

УДК 159.9

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ ДІТЬМИ

Мороз Р.А., к. психол. н.,  
доцент кафедри психології

Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського,

Кучманіч І.М., к. психол. н.,  
доцент кафедри психології

Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського

У статті висвітлено особливості переживання травмуючих подій на різних етапах онтогенезу. Висвітлено залежність емоційного стану дитини та виникнення психоемоційного стану від посттравматичних переживань матері. Схарактеризовано специфіку реагування дитини на емоційному, соматичному, поведінковому та когнітивному рівнях.

**Ключові слова:** травма, дитина, онтогенез, переживання, посттравматичні переживання, посттравматичний стресовий розлад, копінг-реакції, нервово-психічне реагування, соматовегетативний, психомоторний, емоційно-ідеаторний рівні.

В статье рассмотрены особенности переживания травматических событий детьми на разных этапах онтогенеза. Показана зависимость психоэмоционального состояния ребенка от посттравматических переживаний матери. Охарактеризована специфика реагирования ребенка на эмоциональном, соматическом, поведенческом и когнитивном уровнях.

**Ключевые слова:** травма, ребенок, онтогенез, посттравматические переживания, посттравматическое стрессовое расстройство, копинг-реакции, нервно-психическое реагирование, соматовегетативный, психомоторный, эмоционально-идеаторный уровни.

Moroz R.A., Kuchmanich I.M. PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF CHILDREN'S EXPERIENCING OF TRAUMATIC EVENTS

The article deals with the features of experience of traumatic events by children at different stages of ontogenesis. It shows the dependence of their psycho-emotional state on posttraumatic experiences of a mother. In addition, there is a characteristic of the specifics of a child's response on emotional, somatic, behavioral and cognitive levels.

**Key words:** trauma, child, ontogenesis, posttraumatic experiences, posttraumatic stress disorder, coping responses, neuro-psychological response, somato-vegetative, psychomotor, emotional-ideational levels.

**Постановка проблеми.** Складна політична, економічна, соціально-психологічна ситуація в Україні є причиною виникнення великої кількості стресових та травмуючих ситуацій у населення. З огляду на це, останнім часом невпинно збільшується кількість людей, які потребують кваліфікованої психологічної допомоги. Серед найбільш уразливих верств населення, що опиняються в епіцентрі небезпечних ситуацій, є діти. Саме ця категорія осіб найбільш гостро сприймає несприятливі ситуації та здатна їх глибоко переживати. Водночас реакції дітей і підлітків є менш очевидними та типовими. Вивчення особливостей переживання дітьми травмуючих подій, діапазону прояву симптоматики на різних рівнях та етапах онтогенезу є надзвичайно важливим у сучасній науці.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Фаховій роботі з дітьми, що перенесли психотравмуючі події, присвячено велику кількість досліджень у зарубіжній та вітчиз-

няній літературі. Так, Д. Коен, Е. Маннарїно, Е. Дебліджер розглядають особливості перебігу травми та надання допомоги дітям та підліткам завдяки травмофокусованій когнітивно-поведінковій психотерапії [5]. Розвідки вітчизняних психологів, які працюють із дітьми, що постраждали внаслідок військових дій в Україні, присвячені вивченню низки проблем. Серед них значне місце посідають: особливості переживання дітьми наслідків травми, посттравматичні стресові розлади у дітей та підлітків, специфіка надання комплексу психологічної допомоги постраждалим внаслідок кризових подій в Україні (І. Біла, Л. Гребінь, О. Залеська, З. Кісарчук, Я. Омельченко, С. Міщук, Н. Худякова, О. Шльонська) [6; 7]. У сучасних дослідженнях переважно представлено результати роботи з певною категорією дітей, шляхи та техніки надання їм допомоги тощо. Проте у вітчизняній психології вкрай мало досліджень, у яких надано ґрунтовний аналіз особливостей переживання травму-



ючих подій дітьми на різних етапах онтогенезу.

