

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА У ДІТЕЙ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ: ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ, МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВИЙ ДИСКУРС

Чекстере Оксана Юрївна
кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник
Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України

Повномасштабне збройне вторгнення РФ на територію України, що розпочалося 24 лютого 2022 року, породило безпрецедентну за масштабом гуманітарну та психологічну кризу. Мільйони українців стали свідками або безпосередніми учасниками подій, що відповідають критеріям психотравмівних за будь-якою класифікацією психічних розладів. Особливої гостроти ця проблема набуває стосовно дітей молодшого шкільного віку (6–10 років): саме цей вік характеризується інтенсивним формуванням особистості, провідними новоутвореннями у когнітивній та емоційно-вольовій сферах, підвищеною сензитивністю до стресових факторів та залежністю від стабільності дорослого оточення [2].

За даними останніх звітів Організація Об'єднаних Націй, ситуація з безпекою дітей в Україні залишається критичною та має тенденцію до погіршення. Лише у березні 2026 року було поранено 80 дітей, а також загинули дев'ятеро дітей. У першому кварталі 2026 року загальна кількість постраждалих дітей зросла на 49 % порівняно з аналогічним періодом попереднього року, що свідчить про ескалацію загроз для дитячого населення.

Загалом, за період від лютого 2022 року щонайменше 3452 дитини загинули або були поранені. Водночас підкреслюється, що ці дані охоплюють лише підтверджені випадки, тоді як реальні масштаби втрат можуть бути значно більшими. Втрата або травмування дитини має не лише індивідуальні, але й глибокі соціально-психологічні наслідки, оскільки кожен такий випадок порушує функціонування сімейної системи та локальних спільнот.

Окрім безпосередньої загрози життю, війна спричинила масове внутрішнє переміщення дітей. За результатами досліджень ЮНІСЕФ, кожен третій підліток віком 15–19 років змушений був змінювати місце проживання щонайменше двічі. Основною причиною таких переміщень є пошук безпечнішого середовища, однак значну роль відіграють також обмежений доступ до освіти та соціальних послуг. Часті зміни місця проживання дестабілізують соціальні зв'язки дитини, ускладнюють процес соціалізації та підсилюють відчуття невизначеності [28].

Практика психологічної служби системи освіти свідчить про стрімке зростання кількості дітей з ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів, регресивних поведінкових реакцій, порушень навчальної діяльності [5]. У цьому контексті систематизація теоретичних підходів до корекції психотравматичних наслідків та визначення науково обґрунтованих шляхів корекційної роботи набувають виняткового практичного значення.

Слід зауважити, що Україна не є першою країною, де психологи і педагоги стикаються з проблемою масової психотравматизації дітей в умовах збройного конфлікту. Цінний практичний досвід накопичено в Ізраїлі, де система психологічної допомоги дітям, що зазнали впливу терористичних актів та збройного протистояння, розроблялася протягом десятиліть [23; 24; 30]. Саме ізраїльський досвід є найрелевантнішим для України з огляду на тривалість конфлікту, масовість залучення цивільного населення та необхідність підтримувати систему освіти в умовах постійної загрози.

Метою статті є теоретичний аналіз психолого-педагогічної літератури та визначення основних науково обґрунтованих шляхів корекції наслідків психотравматичного впливу війни РФ проти України у здобувачів освіти молодшого шкільного віку.

Для досягнення мети застосовувались такі методи: теоретичний аналіз, синтез та систематизація наукових джерел; порівняльний аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду; метод узагальнення та концептуалізації.

Наукове дослідження психологічної травми має понад столітню історію. Перші систематичні спроби пояснити механізми травматичного ураження психіки пов'язані з іменами Жана-Мартена Шарко та П'єра Жане. Зокрема, П.Жане у своїй праці «L'Automatisme psychologique» описав феномен психологічної дисоціації – розщеплення досвіду на свідомому та несвідомому рівнях – як ключовий механізм психотравматизації. Вчений розглядав травму як «фіксовану ідею», що захоплює енергетичні ресурси психіки і перешкоджає адаптивній переробці досвіду [22]. Ці ідеї вплинули на всю наступну традицію дослідження травми.

