

## **ВИРАЖЕНІСТЬ СИМПТОМІВ ПТСР В УЧАСНИКІВ АТО РІЗНОГО ВІКУ**

**Постановка проблеми.** Вивчення особливостей поведінки людини у кризових ситуаціях завжди були у центрі уваги науковців. Дослідниками проведено численні емпіричні розвідки окремих аспектів стресу, складних життєвих ситуацій, копінг-стратегії. Однак попри поширеність й різноманіття досліджень у даній галузі, багато аспектів лишаються недостатньо висвітленими, зокрема це аспекти діагностики посттравматичного стресового розладу в учасників АТО, які не зазнали інвалідизуючих фізичних ушкоджень.

Відомо, що психологічні травми порушують нормативну організацію психіки і можуть зумовити межові (тимчасове відчуття дискомфорту) або клінічні стани (зниження імунітету, втрата працездатності, порушення когнітивних процесів). Найбільшого поширення поняття «психологічна травма» отримало в рамках теорії посттравматичного розладу і кризової психології, що виникла наприкінці 80-х років ХХ ст. Найчастіші причини психотравми: фізична травма, що призвела до інвалідизації, хронічна невиліковна хвороба, раптова смерть близької людини, ДТП, розрив значущих стосунків, приниження або глибоке розчарування в людях. Натепер актуальною проблемою є діагностика ПТСР та створення ефективної системи реабілітації та соціальної реадптації учасників АТО.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Екстремальними в побутовому спілкуванні найчастіше називають ситуації, що загрожують здоров'ю і самому життю людини. Суб'єктивно екстремальні ситуації набувають форми екстремальності - особливого стану людської психіки (екстремум-стану), спричиненого незвичними чи екстраординарними умовами, що породжують підвищену тривожність та особливу емоційну напруженість. Гостра стресова реакція – це транзиторний розлад значної

тяжкості, який розвивається в осіб без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес і який зазвичай проходить протягом годин або днів. Для постановки діагнозу повинна бути обов'язковий і чіткий зв'язок між впливом незвичайного стресора і початком симптоматики; початок зазвичай негайний або через кілька хвилин. Якщо симптоми гострої реакції на стрес не починають зменшуватися протягом приблизно тижня після їх початку, слід розглянути необхідність діагностувати розлад адаптації або ПТСР, в залежності від клінічних проявів. Гостра реакція на стрес може супроводжуватися суттєвим порушенням особистісного функціонування на додаток до суб'єктивного дистресу, порушення функціонування не є обов'язковою ознакою гострої стресової реакції [1].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена або тривала відповідь на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яке може викликати глибокий стрес майже у кожної людини. Несприятливі фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах («кадрах»), думках або жахах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перезбудження і виражена надмірна настороженість, підвищена реакція на переляк і безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, не поодинокими є ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передують латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців [2].

ПТСР є багатовимірним поняттям, що репрезентує континуум реакцій на стрес, а не дискретним психопатологічним синдромом. Враховуючи це, слід виділяти у якості окремої нозологічної категорії частковий або підпороговий (субклінічний) ПТСР. У DSM-IV (1994) класифікація ПТСР відсутня, а відповідно й підпороговий ПТСР не виділений окремо. Термін субклінічний або підпороговий ПТСР відноситься до розладу, при якому травмований пацієнт має деякі симптоми ПТСР, але вони недостатньо серйозні, щоб відповідати критеріям DSM-IV для клінічного діагнозу ПТСР. Дистрес і порушення функцій подібні до тих, що спостерігаються у людей з діагнозом ПТСР, але людина не має необхідної кількості симптомів повторних переживань, уникнення та надмірного збудження (рис. 1).

