

ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<https://doi.org/10.35339/ekm.2019.83.02.03>

УДК 616.895:613.67:616-05::617.7-001.4

Р.А. Абдрахімов

Харківська медична академія післядипломної освіти

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ ХАРАКТЕР ФРУСТРАЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОЧЕЙ У СПОЛУЧЕННІ
З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ РЕАКЦІЇ НА СТРЕС РІЗНОЇ ВИРАЖЕНОСТІ**

Досліджували фрустраційне реагування в учасників бойових дій з травмою очей у сполученні з клінічними проявами реакції на стрес різної вираженості. Установлено, що в учасників бойових дій з бойовою травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому серед фрустраційних реакцій переважають екстрапунітивний напрямок та потребово-наполегливий і самозахисний типи реагування. Ступінь соціальної адаптивності (GCR) найбільшою мірою порушений в комбатантів з бойовою травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому, а менш за все – при травмі очей побутового характеру, що підтверджують дані тесту соціальної адаптації Холмса-Раге. Способи фрустраційного реагування в учасників бойових дій при явищах психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому без травми очей зберігають свої особливості при поєднанні з бойовою травмою очей. Суб'єктивні чинники фрустрації та стресу за кількістю, змістом та актуальністю залежать від обставин та життєвого оточення особистості. Це говорить про ймовірне включення в дію способів психологічного захисту особистості й адаптацію до наявності стресу-фрустрації.

Вступ

За даними клініки офтальмології Національного військово-медичного клінічного центру станом на 2017 рік у структурі офтальмологічних ушкоджень 52 % – осколкові та інші механічні пошкодження внаслідок мінно-вибухового враження [1]. При частковій втраті зору травматичного походження внаслідок поранення в бою, на постраждалого впливають потужні стресові чинники, які накладають відбиток на стан психічного здоров'я потерпілого [2–4]. Це явища психічної дезадаптації, через зміну цивільного способу життя на військовий та участь у бойових діях. Безпосередня участь у бойових діях – потужний стресовий фактор, з яким пов'язаний розви-

ток психологічного або навіть психопатологічного реагування на стрес. У нашому дослідженні це клінічні прояви посттравматичного синдрому, які за своєю виразністю та спектром не відповідали діагнозу посттравматичного розладу, що не надавало можливості сформулювати такий клінічний діагноз. Крім того, травма очей з частковою втратою зору є стресовим чинником, яка сама собою та своїм наслідком є важким чинником, що руйнує спосіб життя постраждалого. Взаємодія цих основних факторів, їхній взаємовплив, формують комплекс психічних проявів соматичної травми.

Зважаючи на те, що виток та наслідки кожного з проявів є різними, важливість ви-

вчення їх взаємодії не викликає сумнівів. Тому існує нагальна потреба в аналізі структури та взаємодії фрустраційного реагування в учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичної генези на тлі психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому для розробки спеціалізованих підходів до медико-психологічної реабілітації постраждалих, бо нехтування будь-яким із зазначених чинників призводить до неефективності реабілітаційної роботи з даним контингентом.

Метою даної роботи було порівняльне вивчення характеру фрустраційного реагування в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації або посттравматичного синдрому для визначення в подальшому мішеней для медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Контингент та методи дослідження

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2014–2018 рр. було обстежено 191 учасника бойових дій (УБД). Вік обстежених дорівнював 20–53 роки. Задля порівняння в дослідженні було включено 59 чоловіків із частковою втратою зору (ЧВЗ) внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння (ГП). Таким чином, всього в дослідженні взяли участь 250 осіб.

В дослідженні не брали участі кандидати з наявністю клінічно креслених та встановлених офіційно (в лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які могли передувати або супроводжувати травму очей. Крім того, не брали участі особи, які мали офіційно встановлені психічні захворювання, включаючи алкоголізм, нарко- та токсикоманії.

Усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale) [6], опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [7] та проведено консультацію психіатра.

Встановлені клінічні прояви посттравматичного розладу за своєю повнотою були близькі, але повністю не відповідали діагностичним критеріям клінічно окресленого ПТСР, тому їх було схарактеризовано як «прояви посттравматичного синдрому». У тих, хто отримав побутову травму, клінічно окреслених ознак психопатології психіатром не було встановлено. Дослідження психічного стану проводилось на 6–7-му місяці після оперативного втручання в осіб з травматичним уражен-

ням очей і після завершення участі у бойових діях та демобілізації комбатантів.