Зигмунд Фройд звернувся до проблеми травми в кількох своїх роботах. У роботі «По той бік принципу задоволення» він описав феномен «нав'язливого повторення» (*repetition compulsion*) – мимовільного відтворення травматичного досвіду у снах, поведінці та стосунках – як спробу психіки ретроактивно опанувати травму. З.Фройд визначав травму як «прорив захисного бар'єру», що перевантажує адаптаційні можливості психіки та руйнує відчуття психологічної безпеки [18]. Хоча психоаналітична традиція неодноразово переосмислювалась, поняття нав'язливого повторення та руйнування захисних механізмів лишаються актуальними й у сучасних концепціях травми.

Поворотним у розвитку розуміння дитячої психотравми стали праці Джудіт Герман. У фундаментальній монографії «Trauma and Recovery» вона запровадила концепцію «комплексного ПТСР», виокремивши особливий тип травматизації, що виникає при тривалому, хронічному впливі психотравмівних обставин. Д.Герман обґрунтувала, що комплексна травма порушує здатність до регуляції афектів, спотворює ідентичність та руйнує базову довіру до світу – те, що особливо значуще для дітей у сенситивні періоди розвитку [20]. Теорія Д.Герман заклала підґрунтя для розуміння наслідків тривалого воєнного конфлікту саме як чинника комплексної травматизації.

Ленора Терр у своїй класичній праці «Childhood Traumas: An Outline and Overview» запропонувала диференціацію між травмою Типу I (одноразова гостра травма) та травмою Типу II (повторювана, хронічна травма). Дослідниця

встановила, що діти з травмою Типу II, до якої належить і досвід воєнного конфлікту, виявляють масивне заперечення та оніміння, дисоціативні стани, деперсоналізацію, а також схильність до саморуйнівної поведінки [26]. Ці спостереження надзвичайно важливі для розуміння симптоматики дітей, що переживають постійні воєнні загрози.

Бессел Ван дер Колк у монографії «The Body Keeps the Score» принципово переосмислив природу травматичного досвіду, показавши, що травма «зберігається» не лише у свідомих спогадах, а передусім у тілі: у вигляді хронічної активації симпатичної нервової системи, м'язової напруги, соматичних симптомів та порушень сенсорної інтеграції. Ван дер Колк довів, що вербальні психотерапевтичні підходи самі по собі часто недостатні для опрацювання травми у дітей, і обстоював необхідність тілесно-орієнтованих, ігрових та арт-терапевтичних методів [29]. Ця концепція радикально вплинула на підходи до корекції ПТСР у дітей молодшого шкільного віку.

Роберт Пайнос та Спенсер Ет у своїх піонерських дослідженнях ПТСР у дітей, що стали свідками насильства та збройних конфліктів, виявили, що діти виявляють широкий спектр симптомів: нав'язливі думки та образи, тривогу розлучення, порушення сну, регресивну поведінку, соматичні скарги, труднощі концентрації уваги та значне зниження академічної успішності [25]. Ці дані заклали підґрунтя для прикладних досліджень у галузі психологічної допомоги дітям у постконфліктних ситуаціях.

Норвезький дослідник Арне Дюрєгров [16; 17] систематизував знання про горе та травму у дітей. У своїх роботах він обґрунтував, що діти переживають горе та травму інакше, ніж дорослі: більш фрагментарно, з частими «вікнами нормальності», в яких дитина поводить себе так, ніби нічого не сталося. А.Дюрєгров наголошував на необхідності активного залучення педагогів як ключових агентів психологічного відновлення, оскільки школа є для дітей простором стабільності та передбачуваності [17]. Ця ідея набула особливої ваги в умовах українського воєнного контексту, де школа дедалі частіше виконує функцію психологічного прихистку.