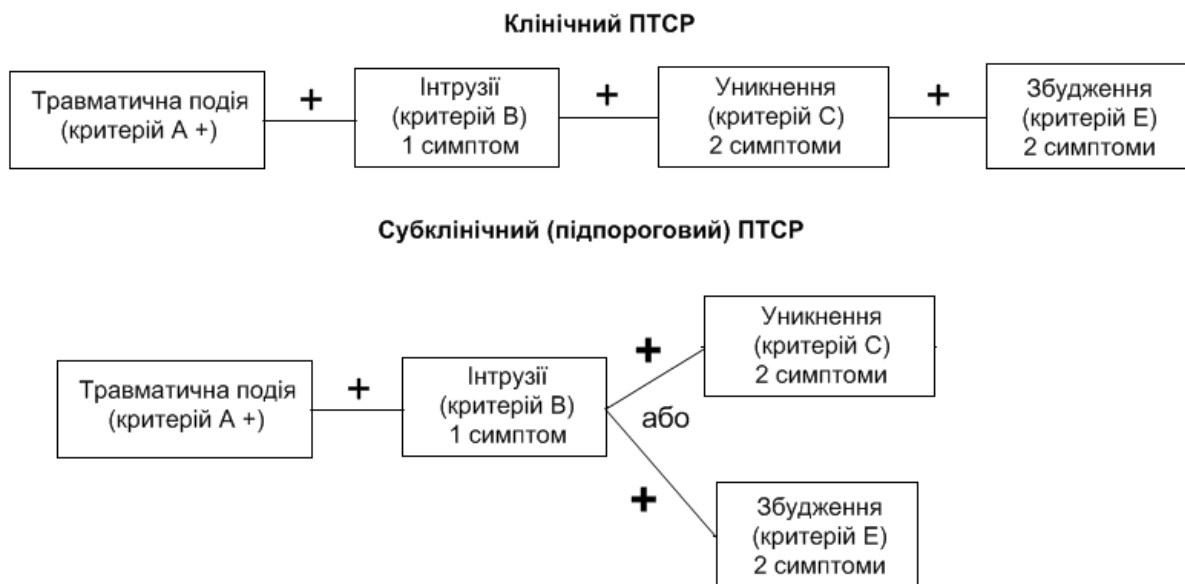


Рис. 1 Симптоми клінічного та субклінічного ПТСР

Субклінічний ПТСР може бути результатом часткового відновлення від повного синдрому (субклінічний ПТСР діагностується у період до 3-х років після травматичної події) або від проявом симптомів після травматичного переживання, все це слід враховувати при організації медико-психологічної допомоги зокрема й учасникам бойових дій.

На відміну від пацієнтів із клінічним ПТСР, які повинні проходити лікування у спеціалізованих психіатричних стаціонарах, особи із підпороговим (субклінічним) ПТСР отримують медико-психологічну

допомогу на базі центрів первинної медичної допомоги (у наших реаліях – амбулаторіях сімейної медицини) [1].

Порушення адаптації – це стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що створює труднощі для суспільної діяльності і повсякденної активності, що виникає у період адаптації до значної зміни в житті або стресової події [6]. Стресова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки і цінностей (міграція, статус біженця) чи представляти широкий діапазон змін та криз у житті (вступ до школи, набуття статусу батьків, невдача в досягненні заповітної особистої мети, вихід на пенсію). Індивідуальна схильність або вразливість грають важливу роль у ризику виникнення і формах прояву розладів пристосувальних реакцій, проте не допускається можливість виникнення таких розладів без травмуючого фактору. Прояви дуже варіабельні і охоплюють пригніченість настрою, настороженість або занепокоєння (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь або вирішити лишитися в цій ситуації [3]. Одночасно можуть приєднуватися розлади поведінки, особливо в юнацькому віці. Характерною рисою може бути коротка або тривала депресивна реакція чи порушення інших емоцій і поведінки.

Зазначимо, що ПТСР і розлад адаптації є одними з найбільш широко використовуваних діагнозів в системі надання допомоги при психічних розладах у всьому світі. Однак підходи до діагностики цих станів протягом тривалого часу залишаються предметом серйозних суперечок через відсутність адресності багатьох клінічних проявів, труднощів з розмежуванням хворобливих станів з нормальними реакціями на стресові події, наявністю значних культуральних особливостей у реагуванні на стрес та ін.

**Мета статті.** Дану статтю присвячено висвітленню результатів емпіричного дослідження вираженості симптомів ПТСР учасників АТО різного віку.

