

УДК 159.9

Александров Д. О.,

доктор психологічних наук, доцент,
доцент кафедри соціальної роботи,
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка
E-mail: denisaleks73@gmail.com

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОЇ ПІДДАТЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДАМ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

У статті наведені результати авторського емпіричного дослідження вікових особливостей особистісної вразливості посттравматичним стресовим розладам постраждалих внаслідок бойових дій у зоні проведення антитерористичної операції на сході України. Описані особливості особистісних змін внаслідок психологічної травматизації постраждалих військовиків та дітей. Дослідження включало порівняльне психодіагностичне вивчення військовиків Національної гвардії України, які були учасниками бойових дій, та дітей евакуйованих з зони проведення антитерористичної операції до міжнародного дитячого центру «Артек» (Київ, Пуща-Водиця).

Виявлені розбіжності у показниках посттравматичного стресового розладу та індивідуально-психологічного профілю постраждалих внаслідок бойових дій військовиків та дітей. На основі кореляційного аналізу, встановлені вікові відмінності провідних психологічних чинників що обумовлюють піддатність деструктивним посттравматичним стресовим розладам представників обох досліджуваних вибірок. Ці особистісні детермінанти постраждалих унаслідок бойових дій військовиків та дітей дозволяють визначити особливості організації психопрофілактичних заходів з урахуванням вікових особливостей. Доведено, що при наданні психологічної допомоги та реалізації психореабілітаційних заходів, є низка особистісних характеристик, які потребують корекції незважаючи на вікові особливості постраждалих. Окрім того, виявлені відмінності особистісних особливостей постраждалих комбатантів та дітей, які необхідно враховувати при реалізації психокорекційних заходів з урахуванням вікових особливостей клієнтів.

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад, комбатанти, діти, постраждали внаслідок бойових дій, індивідуально-психологічні фактори, психологічна допомога.*

Постановка проблеми. Ефективність психологічної допомоги постраждалим внаслідок бойових дій на сході України на сьогоднішній день, залишається пріоритетним напрямом діяльності держави, спрямованого на захист населення, а відтак є важливим чинником забезпечення національної безпеки. Разом із тим, організація психологічної допомоги у різних її формах, яка здійснюється державними та недержавними організаціями, потребує якісного переосмислення на основі нового досвіду. Якщо раніше психологічна допомога постраждалим від психотравматичних ситуацій була більшою мірою виключенням з загальної практики, то на теперішній час даний напрям діяльності виходить на перший план. Це обумовлене тим, що у країні наслідки психотравматичних подій відчули не лише військовослужбовці, що безпосередньо виконують свій обов'язок у зоні бойових дій, але й інші широкі верстви населення. До таких вразливих категорій населення можна віднести вимушених переселенців, травматизація яких пов'язана не лише із безпосереднім перебуванням у зоні військового конфлікту, але й із складнощами подальшої інтеграції у новому середовищі. Окрім того, до постраждалих слід віднести й людей, які безпосередньо не пов'язані із військовими діями на сході України, однак зазнали психологічної травматизації через втрату чи поранення рідних та близьких. І особливої уваги потребують діти, для яких переживання переселення або втрати на війні батьків є особливо травмуючою подією, яка може докорінно змінити усе їхнє майбутнє. Ці нагальні потреби визначають необхідність якнайшвидшого накопичення вітчизняного досвіду надання кваліфікованої психологічної допомоги усім категоріям постраждалих від бойових дій на сході України.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасній світовій практиці проблема дослідження психологічних механізмів посттравматичних стресових розладів є досить докладно розробленою. Проте, залишаються відкритими питання обґрунтування специфікації надання психологічної допомоги, у межах реабілітаційних заходів, різним категоріям постраждалих. Традиційно склалася практика профілактики наслідків психотравматизації різних категорій населення на загальних засадах. Відмінність може полягати виключно в застосовуваних техніках діагностики ступеня травматизації та модифікацією стандартних технік відповідно до віку чи статі постраждалого. Зокрема, навіть

у науковому світі (Е. Фoa, М. Т. Кін, М. Фрідман та ін.) й до сьогодні існує думка, що, наприклад, чинник віку не має вирішального значення при лікуванні ПТСР. Паралельно існують дослідження, присвячені вивченню особливостей надання допомоги окремим категоріям за гендерним або віковим принципом.

Аналізуючи причини виникнення ПТСР у дітей, то традиційно до найбільш поширених психотравматичних ситуацій відносили фізичне й, зокрема, сексуальне насильство. Так, П. Александер, Л. Тері та інші науковці зазначають, що насильство, пережите у дитинстві, частіше, ніж інші травматичні ситуації, призводить до розвитку ПТСР [8].

Іншим аспектом виникнення ПТСР у дітей, зважаючи на їхню загострену вікову вразливість, є ситуації, коли дитина є свідком нанесення шкоди родичу або близькій для неї людині. Коли діти є свідками насильства, вбивства чи травматизації рідної людини, то втрачають відчуття захищеності, а відтак, за словами І. П. Брязгунова, Є. В. Столярова, та інших дослідників, піддаються суттєвому ризику виникнення ПТСР [1]. Крім таких чинників, як безпосередня загроза здоров'ю або життю близької людини або ж самої дитини, важливою травмуючою обставиною стає відчуття дитиною власної безпорадності.

Також, ризик виникнення ПТСР у дітей значно залежить від втрати звичного адаптивного середовища, яке, на жаль, є невід'ємним наслідком вимушеного переселення. Як зазначають науковці, біженці приблизно у 10 разів частіше страждають на ПТСР, аніж населення приймаючих територій [14]. Піддатливість переселенців ПТСР визначається не тільки перенесеною психічною травмою або фізичними стражданнями, яких вони зазнали, зіткнувшись із військовими діями у місцях їхнього звичного проживання, але й подальшими пролонгованими психотравматичними переживаннями, пов'язаними зі змінами їхніх соціальних статусів, втратою звичних умов існування, фінансовими труднощами, а також соціальною ізоляцією у місцях вимушеного переселення. Окрім того, зазначають Г. Девідсон, К. Мюррей та Р. Швейцер, психотравматизація вимушених переселенців не залишається позаду після від'їзду із територій військового конфлікту, а продовжує існувати для них одночасно з сім'єю та друзями, які часто залишаються у зоні бойових дій [10].