**Постановка завдання.** Мета статті: схарактеризувати особливості переживання травмуючих подій дітьми різного віку; систематизувати та висвітлити реакції дітей на різних рівнях функціонування: соматичному, емоційному, когнітивному та поведінковому.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Дослідження сучасних учених засвідчили, що переживання дитиною надскладних ситуацій значно відрізняється від подібних переживань у дорослих осіб. Реакції дитини на травматичні моменти опосередковуються трьома факторами: віком, тривалістю дії негативного чинника та рівнем розвитку особистості дитини. Чим меншою є дитина, тим більше її реакція залежить від поведінки батьків або дорослих. Якщо вони адекватно реагують на ситуацію, то у більшості випадків у дитини не розвиваються симптоми травми. Проте за тривалої дії психотравмуючого фактору вірогідність виникнення симптомів збільшується [8].

Варто зазначити, що переживання дитиною таких ситуацій є специфічним і відбивається у всіх сферах її функціонування: емоційній, соматичній, когнітивній та поведінковій. У результаті теоретичного аналізу існуючих наукових досліджень із теми можна визначити найбільш характерні симптоми переживання травми у дітей (О. Залесська, Д. Ісаєв, З. Кісарчук, Н. Тарабріна, Л. Трубіцина).

**В емоційній сфері** спостерігаються: лабільність афекту, у тому числі, тривожність, паніка та надмірна дратівливість; страхи, фобії (особливо страх повторної травматизації); напруженість; звуженість діапазону переживання емоцій; неможливість або страх виявляти власні почуття; дистрес при нагадуванні про людей або обставини ситуації; травматичні сновидіння; повторне емоційне переживання подій, депресія; надмірна плаксивість; переживання почуття безпорадності й знесилення; переживання провини, сорому та почуття відповідальності за події, що відбулись.

**У соматичній сфері** спостерігаються: порушення сну; реакція здригання з подальшим заціпенінням у відповідь на нагадування про травматичні події; втомлюваність; нечутливість до болю; біохімічні зміни у діяльності мозку.

Д. Ісаєв зазначає, що *в дитячому віці* до соматичних симптомів відносяться: коліки третього місяця життя, метеоризм, аерофагія, мерицизм, пікацизм, інфантильна анорексія, функціональний мегаколон,

анорексія грудного віку, зупинка розвитку, ожиріння, напади порушення дихання, нейродерміт, яктація, спастичний плач, порушення сну, рання бронхіальна астма, раптова смерть немовляти.

*У дошкільному віці* спостерігають такі психосоматичні розлади, як: запор, пронос, «знервований кишечник», болі в животі, циклічна блювота, відмова від жування, анорексія та булімія, енкопрез, енурез, ожиріння, порушення сну, лихоманка тощо.

*У дітей шкільного віку* та підлітків до таких розладів належить: мігрень, «ростові болі», рекурентні болі (ті, що постійно повторюються), болі змінної локалізації, порушення сну, напади гіпервентиляції, непритомність, вегето-судинна дистонія, бронхіальна астма, нервова анорексія, булімія, ожиріння, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, енурез, енкопрез, нейродерміт, розлади менструального циклу тощо [3].

**У поведінковій сфері** виокремлюють такі прояви: посттравматична гра; регресивна поведінка; втрата раніше набутих навичок (соціальних та навчальних); неемоційне переказування психотравмуючих подій; низька концентрація уваги, неухважність, гіперактивність та імпульсивність; зміна поведінки з метою уникнення дій, людей або об'єктів, що нагадують про негативну подію; відчуженість від соціального оточення; спроби самогубства, аутодеструктивна поведінка; поведінка з підвищеним ризиком; неможливість створювати або підтримувати гармонійні стосунки з оточуючими; агресивна, бунтарська поведінка, надмірна конфліктність, неповага до інших, жорстоке ставлення до людей та тварин; сексуальні проблеми (спостерігається переважно у дітей, що пережили сексуальне насильство).

Учені виокремлюють два типи поведінки дитини, що пережила психотравмуючу ситуацію: інтерналізована та екстерналізована.

У дітей з інтерналізованим типом спостерігаються такі поведінкові патерни:

- замкненість і уникнення контактів з іншими («присутні, але не включаються»);
- ознаки зниженого настрою (аж до депресії);
- недостатність спонтанності та ігрової поведінки; слухняність;
- надмірна пильність і лякливність; фобічні реакції на нетипові подразники;
- часті головні болі або болі в животі; порушення харчового циклу;
- схильність до адиктивної поведінки; можливі загрози самогубства; схильність до дисоціативних розладів;
- нанесення собі пошкоджень (наприклад, різних ран) як спроба набуття контакту

з реальністю. У цьому випадку біль є своєрідною копінговою реакцією – адаптаційною реакцією людини на складну життєву обставину, що може закріпитися як копінг-стратегія та зберегтися в дорослому віці.