**Виклад основного матеріалу і результатів дослідження.** Для діагностики ПТСР можна використовувати такі методики як Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5), Опитувальник життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5), Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale), Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised), Госпітальна шкала тривоги і депресії.

*Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5)* – спрямований на моніторинг симптомів протягом та після лікування, виявлення осіб із ПТСР, попередню постановку діагнозу «ПТСР» (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr, 2013). Опитувальник складається із 20-пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою, де 0 – ніколи, 4 – дуже часто. Для заповнення опитувальника пацієнтом потрібно 5-10 хвилин. Після того, як пацієнт відповів на всі запитання, фахівець підраховує загальну суму балів. Визначається як загальний показник ПТСР, так і вираженість симптомів за кожним із кластерів (за DSM-5). Існує скорочена версія опитувальника - *Опитувальник первинної оцінки симптомів ПТСР (Primary Care PTSD Screen, PC-PTSD-5)* [8].

*Опитувальник життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5)* - самозвіт, спрямований на визначення потенційно травматичних подій у житті респондента (F.W.Weathers, D.D.Blake, P.P.Schnurr, D.G.Kaloupek, B.P.Marx, T.M.Keane) [9]. Існують три форми анкети: стандартний самозвіт, для визначення подій, що відбулися; розширений самозвіт – для визначення найгіршої травматичної події, якщо їх у респондента було декілька; інтерв'ю – для оцінки Критерію А DSM-5. Використовується як для оцінки загальної кількості потенційно травматичних подій у житті людини, так і

для кращого визначення проблем респондента. Анкета містить 16 категорій потенційно психотравматичних подій і пунктів, де респондент може самостійно описати найбільш значущу психотравматичну подію у своєму житті. Потенційно психотравматичними подіями вважаються: природне лихо, пожежа/вибух, нещасний випадок на роботі чи вдома, отруєння токсичними речовинами, збройний напад, зґвалтування/примус до сексу, бойовий досвід, позбавлення волі, хвороба, травма, сильний біль, раптова насильницька чи випадкова смерть близької людини, матеріальна та фізична шкода, заподіяна іншими людьми. На кожен пункт анкети респондент обирає один із варіантів відповідей: подія трапилась зі мною, я був свідком події, це сталося з моїм родичем або другом, це частина моєї роботи, складно відповісти, мене це не стосується.

*Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу* (Mississippi Scale) – опитувальник-самозвіт, спочатку розроблений у 1987 р. Т. М. Кеане зі співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. У 1995 р. розроблений і опублікований цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб зі встановленим діагнозом ПТСР. Міссісіпська шкала була створена на основі ММРІ для діагностики ПТСР [5]. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно DSM-III: 11 питань першої шкали описують симптоми групи вторгнення, 11 симптомів другої шкали – симптоми групи уникнення, 8 питань третьої шкали – симптоми збудливості. П'ять інших питань описують симптоми, пов'язані із почуттям провини і суїцидальних нахилів. Опитувальник складається з 35 питань, відповіді на які даються за 5-бальною шкалою Лайккерта (від 1 до 5). Незважаючи на групування питань у чотири субшкали, вираховується лише один підсумковий коефіцієнт, вираженість симптомів ПТСР коливається від 35 до 175 балів.

*Симптоматичний опитувальник SCL-90-R* (Symptom Check List-90-Revised) - клінічна тестова і скринінгова методика, призначена для оцінки

патернів психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб. Методика створена у 1994 р. L.R. Derogatis на основі Hopkins Symptom Checklist (HSCL) - методика, що веде свою історію від Cornell Medical Index, яка, в свою чергу, базувалася на «Шкалі дискомфорту» розробленої M.Parloff з співавторами [4]. SCL-90-R включає в себе 90 тверджень, згрупованих у шкали. Результати по SCL-90-R можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал, вираженість окремих симптомів. Інтерпретація основних шкал проводиться відповідно до їх опису, призначення і теоретико-методологічних засад експериментатора.