І якщо ці чинники впливають на дорослих вимушених переселенців, то діти тим паче стають групою ризику виникнення деструктивних наслідків ПТСР, адже, як зазначає Д. Хуберман [11], внаслідок вікових особливостей та психологічної вразливості їм складніше активувати власні адаптаційні ресурси, завдяки яким вони змогли б швидше пристосуватися до нових умов існування.

С. Г. Сухіасян це пояснює тим, що серед основних чинників, які визначають вразливість ПТСР вимушених переселенців із зони бойових дій, є так званий «вторинний стрес», коли проблеми, пов'язані із адаптацією до нових умов життя, нашаровуються на первинні наслідки психотравматизації внаслідок пережитих трагічних подій, свідками яких вони були, і які призвели до руйнації звичних умов існування. Тому, для вимушених переселенців загалом, і дітей, зокрема, критична ситуація містить такі складові: 1) соціальна катастрофа у вигляді пережитого насильства, 2) соціально-культурний стрес, викликаний як зміною місця проживання, так і впливом незвичних патернів сімейного функціонування у новому соціальному оточенні, 3) соціально-економічна криза на території переселення [6].

Відак, для постраждалих внаслідок бойових дій на сході України психотравматичність пережитої екстремальної ситуації визначається як високим рівнем стресогенності подій, які призвели до переселення (бойові дії, катастрофи, переслідування, насильство тощо), так і пролонгованим характером процесу адаптації у новому соціокультурному середовищі.

Дітям, які зазнали таких значних психологічних травм, у більшості випадків притаманна наявність усіх симптомів ПТСР: нав'язливе відтворення травматичної ситуації, уникнення пов'язаних з подією спогадів, підвищена фізіологічна збудливість і порушення функціонування [4]. Як показують численні дослідження, невіршеність травматичного досвіду у дітей призводить до відстрочених негативних психологічних наслідків, які перешкоджають подальшій здатності дитини реалізувати себе соціально, професійно та особистісно [12].

Що ж стосується іншої категорії досліджуваних, якими виступають військовослужбовці, що постраждали від ПТСР внаслідок участі у бойових діях, то однією з основних проблем, яка призвела до їхньої психотравматизації, є повна протилежність деструктивної дійсності війни і мирних умов [13]. За результатами багатьох досліджень доведено, що понад 40 % комбатантів не можуть самостійно реадaptуватися до мирних умов життя внаслідок постстресової травматизації. Це свідчить про значну роль адаптаційних процесів у формуванні бойової психічної патології. Повна протилежність реалій війни умовам мирного життя є причиною того, що повноцінна адаптація до бойової обстановки за її межами набуває ознак патологічної поведінки. Багато ознак адаптації до умов бойових дій стають основою «ядерних» симптомів ПТСР. Чим досконалішою та стійкішою є специфічна адаптація до умов бойової обстановки, тим більш виражена подальша соціально-психологічна дезадаптація у звичайному мирному середовищі [2].

Виникає парадокс, коли краща адаптація до стресогенних умов бойової обстановки порушує подальшу реадaptaцію до мирного життя. І чим тривалішою є специфічна адаптація до умов війни, тим яскравішими стають ознаки ПТСР, зокрема: сприймання навколишнього середовища як ворожого; гіперактивація уваги; тривожна настороженість; автоматизація військових навичок; готовність до імпульсивного захисного реагування на загрозовий стимул у формі втечі або агресії; звуження емоційного діапазону; прагнення до «відходу» від реальності за рахунок переоцінки моральних проблем; постійна виснажлива готовність до миттєвої мобілізації сил, відповідної екстремальному режиму психічного функціонування нейровегетативного забезпечення [5].

Формування ПТСР у військовослужбовців після тривалого перебування у зоні бойових дій зачіпає не тільки глибинні емоційно-афективні сфери психіки, але і більш вразливі когнітивні рівні, світоглядні установки, систему мотивацій, індивідуальні відносини тощо. Постстресова психотравматизація порушує особистісні характеристики, які визначають адаптаційний потенціал людини. Це супроводжується підвищенням особистісної тривожності, напруженості й конфліктності, порушенням адекватності самооцінки, зниженням стійкості до психогенних та інших зовнішніх впливів [3].

Під впливом ПТСР у постраждалих військовослужбовців виникають такі психічні новоутворення, які обумовлюють їхню замкнутість і підозрілість, що призводить до відчуття дистанційованості від соціального оточення. Як зазначають М. Вілліамс та С. Пойула, постраждалі виявляють ознаки аномії, схильність до агресії та насильства, не визнають загально визнаних у соціумі авторитетів, страждають від безсоння та кошмарів, переживають почуття провини на тлі відчуття внутрішньої зміненості, безпорадності, приниженості і втраті життєвих перспектив. Комбатанти неспроможні забути власний бойовий досвід і наділити його сенсом, через що у них часто спостерігаються стани депресії. Внутрішній спокій забезпечується створенням у душі «мертвого простору», де спогади відрізані від їхнього емоційного тла. Ціною цього спокою є відчуження, що створює перешкоди до встановлення близьких взаємин та здатності любити й довіряти. Відзначаються високий рівень негативних афектів, знецінення близьких стосунків, грубість або, навпаки, інфантильна залежність, що може призводити до високого ризику розлучень. Як форма компенсації травматичних переживань стає зловживання наркотиками та алкоголем, що стає додатковим чинником, який ускладнює реабілітацію постраждалих внаслідок ПТСР військовослужбовців [16].

З наведеного стає очевидним, що симптоматика ПТСР є схожою у всіх постраждалих внаслідок пережитої психотравматизації через військові дії. Але вікові особливості накладають відбиток на формування особистісних новоутворень, що обумовлені вразливістю ПТСР. Тому ми розділяємо позицію Д. Брієра [9], відповідно до якої при організації психологічної допомоги постраждалим внаслідок психотравматизації, необхідно виходити з принципів індивідуалізації. Таким чином, для реалізації ефективної психологічної допомоги постраждалим внаслідок ПТСР необхідно враховувати ті індивідуально-психологічні чинники, що обумовлені віковими особливостями.