Діти з екстерналізованою поведінкою спрямовують свої емоції та почуття назовні. Їх поведінка характеризується: агресивністю, ворожістю, деструктивністю, зухвалістю, сексуальною забарвленістю. Крім того, вони можуть самі провокувати або здійснювати напади на інших, знущатися над тваринами [9, с. 63-64].

Зміни **когнітивної сфери** зумовлені особливостями розвитку мислення дитини. Згідно з концепцією егоцентризму Ж. Піаже, дитина розглядає світ у власній перспективі та пов'язує події, які відбуваються навколо неї, з собою. Ця особливість мислення призводить до того, що вона відчуває провину навіть у тих ситуаціях, які об'єктивно від неї не залежать (насильство, смерть або розлучення батьків). Виокремлюють такі зміни у когнітивній сфері: наявність викривленого, міфологічного уявлення про травмуючу ситуацію та місце у ній; самозвинувачення, звинувачення близьких та рідних; генералізація та перенесення негативних настанов на інших («Не можна нікому довіряти», «Всі однакові» тощо); зруйнованість та негативність «Я-концепції» та «Я-образу» дитини; небезпечні ігри або стосунки, які підкріплюють негативні уявлення дитини про себе («Все так відбулось, бо я дійсно поганий»).

Для більш ґрунтовного аналізу особливостей переживання травми дітьми варто розглядати сукупність індивідуально-особистісних та соціальних чинників. Індивідуально-особистісні чинники є провідними, оскільки саме від них залежить глибина ураження, кількість симптомів та особливості переживання. Так, Л. Трубіцина вказує, що для розуміння перебігу психотравми треба звернути увагу на психологічні особливості розвитку дитини та актуальні завдання на кожному етапі онтогенезу. Зокрема – на соціальну ситуацію розвитку дитини та особливості взаємостосунків між дитиною та дорослими; провідну діяльність цього періоду онтогенезу; основні психічні новоутворення. Це дає можливість зрозуміти, що для дитини може бути травматичним і які аспекти є найважливішими під час переживання травми та у процесі подальшої реабілітації.

Крім того, науковці зазначають, що рівні захисної системи організму та переважаючого нервово-психічного реагування визначають особливості переживання дітьми різного віку травматичних подій [4; 6]. Так,

В. Ковальов, згідно з біогенетичною теорією етапності розвитку людини, виокремлює чотири рівня переважаючого нервово-психічного реагування на травматичні стресові чинники у дітей: соматовегетативний (у віці від 0 до 3 років); психомоторний (від 3 до 7 років); афективний (5–10 років); емоційно-ідеаторний (11–17 років).

Соціальні чинники є не менш важливими, оскільки їх специфіка та сукупність вказують на складність травмуючої події. Так, П. Волошин, Н. Марута, спираючись на досвід роботи з дітьми-вимушеними переселенцями, виокремили параметри, що впливають на інтенсивність перебігу психологічного стресу:

1) надзвичайність травматичної ситуації (загроза життю, фізичній або психічній цілісності);

2) інтенсивність та тривалість негативних впливів;

3) невизначеність ситуації (її непередбачуваність, багатозначність);

4) неможливість контролювати ситуацією;

5) відсутність або дефіцит соціальної підтримки;

6) несумісність нового досвіду зі звичною реальністю;

7) неможливість раціонального пояснення того, що сталося [9, с.63].

Варто підкреслити, що перебіг психічної травми може також ускладнюватись «вторинним стресом», викликаний травматичними переживаннями значущих для дитини людей. У такому випадку ризик виникнення посттравматичних розладів буде вищим, якщо у дитини емоційно близькі та довірливі стосунки з дорослими.