*Госпітальна шкала тривоги і депресії* розроблена A.S. Zigmond і R.P. Snaith у 1983 р. містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики [7]. Доведено, що наявність в анамнезі загрози життю пацієнта позитивно корелює із симптомами тривоги, натомість симптоми депресії більше пов'язані із психологічними особливостями пацієнтів (наприклад, такими рисами як інтровертованість, песимізм тощо). При ПТСР спостерігається виражена тривога (>11 балів) і межовий стан чи клінічно виражена депресія (>8 балів). Шкала застосовується для осіб віком від 17 років.

На першому етапі дослідження ми з'ясували особливості вираженості симптомів ПТСР за опитувальником PCL-M (за DSM-IV, військова версія). Діагностується загальний показник вираженості ПТСР та бали за трьома критеріями: В (вторгнення), С (уникнення) і D (збудження). У дослідженні взяли участь 165 учасників бойових дій різного віку (по 55 у кожній віковій категорії). Усі учасники дослідження – пацієнти Черкаського обласного госпіталю ветеранів війни. Результати за сумарним показником методики PCL-M представлено у табл. 1.

Таблиця 1

## Результати за сумарним показником методики PCL-M

Кількість балів	Відсоток досліджуваних
До 30	18,78%
30-35	30,9%
36-44	49,72%
45-50	0,6%

Отже, 49,72% досліджуваних учасників АТО віком від 21 до 53 років отримали бали у діапазоні 36-44. Відповідно до орієнтовних граничних значень симптомів ПТСР, це означає, що такі досліджувані повинні отримувати допомогу (у тому числі й психологічну) на базі центрів первинної медичної допомоги ветеранам (у вітчизняних реаліях це Госпіталі для ветеранів війни), 49,68% досліджуваних можуть отримувати допомогу з приводу з питань подолання наслідків психотравматичних ситуацій на базі центрів первинної медичної допомоги для цивільних (у наших реаліях ймовірно це амбулаторії сімейної медицини); лише 0,6% досліджуваних потребують спеціалізованої допомоги на базі психіатричних відділень або амбулаторної консультації лікаря-психіатра. Вікові особливості сумарного показника методики PCL-M представлено у табл. 2.

Таблиця 2

## Вікові особливості сумарного показника методики PCL-M

Кількість балів	Вік до 30 років	35-45 років	Старші за 45 років
До 30	24,8%	34,54%	1,81%
30-35	68,9%	18,19%	38,18%
36-44	6,3%	45,46%	60,01%
45-50	0	1,81%	0

Досліджувані віком до 30 років в середньому отримали 30-35 балів, що свідчить про невисокий рівень вираженості симптомів ПТСР і можливість отримання медико-психологічної допомоги на базі амбулаторій



сімейної медицини, жоден із досліджуваних цього віку не потребує спеціалізованої психіатричної допомоги. Серед учасників АТО віком від 31 до 45 років найбільший відсоток (45,46%) потребує медико-психологічної допомоги на базі госпіталів для ветеранів війни, 52,73% можуть отримувати консультації стосовно симптомів ПТСР на базі амбулаторій сімейної медицини і лише 1,81% досліджуваних потребують спеціалізованої психіатричної допомоги. Зазначимо, що усі досліджувані із балами вище за 45 методики PCL-M окрім бойової травми мали проблеми у мирному житті, які суттєво вплинули на симптоми ПТСР (наприклад, смерть рідних чи розлучення із дружиною за 1-2 тижні до діагностики). Учасники АТО старші за 45 років у 60,01% випадках отримали сумарний показник в діапазоні 36-44 бали, що свідчить про необхідність отримання медико-психологічної допомоги на базі госпіталів, майже 40,0% можуть отримувати таку допомогу на базі амбулаторій сімейної медицини.

Статистичний аналіз вікових відмінностей за сумарним показником методики PCL-M (за U-критерієм Манна-Уїтні) показав відсутність значущих відмінностей між учасниками АТО різних вікових груп. Отже, медико-психологічну допомогу за місцем проживання переважно потребують учасники АТО віком до 30 років, натомість у старших за 30 років виражена потреба у медико-психологічній реабілітації на базі госпіталів для ветеранів війни.