Британський психолог Вільям Юл у своїх дослідженнях розробив та валідизував діагностичний інструментарій для виявлення ПТСР у дітей та підлітків, зокрема відому «Шкалу впливу події – дитячий варіант» (CRIES). В.Юл підкреслював значення ранньої ідентифікації симптомів та групових форм психологічної допомоги як найбільш ефективних для масштабного охоплення дітей, що постраждали від катастрофічних подій [31]. Ця методологія є базовою для більшості програм психологічної допомоги дітям у постконфліктних суспільствах.

Сучасна теорія прив'язаності [12; 13] є фундаментальним підґрунтям для розуміння того, чому молодші школярі особливо вразливі до психотравмівних впливів. Боулбі встановив, що надійна прив'язаність до значущого дорослого є «безпечною базою», що дозволяє дитині досліджувати світ та справлятися зі стресом. Воєнний конфлікт руйнує або дестабілізує ці відносини прив'язаності, залишаючи дитину без базових регуляторних ресурсів. Відтак відновлення безпечних відносин прив'язаності є першочерговим завданням будь-якої корекційної роботи з молодшими школярами в умовах війни [13].

Серед зарубіжних практик психологічної допомоги дітям, що зазнали впливу збройних конфліктів, найбільш релевантним для України є ізраїльський досвід. Ізраїльські психологи та педагоги формували свою систему допомоги в умовах постійної зовнішньої загрози протягом десятиліть, що дозволило розробити систематичні, науково обґрунтовані підходи, перевірені у реальних умовах воєнного часу.

Моулі Лахад розробив модель «BASIC Ph», яка стала одним із найбільш впливових концептуальних інструментів у галузі допомоги постраждалим від травми дітям. Абревіатура відображає шість модальностей совладання зі стресом: Beliefs (переконання та духовність), Affects (емоції), Social (соціальні зв'язки), Imagination (уява та творчість), Cognition (пізнання та мислення), Physiology (тіло та фізичні відчуття). М.Лахад показав, що кожна людина, і особливо кожна дитина, має індивідуальний профіль ресурсів у цих шести вимірах, і ефективна корекція повинна спиратися саме на сильні сторони

особистості, а не лише на усунення симптомів [23]. Цей підхід принципово відрізняється від дефіцитарної парадигми та орієнтований на резилієнтність. Модель BASIC Ph широко застосовується в ізраїльських школах та активно впроваджується в Україні після 2022 року.

Рут Пат-Горенчик та Даніель Бром у своєму дослідженні психологічного функціонування дітей та підлітків в умовах терористичної загрози в Ізраїлі виявили важливий феномен – «посттравматичне зростання» (post-traumatic growth): попри значну поширеність симптомів ПТСР, частина дітей виявляла адаптаційний потенціал і навіть певне особистісне зростання як реакцію на травматичний досвід [24]. Це відкриття суттєво вплинуло на методологію допомоги, змістивши акцент з «лікування хвороби» на «культивування здоров'я».

Леа Вольмер, Надав Лаор та Їлмаз Язган розробили та апробували «Програму шкільної реактивації» (School Reactivation Program, SRP) – структурований психоедукаційний курс для вчителів, спрямований на відновлення нормального функціонування школи після катастрофічних подій. Ключовою ідеєю програми є те, що саме навчальне середовище при правильній організації стає потужним терапевтичним чинником. Вчителів навчали технікам психоедукації, розпізнавання симптомів стресу та базових стабілізаційних інтервенцій [30]. Результати рандомізованого контрольованого дослідження підтвердили ефективність програми: у дітей із шкіл, де впроваджувалась SRP, симптоми ПТСР, тривоги та поведінкових порушень були значно менш вираженими порівняно з контрольними групами.

Орін Браун-Левенсон дослідила фактори резильєнтності у дітей, що мешкали в районах постійних ракетних обстрілів на півдні Ізраїлю. Авторка виявила, що ключовими предикторами психологічної стійкості є: відчуття особистого контролю над ситуацією, якість соціальної підтримки з боку ровесників та дорослих, а також активна позиція батьків щодо обговорення загроз та формування плану дій у разі небезпеки [14]. Ці висновки принципово

важливі: вони показують, що резильєнтність є не природженою властивістю, а продуктом конкретних стосунків та навчального досвіду.