Отримані результати було покладено в основу при формуванні груп дослідження. Отже, було сформовано такі групи:

основні групи:

основна група 1 (ОГ1) – 54 учасники з травмою очей з частковою втратою зору внаслідок участі у бойових діях з клінічними проявами посттравматичного синдрому;

основна група 2 (ОГ2) – 49 учасників з травмою очей з частковою втратою зору внаслідок участі у бойових діях з ознаками психологічної дезадаптації;

групи порівняння:

група 1 (ГП1) – 46 учасників бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому;

група 2 (ГП2) – 42 учасники бойових дій з психологічною дезадаптацією;

група 3 (ГП3) – 59 чоловіків з частковою втратою зору внаслідок побутової травми.

Крім клініко-діагностичного дослідження, учасники проходили психодіагностичне обстеження. Для цього були застосовані: тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (дорослий варіант) у модифікації П.В. Тарабріної [8]; методика визначення стресостійкості і соціальної адаптації Холмса–Рейфа [9]; тест «Аналіз стиля життя» (Бостонський тест на стресостійкість) [10]. Також було проаналізовано різноманітні життєві обставини, які, на думку пацієнтів, своїм виникненням та існуванням викликали в них стан стресової реакції. Відповідно досліджено параметри стресостійкості учасників та порівняно їх з характером фрустраційних реакцій.

Результати дослідження оброблялись методами статистичного аналізу та багатовимірної статистики – факторний аналіз (метод головних компонент). Перед застосуванням факторного аналізу дані були перевірені на багатовимірну нормальність для розподілу змінних. Встановлювали критерій адекватності вибірки Кайзера–Мейера–Олкіна, що характеризує ступінь придатності факторного аналізу до даної вибірки; критерій сферичності Барлетта, рівень значущості. В подальшому проводили аналіз ознак, що формували та входили до складу встановлених факторів.

Результати та їх обговорення

В результаті проведеного факторного аналізу клінічних проявів у учасників груп дослідження було виявлено факторну структуру, для дослідження якої було взято 4 фактори. Інші

фактори не оброблялись через незначне факторне навантаження, що дозволило їх ігнорувати. Аналізовані в дослідженні факторні структури відображені у *табл. 1*. Їх назви зумовлені переважно більшістю складових, що мали відношення до груп дослідження та відображали їх характеристики.

Аналіз складових ознак фактора «Фрустраційне реагування при психологічній дезадаптації» показав, що вони відповідали переважно учасникам ГП2. В учасників цієї групи, в порівнянні з нормативними показниками, встановлено достовірно високі рівні екстрапунітивного (E) напрямку реакцій. Це пов'язано з не-

Таблиця 1. Факторна структура фрустраційного реагування у постраждалих з травмою очей на тлі психологічного реагування

№ з/п	Назва фактору	Факторне навантаження
1	Фрустраційне реагування при бойовій травмі очей на тлі психологічної дезадаптації	25,271
2	Фрустраційне реагування при психологічній дезадаптації внаслідок участі в бойових діях	21,463
3	Фрустраційне реагування при проявах посттравматичного синдрому внаслідок участі в бойових діях	16,147
4	Фрустраційне реагування при бойовій травмі очей на тлі проявів посттравматичного синдрому	12,528

Структури та показники, які формували ознаки вказаних факторів представлені у *табл. 2–4*.

адекватною підвищеною вимогливістю до оточення й недостатньою самокритичністю. Тобто, реакція спрямована на оточення,

Таблиця 2. Характеристика фрустраційних реакцій

Групи дослідження	Категорії						GCR
	Напрямок реакції			Тип реакції			
	E	I	M	O-D	E-D	N-P	
ОГ1	86,28±2,14	6,25±1,73	7,23±1,42	25,38±2,27	54,31±2,40	20,16±2,01	31,53
ОГ2	83,26±2,03	7,58 ±1,94	9,16±1,31	8,36±2,15	42,68 ±2,61	48,96±2,37	30,16
ГП1	72,48±2,39	18,25±1,72	9,08±2,01	16,51±1,89	33,61±2,05	48,73±2,33	40,34±2,23
ГП2	72,54±2,45	8,17±1,64	19,29±2,17	7,48±1,95	40,73 ±2,32	51,79±2,46	46,74±2,37
ГП3	59,32±2,28	12,64±1,63	28,04±1,94	19,08±1,68	32,46±2,06	48,46±2,25	53,38