Систематизуючи сучасні розвідки та власний практичний досвід, розглянемо особливості переживання травми дітьми на різних етапах онтогенезу. Підкреслимо, що критеріями для аналізу слугували: соціальна ситуація розвитку та особливості взаємостосунків із дорослими, провідна діяльність, новоутворення (Л. Трубіцина) та переважаючий рівень нервово-психічного реагування (В. Ковальов).

#### **Період немовляти (від 0 до 1 року).**

Діти у віці від 0 до 3 років часто потрапляють у психотравмуючі ситуації. Проте вони не завжди стають предметом уваги психологів, психотерапевтів та не отримують відповідної психологічної допомоги.

Згідно з Д. Ельконіним, провідною діяльністю цього періоду є безпосередньо-емоційне спілкування дитини з дорослим. На цьому етапі онтогенезу діти знаходяться в симбіотичному зв'язку з матір'ю і утворюють із нею діаду. Мати й немовля розглядаються як частини однієї системи, а



взаємини з матір'ю є гарантією безпеки для дитини. У випадку тривалої відсутності такого спілкування порушується подальший нормальний розвиток дитини. Утрата особи, що піклується (особливо матері), відсутність адекватного догляду є одними з найскладніших травмуючих факторів для дитини такого віку. Це призводить до емоційної та сенсорної депривації, сприймається як загроза життю та здоров'ю дитини.

Характерними ознаками переживання травми в цьому віці є сомато-вегетативні розлади, пов'язані з системою травлення. Варто також підкреслити, що у дітей такого віку можуть виникати симптоми через травматизацію матері. Так, діти матерів із ПТСР теж мають порушення, котрі можна охарактеризувати як посттравматичні (за МКБ-10). Переважно спостерігається така симптоматика:

- наявність в анамнезі інтенсивної стресогенної ситуації, в яку потрапила дитина разом із матір'ю; у випадку, якщо травму отримала мати без дитини, дитина індукує переживання матері;
- постійне повернення разом із матір'ю до переживань травмуючої ситуації;
- стійкий підвищений рівень збудливості, негативні реакції на будь-які зміни, боязнь незнайомих предметів, звуків;
- порушення режиму, сформованого до моменту травми;
- втрата інтересу до іграшок (як до нових, так і до тих, які раніше цікавили дитину), труднощі у зосередженні уваги на них;
- різке зниження проявів позитивних емоцій, комплексу пожвавлення;
- поява труднощів діалогу з близькими та знайомими людьми, з якими дитина охоче контактувала;
- нав'язливі емоційні переживання, що виявляються у дитини на сомато-вегетативному рівні у вигляді порушення активності;
- стереотипні реакції, що виникають несподівано (без очевидних причин);
- виплески негативних емоцій, що з'являються у випадках, коли дитина знаходиться в умовах, що нагадують психотравмуючу ситуацію (або чує звуки, що можуть асоціюватись із травмою).

**Раннє дитинство (від 1 до 3 років).** Соціальна ситуація розвитку в цей період онтогенезу характеризується, насамперед, спільною діяльністю дорослого та дитини. Специфіка таких стосунків може бути представлена у вигляді трьох основних компонентів: «дитина – предмет – дорослий». Провідною діяльністю дитини у віці від 1 до 3 років є предметна, спрямована на засво-

ення вироблених суспільством способів дій із предметами. Основними психічними новоутвореннями є: виокремлення власного «Я»; мовлення; навички маніпуляції з предметами.

Психотравмуючий фактор впливає, перш за все, на новоутворення цього віку. Вони можуть або зовсім зникати, або їх розвиток гальмується. Відтак, психічний розвиток дитини уповільнюється, затримується.

*Характерні ознаки переживання травми* на цьому етапі онтогенезу: крім симптоматики попереднього періоду, можуть спостерігатись недиференційовані реакції страху, тривоги, рухове збудження або загальмованість, вегетативні реакції, порушення мови, недиференційованість почуттів.

**Дошкільне дитинство (3 – 7 років).** Специфіка соціальної ситуації цього періоду полягає в тому, що відокремлення дитини від дорослого супроводжується пошуком власного місця в оточуючому світі. Провідна діяльність цього періоду – це рольова гра, яка моделює реальне життя дорослих. Розвивається довільність, перші елементи самооцінки, самосвідомості.

Важливу роль у переживанні травми відіграє реакція дорослих на інтерпретацію психотравмуючої ситуації.