Видатний американський психолог Стів Хобфолл із колегами у впливовій статті «Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention» сформулював п'ять ключових принципів психологічного втручання при масових травматичних подіях, що спираються на метааналіз великого корпусу досліджень: 1) формування відчуття безпеки; 2) забезпечення заспокоєння і саморегуляції; 3) відчуття власної компетентності та ефективності; 4) відновлення соціальних зв'язків; 5) відновлення надії та позитивних очікувань щодо майбутнього [21]. Ця концептуальна рамка набула статусу стандарту при розробці програм допомоги постраждалим від воєнних конфліктів і дотепер застосовується в Україні.

Відтворюючи ізраїльський досвід, британський дослідник Крістофер Гіл проаналізував переваги шкільних програм психологічної підтримки у зонах конфліктів порівняно з клінічними підходами. Автор доводить, що масштаб проблеми при воєнних конфліктах виключає можливість обслуговування всіх постраждалих дітей у клінічному форматі та робить школу єдиним реалістичним майданчиком для масового охоплення. При цьому навчальне середовище має значні природні переваги: нормативний соціальний контекст, структуровану щоденну активність, доступ до ровесників та довірені відносини з вчителями [19].

Дж. Коен у своїх дослідженнях і практиці активно розробляв та валідизував Травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) як метод лікування ПТСР у дітей. ТФ-КПТ отримала статус «добре підтверджених доказами» (well-established) за критеріями Американської психологічної асоціації та рекомендована ВООЗ і ЮНІСЕФ як первинна інтервенція при дитячій психотравмі [15]. Програма включає 8–25 сесій і передбачає паралельну роботу з дитиною та її батьками або опікунами.

Досвід Косово, Афганістану та Сирії у сфері допомоги дітям у зонах конфліктів систематизований у роботах ЮНІСЕФ та УВКБ ООН. Аналіз цих

програм виявив спільні успішні компоненти: структуровані навчальні простори як «острови стабільності», психоедукаційні втручання у форматі навчальних програм, залучення місцевих вчителів як первинних агентів психосоціальної підтримки [27]. Ці висновки узгоджуються з рекомендаціями, що розробляються українськими психологами у відповідь на виклики, породжені повномасштабним вторгненням.

Вітчизняна психологічна наука, незважаючи на виняткові обставини, реагує на запит практики, активно розробляючи методологію допомоги постраждалим дітям. Розглянемо ключові напрацювання провідних українських науковців.

С.Д. Максименко – один із фундаторів сучасної вітчизняної психологічної науки – у своїх теоретичних роботах сформував підходи до розуміння психічного розвитку дитини як цілісного процесу, що є вразливим до несприятливих зовнішніх умов [2]. С.Д.Максименко обґрунтував, що кризові ситуації можуть як гальмувати, так і стимулювати особистісний розвиток залежно від якості психологічного супроводу. Ці теоретичні положення є методологічним підґрунтям для розуміння амбівалентного впливу воєнного стресу на молодших школярів [3].

Т.Титаренко у монографії «Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації» дослідила особливості тривалої психотравматизації особистості в умовах збройного конфлікту та виокремила ключові мішені психологічної допомоги: відновлення часової перспективи, формування нового наративу про пережите, реконструкцію ідентичності. Титаренко наголошує, що тривала війна руйнує не лише психічне здоров'я, а й загальне ставлення людини до власного майбутнього – здатність планувати, мріяти, вибудовувати довгострокові цілі [9]. Стосовно дітей це виявляється у «звуженні часового горизонту» та труднощах зі шкільною мотивацією.

В.Панок ще до та після початку повномасштабного вторгнення активно розробляв систему психологічної служби в освіті як інструмент масштабної допомоги дітям в умовах кризи. У своїх публікаціях він обґрунтовує необхідність

трирівневої системи реагування: універсальні шкільні профілактичні заходи для всіх учнів; цільові заходи для груп ризику; індивідуальна допомога дітям з тяжкими симптомами [5]. Це узгоджується із загальновизнаною міжнародною «пірамідою допомоги» при масових травматичних подіях.