Особливості адаптованості учасників АТО ми визначали за методикою Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу. Результати наведено у табл. 3.

Таблиця 3

Особливості адаптованості учасників АТО різного віку

Вік	Достатній рівень адаптації	Виражене порушення адаптації	Адаптація значно порушена, ПТСР
Всього	89,1%	10,3%	0,6%

До 30 років	90,9%	9,1%	0
31-45 років	90,9%	7,3%	1,8%
Старші 45 років	89,01%	10,99%	0

Отже, достатній рівень адаптованості спостерігається у 89,1% досліджуваних учасників АТО, 10,3% мають порушення адаптації та потребують медико-психологічного супроводу на базі медичних закладів непсихіатричного профілю і лише 0,6% потребують консультації лікаря-психіатра для підтвердження діагнозу ПТСР і відповідного лікування. Серед досліджуваних віком від 31 до 45 років виявлено 1 особу з симптомами ПТСР (за методикою PCL-M), відповідно цей учасник АТО має й значні порушення адаптації за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу і потребує спеціалізованої медико-психологічної допомоги. Загалом достатній рівень адаптації спостерігається у понад 90% досліджуваних незалежно від віку, однак для майже 11% учасників АТО старших за 45 років характерне виражене порушення адаптації, на що варто звернути увагу при організації допомоги даній віковій групі. Статистичний аналіз вікових відмінностей в адаптації за U-критерієм Манна-Уїтні показав відсутність значимих відмінностей в адаптованості учасників АТО різного віку (при  $p > 0,05$ ).

На другому етапі дослідження за методикою PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) визначено наявність критерію А (травматичної події). У більшості досліджуваних (82,8%) є критерій А, травматична подія що сталася насамперед у лютому, березні та серпні 2015 року. Слід зазначити, що критерій А найчастіше зазначали учасники АТО молодші 30 років (88,3%), а рідше – найстарші учасники АТО (71,7%).

Результати кореляційного аналізу критерію А (травматичної події) та інших критеріїв методики PCL-5 представлено у табл. 4.

## Результати кореляційного аналізу критеріїв методики PCL-5

	A	B	C	D	E
A		0,170	0,193	0,233	0,735*
B	0,170		0,599**	0,704**	0,874**
C	0,193	0,599**		0,835**	0,605**
D	0,233	0,704**	0,835**		0,680**
E	0,735*	0,874**	0,605**	0,680**	

\*\*  $p < 0,001$

\*  $p < 0,05$

Отже ми відзначаємо узгодженість критеріїв методики PCL-5 (між критеріями B-E існує позитивний кореляційний зв'язок при високому рівні значущості  $p < 0,001$ ). Однак критерій A статистично значуще корелює лише із критерієм E (збудження), тобто можемо констатувати, що травматична подія зумовлює роздратованість, підвищену збудливість, настороженості і проблеми зі сном, але загалом сам факт наявності травматичної події не призводить до розвитку симптомів ПТСР (оскільки для його діагностики одного лише критерію E недостатньо).

За результатами діагностики за методикою PCL-5, було виявлено 12 осіб (6,7%), яким було рекомендовано консультацію лікаря-психіатра задля поглибленої діагностики посттравматичного стресового розладу. Іншим учасникам АТО рекомендовано амбулаторну медико-психологічну допомогу і за потреби консультації психотерапевта в госпіталі для ветеранів війни.

**Висновки.** Зарубіжними і вітчизняними науковцями та практиками доведено, що стигма «ПТСР» перетворює людину на потерпілу і автоматично підвищує ймовірність швидкого формування у неї вторинної вигоди від хвороби. Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання свідчить про те, що усвідомлення людиною наявності засобів допомоги у скрутному для неї становищі й наявність навичок оперування якомога більшою кількістю таких засобів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації і, внаслідок цього, більш ефективному подоланню проблем, що постають перед суб'єктом у складній

ситуації. Врахування зарубіжного досвіду діагностики симптомів стресових розладів дозволить оптимізувати реабілітаційні програми для учасників бойових дій та унеможливить гіпердіагностику ПТСР. За результатами проведеного нами емпіричного дослідження, у всіх досліджуваних виявлено середній рівень посттравматичного зростання, найбільший він у наймолодших учасників АТО, відносно нижчий – у найстарших, однак усі результати відповідають помірно вираженому посттравматичному зростанню.

