

<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2023.03.44-52>

Обзор [Review]

## **Дети – жертвы террористических организаций: международный опыт реабилитации и ресоциализации**

**Пережогин Л.О.** д.м.н., доцент, врач-психотерапевт, руководитель отделения Социальной психиатрии детей и подростков

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России  
119991, Москва, Кропоткинский пер. 23

**Цель:** изучение психических расстройств у детей в качестве последствий пребывания в зоне боевых действий (контртеррористических операций) и используемых в международной практике методов реабилитации и ресоциализации детей, возвращенных из зон вооруженных конфликтов.

**Методы.** Анализ литературы с 2000 по 2022 гг. Предпочтение отдавалось аналитическим обзорам и оригинальным исследованиям, а среди них – работам, доступным в полнотекстовом формате.

**Результаты.** Установлены закономерности формирования психических расстройств у детей – жертв войн и локальных конфликтов, оказавшихся на территориях, подконтрольных международной террористической организации ИГИЛ (запрещена в РФ); рассмотрены принципы оказания комплексной психолого-психиатрической помощи, реабилитации и ресоциализации данной группы детей (международный опыт).

**Заключение.** Выделены психические расстройства и нарушения социальной адаптации, формирующиеся у детей, возвращенных из зон боевых действий; установлена их возрастная, половая и культуральная специфика; исследованы применяющиеся в международной практике методы реабилитации и ресоциализации данных групп детей.

**Ключевые слова:** дети, подростки, жертвы терроризма, депрессии, тревожные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, реабилитация, ресоциализация.

**Для цитирования:** Пережогин Л.О. Дети – жертвы террористических организаций: международный опыт реабилитации и ресоциализации. *Психическое здоровье* 2023; 18(3): 44-52.

**Автор для корреспонденции:** Пережогин Лев Олегович; **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

**Финансирование:** исследование не имело спонсорской поддержки

**Конфликт интересов:** автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

**Поступила:** 31.01.2023

## **Child victims of terrorist organizations: international experience rehabilitation and resocialization**

**Perezhogin L.O.**

National Medical Center of Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky  
119034, Russia, Moscow, Kropotkinskiy Lane, 23

**Aim:** study of mental disorders in children as consequences of being in a combat zone (counter-terrorism operations) and methods of rehabilitation and re-socialization of children returned from armed conflict zones used in international practice.

**Methods.** Literature analysis from 2000 to 2022. Preference was given to analytical reviews and original research, and among them – works available in full-text format.

**Results.** The regularities of the formation of mental disorders in children – victims of wars and local conflicts who found themselves in territories controlled by the international terrorist organization ISIS (banned in the Russian Federation) are established; the principles of providing comprehensive psychological and psychiatric care, rehabilitation and re-socialization of this group of children are considered (international experience).

**Conclusion.** Mental disorders and disorders of social adaptation formed in children returned from war zones are identified; their age, gender and cultural specifics are established; methods of rehabilitation and re-socialization of these groups of children used in international practice are investigated.

**Keywords.** children, teenagers, victims of terrorism, depression, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, rehabilitation, resocialization.

**For citation:** Perezhogin L.O. Child victims of terrorist organizations: international experience of rehabilitation and resocialization. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2023; 18(3): 44-52. (In Russian).

**Corresponding author:** Lev O. Perezhogin; **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

**Conflict of interest.** Author declare no conflict of interest.

**Funding.** The study had no sponsorship.

**Accepted:** 31.01.2023

## Введение

**В** ходе многочисленных войн и локальных вооруженных конфликтов, имевших место в конце XX – начале XXI веков, наиболее уязвимой и наиболее пострадавшей категорией мирного населения, бесспорно, неизбежно оказываются дети. Совет Безопасности ООН выявил и осудил [60] 6 основных нарушений прав детей в ходе современных войн и локальных конфликтов, включая похищение детей, сексуальную эксплуатацию детей, вербовку детей в качестве солдат, в том числе – детей, прибывающих из-за границы, физическое и психологическое насилие над детьми, находящимися в зонах войн и локальных конфликтов, причинение детям в ходе боевых действий ранений и иных физических повреждений и увечий, причинение детям тяжелых психических травм вследствие голода, тяжелых условий жизни, гибели близких людей и лишения гарантированных Конвенцией о правах ребенка [3] неотъемлемых прав и благ (в том числе – доступа к образованию). Вопреки решениям Совета Безопасности ООН и многих национальных правительств, права детей, находящихся в зонах войн и локальных конфликтов, систематически нарушаются: например, только в период с 2005 по 2020 гг. ЮНИСЕФ выявлено около 100 тысяч детей, завербованных в качестве солдат [63], причем очевидно, что это число значительно ниже реальных показателей.

Установить точное число детей, пострадавших даже в ходе одного вооруженного конфликта, практически невозможно. В наибольшей мере это касается детей, получивших психические травмы, в том числе с отдаленными последствиями в виде ПТСР [31] и других форм посттравматической психической патологии [48]. Особенной группой риска среди детей – жертв войн и локальных конфликтов являются дети, непосредственно участвующие в боевых действиях. Как правило, это дети, воюющие в рядах боевиков террористических организаций. Печальную пальму первенства среди террористических групп, использовавших детей в качестве солдат, уверенно держит Исламское Государство (Исламское Государства Ирака и Леванта – ИГИЛ) (запрещено в РФ) [24].

Среди детей, находившихся на территориях, подконтрольных боевикам ИГИЛ, оказалось немало граждан Российской Федерации. С 2018 года в России

ведется системная планомерная работа по их возвращению на родину. Данная группа детей является во многом уникальной в плане воспитания, характера образования, индивидуально-личностных характеристик и спектра выявляемых у них психических расстройств [1]. Такая специфика требует выработки совершенно особых подходов к оценке психического состояния детей данной группы и стратегии их долгосрочной реабилитации [2], в связи с чем исключительно важную роль приобретает зарубежный опыт, в том числе – опыт государств, в которых традиционный Ислам является доминирующей религией и основой культуры.

