

Есина О.Б.

Особенности клинических проявлений посттравматическое стрессовое расстройство у детей

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Yesina O.B.

Characteristics of clinical manifestations of children's PTSD

Резюме

В настоящей статье освещаются малоисследованные аспекты детского посттравматического стрессового расстройства, отражающие возрастоспецифические характеристики клинических проявлений детского посттравматического стрессового расстройства у детей (ПТСР). ПТСР у детей характеризуется наличием различных неспецифических психиатрических симптомов

Ключевые слова: ПТСР, дети, клинические проявления

Для цитирования: Есина О.Б., Особенности клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства у детей, Уральский медицинский журнал, №11 (194) 2020, с. 39 - 45, DOI 10.25694/URMJ.2020.11.16

Summary

This article elucidates little explored aspects of children's posttraumatic stress disorders reflecting age-related characteristics of clinical manifestations of children's PTSD. The children's PTSD is characterized by a variety of non-specific psychiatric symptoms

Key words: PTSD, children, clinical manifestations

For citation: Yesina O.B., Characteristics of clinical manifestations of children's PTSD, Ural Medical Journal, No. 11 (194) 2020, p. 39 - 45, DOI 10.25694/URMJ.2020.11.16

Введение

В целом, клиника ПТСР у детей соответствует общим закономерностям нервно-психического реагирования в зависимости от возрастной группы [1]. При этом наиболее яркой особенностью посттравматических нарушений детского возраста является присутствие, наряду с основными симптомами ПТСР, неспецифических симптомов, обычно не оценивающихся в существующих структурированных интервью и шкалах ПТСР [2,3]. Многочисленные работы указывают на присутствие в клинической картине ПТСР у детей подобных симптомов, встречающихся у детей с ПТСР, но не входящих в МКБ-10, не являющихся специфичными для этого заболевания и имеющих широкое распространение при различных психических заболеваниях в детском возрасте [42, 56, 60, 77, 89, 155, 177, 213, 232].

К неспецифическим симптомам данной группы относятся: повышение тревожности, эмоциональная неустойчивость, сниженный фон настроения, коммуникативные нарушения, трудности в обучении, резкое изменение рисунка поведения, неуверенное поведение, поведенческие нарушения (нарушения дисциплины), совместный

сон с родителем/опекуном, агрессивное поведение, жалобы на плохое самочувствие, жалобы на затруднение дыхания, возрастной психологический регресс, наличие единичных обманов восприятия, аутоагрессивные действия, энурез, энкопрез, заикание.

Так, для детей дошкольного возраста, с присущим ему соматовегетативным и психомоторным уровнем реагирования, характерна потеря приобретенных навыков развития, в том числе навыков опрятности с проявлениями энуреза и энкопреза, утратой речевых навыков, страх разлуки с родителями, который часто проявляется в виде тревожной привязанности, «цепляющегося поведения», а также психосоматические проявления, такие, как боли в животе и головные боли [2,3]. Маленькие дети могут выражать посттравматическое беспокойство через гиперактивность, отвлекаемость и повышенную импульсивность - симптомы, которые могут быть приняты за синдром дефицита внимания и гиперактивности [13]. Родители травмированных детей могут обращаться с жалобами на детские симптомы повышенного возбуждения и соматические симптомы (тошнота, рвота, диарея, напряжение мышц, трудности со сном) [13].

Очень маленькие дети могут демонстрировать сравнительно мало симптомов ПТСР по критериям DSM, что частично связано с невозможностью получить от них вербальное описание опыта и внутренних состояний [14]. Эти трудности требуют использования специальных методов сбора информации, например, формальная и объективная оценка удовольствия, получаемого от игры, помогает в диагностике ПТСР у детей [15]. В целом, чем меньше возраст ребенка, тем менее специфичны клинические проявления, и тем более они атипичны по отношению к диагностическим критериям ПТСР [16].