Таблиця 3. Суб'єктивні чинники фрустрації в учасників дослідження

№ з/п	Чинники фрустрації	Групи дослідження				
		ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
1	Питання соціального захисту	94,56	79,59	74,32	26,19	23,73
2	Фінансові питання	100,00	100,00	100,00	100,00	93,22
3	Побутові негаразди	79,59	79,59	66,47	54,76	47,46
4	Медичне обслуговування	100,00	59,18	62,18	21,43	23,73
5	Відношення суспільства до особистості	94,56	77,55	74,32	88,10	25,42
6	Відношення влади до особистості	96,38	87,76	74,32	90,48	20,34
8	Відношення друзів до особистості	85,71	85,71	54,17	59,52	37,29
9	Взаємовідносини у сім'ї	89,80	73,47	62,18	73,81	45,76
10	Взаємини з дружиною	89,80	79,59	62,18	64,29	27,12
11	Взаємовідносини з друзями	48,74	40,82	48,63	52,38	18,64
12	Робота	94,58	89,80	74,32	78,57	67,80
13	Заробітна плата, пенсія	94,58	89,80	84,53	88,10	76,27
14	Взаємовідносини зі співробітниками	34,69	79,59	48,63	47,62	20,34
15	Відпочинок та вільний час	34,69	34,69	35,73	33,33	16,95
16	Відношення з оточуючими	69,39	69,39	74,32	78,57	20,34
17	Зв'язки з органами влади, суспільними організаціями	85,71	53,06	74,32	69,05	15,25
18	Відношення до політичного та соціального життя	85,71	34,69	84,15	83,33	18,64
19	Перспективи майбутнього в житті особистості	100,00	85,71	74,32	23,81	37,29
20	Відношення до втрати зору	100,00	100,00	–	0	100,00

Таблиця 4. Рівень стресостійкості за тестом «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість) і за тестом «Стресостійкість і адаптація за Холмсом і Page»

Групи	Рівень стресостійкості за Бостонським тестом	Стресостійкість і адаптація за тестом Холмса і Page
ОГ1	73,53±3,41	327,00±11,00
ОГ2	68,72±2,97	261,00±12,00
ГП1	64,18±3,26	305,00±12,00
ГП2	59,31±3,21	186,00±10,00
ГП3	36,84±3,16	235,00±13,00

актуальною для особистості є зовнішня причина фрустрації. Підкреслюється зовнішня причина та важкість фрустраційної ситуації, її самостійність та незалежність від пацієнта. Останні часто вимагають її вирішення від оточення. Зростання цього напрямку спостерігається на тлі соціального або фізичного стресового впливу.

Наступним у ГП2 був імунітивний (М) напрямок реакції, який виявився достовірно найбільш низьким, що свідчить про найменш вірогідний спосіб реагування. Учасники майже ніколи не вважають фруструючу ситуацію чимось значним без наявності винуватців у її виникненні. Вони не мають надій, що проблема вирішиться сама собою; ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, переборне згодом. Обвинувачення з боку особистості навколишніх або самого себе відсутня. В учасників ГП2 переважав потребово-наполегливий (N-P) тип фрустраційної реакції і був виявлений в усіх групах достовірно частіше, ніж нормативні показники. Таке реагування проявляється в постійній потребі знайти конструктивне рішення фруструючої ситуації за допомогою інших осіб, оточення, або з надією, що вона з часом вирішиться самостійно. Наступним за частотою в ГП2 був самозахисний (E-D) тип реакції. Такий тип реагування зводиться до захисту свого «Я», демонструється ворожість до оточення, заперечується провина у виникненні фрустрації або ігнорується.

Ступінь соціальної адаптації (GCR) в учасників ГП2 був достовірно найбільш виражений в порівнянні з іншими групами.

Рівень стресостійкості за допомогою тесту «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість) показав високі рівні балів у ГП2, що вказувало на наявність високої вразливості до стресу. При побутовій травмі ГП3 стресостійкість значно вища. Отже, можна стверджувати, що психологічна дезадаптація значно знижує стресостійкість. У порівнянні з показниками стресостійкості й соціальної адаптації Холмса і Page було виявлено,

що стресостійкість в учасників ГП2 значно вища, ніж в інших групах.