**Цель настоящей работы:** проследить характер и динамику, выделить основные направления исследований в области психиатрической и социально-психологической помощи детям, жертвам войн и локальных конфликтов, в особенности – жертвам деятельности террористической организации ИГИЛ (запрещена в РФ).

## Методы

Были изучены 254 публикации, включенные в международные научные базы (Web of Science, Medline, Scopus) и отечественную базу публикаций РИНЦ, в которых проблемы детей – жертв войн и локальных конфликтов – рассматривались с клинических позиций как патологическое состояние, а основными методами исследования были клинико-психопатологический метод и психологический эксперимент. Рассматривались работы, опубликованные с 2000 по 2022 годы, однако в случае отсутствия данных границы поисковые запросы приходилось расширять. Предпочтение отдавалось аналитическим обзорам и оригинальным исследованиям, а среди них – работам, доступным в полнотекстовом формате.

## Формирование психических расстройств у детей, жертв войн и локальных конфликтов, и закономерности их течения

Основы социально-психиатрических исследований развития детей, перенесших тяжелые психи-

ческие травмы, заложил U. Bronfenbrenner в 1979 году [15]. Он впервые обосновал связь между воздействием психических травм и иных неблагоприятных воздействий на психическое состояние и развитие ребенка и убедительно показал, что эти воздействия во многом определяют жизнь и психическое здоровье во взрослом периоде. Семейное окружение, обучение, политика и экономическая среда вокруг ребенка оказывают непосредственное влияние на его взрослую жизнь [18]. Войны и локальные конфликты все чаще вовлекают в число жертв мирное население, и в особенности – детей, независимо от расовой, этнической и религиозной принадлежности [11].

Кроме опасности военных действий и непосредственно связанного с ними риска, нахождение ребенка в условиях военного конфликта влечет за собой большое количество косвенных угроз. К таковым относится значительно возрастающий уровень внутрисемейного насилия, сексуального насилия и приобретения раннего сексуального опыта, особенно у девочек, насилия со стороны сверстников, в том числе и в школе, голод, отсутствие медицинской помощи и другие негативные факторы, способные оказать воздействие на характер развития и показатели психического здоровья [17, 28, 50]. Имеются существенные основания полагать, что чем больше негативных факторов в совокупности воздействовали на ребенка, тем более выраженными будут у него нарушения физического, психического здоровья и социального функционирования, наблюдаемые во взрослом возрасте. Ряд данных указывает на высокий риск формирования асоциального образа жизни и криминального поведения [23], другие – на физическую патологию [56], но большинство данных – на формирование психических расстройств [21, 43].

Характер психических расстройств, выявляемых у детей, являющихся жертвами войн и локальных конфликтов, позволяет утверждать, что собственно посттравматические расстройства, включая ПТСР, играют в катамнезе далеко не самую ведущую роль. Так, среди 187 детей, возвращенных в Россию с территорий ИГИЛ (террористическая организация, запрещена в РФ) специалистами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России было выявлено всего 26 детей с ПТСР (F43.1) [1]. Зарубежные исследователи также отмечают, что число детей, обнаруживающих ПТСР после тяжелых психических травм, относительно невелико. Значительно выше показатели депрессии, суицидального риска, употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем [14], расстройств

поведения, нарушения внимания и общих когнитивных показателей [32, 48, 64]. Особенно тяжелые последствия для психического здоровья наблюдались у детей, находившихся в тюрьмах и сходных по содержанию с тюрьмами лагерях [39].

Многими исследователями отмечается значительно более высокий риск формирования психических расстройств у детей, в отношении которых действовала не военная, а террористическая угроза: дети, оказавшиеся жертвами террористических организаций и находившиеся на подконтрольных им территориях во время контртеррористических операций, страдают в большей степени, чем дети – жертвы войн [61]. Часто детей этой группы, особенно подростков, воспринимают не столько в качестве жертв, сколько в качестве потенциальных угроз [10, 31]. Часто эту негативную тенденцию поддерживают СМИ, создавая образ детей, исповедующих культ насилия и экстремизма [44]. Как следствие, меняется отношение общества к детям – жертвам терроризма, что служит закреплению у них депрессивных, связанных с чувством вины, переживаний и формированию отрицательной аутоидентификации. Многие дети, жертвы терроризма, в итоге оказываются не в реабилитационных центрах, а в тюрьмах, где риск формирования психических расстройств значительно выше [6, 39].

Многие исследователи, работавшие с детьми, находившимися на территориях, подконтрольных ИГИЛ (террористическая организация, запрещена в РФ), указывают на уникальность сложившихся там условий [52]. Как следствие, и картина психических расстройств у детей, эвакуированных с территорий, подконтрольных ИГИЛ, носит несколько иной характер, чем у детей, ставших жертвами войн и террористических актов в других регионах. Вероятно, это связано с длительностью и комплексным воздействием негативных факторов на все сферы жизни. Ряд исследователей предполагают, что особенности арабской культуры и характер Ислама, приверженцами которого являлись участники ИГИЛ, по сути сформировали у детей, длительное время проживавших на территории самопровозглашенного «государства» особый тип личности и особый тип психического реагирования, что требует применения иных диагностических критериев, отличающихся от таковых в DSM-5 и МКБ-10 [33]. Число исследований детей, возвращенных из ИГИЛ, крайне мало, однако, несмотря на их ограниченность, можно выделить несколько существенных закономерностей, характерных для данной группы детей в целом.