Але й досі залишаються недостатньо опрацьованими аспекти, пов'язані із здійсненням порівняльних аналізів різних категорій постраждалих з метою науково обґрунтованого пошуку спільних та відмінних характеристик, які мають враховуватися при організації психологічної допомоги. Адже ефективність реабілітаційних заходів залежить не лише від глибини та стійкості порушення психологічної цілісності особистості, але й повинна враховувати цілу низку особистісних характеристик, що можуть впливати, як на вразливість, так і на стійкість до психотравматизації.

Мета статті: аналіз особливостей вікових чинників, що пов'язані із вразливістю посттравматичним стресовим розладам, з метою визначення специфіки надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок бойових дій на сході України.

Для реалізації поставленої мети серед завдань нашого дослідження є вивчення індивідуально-психологічних особливостей постраждалих внаслідок бойових дій дітей та військовослужбовців для виявлення провідних вікових відмінностей психологічних чинників, які визначають вразливість ПТСР. На підставі цього стає можливим визначення чинників, які потребують врахування при специфікації організації реабілітаційних заходів.

Обрання саме дітей та військовослужбовців обумовлене тим, що перші є найбільш вразливими щодо наслідків психотравматизації внаслідок вікових особливостей світосприймання, а другі – зазнали суттєвих деструктивних наслідків під впливом інтенсивної бойової діяльності. Саме тому на прикладі цих двох категорій найбільш яскраво можна відстежити вікові відмінності наслідків психотравматичного впливу військових дій.

Виклад основного матеріалу. У ході емпіричного дослідження нами проводилося вивчення бійців Національної гвардії України, які брали участь в АТО у період найбільшого загострення 2014–2015 років, та дітей, постраждалих внаслідок бойових дій на сході України, у тому

числі, з числа вимушених переселенців, а також тих, батьки яких загинули, зникли безвісті або зазнали поранень. Відповідно, емпіричну вибірку склали:

– 75 військовослужбовців в/ч 3018 Національної гвардії України у смт. Гостомель віком від 25 до 44 років, які були учасниками антитерористичної операції на сході країни і за результатами планових досліджень штатних психологів військової частини демонструють ознаки посттравматичних стресових розладів після участі у бойових діях;

– 62 дитини віком від 13 до 15 років, що перебували у Міжнародному дитячому центрі «Артек» (м. Київ, Пуща-Водиця), оскільки цей центр у тому числі орієнтований на перебування дітей, постраждалих внаслідок бойових дій у зоні проведення АТО і які мали ознаки посттравматичного стресового розладу. Внаслідок загостреності емоційного реагування, притаманного підлітковому віку, вони гостріше переживають наслідки бойових дій, свідками яких вони були, а тим паче, якщо зазнали втрату або суттєву травматизацію когось з батьків.

Опис психодіагностичних формалізованих методик:

1) Методика діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS) розроблювалась та впроваджується вже багато років F. W. Weathers [15]. На теренах пострадянського наукового простору ця методика одержала поширення, коли була переведена та валідизована Н. В. Тарабріною [7].

Модифікований опитувальник травматичного стресу CAPS складається з блоків питань, спрямованих на діагностику комплексу симптомів, що супроводжують постстресову психотравматизацію за питаннями, зорієнтованими на встановлення кількісних та якісних характеристик. Для діагностики бійців, постраждалих внаслідок бойових дій, нами застосовувався стандартний протокол, а для отримання змістовного результату серед представників дитячої вибірки опитувальник було модифіковано відповідно до завдань дослідження постстресової психотравматизації дітей.

2) Поліфакторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла (16-PF форма С) використовується для швидкого та всебічного дослідження індивідуально-психологічних особливостей людини, адже він діагностує конституціональні фактори особистості. Ця методика надала можливість виявити не лише відмінності психологічного профілю постраждалих бійців та дітей, але й дозволила виміряти формалізовані показники, необхідні для здійснення подальшого кореляційного аналізу.

Математико-статистичний аналіз здійснювався за допомогою програмного пакету MS Excel-2007.

На основі узагальнення одержаних результатів визначено рівень виразності психотравматизації бійців учасників бойових дій та дітей, який виник внаслідок перенесеної стресової ситуації. Загальний рівень ПТСП за методикою CAPS у дітей складає 70,7 балів, водночас як серед учасників бойових дій цей показник сягав 69,1 балів. З цього можна зробити висновок про те, що у дитячому віці наслідки пережитої психологічної травматизації мають дещо глибші прояви, незважаючи навіть на віддаленість у часі від моменту стресогенних подій. При аналізі можливих відмінностей психологічних профілів обох груп постраждалих за методикою Р. Кеттелла, нами враховувалися не лише безпосередні усереднені результати за основними факторами методики, але й різницю цих показників у представників досліджуваних вибірок (див. табл. 1).

Таблиця 1

Профілі постраждалих від ПТСП бійців АТО та дітей за методикою Р. Кеттелла

Фактор	Бійці		Діти		Різниця
A	7,2	Відкритість	4,9	Замкненість	2,3
B	3,3	Інтелект	5,6	Інтелект	2,3
C	7,1	Емоційна стійкість	5,5	Емоційна лабільність	1,6
E	6,5	Домінантність	5,2	Підлеглість	1,3
F	5,9	Стриманість	5,6	Стриманість	0,3
G	7,1	Нормативність поведінки	5,6	Піддатливість почуттям	1,5
H	7,6	Схильність до ризику	4,2	Невпевненість	3,4
I	5,2	Жорсткість	5,7	Жорсткість	0,5
L	6,8	Підозрілість	5,3	Довірливість	1,5
M	5,9	Прагматичність	5,2	Прагматичність	0,7
N	6,2	Дипломатичність	5,4	Прямолінійність	0,8
O	5,8	Впевненість у собі	6,9	Тривожність	1,1
Q1	6,3	Радикалізм	4,6	Консерватизм	1,7
Q2	6,8	Нонконформізм	5,1	Конформність	1,7
Q3	7,4	Високий самоконтроль	5,1	Низький самоконтроль	2,3
Q4	5,7	Розслабленість	6,2	Напруженість	0,5

Для аналізу найбільш виражених індивідуально-психологічних рис та якостей наведемо їх характеристику від більш виражених до менш