Аналіз складових ознак фактора «Фрустраційне реагування при травмі очей на тлі психологічної дезадаптації» показав, що вони відповідали переважно учасникам ОГ2. В усіх пацієнтів групи встановлено достовірно високі рівні екстрапунітивного (E) напрямку реакцій. Рівень частоти достовірно найбільш високий в ОГ2 та знижувався відповідно ГП2 > ГП3. Це супроводжувалось досить низькими рівнями за шкалами (I) та (M). Потребово-наполегливий (N-P) тип фрустраційної реакції в учасників ОГ2 достовірно частіший ніж у ГП2. Таке реагування проявляється в постійній потребі знайти конструктивне рішення фруструючої ситуації за допомогою інших осіб, оточення, або з надією, що вона з часом вирішиться самостійно. Самозахисний (E-D) тип реакції достовірно частіше виявлявся у ОГ2 на тлі більш низького рівня у ГП2. Ступінь соціальної адаптації (GCR) достовірно найбільш виражений в ГП2 і найменш - в ОГ2.

Рівень стресостійкості за даними тесту «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість) показав високі рівні балів в ОГ2 і ГП2. Це вказує на наявність високої вразливості до стресу, особливо учасників з травмою очей. При побутовій травмі стресостійкість значно вища. Тож можна стверджувати, що психологічна дезадаптація значно знижує стресостійкість, а травма очей посилює цей процес.

У порівнянні з показниками стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Page було виявлено зниження стресостійкості в учасників ОГ2 у порівнянні з ГП2. Це вказує на наявність високої вразливості до стресу, особливо учасників з травмою очей.

Аналіз складових ознак фактора «Фрустраційне реагування при проявах посттравматичного розладу» показав, що вони характеризують учасників ГП1. В усіх пацієнтів групи встановлено достовірно високі рівні екстрапунітивного (E) напрямку реакцій. Рівень частоти не відрізнявся від ГП2 та був досто-

вірно вищим, ніж у ГПЗ. Тобто зафіксовано реакцію, спрямовану на оточення, коли актуальною для особистості є зовнішня причина фрустрації. Пацієнтами підкреслюється зовнішня причина та важкість фрустраційної ситуації, її самостійність та незалежність від пацієнта. Інтрапунітивний (І) напрямок реакцій в ГП1 дещо почастишав у порівнянні з ГП2 і ГПЗ. Цей напрямок реакції пов'язаний із почуттям провини, сумлінням, докорами совісті. Реакція спрямована на саму особистість з подальшим звинуваченням себе у виникненні фрустрації, прийняттям на себе провини, а також відповідальності за виправлення становища. Часто особистість вважає ситуацію сприятливою для себе та не обговорює її. Серед типів фрустраційних реакцій переважав потребно-наполегливий (N-P) варіант в ГП1, ГП2 і ГПЗ без достовірної різниці між групами. Таке реагування проявляється в постійній потребі знайти конструктивне рішення фруструючої ситуації за допомогою оточуючих або з надією на те, що з часом становище зміниться само собою. Наявність травми на тлі явищ посттравматичного синдрому, мабуть блокує такий тип реакції, можливо, на тлі низької довіри до оточення. Самозахисний тип реакції (E-D) достовірно частіше виявлявся в ОГ та на тлі нижчого рівня у ГП1 і ГП2. Такий тип реагування зводиться до захисту свого «Я», демонструється ворожість та агресивність до оточення, заперечується або ігнорується провина пацієнта у виникненні фрустрації, вина перекладається на оточення. Ступінь соціальної адаптації (GCR) в учасників ГП1 достовірно нижча ніж в ГП2.

Встановлений рівень стресостійкості за допомогою тесту «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість) показав наявність у ГП1 вразливості до стресу, тобто явища посттравматичного синдрому значно знижували стресостійкість.

У порівнянні з показниками стресостійкості та соціальної адаптації Холмса–Раге було виявлено деякі особливості. Так, у ГП2 стресостійкість виявилась значно більшою, ніж у ГП1. Відповідно в учасників ГПЗ стресостійкість була дещо знижена.