*Характерні ознаки переживання травми:* регресивна поведінка; компульсивне переїдання як засіб подолання тривоги сепарації; спроба повернути діадні відносини з матір'ю; енурез; енкапрез; страх розлуки з батьками; роздратованість, сплутаність почуттів; надмірна активність або замкненість, пасивність; агресивність; порушення у спілкуванні (небажання спілкуватись, уникнення контакту); низька концентрація та стійкість уваги; складності у процесі навчальних занять; порушення гри (діти не грають із задоволенням або ігри неемоційні); почуття провини (як наслідок егоцентризму дитини); знижений фон настрою; порушення сну (труднощі засипання, нічні кошмари).

У дітей цього періоду поруч із сомато-вегетативним рівнем реагування виступає психомоторний (за В. Ковальовим). З'являється не характерна для дитини до травми гіперактивність, яка парадоксально поєднується з прагненням до усамітнення. Притаманний для цього віку негативізм після психологічної травми набуває загострених рис. У поведінці спостерігається: агресивність, конфліктність у стосунках з однолітками; супротив вимогам дорослих; зниження здатності до концентрації уваги (діяльність стає менш цілеспрямованою). При нагадуванні про психотравмуючу подію діти замикаються в собі, засмучують-



ся та відмовляються говорити про неї. Ігри стають стереотипними, символічно або безпосередньо віддзеркалюють характер травми, тривогу, страх смерті тощо. Діти використовують предмети, що стосуються пережитих подій. У травмованих дітей спостерігається регрес психічного розвитку, що проявляється у таких поведінкових проявах, як: смоктання пальців, утрата навичок охайності (енурез, енкопрез), регрес мовних навичок, повний або частковий мутизм, несвідоме прагнення до безтурботного періоду раннього дитинства, в якому гарантом безпеки є симбіотичний зв'язок із матір'ю.

**Молодший шкільний вік (від 6–7 до 10–11 років).** Зміна соціальної ситуації розвитку полягає у виході дитини за межі сім'ї та розширенні кола значущих осіб (окрім родини – класний колектив і вчитель). У дитини з дорослим встановлюються особливі стосунки, які схематично можна зобразити так: «дитина – дорослий – завдання». Провідною діяльністю цього періоду онтогенезу є навчальна діяльність. Психічними новоутвореннями цього віку є: довільність психічних процесів; внутрішній план дій; уміння організувати навчальну діяльність; рефлексія.

*Характерні ознаки переживання травми:* немотивований плач, дрижання; яктація; розлади сну (кошмарні сновидіння, дисомнія, надмірна сонливість); енурез, енкопрез; заїкання; локалізовані тики; порушення апетиту; погане самопочуття без об'єктивних причин (головний біль, головокружіння, біль у хребті, м'язах, подразнення очей, розладу шлунково-кишкового тракту та ін.); підвищення втомлюваності; дитина може демонструвати агресивність, поводити себе неадекватно, шумно під час гри; надмірна замкненість, відчуженість; емоційна холодність, байдужість; регресивність поведінкових патернів; роздратованість щодо оточуючих, недовіра до них; песимістичний погляд на майбутнє; труднощі у стосунках з однолітками.

У дітей із 5 років розвивається афективний засіб нервово-психічного реагування – емоційна лабільність із переважанням гіпотимії, що супроводжується сльозливістю, дисфорією та негативізмом. Дітей важко змотивувати на гру та виконання завдань із метою діагностики їх стану. Крім того, втрачається інтерес до навчання, порушується концентрація та розподіл уваги, довільна й мимовільна пам'ять. Це призводить до погіршення успішності в навчанні та пропусків уроків. Разом із тим, діти починають уникати друзів, погіршуються взаємини з іншими.

Діти, які пережили травмуючі події, пов'язані зі смертю інших, починають багато думати про смерть. У них з'являється інтерес до релігії, страх захворіти на невиліковну хворобу та страх смерті. Разом із тим, діти уникають розмов із близькими та іншими людьми на ці теми. Розвиваються компульсії (оніхофагія, трихотиломанія тощо).