Как правило, степень воздействия психотравмирующего фактора коррелирует с вызванными последствиями (так называемый дозозависимый эффект). В частности, у детей, подвергавшихся ракетным обстрелам, выраженность симптомов непосредственно соотносилась с удаленностью их проживания от точек падения и взрыва ракет [40]. Сходные данные сообщали специалисты, проводившие обследование детей, подвергавшихся ракетным обстрелам в Израиле [38]. Дети, проживавшие на территории ИГИЛ, подвергались непрерывному психотравмирующему воздействию на протяжении нескольких лет. По сути, это был их образ жизни. В то же время выраженность последствий психической травмы прямо коррелирует с тяжестью выпавших на долю ребенка испытаний, рассматриваемых в субъективном контексте. Угроза собственной жизни, гибель близких людей – значительно более острая травма, чем гибель десятков тысяч детей в соседнем городе; субъективная угроза значимее, чем объективная; получение телесных повреждений значительно повышает уровень восприятия угрозы; несколько угроз, разнесенных в пространстве, воспринимаются тяжелее, чем угрозы, реализованные в одном месте [26, 27, 45, 57]. Дети младшего возраста традиционно воспринимаются как более уязвимые, однако различия с более старшим возрастом обусловлены не частотой расстройств, а их характером: для младших детей характерны более заметные окружающим симптомы ПТСР, для более старших – тревожно-депрессивные расстройства [46]. Девочки страдают от психических травм в большей мере, чем мальчики. Девочки реже, чем мальчики, формируют адаптивные стратегии, хотя внешние проявления (особенно, если речь идет об агрессии) у мальчиков могут быть выражены более значительно [51]. Исходно социально успешные дети (в учебе, в контактах с другими детьми, в социальном функционировании в широком смысле слова) переносят психические травмы со значительно меньшими последствиями. Если у ребенка превентивно сформированы навыки преодоления трудностей, последствия перенесенных психических травм минимизируются. Низкий социально-экономический статус обычно ассоциирован с большей уязвимостью [9]. Дети младшего возраста (до 5 лет) реагируют на психические травмы в значительно меньшей степени, если рядом с ними находятся эмоционально значимые взрослые (прежде всего, матери). После 5–6 лет этот фактор имеет куда меньшее значение, поскольку дети становятся более автономными. В то же время гиперопекающее поведение родственников повышает

риск развития ПТСР. Сравнительные исследования также показывают, что семьи с более гибкими воспитательными стратегиями лучше обеспечивают защиту ребенка от ПТСР, чем действующие по жесткому воспитательному сценарию (в частности, жесткой религиозной традиции) [37]. Хороший адаптационный потенциал обеспечивает посещение школы и наличие друзей среди сверстников.

Дети, ставшие жертвами войн и локальных конфликтов, в частности – в ходе антитеррористических операций, должны непременно включаться в лонгитудинальные реабилитационные программы. Если дети данной группы не получали долгосрочную реабилитацию, то последствия психических травм прослеживались в их поведении спустя много лет. Часто в зрелом возрасте они становились источниками опасности для себя и окружающих [12, 29, 49, 65].

#### **Программы реабилитации и ресоциализации детей – жертв войн и локальных конфликтов**

Программы реабилитации детей, жертв терроризма, войн и локальных конфликтов, создаются и реализуются с различным успехом практически во всех уголках мира [67]. Как правило, реабилитационные программы реализуются несколько лет (в среднем – от 3 до 5) и включают несколько направлений, в том числе – лечение соматической патологии, последствий ранений и травм, лечение психической патологии, в том числе – последствий психических травм, таких как депрессии и ПТСР, обучение, приобретение мирной профессии, интеграцию в традиционную религиозную среду. В связи с разным характером полученных травм, различным числом и возрастом пострадавших, каждая страна, каждый регион, этническая и религиозная община должна выстраивать свою уникальную реабилитационную программу [53].

Длительность и сложность построения реабилитационных программ делают их дорогостоящими, что существенно ограничивает их применение. В Сирии и Ираке, более других стран пострадавших от деятельности ИГИЛ, специальные реабилитационные программы для своих граждан не реализуются. Пострадавшие дети получают медицинскую и психологическую помощь по факту обращения. В то же время в тюрьмах и лагерях на территории Сирии и Ирака находится не менее 50000 взрослых и детей – иностранных граждан, не принимавших участия в преступлениях ИГИЛ. Среди детей соотношение приехавших с родителями и родившихся на территории



ИГИЛ составляет около 1:2,5 [20]. Таким образом, большинство детей росли и воспитывались в условиях доминирования идеологии и культуры террористического режима, их возвращение на родину их родителей (как правило, в родственные приемные семьи) должно осуществляться как можно быстрее. Однако темпы их возвращения в страны, откуда прибыли они и/или их родители, весьма скромные. Более 600 человек детей и матерей были репатрированы в Казахстан, сопоставимое число – в Россию. Значительное число детей было возвращено в Узбекистан и Малайзию. В то же время большинство государств ЕЭС не репатриировали ни одного ребенка (!) (всего в ЕЭС возвращено около 180 человек, из них 110 – в Косово). В США были возвращены 12 человек [66].

В зарубежных реабилитационных программах для детей, жертв терроризма, войн и локальных конфликтов, ключевую позицию занимает психотерапевтическая работа: особенно популярна когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), нарративная экспозиционная терапия (НЭТ) (как специфический метод лечения ПТСР), десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ), семейная и творческая терапия [25]. Вероятно, эта практика, возможно, с некоторыми оговорками, может быть перенесена и на детей, возвращаемых из ИГИЛ. Среди наиболее важных факторов, обеспечивающих в будущем хорошее социальное функционирование и психическое здоровье у детей, воспитанных в исламской культуре, выделяют интеграцию в приемную семью, поддержку со стороны религиозных лидеров, доступ к образованию [36].