Аналіз складових ознак фактору «Фрустраційне реагування при травмі очей на тлі проявів посттравматичного розладу» показав відповідність даним, одержаним в учасників ОГ1. В учасників групи встановлено достовірно високі рівні екстрапунітивного (E) напрямку фрустраційних реакцій. Вони були більш

виражені, у порівнянні з іншими учасниками ГП1, ГП2 та ОГ2. За типом реагування переважав самозахисний варіант реакції (E-D), який достовірно частіше виявлявся в ОГ1 та на тлі нижчого рівня у ОГ2, ГП1 і ГП2. Інші типи реагування розділились майже навпіл. Ступінь соціальної адаптації (GCR) в учасників ОГ1 не різнилась від ОГ2 та була нижча ніж в обох групах порівняння.

Обстеження за рівнем стресостійкості за допомогою тесту «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість) показало високі рівні в балах у учасників ОГ1 і ГП1. Це свідчить про наявність вразливості до стресу, особливо серед учасників з травмою очей. За умови побутової травми стресостійкість значно вища. Тож, можна стверджувати, що явища посттравматичного синдрому значно знижують стресостійкість, а травма очей посилює цей процес.

Показники тесту Холмса–Раге вказали, що у ОГ1 та ГП1 стресостійкість виявилась значно нижчою, ніж можна було очікувати.

Аналіз суб'єктивних факторів фрустрації та стресу пацієнтів показав, що в учасників бойових дій за умови явищ психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому кількість цих факторів значно більша, ніж при побутовому характері травми. Ті фактори, що були актуальні для учасників бойових дій, не є значимими для мирних жителів. Вірогідно, це пов'язано з тим, що учасники бойових дій, стикаючись з новими гранями та сферами буття і засвоюючи нові життєві принципи та стереотипи, в процесі реадaptaції, формують нові риси характеру, які змінюють їх сприйняття оточення та життєвих цінностей. За наявності досить значної травми з частковою втратою зору, явища психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому зберігаються та доповнюються новими проявами відповідно до травми. У порівнянні з побутовим характером ушкодження, їх кількість та спектр значно менші. Слід зазначити, що взаємодія стресу (2-й рівень психологічного захисту за Розенцвейгом) та фрустрацією (3-й рівень) на рівні чинників, скоріше за все, залежить від оточення особистості та життєвих обставин.

Характер фрустраційного реагування у комбатантів чітко демонстрував екстрапунітивний тип спрямованості, який посилювався травмою очей. Вірогідно, це пов'язане з більш широким набором варіантів оцінки можливостей та потреб особистості при явищах

посттравматичного синдрому в умовах бойових дій та мирного життя. Потребово-наполегливий тип реагування на фрустрацію у комбатантів, особливо за наявності бойової травми очей, зміщується у бік самозахисного типу реакції. Це пояснюється декількома причинами. Явища посттравматичного синдрому призводять до спроби особистості відійти від пасивності у розв'язанні фрустраційних обставин (можливості, досвід, компетентність). Крім того, постійна напруга явищ психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому, посилена проявами і наслідками травми, призводить до виснаження особистості та схильності до депресивного реагування, на тлі якого з'являється амбівалентність реагування. Незалежно від наявності травми очей, починають фігурувати прояви агресії, ворожості, особливо при емоційних обставинах. Таким чином, явища психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому не тільки є фоном для розвитку реакції особистості на травму, але й модифікує її відповідно до обставин життя як особистого, так і оточуючих, а також суспільства в цілому. Можливо це пов'язане з початком розвитку невротичних вкраплень та самих складових посттравматичного синдрому.

Досліджені питання фрустрації та особливості реагування особистості є вкрай важливими та значущими для розуміння витоків та

механізмів формування розладів, визначення мішеней та способів корекції порушень, а також розробки і проведення психокорекційних заходів.

Висновки

1. В учасників бойових дій з бойовою травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому серед фрустраційних реакцій переважають екстрапунітивний напрямок та потребово-наполегливий і самозахисний типи реагування.

2. Ступінь соціальної адаптивності (GCR) найбільшою мірою порушений у комбатантів з бойовою травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому, а менш за все – при травмі очей побутового характеру, що підтверджують дані тесту соціальної адаптації Холмса–Раге.

3. Способи фрустраційного реагування в учасників бойових дій при явищах психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому без травми очей зберігають свої особливості при поєднанні з бойовою травмою очей.

4. Суб'єктивні чинники фрустрації та стресу за кількістю, змістом та актуальністю залежать від обставин та життєвого оточення особистості.