очевидних. Для цього візьмемо за модулем показник відхилення середнього значення кожної особистісної характеристики методики Р. Кеттелла від значення у 6 балів, яке приймається за нейтральне значення. Адже чим більш виражене відхилення від нейтрального значення у бік мінімальних або максимальних балів, тим яскравіше виражається відповідне значення відповідного фактору. Тому ми проранжували особистісні характеристики від тих, які мають більше відхилення, й до тих, які мають мінімальне відхилення від нейтрального значення. Це дозволяє виявити якості, притаманні представникам кожної вибірки. Окрім того, при описі умовно розіб'ємо показники відхилення середніх значень профілю на три блоки:

– до першого блоку увійшли індивідуально-психологічні якості, які мають найбільш виражений прояв і відхилення яких від нейтрального значення перевищують 1 бал;

– до другого блоку увійшли якості, що мають помірну вираженість прояву і відхилення яких знаходяться у межах діапазону від 0,9 до 0,5 балів;

– до третього блоку увійшли найменш виражені якості, що потрапили у діапазон значень від 0,4 до 0,1 бали і які, хоча й не мають суттєвого прояву, однак, дозволяють спостерігати, хоч і мінімальну, однак, все ж таки тенденцію вияву того або іншого значення відповідного фактору.

Аналізуючи усереднений профіль постраждалих від посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій, то серед найбільш виражених, притаманних їхньому профілю якостей, що увійшли до першого блоку, слід виокремити, перш за все, показник фактору В, який демонструє досить посередній рівень інтелектуальних здібностей (2,7 балів відхилення від середньої норми). Не можна робити висновок про безпосередній зв'язок рівня інтелектуального розвитку та піддатливості посттравматичним розладам, адже такі вони потребують окремого спеціального дослідження із використанням спеціалізованих методик докладного вивчення інтелектуальної сфери особистості. Хоча, як гіпотезу, можна висунути припущення про можливість посттравматичного гальмування окремих розумових функцій, поряд з розладами інших компонентів пізнавальної сфери, на кшталт порушень пам'яті чи сприймання.

Наступною за виразністю характеристикою є показник фактору Н, який визначає схильність до ризику (1,6 балів відхилення). Можна дійти висновку, що досвід перебування в екстремальних ситуаціях загодує готовність до ризикованої поведінки, яка, разом із тим, не завжди пов'язана із схильністю до невиправданого ризику. На це вказує досить високий рівень самоконтролю, зафіксований за фактором Q3, який має

наступний за вагомістю показник (1,4 балів відхилення), а також підтверджується виразністю прояву фактору С, який демонструє достатньо виражену емоційну стійкість (1,1 балів відхилення).

Очевидними є й збереженість певних соціальних характеристик, які визначаються, з одного боку, вираженістю відкритості до комунікативної взаємодії, на що вказує показник фактору А (1,2 балів відхилення), а з іншого – схильністю до дотримання нормативності поведінки та загального рівня дисципліни, що підтверджується фактором G (1,1 балів відхилення).

Серед помірно виражених якостей, притаманних профілю бійців, що увійшли до другого блоку, то серед них слід виокремити прояв жорсткості у поведінці, за показником фактору І (0,8 балів відхилення). Напористість та певна готовність до агресії може бути пов'язаною із схильністю до підозрливості, що також є однією з ознак посттравматичних особистісних змін, і підтверджується фактором L, показник якого має 0,8 балів відхилення. При цьому, така поведінка може бути пояснена вираженістю категоричності й нонконформізму на тлі домінантності, що підтверджується показниками факторів Q2 (0,8 балів відхилення) та E (0,5 балів відхилення), відповідно.

Серед слабо виражених якостей, які лише намічають тенденцію профілю, що увійшли до третього блоку, то серед них слід виокремити певний радикалізм поглядів та позицій, на що вказує фактор Q1 (0,3 балів відхилення). Разом із тим, слабка вираженість даної характеристики не набуває конфліктогенного рівня через певну розслабленість та дипломатичність, які обумовлені факторами Q4 (0,3 балів відхилення) та N (0,2 балів відхилення). Аналогічно можна констатувати наявність, хоча й не вираженої, однак частково збереженої впевненості у собі (за показником фактору O з відхиленням у 0,2 балів) та стриманості (за фактором F з відхиленням у 0,1 балів відхилення), які можуть бути пов'язані із певною прагматичністю, на що вказує показник фактору M (0,1 балів відхилення).

Загальне враження про нормальне функціонування базових індивідуально-психологічних конструктів дає змогу, на перший погляд, зробити позитивний прогноз щодо збереження цілісності особистісної структури бійців, постраждалих від посттравматичних стресових розладів. Однак, остаточні висновки можна робити після дослідження кореляційних зв'язків цих характеристик із рівнем прояву ПТСР, що буде здійснене нижче. На даному ж етапі дослідження особливостей узагальнених психологічних профілів обмежимося констатацією більш або менш виразних психологічних якостей, для можливості їх порівняння із профілем постраждалих від посттравматичних стресових

розладів дітей. Для цього наведемо характеристику профілю експериментальної групи дітей, розкриваючи її так само по низхідній, від більш виражених, до менш виражених якостей.

Аналізуючи усереднений профіль постраждалих від посттравматичних стресових розладів дітей, виявлено, що серед найбільш виражених притаманних їхньому профілю якостей, що увійшли до першого блоку, виокремлено, перш за все, загострену невпевненість у собі та власних силах, на що вказує виразність фактору Н (1,8 балів відхилення). Побоювання життєвих змін, які частіше асоціюються з небезпекою, обумовлює суттєвий прояв консерватизму за показником фактору Q1 (1,4 балів відхилення). У свою чергу, такі побоювання формують відчуття тотальної тривоги та недовіри щодо оточення. На тлі усвідомлення власної винятковості через травматичний досвід, суттєво обмежує схильність до відкритості комунікації і визначає тенденцію до самоізоляції та замкненості, на що вказує фактор А (1,1 балів відхилення).