Зарубежные исследователи все более отходят в своем видении проблем детей, вернувшихся из ИГИЛ, от концепции ПТСР. Аномальная среда, в которой воспитывались дети «халифата», создала у них аномальную адаптацию. Таким образом, речь идет не столько о психической травме, сколько об аномальном, искаженном развитии (developmental trauma disorder, DTD) [63]. В ряде случаев выявляются нейробиологические факторы, коррелирующие с изменением в поведении [58].

Алгоритм лечения и реабилитации детей, жертв терроризма, войн и локальных конфликтов, включает, как правило, несколько этапов: диагностику соматического и психического здоровья, лечение в стационаре или в амбулаторных условиях, психотерапевтическое лечение и психологическую работу с ребенком и его семьей, участие в специальных образовательных программах, участие в творческих и спортивных программах. Осуществление программ находится под кон-

тролем органов здравоохранения, образования и социальной защиты (с учетом специфики разных стран). Во многих случаях группа детей получает куратора от муниципального органа власти и духовного наставника [22, 30, 55, 54].

Разработанная в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России программа психотерапевтической помощи детям, возвращенным в Россию из ИГИЛ, включала 3 этапа: на первом этапе преобладали техники мышечной релаксации, аутогенная тренировка, системная десенсибилизация; на втором – когнитивно-поведенческая терапия; на третьем – личностно-ориентированные техники и семейная терапия [1]. В Казахстане в программе реабилитации преобладает психологическая помощь: систематическое наблюдение (социально-психологический патронаж), консультирование, экстренная психологическая помощь, работа групп взаимной поддержки и клубов общения [4].

Группой исследователей из США специально для детей, возвращаемых из ИГИЛ, была разработана Система мероприятий по реабилитации и интеграции (Rehabilitation and Reintegration Intervention Framework – RRIF). В рамках этой системы выделены 5 основных целей, реализуемых на уровне личности, семьи, группы сверстников, общины: диагностика и лечение психических расстройств (фармакотерапия и психотерапия), поддержка ребенка внутри семьи и семьи в социуме, содействие успехам в обучении, обеспечение поддержки общества и высокого уровня безопасности [66]. В рамках программы с каждым ребенком и с каждой семьей в рамках своей компетенции работает большое число специалистов и волонтеров, и работа ведется для достижения индивидуальных целей, обозначенных для каждого ребенка. Каких-либо общих мероприятий и единого регулирования реабилитационной работы, единых методов реабилитации RRIF не предусмотрено.

Принципиальным звеном зарубежных реабилитационных программ является оценка степени риска противоправного и экстремистского поведения детей, возвращенных из ИГИЛ, в будущем [19]. Для этой цели используются специальные психологические инструменты, включая: Child and Adolescent Needs and Strengths–Trauma Comprehensive Version (CANS–TCV) (Шкала потребностей детей и подростков, перенесших сильную травму) и Child Behaviour Checklist for Ages 6–18 (CBCL/6–18) (Структурированный опросник детского поведения 6–18 лет), которые служат для оценки поведения и фиксации последствий перенесенной

травмы [7, 8, 13]. Используются также Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) (Шкала оценки риска насилия у молодежи) и Early Assessment Risk List (EARL) (Шкала ранней оценки риска насилия), которые направлены на оценку возможного риска применения насилия [13]. Для оценки возможного экстремистского поведения используются Violent Extremism Risk Assessment-2 (VERA-2) (Шкала оценки риска экстремизма и насилия) и Terrorist Radicalization Assessment Protocol-18 (TRAP-18) (Протокол оценки террористической радикализации) [41, 47].

Валидизированные русскоязычные версии перечисленных инструментов отсутствуют, имеется только перевод СВСЛ/6–18 [5]. В отечественной программе реабилитации (см. выше) оценка риска радикального поведения в будущем также не предусмотрена. В плане профилактики радикального поведения в реабилитационных программах следовало бы предусмотреть блоки психотерапевтической помощи, направленные на переработку индивидуального восприятия личной и семейной истории.

### Заключение

Несмотря на то, что ИГИЛ (запрещено в Российской Федерации) было разгромлено, последствия его деятельности будут ощущаться еще долго. Одной из ведущих проблем, оставшихся после уничтожения ИГИЛ, стали дети, воспитанные в идеологии терроризма, пережившие насилие, утрату близких, риск для собственной жизни. Многие из них обучались стрельбе, участвовали в расправах и казнях, изучали радикальный Ислам. В итоге у детей, возвращенных в Россию с территорий, подконтрольных ИГИЛ, наблюдается широкий спектр психических расстройств и личностных изменений, требующих длительного лечения и реабилитации.

В настоящей работе представлены закономерности формирования психических расстройств у детей – жертв войн и локальных конфликтов, оказавшихся на территориях, подконтрольных ИГИЛ, с учетом международного опыта рассмотрены принципы оказания комплексной психолого-психиатрической помощи, реабилитации и ресоциализации данной группы детей.