Література

1. Трихліб В. І. Структура бойової травми залежно від характеру уражувальних факторів під час деяких сучасних локальних війн, військових конфліктів / В. І. Трихліб, О. К. Дуда, В. П. Майданюк, С. І. Ткачук // Сімейна медицина. – 2015. – № 4 (60). – С. 63–70.
2. Breeze J. Surface wound mapping of battlefield occulo-facial injury / J. Breeze, L. S. Allanson-Bailey, N. C. Hunt et al. // Injury. – 2012. – Vol. 43 (11). – P. 1856–1860.
3. Жупан Б. Б. Удосконалення організації спеціалізованої офтальмологічної допомоги в ході медичного забезпечення антитерористичної операції / Б. Б. Жупан // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2016. – Вип. 47. – С. 11–15.
4. Абдрахімов Р. А. Фрустраційні реакції в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору / Р. А. Абдрахімов // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2018. – № 9. – С. 72–77.
5. Малкіна–Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях / Малкіна–Пих І. Г. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум з психології посттравматичного стресу / Тарабрина Н. В. – СПб.: Пітер., 2001. – 272 с. – (Серія «Практикум з психології»).
7. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник / [Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. та ін.] – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – С. 208–225.
8. Тест Розенцвейга. Методика рисуночної фрустрації (модифікація Н. В. Тарабриной) / Діагностика емоціонально-нравственного розвитку. Ред. и сост. Дерманова И. Б. – СПб., 2002. – С. 150–172.
9. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Райха (Holmes T., Rahe R., 1967). Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХ-РАМ, 2000. – 672 с.
10. Щербатых Ю. В. Психология стресса / Ю. В. Щербатых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 304 с.

References

1. Trykhlіb V.I., Duda O.K., Maidaniuk V.P., Tkachuk S.I. (2015). Struktura boiovoi travmy zalezno vid kharakteru urazhuvalnykh faktoriv pid chas deiakykh suchasnykh lokalnykh viin, viiskovykh konfliktiv (ohliad literatury) [Structure of combat trauma, depending on the nature of the factors of the impact during some modern local wars, military conflicts (literature review)]. *Simeina medytsyna – Family medicine*, № 4 (60), pp. 63–70 [in Ukrainian].
2. Breeze J., Allanson-Bailey L.S., Hunt N.C. et al. (2012). Surface wound mapping of battlefield oculo-facial injury. *Injury*, vol. 43 (11), pp. 1856–1860.
3. Zhupan B.B. (2016). Udoskonalennia orhanizatsii spetsializovanoi oftalmolohichnoi dopomohy v khodi medychnoho zabezpechennia antyterorystychnoi operatsii [Improvement of the organization of specialized ophthalmic aid in the course of medical support of the anti-terrorist operation]. *Problemy viiskovoi okhorony zdorovia – Military health issues*, vol. 47, pp. 11–15 [in Ukrainian].
4. Abdriakhimov R.A. (2018). Frustratsiini reaktsii v uchasnykh boiovykh dii z travmoiu ochei ta chastkovoiu vtratoi zoru [Frustration reactions in combatants with eye trauma and partial vision loss]. *Psykhiiatriia, nevrolohiia ta medychna psykholojiia – Psychiatry, neurology and medical psychology*, № 9, pp. 72–77 [in Ukrainian].
5. Malkina-Pykh I.H. (2005). Psykhologichna dopomoha v kryzovykh sytuatsiakh [Psychological assistance in crisis situations]. Moscow: Yzd-vo Eksmo. 960 p. [in Ukrainian].
6. Tarabryna N.V. (2001). *Praktykum z psykhologii posttravmatychnoho stresu. (Seriiia «Praktykum z psykhologii»)* [Guide about psychology of post-traumatic stress. (Series «Guide of psychology»)]. SPb.: Piter., 272 p. [in Russian].
7. Ahaiev N.A., Kokun O.M., Pishko I.O., Lozinska N.S., Ostapchuk V.V., Tkachenko V.V. (2016). *Zbirnyk metodyk dlia diahnozyky nehatyvnykh psykhichnykh staniv viiskovosluzhbovtiv* [Collection of methods for diagnostics of negative mental states of servicemen: Methodychnyi posibnyk]. Kiiv.: NDTs HP ZSU, pp. 208–225 [in Ukrainian].
8. Dermanova Y.B (Eds.). (2002). *Test Rozentsveiha. Metodyka rysunochnoi frustratsyy (modyfykatsyia N.V. Tarabrynoi) Dyahnozyka emotsyonalno-nravstvennoho razvytyia* [Rosenzweig test Method of pattern frustration (modification by N.V. Tarabryna). Diagnosis of emotional and moral development]. SPb., pp.150-172 [in Russian].
9. Raihorodskyi D.Ia. (2000). *Metodyka opredelenyia stressoustoichyvosty y sotsyalnoi adaptatsyy T. Kholmsa y R. Paikha (Holmes T., Rahe R., 1967). Praktycheskaia psykhodyahnozyka* [Methods for determining stress tolerance and social adaptation by T. Holms and R. Paich (Holmes T., Rahe R., 1967). Practical Psychodiagnosics]. Samara: BAKhRAM, 672 p. [in Russian].
10. Shcherbatukh Yu.V. (2005). *Psykholojiia stressa. [Psychology of stress]*. Moscow: Yzd-vo Eksmo, 304 p. [in Russian].