Для клинической картины ПТСР у детей 7 - 12 лет (аффективный уровень реагирования) характерно начало новых страхов или оживление старых, склонность попадать в рискованные ситуации и демонстрировать безрассудное поведение [2,3], снижение школьной успеваемости [4,5,7]. Распространено в этом возрасте также расстройство сна, диссомнические и парасомнические нарушения (ночные кошмары, сноговорение) [16]. Дети часто демонстрируют поведение, воспроизводящее травматический опыт в игре, рисовании, речевых высказываниях [17]. Намбинг и избегание у детей принимают различные формы, включая беспокойство, настороженность, плохую концентрацию внимания и поведенческие проблемы [18]. Течению ПТСР у детей этого возраста часто сопутствует СДВГ. Это объясняется тем, что симптомы тревожности часто принимают форму гиперактивности, рассеянности, возросшей импульсивности [19, 20, 21, 22].

Подростки (эмоционально-идеаторный уровень реагирования) часто могут демонстрировать симптомы ПТСР в соответствии со стандартами DSM [23]. Подростки с ПТСР могут иметь преобладающую диссоциативную симптоматику (дереализацию, деперсонализацию), самоповреждающее поведение, злоупотребление химическими веществами и периодические вспышки злости и агрессии [24]. Вообще поведенческие расстройства (негативизм, непослушание) часто сопровождают клинику ПТСР и у детей, и у подростков [25]. ПТСР у детей может приводить к потере контроля над импульсами, агрессией и злостью [26].

Поскольку диагностические критерии DSM для ПТСР не в полной мере отражают ПТСР ребенка, а диагностические критерии МКБ-10 для ПТСР, и вовсе, не содержат ни одного критерия, который отражал бы особенности детского возраста, крайне важным представляется исследование полного спектра симптомов данного расстройства у детей, в том числе симптомов детского ПТСР, выходящих за рамки диагностических критериев.

Цель исследования. Изучить симптоматику ПТСР у детей и установить связи выявленных у детей психопатологических симптомов с наличием ПТСР.

Материалы и методы

На первом этапе в течение 2009-2014 гг. участковыми врачами психиатрами амбулаторного приема филиала «Детство» ГБУЗ СО СОКПБ среди впервые обратившихся 4512 детей выявлялись дети, страдающие ПТСР. 38 детей с установленным диагнозом ПТСР были направ-

лены психиатрами для более углубленного обследования и оказания психотерапевтической помощи к врачу психотерапевту (автор исследования). Диагноз ПТСР у ребенка устанавливался на основании клинического исследования и соответствия клинических проявлений диагностическим критериям МКБ-10 [5,7]. Анамнестические и самоотчетные данные, полученные от родителей / опекунов основной группы учитывались при установлении диагноза ребенка, при этом использовалось неструктурированное интервью с ребенком и родителем, а также полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей [7,27]. 30 из направленных психиатром родителей и опекунов детей с ПТСР дали добровольное информированное согласие на углубленное исследование и эти пары ребенок-родитель / опекун были включены в настоящее исследование.

База клинико-психологического исследования включало выборку из 30 детей, направленных психиатром (основная группа) и 35 психически здоровых детей (контрольная группа). Критерии включения в исследование для основной группы: возраст 3÷18 лет, наличие верифицированного диагноза посттравматического стрессового расстройства, информированное согласие законного представителя пациента на участие в клиническом исследовании, информированное согласие пациента на участие в клиническом исследовании (для подростков старше 14 лет); критерии включения в исследование для контрольной группы: возраст 3÷18 лет, информированное согласие родителя (законного представителя) ребенка на участие в психологическом исследовании. Критерием исключения из исследования для контрольной группы являлось наличие установленного психического заболевания у ребенка.

Выборки детей основной (30 детей с верифицированным диагнозом ПТСР) и контрольной группы (35 детей без установленного диагноза ПТСР) были сопоставимы по полу (мальчиков/девочек – 56,6%/57,1% соответственно; $S_{bin}=9,044/8,355$, $p>0,05$) и среднему возрасту ($9,866\pm 3,586$ г., $3\div 17$ лет / $9,885\pm 3,333$ г., $4\div 17$ лет соответственно; $t=0,026$, $p>0,005$). Посредством Полуструктурированного интервью с родителем ребенка (см. Приложение 3), заполненного одним из родителей/опекунов детей основной группы (30 детей с диагнозом ПТСР) и контрольной группы (35 родителей здоровых детей сопоставимого возраста), были получены данные об особенностях поведения и психического состояния каждого ребенка. В интервью были включены также вопросы, касающиеся реакций детей на стрессогенные события, исходя из того, что с такими событиями могли столкнуться и дети контрольной группы. Данные 65 задокументированных интервью были формализованы и соотнесены с 34-мя описанными выше психопатологическими симптомами (специфичными для ПТСР, ассоциированными с ПТСР и неспецифичными).