### Литература

- Захарова Н.М., Пережогин Л.О., Милехина А.В. Комплексная психотерапия посттравматических расстройств у детей, возвращаемых из зон боевых действий // Российский психиатрический журнал 2022; (4): 57–63.
- Кекелидзе З.И., Захарова Н.М., Милехина А.В., Баева А.С., Пережогин Л.О. Принципы организации медико-социальной реабилитации детей, вынужденно находившихся на территории, подконтрольной ИГИЛ (в зоне боевых действий) в соответствии с конкретными проявлениями и возрастными особенностями. Методические рекомендации. М. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, 2021. 28 с.
- Конвенция ООН о правах ребенка. Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 года.
- Об утверждении Правил и сроков социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности. Приказ Министерства образования и науки Республики Казахстан от 4 сентября 2020 года № 382. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 сентября 2020 года № 21172.
- Пережогин Л.О., Казаковцев Б.А., Новикова Г.Р. Школьная дезадаптация: комплексная оценка и коррекция. Методические рекомендации. М. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, 2021. 28 с.
- Abbara A, Rayes D, Ekzayez A, Jabbour S, Marzouk M, Alnahhas H, Basha S, Katurji Z, Sullivan R, Fouad F.M. The health of internally displaced people in Syria: are current systems fit for purpose? *J Migr Health*. 2022 (21); 6:100-126.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families. 2001
- Augimeri, L.K., Koegl, C.J., Webster, C D. Levene, K. Early assessment risk list for boys: EARL- 20B. Version 2. Toronto, ON: Child Development Institute. 2001.
- Becker-Blease K.A, Turner H.A, Finkelhor D: Disasters, victimization, and children’s mental health. *Child Dev* 81(4):1040–1052, 2010.
- Betancourt T, Simmons S, Borisova I, Brewer S.E, Soudière M.D. High hopes, grim reality: reintegration and the education of former child soldiers in Sierra Leone. *Comparat Int Educ Rev*. 2008; 52(4):565–587.
- Betancourt T.S, Keegan K, Farrar J, Brennan R.T. The intergenerational impact of war on mental health and psychosocial wellbeing: lessons from the longitudinal study of war-affected youth in Sierra Leone. *Confl Heal*. 2020; 14(1):62.
- Boer F, Smit C, Morren M, Roorda J, Yzermans J: Impact of a technological disaster on young children: a five-year postdisaster multi-informant study. *J Trauma Stress* 22(6):516–524, 2009.
- Borum, R., Bartel, P., Forth, A. Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY). Psychological Assessment Resources. 2006.
- Brockie TN, Dana-Sacco G, Wallen GR, Wilcox HC, Campbell JC. The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based native American adolescents and young adults. *Am J Community Psychol*. 2015; 55(3–4):411–421.
- Bronfenbrenner U. Contexts of child rearing: problems and prospects. *Am Psychol*. 1979; 34 (10):844–850.
- Catani C, Jacob N, Schauer E, Kohila M, Neuner F. Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children’s mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2008; 8:1–10.
- Catani C, Schauer E, Neuner F. Beyond individual war trauma: domestic violence against children in Afghanistan and Sri Lanka. *J Marital Fam Ther*. 2008; 34(2):165–176.
- Cicchetti D, Toth SL, Maughan A. An ecological-transactional model of child maltreatment. In: Sameroff A, Lewis M, Miller S, editors. *Handbook of developmental psychopathology*. Boston, MA: Springer; 2000.