P.A. Абдрахимов

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ФРУСТРАЦИОННОГО РЕАГИРОВАНИЯ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ТРАВМОЙ ГЛАЗ В СОЧЕТАНИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ

Исследовали фрустрационное реагирование у участников боевых действий с травмой глаз в сочетании с клиническими проявлениями стрессовых реакций различной тяжести. Установлено, что у участников боевых действий с боевой травмой глаз и частичной потерей зрения, на фоне явлений психологической дезадаптации и посттравматического синдрома, среди фрустрационных реакций преобладают экстрапунитивное направление и потребительно-настойчивый и самозащитный типы реагирования. Степень социальной адаптивности (GCR) в наибольшей мере затронута у комбатантов с боевой травмой глаз и частичной потерей зрения на фоне явлений психологической дезадаптации и посттравматического синдрома, а менее за все – при травме глаз бытового характера, которые подтверждают данные теста социальной адаптации Холмса–Раге. Способы фрустрационного реагирования у участников боевых действий при явлениях психологической дезадаптации и посттравматического синдрома без травмы глаз сохраняют свои особенности при сочетании с боевой травмой глаз. Субъективные факторы фрустрации и стресса по количеству, содержанию и актуальности зависят от обстоятельств и жизненного окружения личности. Это говорит о вероятном включении в действие психологической защиты личности и адаптацию к наличию стресса-фрустрации.

Ключевые слова: клинические проявления посттравматического синдрома, психологическая дезадаптация, фрустрация, стресс, травма глаза, боевые действия.

R.A. Abdryakhimov

COMPARATIVE ANALYSIS OF FRUSTRATION RESPONSE IN PARTICIPANTS OF COMBAT ACTIONS WITH INJURY EYES IN COMBINED WITH CLINICAL MANIFESTATIONS OF STRESS RESPONSE

Investigated the frustration response of combatants with eye trauma in combination with clinical manifestations of stress responses of varying severity. As a result, the study found the following. In combatants with combat eye trauma and partial loss of the zone amid the phenomena of psychological maladjustment and post-traumatic syndrome, frustrating reactions are dominated by extrapunitive direction and consumer-pushing and self-defense types of response. The degree of social adaptability (GCR) is most affected by combatants with a combat eye injury and partial loss of vision against the background of psychological maladjustment and post-traumatic syndrome, and less for everything with a domestic eye injury, which is confirmed by the data from the Holmes-Rag social adaptation test. Ways of frustration response in combatants with phenomena of psychological maladjustment and post-traumatic syndrome without eye injury retain their features when combined with a combat eye injury. The subjective factors of frustration and stress in terms of quantity, content and relevance depend on the circumstances and the life environment of the individual. This suggests the likely inclusion in the action of psychological protection of the individual and adaptation to the presence of stress-frustration.

Keywords: *clinical manifestations of post-traumatic syndrome, psychological maladjustment, frustration, stress, eye injury, fighting.*

Надійшла до редакції 16.05.2019

Контактна інформація

Абдряхімов Ростислав Адганович – кандидат медичних наук, лікар-офтальмолог Київської клінічної лікарні № 2 на залізничному транспорті.

Адреса: Україна, 03049, м. Київ, пр. Повітрофлотський, 9.

Тел.: +380444651847.

E-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-8574-4310.