### **Список використаних джерел**

1. Зливков В.Л. Спес Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська. – Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2017. – 208 с.
2. Євдокимова Н.О. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик / Н.О.Євдокимова, В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 229 с.
3. Dekel R. Secondary Traumatization among Wives of War Veterans with PTSD / R.Dekel, Z.Solomon. – In *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management*. Edited by Figley CR, Nash WP. New York: Routledge, 2006. – P.137–157.
4. Derogatis L.R. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report / L.R. Derogatis, R.S.Lipman, L. Covi // *Psychopharmacol Bull.* – 1973. – Vol. 9. – P.13–28.
5. Keane T. M. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity / T. M.Keane, J. M.Caddell, K. L.Taylor // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1988. – Vol. 56. – P. 85–90.
6. Regier D.A. DSM-5: Классификация и изменения критериев / D.A. Regier, E.A. Kuhl, D.J. Kupfer // *Всемирная психиатрия.* — Июнь 2013. – Т. 12, № 2. – С. 88–94.

7. Snaitth R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual / R.P.Snaitth, A.S.Zigmond. – Windsor, England, Nfer-Nelson, 1994. – 300 p.
8. Spitzer R.L. Saving PTSD from itself in DSM-V. / R.L. Spitzer, M.B. First, J.C. Wakefield // Journal of Anxiety Disorders. – 2007. – N. 21. – P. 233–241.
9. Weathers F.W. (2013) The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Електронний ресурс] / F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr // Режим доступу: <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

*Анотація.* Дана стаття присвячена вивченню вираженості симптомів ПТСР в учасників АТО різного віку. Проаналізовано сучасні дослідження симптомів ПТСР та методики їх діагностики. Базуючись на результатах емпіричного дослідження встановлено, що серед учасників АТО пацієнтів госпіталів для ветеранів війни відсоток осіб із діагнозом ПТСР дуже низький, натомість окремі його симптоми (насамперед, інтрузії) добре коригуються в процесі надання медико-психологічної допомоги у реабілітаційних відділеннях.

*Ключові слова:* ПТСР, адаптація, бойові дії, депресія, тривога.

*Аннотация.* Данная статья посвящена изучению выраженности симптомов ПТСР у участников АТО разного возраста. Проанализированы современные исследования симптомов ПТСР и методики их диагностики. Основываясь на результатах эмпирического исследования установлено, что среди участников АТО пациентов госпиталей для ветеранов войны процент лиц с диагнозом ПТСР очень низкий, отдельные его симптомы (прежде всего, интрузии) хорошо корректируются в процессе оказания медико-психологической помощи в реабилитационных отделениях.

**Ключевые слова:** ПТСР, адаптация, боевые действия, депрессия, тревога.

**Annotation.** This article is devoted to severity PTSD symptoms of the ATO participants of the different ages study. The modern investigations of PTSD symptoms and their diagnostic methods are analyzed. Based on the results of the empirical study, it was found that among the ATO patients in hospitals for veterans of war, the percentage of people diagnosed with PTSD is very low, while some of its symptoms (first of all, intrusions) are well corrected in the process of providing medical and psychological assistance in rehabilitation departments.

**Keywords:** PTSD, adaptation, hostilities, depression, anxiety.

### **Довідка про автора**

Лукомська Світлана Олексіївна

Кандидат психологічних наук

Старший науковий співробітник лабораторії методології та теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

0678360824

svitluk@ukr.net

ЛУКОМСЬКА С.О. Вираженість симптомів ПТСР в учасників АТО різного віку / С.О. Лукомська // POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: Adults, Children and Families in a War Situation: International Scientific and Practical Edition. - Vol. II. – Warsawa - Kyiv.: PAN - Gnosis, 2017/2018. – С. 132-143