Н.Пророк у своїх роботах наголошує на значенні стандартизованих методів виявлення психотравматичних наслідків у дітей, адаптованих до вікових особливостей молодших школярів. Дослідниця зазначає, що молодші школярі часто не можуть вербалізувати свій стан через обмежений рефлексивний потенціал, тому методи діагностики повинні включати проєктивні техніки, структуроване спостереження та бесіду з батьками і вчителями [6].

О.Чекстере у своїх дослідженнях зосередилася на вивченні особливостей психотравматичних реакцій у дітей молодшого шкільного віку, що вимушено переселились або безпосередньо перебувають у зоні бойових дій. Авторка виявила специфічні патерни реагування: «заморожену настороженість», соматичні скарги як еквіваленти тривоги, розлади сну та «поведінкову регресію» [10]. У подальших дослідженнях Чекстере [11] розробила методичні рекомендації щодо психологічного супроводу дітей, зокрема запропонувала авторський протокол психоедукаційних занять для молодших школярів «Я в безпеці», що апробований у кількох закладах загальної середньої освіти. Ці матеріали стали практичним внеском у методичний арсенал шкільних психологів.

Л.Мороз дослідила психологічні особливості переживання тривоги у молодших школярів в умовах воєнного стресу, виявивши тісний зв'язок між рівнем тривоги у батьків та вираженістю тривожних симптомів у дітей – феномен «трансгенераційної передачі тривоги» [4]. Цей висновок принципово важливий для організації корекційної роботи: без роботи з батьківською тривогою очікувана ефективність корекційних заходів, спрямованих лише на дитину, суттєво знижується.

Б.Лазоренко систематизував підходи до психологічної реабілітації людей, що пережили збройний конфлікт, наголосивши на необхідності інтеграції

індивідуальної та групової форм роботи у рамках комплексних програм. Б.Лазоренко [1] показав, що групові форми психологічної підтримки не лише ефективно знижують симптоми, але й виконують важливу соціальну функцію – відновлення відчуття спільності та солідарності, вкрай необхідного дітям, що переживають ізоляцію та переміщення.

Н.Слободяник у своїх практичних посібниках для шкільних психологів систематизувала підходи до кризового втручання в умовах воєнного часу, підкресливши значення «психологічного першої допомоги» (ПМД) як первинної реакції на гострий стрес. Авторка адаптувала стандартизований протокол ПМД до умов українських шкіл, врахувавши культурні особливості, обмежені ресурси та специфіку педагогічного персоналу [8].

Отже, проведений теоретичний аналіз психолого-педагогічної літератури дозволяє сформулювати такі висновки.

1. Психологічна травма у дітей молодшого шкільного віку в умовах збройного конфлікту є складним багатовимірним явищем, що охоплює нейробіологічний, емоційний і соціальний рівні функціонування особистості. Класичні концепції у поєднанні із сучасними дослідженнями створюють надійну теоретичну основу для розуміння механізмів травматизації.
2. Міжнародний, зокрема ізраїльський досвід демонструє ефективність системних, школоцентризованих і орієнтованих на розвиток резильєнтності підходів, що охоплюють дітей, педагогів і батьків.
3. Узагальнення наукових підходів дозволило визначити основні шляхи корекції наслідків психотравмівного впливу війни у молодших школярів: створення психологічно безпечного освітнього середовища, психоедукація, ігрова та арт-терапія, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, розвиток резилієнтності, робота з батьками, системна підтримка в межах закладу освіти та застосування нейропсихологічних і тілесно-орієнтованих підходів.