Серед помірно виражених якостей, притаманних профілю постраждалих дітей, що увійшли до другого блоку, можна виокремити виражену тривожну пригніченість та вразливість, що демонструє фактор О (0,9 балів відхилення). Це може бути пов'язане із конформним побоюванням приймати рішення, певним послабленням ініціативності, на що вказує показник фактору Q2 (0,9 балів відхилення) та відповідної схильності до підпорядкованості, відповідно до прояву фактору Е (0,8 балів відхилення). Разом із тим, накопичене напруження може набувати форм неконтрольованих розрядок, коли зниження самоконтролю визначається не асоціальною дезадаптивністю, а, скоріш за все, є формою вияву внутрішньої конфліктності, що видно з показника фактору Q3 (0,9 балів відхилення).

Намагання спростити сприймання життєвих ситуацій, які суб'єктивно оцінюються як потенційно небезпечні, обумовлює зниження природної для даного віку мрійливості до рівня простого практичного поверхневого мислення, що впливає з прояву показника фактору М (0,8 балів відхилення). Проте, їм притаманна й суто дитяча довірливість та певна наївність прямолінійних поведінкових проявів, на що вказують показники факторів L (0,7 балів відхилення) та N (0,6 балів відхилення). Проте, внутрішнє занепокоєння породжує емоційну нестійкість дитини та її низьку толерантність до фрустрацій, що визначає певну дратівливість на тлі астенізації, що стає очевидним з рівня вираженості показника фактору С (0,5 балів відхилення).

Серед слабко виражених якостей, які лише намічають тенденції у психологічному профілі постраждалих дітей, що увійшли до третього блоку, то серед них слід виокремити збереженість на середньому

рівні ознак інтелекту, що впливає з показника фактору В (0,4 балів відхилення). Прояви стриманості мають епізодичний характер через піддатливість почуттям, на що вказують фактори F та G відповідно (по 0,4 балів відхилення кожен). Прояви жорсткості, відповідно до показника фактору I (0,3 балів відхилення), хоча й не набувають тотального характеру, однак, розвиваються на тлі не завжди усвідомлюваної, а тому й зовні невираженої тривожної напруженості, що видно з фактору Q4 (0,2 балів відхилення).

Як видно навіть з такого поверхневого аналізу, профілі постраждалих від посттравматичних стресових розладів дітей та дорослих мають досить істотні відмінності. Тому, наступним кроком нашого дослідження було виявлення відмінностей профілів постраждалих від ПТСР бійців АТО та дітей. Для цього ми проранжували усі індивідуально-психологічні якості відповідних факторів по низхідній, починаючи від тих, які мають найбільшу відмінність прояву у баловому еквіваленті профілів представників обох вибірок, до тих, які мають найменшу відмінність (табл. 2).

Для наочності ми так само будемо розкривати у першу чергу більш яскраво виражені розбіжності профілів, які перевищують 1 бал усереднених значень відповідних факторів, після чого торкнемося інших показників, які мають менш виражені розбіжності у діапазоні від 0,9 до 0,3 балів.

Таким чином, можна констатувати, що найбільша відмінність по низхідній вагомості показника у профілях постраждалих від ПТСР бійців АТО та дітей спостерігається за фактором Н, відповідно до якого постраждалим бійцям більшою мірою притаманна схильність до ризику, водночас як у постраждалих дітей проявляється протилежна тенденція до невпевненості.

На другому місці за рейтингом опинилися відмінності за показниками А, з чого впливає наступна особливість, згідно з якою бійцям притаманна більша відкритість, а постраждалим дітям – замкненість. Фактор В також досить суттєво відрізняється у представників обох вибірок і визначає більшу гнучкість мислення дітей при певній ригідності розумової сфери постраждалих бійців. Так само й прояв фактору Q3 визначає відмінність у прояву самовладання, відповідно до чого можна констатувати вищий рівень самоконтролю у бійців та нижчий прояв даної якості у постраждалих дітей.

На третьому місці за рейтингом відмінностей розташовані показники факторів Q2 та Q1, що вказує на прояв нонконформізму та радикалізму у бійців, водночас як у дітей спостерігається протилежна тенденція схильності до конформного консерватизму.

Таблиця 2

Відмінність профілів постраждалих від ПТСР бійців АТО та дітей за методикою Р. Кеттелла

Фактор	Бійці	Діти	Різниця показників обох вибірок	Рейтинг ваги відмінності
H	Схильність до ризику	Невпевненість	3,4	1
A	Відкритість, комунікативність	Ізольованість, замкненість	2,3	2
B	Розумовий розвиток	Розумовий розвиток		
Q3	Високий самоконтроль	Низький самоконтроль		
Q2	Нонконформізм	Конформність	1,7	3
Q1	Радикалізм	Консерватизм		
C	Емоційна сталість	Емоційна лабільність	1,6	4
G	Нормативність поведінки	Піддатливість почуттям	1,5	5
L	Підозрілість	Довірливість		
E	Домінантність	Підпорядкованість	1,3	6
O	Впевненість у собі	Тривожність	1,1	7
N	Дипломатичність	Прямолінійність	0,8	8
M	Прагматичність	Прагматичність	0,7	9
I	Жорсткість	Жорсткість	0,5	10
Q4	Розслабленість	Напруженість		
F	Стриманість	Стриманість	0,3	11

Далі суттєві розбіжності спостерігаються за показниками фактору С, відповідно до якого можна констатувати, що постраждалим бійцям притаманна емоційна стійкість, а дітям, навпаки – нестійкість. Наступними факторами, які мають відмінності, є показник факторів G та L, відповідно до чого у бійців спостерігається нормативність поведінки та недовірливість, водночас як у дітей – тенденція до прояву піддатливості почуттям та довірливості.

Шосту позицію за рейтингом відмінностей прояву мають показники фактору E, що означає більшу доміантність у профілі бійців та, навпаки, підпорядкованість серед постраждалих дітей.

На сьомому місці серед вагомих розбіжностей знаходяться показники фактору O, який характеризує прояви більшої впевненості у собі серед бійців та невпевненості серед дітей.

Менш вагомими відмінностями наділені показники факторів N, M, I, Q4 та F. І хоча розбіжності між ними є не такими очевидними, як у попередніх показниках, однак й тут є свої особливості, зокрема: фактори N та Q4 мають протилежні вектори, і визначають, що у постраждалих бійців більш виражені ознаки дипломатичності та розслабленості, водночас, як у постраждалих дітей яскравішою є, навпаки, прямолінійність та напруженість.