Сравнительный анализ средних оценок групп сравнения проводился с помощью статистического пакета Vortex 8.0.7, имеющего необходимый сервис для расчетов средних величин со стандартными отклонениями, опре-

Таблица 1. Сравнение распространенности симптомов, подтверждаемых родителями/опекунами у детей основной и контрольной группы (n=65)

Психопатологический симптом	Группы сравнения				Разница	t
	Основная (n=30)		Контрольная (n=35)			
	n	%	n	%		
Стойкие непроизвольные вос-поминания перенесенного, от-ражающиеся во снах, усилива-ющиеся при попадании в ситу-ацию, напоминающую стрес-совую (flash-back) (МКБ-10)	30	100	2	5,7	94,3	5,701 ***
Снижение сосредоточения (МКБ-10)	30	100	8	22,9	77,1	4,242 ***
Избегание ситуаций, напоми-нающих стрессовую (МКБ-10)	28	93,3	0	0	93,3	5,974 ***
Раздражительность, вспышки гнева (МКБ-10)	26	86,7	3	8,6	78,1	4,856 ***
Нарушение засыпания, поверхностный сон (МКБ-10)	24	80	6	17,1	62,9	3,747 **
Повышенная боязливость (МКБ-10)	24	80	5	14,3	65,7	4,000 **
Повышенный уровень бодрствования (МКБ-10)	23	76,7	0	0	76,7	5,286 ***
Амnesia важных аспектов пере-несенного стресса (МКБ-10)	4	13,3	0	0	13,3	2,031 *
Снижение настроения при воспоминании о событии	26	86,7	0	0	86,7	5,712 ***
Повышение тревожности / тревожность	27	90	0	0	90,0	5,838 ***
Эмоциональная неустойчивость	25	83,3	16	45,7	37,6	1,699
Сниженный фон настроения	24	80	1	2,9	77,1	5,118 ***
Страх повторения травматического события	24	80	0	0	80	5,435 ***
Коммуникативные нарушения	23	76,7	5	14,3	62,4	3,840 **
Трудности в обучении	23	76,7	10	28,6	48,1	2,620 *

Резкое изменение рисунка поведения	23	76,7	0	0	76,7	5,286 ***
Свидения с негативным содержанием	21	70	0	0	70	5,012 ***
Ощущение отчужденности	18	60	0	0	60	4,577 ***
Неуверенное поведение	17	56,7	0	0	56,7	4,428 **
Поведенческие нарушения (нарушения дисциплины)	17	56,7	13	37,1	19,5	0,833
Затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме	17	56,7	0	0	56,7	4,428 **
Чувство вины, связанное с травмой	17	56,7	0	0	56,7	4,428 ***
Совместный сон с родителем / опекуном	15	50	6	17,1	32,9	2,145 *
Потеря интереса к любимым занятиям	15	50	0	0	50	4,122 **
Агрессивное поведение	14	46,7	4	11,4	35,2	2,539 *
Жалобы на плохое самочувствие	12	40	0	0	40,0	3,636 **
Возрастной психологический регресс	11	36,7	0	0	36,7	3,467 **
Жалобы на затруднение дыхания	10	33,3	0	0	33,3	3,294 *
Наличие единичных обманов восприятия	7	23,3	0	0	23,3	2,720 *
Лутоагрессивные действия	6	20	0	0	20	2,508 *
Энурез	4	13,3	0	0	13,3	2,031 *
Энкопрез	4	13,3	0	0	13,3	2,031 *
Занкание	2	6,7	0	0	6,7	1,425

Примечание: *t* - критерий Стьюдента ; *** - $p \leq 0,001$; ** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$; % считался от общего числа больных с симптомом в каждой строке; (МКБ-10) - симптом отражен в диагностических критериях МКБ-10 для ПТСР.