19. Cook J, Vale G. From Daesh to 'Diaspora': Tracing the Women and Minors of Islamic State London: International Center for the Study of Radicalization; 2018.
20. Cook, J., Vale, G. From Daesh to 'Diaspora' II: The challenges posed by women and minors after the fall of the caliphate. *CTS Sentinel*, 2019; 12: 30–43.
21. Coppock V, Mcgovern M. "Dangerous minds"? deconstructing counter-terrorism discourse, radicalisation and the "psychological vulnerability" of Muslim children and young people in Britain. *Child Soc.* 2014; 28(3):242–256.
22. Dagleish, T., Meiser-Stedman, R., Smith, P. Cognitive aspects of posttraumatic stress reactions and their treatment in children and adolescents: An empirical review and some recommendations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2005; 33: 459–486.
23. Edalati H, Nicholls T.L, Crocker A.G, Roy L, Somers J.M, Patterson M.L. Adverse childhood experiences and the risk of criminal justice involvement and victimization among homeless adults with mental illness. *Psychiatr Serv.* 2017; 68(12): 1288–1295.
24. Editorial article. The abandoned children of the Islamic State. *The Lancet Child Adolescent Health*. 2020 Oct; 4(10): 709.
25. Eruyar S, Huemer J, Vostanis P. Review: How should child mental health services respond to the refugee crisis? *Child and Adolescent Mental Health*. 2018; 23(4): 303–312.
26. Furr J.M, Comer J.S, Edmunds J.M, Kendall P.C: Disasters and youth: a meta-analytic examination of posttraumatic stress. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(6): 765–780,
27. Green BL, Korol M, Grace MC, et al.: Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 30: 945–951.
28. Guruge S, Ford-Gilboe M, Varcoe C, Jayasuriya-Illesinghe V, Ganesan M, Sivayogan S, Kanthasamy P, Shanmugalingam P, Vithanarachchi H. Intimate partner violence in the post-war context: women's experiences and community leaders' perceptions in the Eastern Province of Sri Lanka. *PLoS ONE*. 2017; 12(3): 1–16
29. Gurwitsch R.H, Kees M, Becker S.M, Schreiber M, Pfefferbaum B, Diamond D: When disaster strikes: responding to the needs of children. *Prehosp Disaster Med*. 2004; 19(01): 21–28.
30. Heptinstall, E., Sethna, V., Taylor, E. PTSD and depression in refugee children: Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 13: 373-380.
31. Hermenau K, Hecker T, Maedl A, Schauer M, Elbert T. Growing up in armed groups: trauma and aggression among child soldiers in DR Congo. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 4: 1–9.
32. Hunt T.K.A, Slack K.S, Berger L.M. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse Negl*. 2017; 67: 391–402
33. Ibrahim H, Ertl V, Catani C, Ismail A.A, Neuner F. The validity of posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1): 1–8
34. ICS. Women and Children First: Repatriating the Westerners Affiliated with Isis Brussels: International Crisis Group; 2019.
35. Kaplin D, Parente K, Santacroce F.A. A review of the use of trauma systems therapy to treat refugee children, adolescents, and families. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2019; 18(4): 417–431
36. Kira I.A, Amer M.M, Wrobel N.H. Arab refugees: Trauma, resilience, and recovery. In: Nassar-McMillan S, Ajrouch K, J Hakim-Larson (eds.), *Biopsychosocial Perspectives on Arab Americans*. Boston, MA: Springer. 2013; 175–195.
37. Laor N, Wolmer L, Cohen DJ: Mothers' functioning and children's symptoms five years after a Scud missile attack. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1020–1026.
38. Laor N, Wolmer L, Mayes LC, et al.: Israeli preschoolers under Scud missile attacks: a developmental perspective on risk-modifying factors. *Arch Gen Psychiatry* 53:416–423, 1996
39. Levitt L. The comparative risk of mistreatment for juveniles in detention facilities and state prisons. *Int J Forensic Ment Health*. 2010; 9(1): 44–54.
40. Masten AS, Osofsky JD: Disasters and their impact on child development: introduction to the special section. *Child Dev* 2010; 81(4):1029–1039.
41. Meloy, J.R. The operational development and empirical testing of the Terrorist Radicalization Assessment Protocol (TRAP-18). *Journal of Personality Assessment*. 2018; 100(5): 483–492.
42. Miller K.E, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med*. 2010; 70(1): 7–16.
43. Nelson C.A, Scott R.D, Bhutta Z.A, Harris N.B, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020; 371: 1–9.
44. Norris F.H, Stevens S.P. Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatr*. 2007; 70(4): 320–328.
45. Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tucker PM, et al.: Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1372–1379
46. Pfefferbaum B, Noffsinger MA, Wind LH, Allen JR: Children's coping in the context of disasters and terrorism. *J Loss Trauma*. 2014; 19(1): 78–97.
47. Pressman, D. E., Flockton, J. Calibrating risk for violent political extremists and terrorists: The VERA 2 structured assessment. *The British Journal of Forensic Practice*. 2012; 14(4): 237–251.
48. Ramiro L.S, Madrid B.J, Brown D.W. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse Negl*. 2010; 34(11): 842–855.
49. Sack W.H, Him C, Dickason D: Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38:1173–1179.
50. Saile R, Ertl V, Neuner F, Catani C. Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse Negl*. 2014; 38(1):135–146.
51. Shannon MP, Lonigan CJ, Finch AJ Jr, Taylor CM: Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 80–93.
52. Silverman D. Too late to apologize? collateral damage, post-harm compensation, and insurgent violence in Iraq. *Int Organ*. 2020; 74(4): 853–871.
53. Stathi S, Roscini C. Identity and acculturation processes in multi-cultural societies. In: *Understanding Peace and Conflict Through Social Identity Theory*. Springer. 2016. pp 55–69.
54. Sukabdi, Z.A. Psychological rehabilitation for ideology-based terrorism offenders. *Journal of Neurorehabilitation*. 2017; 4: 1–9.
55. Sukabdi, Z. A. Terrorism in Indonesia: A review on rehabilitation and deradicalization. *Journal of Terrorism Research*. 2015; 6: 36–56.
56. Taylor S.E, Way B.M, Seeman T.E. Early adversity and adult health outcomes. *Dev Psychopathol*. 2011; 23(3): 939–954.
57. Udwin O, Boyle S, Yule W, Bolton D, O'Ryan D. Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in