У свою чергу показники факторів M, I та F, хоча й є єдиними у профілях якостями, що співпадають як у постраждалих дітей, так і у бійців, однак й у них, все одно, спостерігаються певні особливості проявів. Так, зокрема, прояви прагматичності та стриманості у постраждалих дітей виражені яскравіше, аніж у бійців. Натомість, прояв жорсткості у профілі бійців має більшу яскравість, ніж у дітей.

Водночас усереднений профіль не відображає провідних динамічних тенденцій та не дає можливості окреслити провідні психологічні чинники, які визначають вразливість посттравматичним стресовим розладам представників досліджуваних вибірок. Тому наступним етапом нашого дослідження було проведення математико-статистичного аналізу основних кореляційних зв'язків усіх досліджених особистісних факторів за методикою Р. Кеттелла з показниками посттравматичного стресового розладу у вибірках дітей та бійців.

Використовувався метод множинних кореляцій, який дозволяє виявити загальну структуру кореляційних зв'язків, що існують всередині багатомірного емпіричного матеріалу (табл. 3).

Для аналізу результатів ми враховуємо найбільш виражені кореляційні зв'язки (при $p \geq 0,05$) основних показників у обох вибірках.

Так, серед основних індивідуально-психологічних чинників, які пов'язані із зростанням піддатливості посттравматичним стресовим розладом у бійців АТО слід відзначити показник впевненості у собі (фактор O), який визначає тенденцію до зростання, з чого можна зробити висновок, що одним з наслідків психологічної травматизації стає компенсаторна схильність до завищеної самовпевненості. На компенсаторний зміст даної характерологічної ознаки може вказувати динаміка зростання прояву боязкості (фактор H), незважаючи на досвід перебування в екстремальних умовах. Такий дисонанс відбивається й на тенденції до дистанціювання соціальних контактів та замкненості (фактор A), що може бути зумовлене безініціативною позицією особистості (фактор Q4). Загострення емоційної нестійкості та вразливості (фактор C) кореспондує з тенденцією до зниження самоконтролю (фактор Q3). Ускладнення самоорганізації в інтернальній реалізації мотивації досягнення обумовлює загальну тенденцію до зниження соціальної

Таблиця 3

Значення коефіцієнтів кореляції між проявами ПТСР та показниками факторів за методикою Р. Кеттелла

Фактори	ОТС Бійці		ОТС Діти	
	Коефіцієнт	Назва фактора	Коефіцієнт	Назва фактора
A	-0,35	Замкненість	-0,33	замкненість
B	-0,17	Інтелект	-0,11	інтелект
C	-0,26	емоційна нестійкість	-0,37	емоційна нестійкість
E	-0,26	Підпорядкованість	-0,05	підпорядкованість
F	-0,12	Стриманість	-0,12	стриманість
G	-0,16	піддатливість почуттям	-0,38	піддатливість почуттям
H	-0,29	Боязкість	-0,24	боязкість
I	-0,16	Жорсткість	0,56	чуйність
L	0,14	Підозрілість	-0,14	довірливість
M	0,17	Мрійливість	-0,41	прагматичність
N	0,11	Дипломатичність	-0,41	прямолінійність
O	-0,36	Впевненість у собі	0,24	тривожність
Q1	-0,20	Консерватизм	0,19	радикалізм
Q2	0,16	Нонконформізм	-0,53	конформність
Q3	-0,22	низький самоконтроль	-0,15	низький самоконтроль
Q4	-0,24	Розслабленість	0,47	напруженість

активності, яка виливається в обрання пасивної життєвої позиції (фактор E) на засадах консерватизму (фактор Q1).

До другої групи відносяться ті кореляційні зв'язки, що не мають достатньої ваги, однак, цікаві з точки зору аналізу тенденцій динаміки тих або інших характерологічних якостей. Зокрема, привертає увагу ймовірність пригнічення розумової сфери (фактор B), що може ускладнювати рефлексивну здатність до самоаналізу постраждалого. Одночасно з цим є вірогідність втечі у внутрішній ілюзорний світ (фактор M) при перебільшенні значення суб'єктивістської життєвої позиції певної відстороненості від реальності (фактор G). Така тенденція породжує, з одного боку, надмірну жорсткість (фактор I), а з іншого – нонконформістську позицію (фактор Q2), яка надає самовиправдання на засадах відчуття власної виключності та пережитого досвіду, порівняно з іншими представниками соціуму, до якого особа ставиться з недовірою та підозрою (фактор L). Така підозрілість обумовлює необхідність

стримувати свої щирі прояви (фактор F), вдаючись до дипломатичності, як засобу уникнення ризику проникнення сторонніх осіб у власний внутрішній світ (фактор N).

При аналізі основних індивідуально-психологічних чинників, які пов'язані із зростанням піддатливості посттравматичним стресовим розладам постраждалих дітей, то тут наявна дещо інша особливість. Перше, що слід відзначити, так це більшу виразність значущих кореляцій, а друге – досить відмінну констеляцію досліджуваних факторів.

До першого блоку найбільш виражених якостей, динаміка яких пов'язана із наслідками посттравматичних стресових розладів у дітей, слід віднести тенденцію до зростання чуйності та вразливості (фактор I) на фоні загострення піддатливості почуттям (фактор G) та певної наївності поглядів і поведінки (фактор N). Побоювання відстоювати власні прагнення може пояснювати формування конформістських тенденцій (фактор Q2) на засадах спрощеного прагматизму (фактор M). Внутрішня виснажлива напруженість (фактор Q4) призводить до астенизації та визначає зростання емоційної нестійкості (фактор C). Домінування тривожності у світосприйманні (фактор O) кореспондує із формуванням невпевненості як у собі, так і у взаєминах з іншими (фактор H), що обумовлює схильність до дистанціювання соціальних контактів (фактор A).