**Підлітковий вік (11–15 років).** Своєрідність соціальної ситуації розвитку підлітка полягає у включенні його в нову систему стосунків та опануванні нових соціальних функцій. Провідною діяльністю цього періоду онтогенезу є: міжособистісне спілкування з дорослими та ровесниками; суспільно корисна праця й навчання, що позитивно позначається на розвитку психіки та особистості загалом. Головними новоутвореннями є почуття дорослості та потреба у самоствердженні.

*Характерними для цього віку ознаками переживання травми є:* самоізоляція від оточуючих; нездатність встановлювати та підтримувати стосунки з іншими; надмірне копіювання інших, конформізм; агресивна поведінка, агресивність у стосунках, аутоагресія; надмірна збудливість, метушливість, неможливість зосередитись; зниження або відсутність реакції на навколишнє оточення; невмотивовані коливання настрою; емоційна холодність, сплутаність почуттів; функціональні розлади самопочуття (головний біль, порушення з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи тощо); розлади сну; втеча з дому.

З 11 років у дітей та підлітків переважаючим рівнем нервово-психічного реагування стає емоційно-ідеаторний [6]. Переживання психотравмуючої ситуації в підлітковому віці зумовлює виникнення роздумів про сенс життя, смерть та власне призначення. Від життя очікуються лише небезпека та загрози, що викликає сильні негативні переживання. Спостерігається втрата перспективи, страх загрози життю, здоров'ю та повторення травми. Болісні переживання разом із втратою перспектив можуть призводити до думок та намірів про суїцид.

Підліток уникає всього, що може про нагадувати про травму. У цьому віці можуть прослідковуватись класичні ознаки ПТСР (інтрузії, травматичні спогади, флешбеки, надзбудливість тощо). Інколи діти проводять ритуали гетеро- чи аутоагресивної спрямованості, що носять захисний символічний характер. Сновидіння переповнені жахіттями, які віддзеркалюють елементи психотравмуючої ситуації. Спостерігається стигматизація травми, зумовлена зміною взаємин із однолітками (вони можуть відчувати до потерпілого неусвідомлений



страх, дискомфорт при спілкуванні, навіть заздрість до зменшення вимог із боку дорослих у зв'язку з подією).

Отже, надскладні ситуації в історії розвитку дитини можуть викликати у неї травматичні переживання, незалежно від віку. На кожному етапі онтогенезу є симптоми, що виявляються на різних рівнях функціонування дитини: соматичному, емоційному, когнітивному та поведінковому. Крім того, переважаючий тип нервово-психічного реагування також зумовлює специфіку переживань дитини.

Перспектива подальших досліджень полягає у поглибленні уявлень щодо травматичних переживань дітей різного віку. Також потребує уваги з'ясування соціальних чинників, які сприяють або, навпаки, перешкоджають перебігу травми у дітей на різних етапах онтогенезу.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Агресія. Анексія. Конфлікт. Соціально-педагогічна та психологічна відповідь на виклики для дітей: методичні рекомендації для педагогів дошкільних навчальних закладів / Н. Бойцова, О. Гелюх, Г. Тютюнник. – К.: Агенство «Україна». – 2016. – 100 с.

2. Внук М. Педагогика травми / М. Внук, У. Дольняк. – Swiss Institute of Empowerment and Social Entrepreneurship, 2014. – 166 с.

3. Исаев Д. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.

4. Ковалёв В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. Ковалев – М.: Медицина, 1985. – 288 с.

5. Коен Д. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату / Д. Коен, Е. Маннаріно, Е. Деблінджер. – Львів: Свічадо, 2016. – 264 с.

6. Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие. травмы – [Електронний ресурс]. – / Режим доступа: <http://www.medpsy.ru/library/library174.php> – Назва з екрану.

7. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: Метод і техніки: Методичний посібник / З. Кісарчук, Я. Омельченко, І. Біла, Г. Лазос; за ред. З. Кісарчук. – Вінниця: ФОП Рогальська І., 2016. – 234 с.

8. Работа с детьми, перенесшими психологические травмы. Методика группового тренинга / И. Алексеева [и др.]. – СПб.: Речь, 2012. – 156 с.

9. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту: навчально-методичний посібник / В. Андреєнкова, І. Бандурка, Н. Бочкор, Л. Шестопалова. – К.: Агенство «Україна». – 2015. – 176 с.