деления нормальности распределения, сравнения средних на основе *t*-критерия Стьюдента. Далее внесенные в электронную базу статистического пакета клинические, социо-демографические, психосоциальные, индивидуально-психологические и данные экспертного и социологического исследования участвовали в корреляционном анализе на основе вычисления коэффициентов корреляции посредством пакета Vortex 8.0.7.

Результаты и обсуждение

Из 35 родителей контрольной группы, заполнивших полуструктурированное интервью пережитые ребенком психотравмирующие ситуации отметили 5 родителей; в каждом из 5 случаев были отмечены 1-2 симптома ПТСР по МКБ-10. Результаты сравнения распространенности симптомов, выявленных в основной и контрольной группе представлены в таблице 1.

В группе здоровых детей по данным интервью с родителями в случае переживания ребенком психотравмирующей ситуации не отмечалось таких симптомов, как избегание ситуаций, напоминающих стрессовую; амнезия важных аспектов перенесенного стресса; снижение настроения при воспоминании о событии; повышение тревожности; страх повторения травматического события; резкое изменение рисунка поведения; сновидения с негативным содержанием; ощущение отчужденности; неуверенное поведение; затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о трав-

ме; чувство вины, связанное с травмой; потеря интереса к любимым занятиям; жалобы на плохое самочувствие; возрастной психологический регресс; жалобы на затруднение дыхания; наличие единичных обманов восприятия; аутоагрессивные действия; энурез; энкопрез и заикание. Все остальные симптомы, отмеченные также родителями здоровых детей, значительно преобладали в основной группе, за исключением поведенческих нарушений (нарушения дисциплины) ($p > 0,05$), что свидетельствует в пользу неспецифичности для ПТСР у детей данного симптома, но также и в пользу гипотезы о наибольшей актуальности

Таблица 2. Корреляционные связи психопатологических симптомов с наличием диагноза ПТСР (n=65)

Психопатологический симптом	Наличие диагноза ПТСР	
	F	p
Стойкие непроизвольные воспоминания перенесенного, отражающиеся во снах, усиливающиеся при попадании в ситуацию, напоминающую стрессовую (flash-back) (МКБ-10)	+0,940	0,001
Избегание ситуаций, напоминающих стрессовую ситуацию (МКБ-10)	+0,940	0,001
Повышение тревожности	+0,910	0,001
Снижение настроения при воспоминании о событии	+0,909	0,001
Страх повторения травматического события	+0,853	0,001
Резкое изменение рисунка поведения	+0,799	0,001
Повышенный уровень бодрствования (МКБ-10)	+0,799	0,001
Сниженный фон настроения	+0,790	0,001
Раздражительность, вспышки гнева (МКБ-10)	+0,783	0,001
Снижение сосредоточения (МКБ-10)	+0,780	0,001
Сновидения с негативным содержанием	+0,768	0,001
Ощущение отчужденности	+0,687	0,001
Затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме	+0,661	0,001
Чувство вины, связанное с травмой	+0,661	0,001
Повышенная боязливость (МКБ-10)	+0,659	0,001
Нарушение засыпания, поверхностный сон (МКБ-10)	+0,629	0,001
Коммуникативные нарушения	+0,628	0,001
Диссомнические и парасомнические нарушения	+0,614	0,001
Потеря интереса к любимым занятиям	+0,608	0,001
Соматические жалобы	+0,514	0,001
Возрастной психологический регресс	+0,487	0,001
Трудности в обучении	+0,480	0,001
Жалобы на затруднение дыхания	+0,473	0,001
Агрессивное поведение	+0,393	0,01
Эмоциональная лабильность	+0,389	0,01
Наличие единичных обманов восприятия	+0,375	0,01
Совместный сон с родителем /опекуном	+0,350	0,01
Аутоагрессивные действия	+0,344	0,01
Энурез	+0,277	0,05
Энкопрез	+0,277	0,05
Амнезия важных аспектов перенесенного стресса (МКБ-10)	+0,277	0,05
Поведенческие нарушения (нарушения дисциплины)	+0,195	0,2
Неуверенное поведение	Нерассч.	-

Примечание: (МКБ-10) - симптом отражен в диагностических критериях МКБ-10 для ПТСР

для родителей именно наблюдаемых поведенческих проблем ребенка.