Друга група менш вагомих кореляційних зв'язків, хоча й не має суттєвого змістовного значення, з точки зору вірогідності взаємообумовленості із наслідками посттравматичних стресових розладів, але дозволяє приблизно відзначити можливі тенденції динаміки тих або інших характеристик особистості постраждалої дитини. Так, спостерігається тенденція до радикалізму (фактор Q1), що може бути пояснене спробами підліткового протестного самоствердження, які набувають подекуди неочікуваних проявів через зниження самоконтролю та самовладання (фактор Q3). Разом із тим, побоювання просувати власні прагнення обмежують такі прояви. На це вказує тенденція до екстернальності, яка визначає готовність до покірності обставинам (фактор E) та довірливості (фактор L). Однак, така довірливість є досить вибірковою, на що вказує тенденція до стриманості та обережності у соціальних взаєминах (фактор F). Окрім того, як і у представників іншої вибірки з числа постраждалих бійців, у дітей внаслідок перенесеної психологічної травми також є потенційна загроза пригнічення розумової сфери (фактор B).

Якщо провести порівняння основних кореляційних зв'язків в обох вибірках, то, незважаючи на відмінність вагомості їхніх проявів, можна виявити ті, що мають спільні та протилежні тенденції.

Зокрема, спільні тенденції, які можуть вказувати на схожість впливу наслідків перенесеної психотравматизації на особистість, незважаючи на вікові особливості, є: зростання замкненості; звуження когнітивної сфери; емоційна нестійкість; пасивна позиція чи певна покірність; обережна стриманість у взаєминах; піддатливість почуттям; невпевненість; знижений самоконтроль.

Протилежні тенденції, які суттєво відрізняють представників обох вибірок постраждалих можна побачити у групі чинників притаманних:

а) дітям: чуйність, довірливість, практичність, прямолінійність, тривожність, радикалізм, конформність та напруженість;

б) бійцям АТО: жорсткість, підозрілість, іраціональність, дипломатичність, демонстративна самовпевненість, консерватизм, нонконформізм та інертна розслабленість.

Висновки. Підводячи підсумок проведеного емпіричного дослідження можна стверджувати, що отримані результати дозволили вирішити задачу про існування зв'язків між індивідуальними властивостями особистості та піддатливістю посттравматичним стресовим розладам представників обох вибірок. Це надає можливість виокремити чинники вразливості, на основі яких може бути розроблена відповідна психопрофілактична реабілітаційна програма, спрямована на розвиток психологічного імунітету з урахуванням вікових особливостей постраждалих.

Слід зважати на те, що при наданні психологічної допомоги та реалізації психореабілітаційних заходів, є низка особистісних характеристик, які потребують корекції, незалежно від вікових особливостей постраждалих, і ті, що необхідно чітко відрізняти, здійснюючи вплив з урахуванням вікових особливостей клієнтів.

Так, загальна психопрофілактична програма щодо усіх категорій постраждалих, незалежно від віку, повинна містити заходи, спрямовані на корекцію таких особистісних характеристик, як: замкненість; невпевненість; емоційна нестійкість; пасивна покірність життєвої позиції.

Разом із тим, спеціалізовані психопрофілактичні програми для дорослих, наприклад, постраждалих бійців, має додатково включати заходи, спрямовані на: зниження демонстративної самовпевненості; розвиток самоконтролю та самовладання; активацію мобілізаційного ресурсу; формування готовності до креативного самовираження.

Спеціалізовані ж програми психопрофілактики для постраждалих дітей повинні передбачати додаткові заходи, зорієнтовані на: зниження вразливості через розвиток мужності; зменшення конформності через активацію здорового індивідуалізму на основі усвідомлення власної автентичності; формування навичок релаксації; відновлення мрійливості та активацію уяви; зменшення категоричності через розвиток

гнучкості у побудові взаємин; зменшення тривожності за допомогою формування толерантності до невизначеності.

Перспективи подальших досліджень. Врахування цих вікових особливостей постраждалих від ПТСР сприятиме розробці індивідуалізованих програм надання психологічної допомоги, завдяки чому реабілітаційні заходи матимуть більшу ефективність. Такий підхід передбачає подальші дослідження у напрямі розробки спеціалізованих комплексів психопрофілактичних заходів на основі відповідної ревізії методологічної бази з урахуванням вікових особливостей клієнтських аудиторій.

Список використаних джерел

1. Брязгунов И. П. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков / И. П. Брязгунов, А. Н. Михайлов, Е. В. Столярова. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – 144 с.
2. Ласков В. Б. Нейровегетативные и эмоционально-личностные особенности как факторы риска формирования посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих – участников локальных боевых конфликтов (комбатантов) / В. Б. Ласков, А. В. Погосов, О. И. Малашенко, А. А. Пушкин // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2010. – № 1. – С. 22–25.
3. Лыткин В. М. О клинической трактовке посттравматических стрессовых расстройств / В. М. Лыткин, В. В. Нечипоренко, Б. В. Дрига, В. А. Кобзов // Актуальные проблемы военной психиатрии. – 2011. – С. 109–112.
4. Сборник материалов по профилактике и психотерапии посттравматического стрессового расстройства у детей / [авт. кол. О. В. Залеская, Е. П. Коваленко, Н. Ю. Худякова]. – К.: ПАДАП, 2014. – 122 с.
5. Снедков Е. В. Комбатанты / Е. В. Снедков // Посттравматическое стрессовое расстройство. – 2015. – С. 109–142.
6. Сукиасян С. Г. Беженцы / С. Г. Сукиасян // Посттравматическое стрессовое расстройство. – 2015. – С. 143–149.
7. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
8. Alexander P. Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting / P. Alexander, L. Teti, C. Anderson // Child Abuse & Neglect. – 2000. – Vol. 24 (6). – P. 829–838.
9. Briere J. Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment / J. Briere, C. Scott // University of Southern California, Keck School of Medicine. – Second edition, DSM-5 update. – Los Angeles: Sage, 2015. – 430 p.
10. Davidson G. Review of refugee mental health and wellbeing: Australian perspectives / G. Davidson, K. Murray, R. Schweitzer // Australian Psychologist. – 2008. – Vol. 43. – P. 160–174.
11. Hooberman J. B. Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables / J. B. Hooberman, B. Rosenfeld, A. Rasmussen, A. Keller // American Journal of Orthopsychiatry. – 2010. – Vol. 80. – P. 557–563.

12. Kaminer D. Post-traumatic stress disorder in children / D. Kaminer, S. Seedat, D. J. Stein // *World Psychiatry*. – 2005. – Vol. 4 (2). – P. 121–125.