- adolescence: predictors of posttraumatic stress disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 969–979.
58. Uhernik, J. A. Using neuroscience in trauma therapy: Creative and compassionate counseling. Routledge. 2017.
  59. UNICEF. Six grave violations against children in times of war How children have become frontline targets in armed conflicts. (2022).
  60. United Nations Security Council. Resolution 1612 (2005) <http://unscr.com/en/resolutions/doc/1612>
  61. United Nations. Report of the united nations counter-terrorism. (2018–2021). [www.un.org/counterterrorism/cct/publications-reports](http://www.un.org/counterterrorism/cct/publications-reports)
  62. Van der Heide, L., Alexander, A. Homecoming: Considerations for rehabilitating and reintegrating Islamic State affiliated minors. Combating Terrorism Center at West Point. 2020. <https://ctc.usma.edu/homecoming-considerations-for-rehabilitating-and-reintegrating-islamic-state-affiliated-minors/>
  63. van der Kolk, B.A. Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 2005; 35(5): 401–419.
  64. Voisin D.R, Elsaesser C.M. Pathways from polyvictimization to youth problem behaviors: the critical role of school engagement. *Int J High Educ*. 2013; 2(4):15–30.
  65. Wang C, Chan C.L, Ho R.T: Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: a systematic review of epidemiological studies across 1987–2011. *Soc Psych Psych Epid*. 2013; 48(11):1697–1720.
  66. Weine S, Brahmabatt Z, Cardeli E, Ellis H. Rapid Review to Inform the Rehabilitation and Reintegration of Child Returnees from the Islamic State. *Ann Glob Health*. 2020; 86(1): 64.
  67. Ziedel R, Al-Hashimi H. A phoenix rising from the ashes? Daesh after its territorial losses in Iraq and Syria. *Perspect Terror*. 2019; 13(3): 32–43.
- ## References
1. Zakharova N.M., Perezhogin L.O., Milekhina A.V. Comprehensive psychotherapy for post-traumatic disorders in children returning from war zones // *Russian Psychiatric Journal* 2022; (4): 57–63.
  2. Kekelidze Z.I., Zakharova N.M., Milekhina A.V., Baeva A.S., Perezhogin L.O. The principles of organizing the medical and social rehabilitation of children who were forced to stay in the territory controlled by ISIS (in the war zone) in accordance with specific manifestations and age characteristics. Guidelines. M. FGBU “NMITs PN im. V.P. Serbian” Ministry of Health of the Russian Federation, 2021. 28 p.
  3. UN Convention on the Rights of the Child. Adopted by resolution 44/25 of the UN General Assembly on November 20, 1989.
  4. On approval of the Rules and terms of social rehabilitation of children affected by terrorist activities. Order of the Minister of Education and Science of the Republic of Kazakhstan dated September 4, 2020 No. 382. Registered with the Ministry of Justice of the Republic of Kazakhstan on September 4, 2020 No. 21172.
  5. Perezhogin L.O., Kazakovtsev B.A., Novikova G.R. School maladjustment: a comprehensive assessment and correction. Guidelines. M. FGBU “NMITs PN im. V.P. Serbian” Ministry of Health of the Russian Federation, 2021. 28 p.
  6. Abbara A, Rayes D, Ekzayez A, Jabbour S, Marzouk M, Alnahhas H, Basha S, Katurji Z, Sullivan R, Fouad F.M. The health of internally displaced people in Syria: are current systems fit for purpose? *J Migr Health*. 2022(21); 6:100–126.
  7. Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families. 2001
  8. Augimeri, L.K., Koegl, C.J., Webster, C D. Levene, K. Early risk assessment list for boys: EARL–20B. Version 2. Toronto, ON: Child Development Institute. 2001.
  9. Becker-Blease K.A, Turner H.A, Finkelhor D: Disasters, victimization, and children’s mental health. *Child Dev* 81(4):1040–1052, 2010.
  10. Betancourt T, Simmons S, Borisova I, Brewer S.E, Soudière M.D. High hopes, grim reality: reintegration and the education of former child soldiers in Sierra Leone. *Comparat Int Educ Rev*. 2008; 52(4):565–587.
  11. Betancourt T.S, Keegan K, Farrar J, Brennan R.T. The intergenerational impact of war on mental health and psychosocial wellbeing: lessons from the longitudinal study of war-affected youth in Sierra Leone. *Confl Heal*. 2020; 14(1):62.
  12. Boer F, Smit C, Morren M, Roorda J, Yzermans J: Impact of a technological disaster on young children: a five-year postdisaster multi-informant study. *J Trauma Stress* 22(6):516–524, 2009.
  13. Borum, R., Bartel, P., Forth, A. Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY). Psychological Assessment Resources. 2006.
  14. Brockie TN, Dana-Sacco G, Wallen GR, Wilcox HC, Campbell JC. The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based native American adolescents and young adults. *Am J Community Psychol*. 2015; 55(3–4):411–421.
  15. Bronfenbrenner U. Contexts of child rearing: problems and prospects. *Am Psychol*. 1979; 34(10):844–850.
  16. Catani C, Jacob N, Schauer E, Kohila M, Neuner F. Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children’s mental health in Sri Lanka. *B.M.C. Psychiatry*. 2008; 8:1–10.
  17. Catani C, Schauer E, Neuner F. Beyond individual war trauma: domestic violence against children in Afghanistan and Sri Lanka. *J Marital Fam Ther*. 2008; 34(2):165–176.
  18. Cicchetti D, Toth SL, Maughan A. An ecological-transactional model of child maltreatment. In: Sameroff A, Lewis M, Miller S, editors. *Handbook of developmental psychopathology*. Boston, MA: Springer; 2000.
  19. Cook J, Vale G. From Daesh to ‘Diaspora’: Tracing the Women and Minors of Islamic State London: International Center for the Study of Radicalization; 2018.
  20. Cook, J., Vale, G. From Daesh to ‘Diaspora’ II: The challenges posed by women and minors after the fall of the caliphate. *CTS Sentinel*, 2019; 12:30–43.
  21. Coppock V, Mcgovern M. “Dangerous minds”? deconstructing counter-terrorism discourse, radicalization and the “psychological vulnerability” of Muslim children and young people in Britain. *Child Soc*. 2014; 28(3):242–256.
  22. Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R., Smith, P. Cognitive aspects of posttraumatic stress reactions and their treatment in children and adolescents: An empirical review and some recommendations. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 2005; 33:459–486.
  23. Edalati H, Nicholls T.L, Crocker A.G, Roy L, Somers J.M, Patterson M.L. Adverse childhood experiences and the risk of criminal justice involvement and victimization among homeless adults with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2017; 68(12): 1288–1295.
  24. Editorial article. The abandoned children of the Islamic State. *The Lancet Child Adolescent Health*. 2020 Oct; 4(10): 709.
  25. Eruyar S, Huemer J, Vostanis P. Review: How should child mental health services respond to the refugee crisis? *Child and Adolescent Mental Health*. 2018; 23(4): 303–312.
  26. Furr J.M, Comer J.S, Edmunds J.M, Kendall P.C: Disasters and youth: a meta-analytic examination of posttraumatic stress. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(6): 765–780,