Значимые различия между основной и контрольной группами ($p \leq 0,001$) были отмечены для симптомов, отвечающих диагностическим критериям МКБ-10 (5 из 8 симптомов), что подтверждает их высокую диагностическую значимость. Высокозначимые различия ($p \leq 0,001$) были выявлены также и для ассоциированных симптомов (2-я симптоматическая группа) - 6 из семи симптомов преобладали у детей с ПТСР: снижение настроения при воспоминании о событии; страх повторения травматического события; сновидения с негативным содержанием; ощущение отчужденности; затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме; чувство вины, связанное с травмой. Полученные данные подтверждают значение ассоциированных с детским ПТСР симптомов для дифференциальной диагностики.

При сравнении распространенности симптомов значимые межгрупповые различия были выявлены для 16ти неспецифических симптомов, наиболее высокозначимые различия ($p \leq 0,001$) были выявлены в отношении 3-х симптомов: повышенной тревожности; сниженного фона настроения; резкого изменения рисунка поведения. Эта находка может свидетельствовать о важной роли внешних неспецифических проявлений тревоги и депрессии как психопатологических симптомов возможного ПТСР у детей и настораживать врача относительно психотравмирующей ситуации в анамнезе. Неспецифические симптомы, отмеченные также родителями здоровых детей, значимо преобладали в основной группе, за исключением поведенческих нарушений (нарушения дисциплины) ($p > 0,05$), что свидетельствует в пользу неспецифичности для ПТСР у детей данного симптома, но также и в пользу гипотезы о наибольшей актуальности для родителей именно наблюдаемых поведенческих проблем ребенка.

С целью уточнения значимых связей выделенных в сравнительном исследовании симптомов с наличием диагноза ПТСР был проведен корреляционный анализ, в котором участвовали данные Полуструктурированных

интервью с родителями и опекунами детей как основной, так и контрольной групп ($n=65$). Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 2.

Для подавляющего большинства выявленных у детей симптомов обнаружены значимые позитивные связи с установленным им диагнозом ПТСР ($p < 0,05$). Наиболее сильные корреляционные связи с наличием ПТСР у ребенка были выявлены для симптомов, соответствующих диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10 (за исключением амнезии), а также для симптомов, не входящих в перечень диагностических критериев МКБ-10 для ПТСР (неспецифические симптомы), таких как: коммуникативные нарушения, диссомнические и парасомнические нарушения, соматические жалобы, возрастной психологический регресс, трудности в обучении, резкое изменение рисунка поведения, повышение тревожности и снижение настроения. Эта группа симптомов играла большую роль в диагностике, т.к. именно эти неспецифические нарушения чаще всего являлись основной причиной обращения родителей ребенка за помощью и в первую очередь предъявлялась психиатру.

Заключение

Лишь 23,5% психопатологических симптомов у детей из всего спектра выявленных симптомов относились к диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10, что свидетельствует о недостаточной способности МКБ-10 отражать симптоматику ПТСР в детском возрасте. Клиническая картина данного заболевания у детей включает неспецифические проявления, зачастую определяющие характер жалоб и в первую очередь привлекающие внимание родителей и специалистов. Полученные результаты исследования могут быть использованы при разработке клинических рекомендаций по диагностике и лечению стрессовых расстройств. ■

Есина О.Б., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО УГМУ. г.Екатеринбург., Сибирский тракт, 8й км, Тел.: 8 (343)229-98-20, e-mail: yesinao@mail.ru

Литература:

1. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей / В. В. Ковалев. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Москва : Медицина, 1995. – 560 с.
2. Herbert, M. Posttraumatic stress disorder in children / M. Herbert. – Leicester: British Psychological Society, 1996. – 38 p.
3. Yule, W. Posttraumatic stress disorders / W. Yule // Child and adolescent psychiatry: modern approaches / eds. M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov. – 3rd ed. – Oxford : Blackwell, 1995. – P. 392–406.
4. Малкина-Пых, И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2008. – 928 с.
5. Портнова, А. А. Типология посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков / А.А. Портнова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – Вып.12. – С. 9–12.
6. Психические расстройства у детей и подростков – вторичных жертв чрезвычайных ситуаций : пособие для врачей / С. В. Голуб, З. И. Кекелидзе, А. А. Портнова [и др.]. – Москва, 2008. – 196 с.
7. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 272 с.
8. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фoa, Т. М. Кина, М. Фридмана. – Москва : "Когито-Центр", 2005. – 467 с.

