на самом деле обусловлен личностными предпочтениями и внутренней мотивацией.

IV. Характер травматизации

Обсуждая выше результаты проведенного нами исследования, мы показали, что для пожилых людей частыми травматическими событиями являются смерть или болезнь близкого человека. Длительные переживания, вызванные смертью близкого человека, бывают сопряжены с проблемой внутренней сепарации и невозможностью собственного автономного функционирования. В этом случае практическая помощь может быть направлена, в том числе, на поддержку субъекта в его попытках сепарироваться от внутренних объектов, и на оказание помощи в интеграции собственной идентичности. Важнейшую роль в этом процессе может оказывать *психологическое просвещение*, т.е. «предоставление травмированным индивидуам своего рода “карты” для понимания их психологических состояний...» (Фоа, Кин, Фридман, 2005, с. 54–55).

Болезнь родственника также часто выступает психотравмирующим фактором, воздействие которого усиливается при отсутствии должной информации о течении и симптомах того или иного заболевания. Эффективным подходом к совладанию с травмой также является *психологическое просвещение, обучение и информирование*. Так, проведение групповой психообразовательной работы с родственниками психических больных позволило аспирантке лаборатории психологии

посттравматического стресса ИП РАН М.В. Дан (М.В. Раудсепп) с коллегами решить целый ряд задач: (1) задачу собственно “образования”, т.е. получения информации о психических заболеваниях, чтобы правильно понимать состояние больных, симптоматику, течение, возможные прогнозы для правильного распознавания обострения и своевременного обращения к врачу для назначения адекватного лечения, и (2) задачу обеспечения психосоциальной поддержки в группе родственников больных (Стельмах, Раудсепп, 2010).

В работе М.В. Дан с коллегами (ПНД № 10 ЮАО Профессиональное медицинское объединение психотерапевтов, психологов и социальных работников (МОП)) сочетались два типа групп: обучающая группа, ориентированная на содержание, и психообразовательная группа, ориентированная на процесс, т.к. оказалось, что одного образовательного содержания, строящегося по принципу “там и тогда” было недостаточно. У родственников больных была актуальная потребность “здесь и сейчас” эмоционально отреагировать, излить свои сложные чувства и получить обратную связь и поддержку группы.

Психообразовательные программы проводились в закрытых группах с количеством участников от 6 до 12 человек, 1 раз в неделю. Каждый цикл состоял из 12 занятий, продолжительностью 2-2,5 часа в стиле групповой психотерапии, когда участники усаживались в круг лицом друг к другу.

Группы вели двое ведущих: врач психиатр-психотерапевт и медицинский психолог, что способствовало лучшему проявлению реакций переноса и защищало ведущих от субъективизации и ошибочных действий. Значимой фигурой в работе был соведущий – из числа больных в состоянии ремиссии и хорошей социальной адаптации, т.е. “потребитель” психиатрической помощи.

Все занятия отличались структурированностью, выделением вводной части, рабочего времени и времени для обсуждений. Ведущие побуждали каждого к инициативе, стимулировали внутригрупповое взаимодействие.

Активно использовался прием “высказываний по кругу” (или “Рондо”), поддерживающий структуру группового процесса. Оптимизация функционирования программы обеспечивалась за счет психотерапевтического процесса, использования психотерапевтических средств. Применялась групповая дискуссия, элементы арт-терапии, такие проективные методики как “Моя семья”, “Моя семья в образах животных”, “Автопортрет”, “Проективная геннограмма”, метод “Мандала”, техника “Каракули”.

Проведение занятий “психообразовательной программы” помогло решить многие проблемы, с которыми сталкиваются больные и их родственники. И, прежде всего – предупредить повторные обострения и госпитализацию, улучшить микроклимат в семье, социальную адаптацию в обществе, наладить партнерские отношения с лечащими врачами, адекватно относиться к лечению, а также предупредить развитие посттравматического стрессового расстройства у родственников.

Подводя итоги проведенного анализа травматических событий у пожилых людей и обсуждения принципов организации психологической помощи, сделаем два важных вывода.

Первое. Характер травматизации в пожилом возрасте определяется несколькими причинами: длительностью посттравматического стресса, истоки которого могут лежать в детстве; разнообразием картины травматических событий; снижением ресурсов совладания со стрессом; усугублением тяжести травматического опыта коморбидными ему личностными и иными расстройствами, а также ухудшением соматического здоровья.

Второе. Подходы к планированию и реализации программ психологической помощи пожилым людям, имеющим травматический опыт, должны сочетать в себе общие принципы организации терапевтической работы, а также специфические особенности, обусловленные возрастом. В том числе важно учитывать давность психической травмы, количество и

разнообразие травм (картину травматических событий), повторяющиеся травматические события, характер травматизации.

Литература

Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология. М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2001.

Кернберг О. Тяжелые расстройства личности: Стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс», 2000.

Крюкова Т.Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения // Психологический журнал. 2005. Т. 26. №2. С. 5–15.

Стельмах И.А., Раудсепп М.В. Опыт проведения курсов психиатрической грамотности для родственников больных с психическими нарушениями в амбулаторных условиях // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология / Материалы VIII Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. Под редакцией А.И. Аппенянского, Ю.П. Бойко, В.Н. Краснова, Ю.С. Шевченко. Вып. 8 / М., 2010. С. 128–130.

Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.

Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Часть 2. Бланки методик. М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007.

Фоа Э., Кин Т., Фридман М. (Ред.) Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства. М.: «Когито-Центр», 2005.

Assael M., Givon M. The aging process in Holocaust survivors // American Journal of Social Psychiatry. 1984

Goulson K., Dent Medical and Psychiatric consequence of being in prisoner of war of Japanese: An Australian follow-up study // J.P. Wilson, Raphael (Eds).

International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press, 1993. P. 231–240.

Kuilman M., Suttorp O. (1989, October). Late onset posttraumatic spectrum disorders in survivors of Nazi terror: A retrospective study of 100 patients (1973-1988).

Niderland W., Krystal H. Clinical observations on the survivor syndrome // H. Kristal (Ed), Massive psychic trauma. Boston: Little, Brown, 1968. P. 327–348.