27. Green BL, Korol M, Grace MC, et al.: Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 30:945–951.
28. Guruge S, Ford-Gilboe M, Varcoe C, Jayasuriya-Illesinghe V, Ganesan M, Sivayogan S, Kanthasamy P, Shanmugalingam P, Vithanarachchi H. Intimate partner violence in the post-war context: women's experiences and community leaders' perceptions in the Eastern Province of Sri Lanka. *PLOS ONE*. 2017; 12(3): 1–16
29. Gurwitsch R.H, Kees M, Becker S.M, Schreiber M, Pfefferbaum B, Diamond D: When disaster strikes: responding to the needs of children. *Prehosp Disaster Med*. 2004; 19(01): 21–28.
30. Heptinstall, E., Sethna, V., Taylor, E. PTSD and depression in refugee children: Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 13:373–380.
31. Hermenau K, Hecker T, Maedl A, Schauer M, Elbert T. Growing up in armed groups: trauma and aggression among child soldiers in DR Congo. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 4:1–9.
32. Hunt T.K.A, Slack K.S, Berger L.M. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse Negl*. 2017; 67:391–402
33. Ibrahim H, Ertl V, Catani C, Ismail A.A, Neuner F. The validity of posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *B.M.C. Psychiatry*. 2018; 18(1): 1–8
34. ICS. Women and Children First: Repatriating the Westerners Affiliated with Isis Brussels: International Crisis Group; 2019.
35. Kaplin D, Parente K, Santacroce F.A. A review of the use of trauma systems therapy to treat refugee children, adolescents, and families. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2019; 18(4): 417–431
36. Kira I.A, Amer M.M, Wrobel N.H. Arab refugees: Trauma, resilience, and recovery. In: Nassar-McMillan S, Ajrouch K, J Hakim-Larson (eds.), *Biopsychosocial Perspectives on Arab Americans*. Boston, MA: Springer. 2013; 175–195.
37. Laor N, Wolmer L, Cohen DJ: Mothers' functioning and children's symptoms five years after a Scud missile attack. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:1020–1026.
38. Laor N, Wolmer L, Mayes LC, et al.: Israeli preschoolers under Scud missile attacks: a developmental perspective on risk-modifying factors. *Arch Gen Psychiatry* 53:416–423, 1996
39. Levitt L. The comparative risk of mistreatment for juveniles in detention facilities and state prisons. *Int J Forensic Mental Health*. 2010; 9(1): 44–54.
40. Masten AS, Osofsky JD: Disasters and their impact on child development: introduction to the special section. *Child Dev* 2010; 81(4):1029–1039.
41. Meloy, J.R. The operational development and empirical testing of the Terrorist Radicalization Assessment Protocol (TRAP-18). *Journal of Personality Assessment*. 2018; 100(5): 483–492.
42. Miller K.E, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med*. 2010; 70(1): 7–16.
43. Nelson C.A, Scott R.D, Bhutta Z.A, Harris N.B, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020; 371:1–9.
44. Norris F.H, Stevens S.P. Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatr*. 2007; 70(4): 320–328.
45. Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tucker PM, et al.: Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1372–1379
46. Pfefferbaum B, Noffsinger MA, Wind LH, Allen JR: Children's coping in the context of disasters and terrorism. *J Loss Trauma*. 2014; 19(1): 78–97.
47. Pressman, D. E., Flockton, J. Calibrating risk for violent political extremists and terrorists: The VERA 2 structured assessment. *The British Journal of Forensic Practice*. 2012; 14(4): 237–251.
48. Ramiro L.S, Madrid B.J, Brown D.W. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse Negl*. 2010; 34(11): 842–855.
49. Sack W.H, Him C, Dickason D: Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38:1173–1179.
50. Saile R, Ertl V, Neuner F, Catani C. Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse Negl*. 2014; 38(1):135–146.
51. Shannon MP, Lonigan CJ, Finch AJ Jr, Taylor CM: Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:80–93.
52. Silverman D. Too late to apologize? collateral damage, post-harm compensation, and insurgent violence in Iraq. *Int Organ*. 2020; 74(4): 853–871.
53. Stathi S, Roscini C. Identity and acculturation processes in multicultural societies. In: *Understanding Peace and Conflict Through Social Identity Theory*. Springer. 2016. pp. 55–69.
54. Sukabdi, Z.A. Psychological rehabilitation for ideology-based terrorism offenders. *Journal of Neurorehabilitation*. 2017; 4:1–9.
55. Sukabdi, Z. A. Terrorism in Indonesia: A review on rehabilitation and deradicalization. *Journal of Terrorism Research*. 2015; 6:36–56.
56. Taylor S.E, Way B.M, Seeman T.E. Early adversity and adult health outcomes. *Dev Psychopathol*. 2011; 23(3): 939–954.
57. Udwin O, Boyle S, Yule W, Bolton D, O'Ryan D. Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: predictors of posttraumatic stress disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41:969–979.
58. Uhernik, J. A. *Using neuroscience in trauma therapy: Creative and compassionate counseling*. Routledge. 2017.
59. UNICEF. Six grave violations against children in times of war (2022).
60. United Nations Security Council. Resolution 1612 (2005) <http://unscr.com/en/resolutions/doc/1612>
61. United Nations. Report of the united nations counter-terrorism. (2018–2021). [www.un.org/counterterrorism/cct/publications-reports](http://www.un.org/counterterrorism/cct/publications-reports)
62. Van der Heide, L., Alexander, A. Homecoming: Considerations for rehabilitating and reintegrating Islamic State affiliated minors. Combat Terrorism Center at West Point. 2020. <https://ctc.usma.edu/homecoming-considerations-for-rehabilitating-and-reintegrating-islamic-state-affiliated-minors/>
63. van der Kolk, B.A. Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 2005; 35(5): 401–419.
64. Voisin D.R, Elsaesser C.M. Pathways from polyvictimization to youth problem behaviors: the critical role of school engagement. *Int J High Educ*. 2013; 2(4):15–30.
65. Wang C, Chan C.L, Ho R.T. Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: a systematic review of epidemiological studies across 1987–2011. *Soc Psych Psych Epid*. 2013; 48(11):1697–1720.
66. Weine S, Brahmabatt Z, Cardeli E, Ellis H. Rapid Review to Inform the Rehabilitation and Reintegration of Child Returnees from the Islamic State. *Ann Glob Health*. 2020; 86(1): 64.
67. Ziedel R, Al-Hashimi H. A phoenix rising from the ashes? Daesh after its territorial losses in Iraq and Syria. *Perspective Terror*. 2019; 13(3): 32–43.