9. *Development of anxiety: the role of threat appraisal and fear learning / J. C. Britton, S. Lissek, C. Grillon [et al.] // Depress Anxiety. – 2011. – Vol. 28. – P. 5–17.*
10. *Gandhi, B. Anxiety in the pediatric medical setting45 / B. Gandhi, S. Cheek, J. V. Campo // Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. – 2012. – Vol. 21. – P. 643–653.*
11. *Kheirbek, M. A. Neurogenesis and generalization: a new approach to stratify and treat anxiety disorders / M.A. Kheirbek, K.C. Klemenhagen, A. Sahay // Nat. Neurosci. – 2012. – Vol. 15. – P. 1613–1633.*
12. *Lissek, S. Toward an account of clinical anxiety predicated on basic, neurally mapped mechanisms of Pavlovian fear-learning: the case for conditioned overgeneralization / S. Lissek // Depress Anxiety. – 2012. – Vol.29. – P. 257–263.*
13. *Gandhi, B. Anxiety in the pediatric medical setting45 / B. Gandhi, S. Cheek, J. V. Campo // Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. – 2012. – Vol. 21. – P. 643–653.*
14. *Sheeringa, M. S. Posttraumatic stress disorder / M.S. Sheeringa // Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment. – New York : Oxford University Press, 2004. – P. 377–397.*
15. *Almqvist, K. Refugee children in Sweden: post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence / K. Almqvist, M. Brandell-Forsberg // Child Abuse and Neglect. – 1997. – Vol. 4. – P. 351–366.*
16. *Психические расстройства у детей и подростков – вторичных жертв чрезвычайных ситуаций : пособие для врачей / С. В. Голуб, З. И. Кекелидзе, А. А. Портнова [и др.]. – Москва, 2008. – 196 с.*
17. *Benedek, D. M. First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers / D. M. Benedek, C. Fullerton, R. J. Ursano // Annu. Rev. Public. Health. – 2007. – Vol.28. – P. 55–68.*
18. *Malmquist, C. P. Children who witness parental murder: Posttraumatic aspects / C. P. Malmquist // Journal of the American Academy of Child Psychiatry. –1986. – Vol. 25, №3. – P. 320–325.*
19. *Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder / S. P. Cuffe, E. L. McCullough, A. Pumariega [et al.] // Journal of Child and Family Studies. – 1994. – Vol. 3. – P. 327–336.*
20. *Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic stress disorder / R. Famularo, T. Fenton, R. Kinscherff [et al.] // Child Abuse and Neglect. – 1996. – Vol. 20, №10. – P. 953–961.*
21. *Glod, C. Relationship between early abuse, PTSD, an activity levels in prepubertal children / C. Glod, M. H. Teicher // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1996. – Vol. 5. – P. 1384–1393.*
22. *McCullough, E. L. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder / E. L. McCullough, A. J. Pumariega // Journal of Child and Family Studies. – 1994. – Vol. 3. – P. 327–336.*
23. *Benedek, E. Children and psychic trauma: A brief review of contemporary thinking / E. Benedek // Posttraumatic stress disorder in children / eds. S. Eth, R.S. Pynoos. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985. – P. 1–16.*
24. *Goodwin, J. Post-traumatic stress symptoms in abused children / J. Goodwin // Journal of Traumatic Stress. – 1988. – Vol. 1. – P. 475–488.*
25. *A diagnostic outcome study of children and adolescents with severe burns / F. J. Stoddard, D. K. Norman, M. Murphy [et al.] // Journal of Trauma. – 1989. – Vol.29, №4. – P. 471–477.*
26. *Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents / H. Steiner, I. G. Garcia, Z. Matthews [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1997. – Vol.36, №3. – P. 357–365.*
27. *МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: исследовательские диагностические критерии. – Женева; Санкт-Петербург: ВОЗ, 1994. – 208 с.*