13. McFarlane A. C. Response to acute trauma and risk of posttraumatic stress disorder / A. C. McFarlane, C. A. Barton, R. Yehuda, G. Wittert // *Psychoneuroendocrinology*. – 2011. – Vol. 36. – P. 720–727.

14. Porter M. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis / M. Porter, N. Haslam // *Journal of the American Medical Association*. – 2005. – Vol. 294. – P. 602–612.

15. Weathers F. W. Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research / F. W. Weathers, T. M. Keane, J. Davidson // *Depression and Anxiety*. – 2001. – Vol. 13. – P. 132–156.

16. Williams M. B. *The PTSD Workbook: Simple, Effective Techniques for Overcoming Traumatic Stress Symptoms* / M. B. Williams, S. Pojula. – Oakland, CA: New Harbinger Publications. – 2013. – 353 p.

References transliterated

1. Brjazgunov I. P. Posttravmatichnskoe stressovoe rasstrojstvo u detej i podrostkov / I. P. Brjazgunov, A. N. Mihajlov, E. V. Stoljarova. – M.: ID «MEDPRAKTIKA-M», 2008. – 144 s.

2. Laskov V. B. Nejrovegetativnye i jemocional'no-lichnostnye osobennosti kak faktory riska formirovanija posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u voennoslužashhijh – uchastnikov lokal'nyh boevyh konfliktov (kombatantov) / V. B. Laskov, A. V. Pogosov, O. I. Malashenko, A. A. Pushin // *Praktičeskaja nevrologija i nejroreabilitacija*. – 2010. – № 1. – S. 22–25.

3. Lytkin V. M. O kliničeskoj traktovke posttravmatičeskijh stressovyh rasstrojstv / V. M. Lytkin, V. V. Nechiporenko, B. V. Driga, V. A. Kobzov // *Aktual'nye problemy voennoj psihiatrii*. – 2011. – S. 109–112.

4. Sbornik materialov po profilaktike i psihoterapii posttravmatičeskogo stressovogo rasstrojstva u detej / [avt. kol. O. V. Zaleskaja, E. P. Kovalenko, N. Ju. Hudjakova]. – K.: PADAP, 2014. – 122 s.

5. Snedkov E. V. Kombatanty / E. V. Snedkov // *Posttravmatičeskoe stressovoe rasstrojstvo*. – 2015. – S. 109–142.

6. Sukiasjan S. G. Bezhency / S. G. Sukiasjan // *Posttravmatičeskoe stressovoe rasstrojstvo*. – 2015. – S. 143–149.

7. Tarabrina N. V. *Praktikum po psihologii posttravmatičeskogo stressa* / N. V. Tarabrina. – SPb.: Piter, 2001. – 272 s.

8. Alexander P. Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting / P. Alexander, L. Teti, C. Anderson // *Child Abuse & Neglect*. – 2000. – Vol. 24 (6). – P. 829–838.

9. Briere J. *Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment* / J. Briere, C. Scott // *University of Southern California, Keck School of Medicine*. – Second edition, DSM-5 update. – Los Angeles: Sage, 2015. – 430 p.

10. Davidson G. Review of refugee mental health and wellbeing: Australian perspectives / G. Davidson, K. Murray, R. Schweitzer // Australian Psychologist. – 2008. – Vol. 43. – P. 160–174.

11. Hooberman J. B. Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables / J. B. Hooberman, B. Rosenfeld, A. Rasmussen, A. Keller // American Journal of Orthopsychiatry. – 2010. – Vol. 80. – P. 557–563.

12. Kaminer D. Post-traumatic stress disorder in children / D. Kaminer, S. Seedat, D. J. Stein // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4 (2). – P. 121–125.

13. McFarlane A. C. Response to acute trauma and risk of posttraumatic stress disorder / A. C. McFarlane, C. A. Barton, R. Yehuda, G. Wittert // Psychoneuro endocrinology. – 2011. – Vol. 36. – P. 720–727.

14. Porter M. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis / M. Porter, N. Haslam // Journal of the American Medical Association. – 2005. – Vol. 294. – P. 602–612.

15. Weathers F. W. Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research / F. W. Weathers, T. M. Keane, J. Davidson // Depression and Anxiety. – 2001. – Vol. 13. – P. 132–156.

16. Williams M. B. The PTSD Workbook: Simple, Effective Techniques for Overcoming Traumatic Stress Symptoms / M. B. Williams, S. Poijula. – Oakland, CA: New Harbinger Publications. – 2013. – 353 p.

A b s t r a c t

Aleksandrov D. O.,

Doctor of Psychological Science, Associate professor,
Associate professor of the Department of Social Work,
Taras Shevchenko National University of Kyiv
E-mail: denisaleks73@gmail.com

AGE-RELATED FEATURES OF PERSONAL SUSCEPTIBILITY TO PTSD OF PEOPLE INJURED DUE TO HOSTILITIES

The article presents the results of the author's empirical study of the age-related features of personal vulnerability to post-traumatic stress disorder of the victims suffered because of hostilities at the anti-terrorist operation area at the east of Ukraine. The article describes combatants' and children's personal traits changed as a result of their psychological trauma. The research includes a comparative psycho-diagnostic study of the combatants from the National Guard of Ukraine and children from the anti-terrorist operation area living now at the International Children's Center «Artek» (Kyiv, Puscha-Voditsa).

Differences in indicators of post-traumatic stress disorder of the combatants and the children have been revealed. Based on the correlation analysis, the age differences for the main psychological factors influencing vulnerability to destructive post-traumatic stress disorder have been determined. These personal determinants of the combatants and the children, who are victims of combat operations, help us to reveal the specifics of psychological prophylaxis taking into account age-related characteristics. The article shows there are a number of personal traits that require correction regardless of victims' age-specific characteristics during psychological assistance and psychological rehabilitation. In addition, the article identifies the differences in personal characteristics of the affected combatants and children that should be taken into account at application of psycho-corrective measures based on clients' age-related features.

Key words: *post-traumatic stress disorder, combatants, children, injured due to hostilities, individual psychological factors, psychological help.*

Отримано – 16 січня 2019

Рецензовано – 21 січня 2019

Прийнято – 24 січня 2019

Received – January 16, 2019

Revision – January 21, 2019

Accepted – January 24, 2019