Список літератури

1. Лазоренко Б. П. Психологічна реабілітація учасників збройного конфлікту та психотравмованих осіб: інтегративна модель // *Психологія і суспільство*. 2020. № 2. С. 68–85.
2. Максименко С. Д. Психологія в соціальній і педагогічній практиці. Київ: Наукова думка, 2004. 416 с.
3. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. Київ: КММ, 2006. 240 с.
4. Мороз Л. І. Вплив воєнного стресу на психоемоційний стан дітей молодшого шкільного віку // *Актуальні проблеми психології*. 2022. Т. 14, № 2. С. 112–126.
5. Панок В. Г. Психологічна служба закладу освіти в умовах воєнного стану: методичні рекомендації. Київ: Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи, 2022. 72 с.
6. Пророк Н. В. Психодіагностика у системі психологічного супроводу учнів в умовах дистанційного навчання // *Проблеми сучасної психології*. 2021. № 53. С. 94–117.
7. Пророк Н. В. Діагностика психотравматичних станів у здобувачів освіти молодшого шкільного віку в умовах збройного конфлікту // *Науковий вісник Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2022. № 18. С. 41–58.
8. Слободяник Н. В. Психологічна допомога педагогам і учням у надзвичайних ситуаціях воєнного часу: практичний посібник. Київ: Педагогічна думка, 2022. 128 с.
9. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації. Київ: НАПН України, 2018. 160 с.
10. Чекстєре О. Ю. Особливості психотравматичних реакцій молодших школярів – вимушених переселенців в умовах збройного конфлікту // *Психолого-педагогічні науки*. 2022. № 3. С. 77–91.
11. Чекстєре О. Ю. Методичні рекомендації щодо психологічного супроводу молодших школярів в умовах воєнного часу: стабілізаційні техніки та арт-терапевтичні практики // *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2023. № 21. С. 103–119.
12. Ainsworth M. D. S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1978. 391 p.
12. Bowlby J. *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books, 1969. 428 p.
13. Braun-Lewensohn O. Coping and social support as mediators between political hardship and stress reactions in adolescents from the Negev Region in Israel // *International Journal of Psychology*. 2012. Vol. 47, No. 4. P. 264–273.
14. Cohen J. A., Mannarino A. P., Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press, 2006. 273 p.
15. Dyregrov A. *Grief in children: A handbook for adults*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1991. 192 p.
16. Dyregrov A. *Grief in young children*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008. 176 p.
17. Freud S. *Beyond the pleasure principle*. London: Hogarth Press, 1920. 64 p.
18. Gill C. School-based mental health programs in conflict zones: A meta-analysis // *Trauma, Violence & Abuse*. 2019. Vol. 20, No. 2. P. 201–217.
19. Herman J. L. *Trauma and recovery: The aftermath of violence*. New York: Basic Books, 1992. 276 p.
20. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C. et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence // *Psychiatry*. 2007. Vol. 70, No. 4. P. 283–315.
21. Janet P. *L'Automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan, 1889. 492 p.
22. Lahad M. Story-making in assessment method for coping with stress: The BASIC Ph model // Jennings S. (Ed.). *Dramatherapy: Theory and practice 2*. London: Routledge, 1992. P. 150–163.
23. Pat-Horenczyk R., Brom D. The multiple faces of post-traumatic growth // *Applied Psychology*. 2007. Vol. 56, No. 3. P. 379–385.

24. Pynoos R. S., Eth S. *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985. 98 p.
25. Terr L. C. Childhood traumas: An outline and overview // *American Journal of Psychiatry*. 1991. Vol. 148, No. 1. P. 10–20.
26. UNHCR. *Safe spaces and psychosocial support for children affected by displacement*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2019. 64 p.
27. UNICEF. *Children in Ukraine: Impact of armed conflict on mental health and psychosocial wellbeing*. Kyiv: UNICEF Ukraine, 2023. 52 p.
28. van der Kolk B. A. *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking, 2014. 464 p.
29. Wolmer L., Laor N., Yazgan Y. School reactivation programs after disaster: Could teachers serve as clinical mediators? // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2003. Vol. 12, No. 2. P. 363–381.
30. Yule W. *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy*. Chichester: Wiley, 1999. 320 p.