

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

ФРУСТРАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОЧЕЙ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ



Р. А. Абдрахімов

© Ростислав Адганович Абдрахімов (Україна) – к.м.н., лікар-офтальмолог Київської клінічної лікарні № 2 на залізничному транспорті, проспект Повітрофлотський, 9, м. Київ, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8574-4310.

© Rostislav Abdrahimov (Ukraine) – MD, PhD in Medicine, Kiev Clinical Hospital № 2 of railway transportation, Povitroflotskiy avenue, Kyiv, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8574-4310.

© Ростислав Адганович Абдрахімов (Україна) – к.м.н., врач-офтальмолог Киевской клинической больницы № 2 на железнодорожном транспорте, проспект Воздухофлотский, 9, г. Киев, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8574-4310.

№ 9, 2018, стор. 72–77

FRUSTRATION REACTIONS IN PARTICIPANTS OF MILITARY ACTION WITH EYE INJURIES AND PARTIAL VISION LOSSES

Abstract.

To study the specifics of the formation of a response to the factors of social frustration of combatants with eye trauma and partial vision loss, to further determine targets for targeted medical and psychological measures for their rehabilitation, subject to informed consent with respect to the principles of bioethics and deontology during 2014-2018 91 combatants were examined (49 with an eye injury and partial loss of vision against the background of psychological maladjustment and 42 with psychological maladjustment). For comparison, 59 men with partial loss of vision due to domestic trauma were recruited, who formed the comparison group. Thus, the study involved 150 people. All respondents were screened for a mental condition using a clinical diagnostic interview - SCID (Structured Clinical Interview for DSM), a clinical diagnostic scale (CAPS) (Clinical-administered PTSD Scale), a neuroticism and psychopathization questionnaire. In the study of frustration reactions and stress tolerance of combatants with eye trauma and partial loss of vision against the background of psychological maladjustment, significant differences were established between those who took part in the hostilities with psychological maladjustment without injury and a group of patients with domestic injury of the organs of vision with partial loss. Participants in the fighting for eye injury with partial loss of vision and without such and psychological maladjustment observed unidirectional and more pronounced changes. With domestic trauma, they are significantly lower, which indicates a significant role of psychological maladjustment in the occurrence of mental disorders. This suggests the likelihood of including ways of psychological protection of the individual and the adaptation to the presence of stress-frustration.

Key words:

psychological maladjustment, frustration, stress, eye injury, fighting.

ФРУСТРАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ТРАВМАМИ ГЛАЗ И ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ

Аннотация.

Для изучения специфики становления реагирования на факторы социальной фрустрированности участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения, для определения в дальнейшем мишеней целевых медико-психологических мероприятий их реабилитации при условии информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на протяжении 2014-2018 гг. был обследован 91 участник боевых действий (49 – с травмой глаз и частичной потерей зрения на фоне психологической дезадаптации и 42 – с явлениями психологической дезадаптации). Для сравнения были привлечены 59 мужчин с частичной потерей зрения вследствие бытовой травмы, которые составили группу сравнения. Таким образом, в исследовании приняли участие 150 человек. Всем респондентам было осуществлено скрининговое обследование психического состояния с использованием клинического диагностического интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM), клинической диагностической шкалы CAPS (Clinical-administered PTSD Scale), опросника определения уровня невротизации и психопатизации. При исследовании фрустрационных реакций и стрессоустойчивости участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения на фоне психологической дезадаптации установлены достоверные различия между принимавшими участие в

боевых действиях с психологической дезадаптацией без травмы и группой пациентов, имеющих бытовую травму органов зрения с частичной его утратой. У участников боевых действий при травме глаз с частичной потерей зрения и без таковой и психологической дезадаптацией наблюдаются однонаправленные и более выраженные изменения. При бытовой травме они значительно ниже, что свидетельствует о значительной роли психологической дезадаптации в возникновении нарушений психической сферы. Это говорит о вероятности включения способов психологической защиты личности и об адаптации к наличию стресса-фрустрации.

Ключевые слова: психологическая дезадаптация, фрустрация, стресс, травма глаза, боевые действия.

ФРУСТРАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОКА ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ.

Анотація.

Для вивчення специфіки становлення реагування на фактори соціальної фрустрованості учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору, для визначення в подальшому мішеней таргетних медико-психологічних заходів їх реабілітації за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2014-2018 рр. був обстежений 91 учасник бойових дій (49 - з травмою очей і частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації і 42 - з явищами психологічної дезадаптації). Для порівняння були залучені 59 чоловіків з частковою втратою зору внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння. Таким чином, в дослідженні взяли участь 150 осіб. Всім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічного діагностичного інтерв'ю - СКІД (SCID - Structured Clinical Interview for DSM), клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale), опитувальника визначення рівня невротизації і психопатизації. При дослідженні фрустраційної реакції і стресостійкості учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації встановлені достовірні відмінності між тими, які брали участь в бойових діях з психологічною дезадаптацією без травми і групою пацієнтів, що мають побутову травму органів зору з частковою його втратою. В учасників бойових дій при травмі очей з частковою втратою зору і без такої і психологічної дезадаптацією спостерігаються односпрямовані і більш виражені зміни. При побутовій травмі вони значно нижче, що свідчить про значну роль психологічної дезадаптації у виникненні порушень психічної сфери. Це говорить про ймовірність включення способів психологічного захисту особистості і про адаптацію до наявності стресу-фрустрації.

Ключові слова: психологічна дезадаптація, фрустрація, стрес, травма ока, бойові дії.

Вступ

Травми органа зору за частотою займають друге місце в структурі сучасної бойової травми. Так, за даними армії США під час Іракської кампанії травми ока становили близько 6% від усіх бойових ушкоджень. За наслідками поранень очей, отриманих у в'єтнамській війні, 50% постраждалих згодом втрачали зір на поранене око [1]. За даними клініки офтальмології Національного військово-медичного клінічного центру станом на 2017 рік, у структурі офтальмологічних ушкоджень 52% – осколкові та інші механічні пошкодження, що не супроводжувалися масивною черепно-мозковою травмою внаслідок мінно-вибухового враження [2].

Без сумніву, навіть за умови мирного часу та небойового характеру травми, набути в дорослому віці втрата зору, хоча б часткова, тягне за собою руйнацію звичного життєвого стереотипу. Обмеження з боку вкрай важливого каналу сприйняття навколишнього світу потребує від постраждалих уживання у нові соціальні ролі та життя із обмеженнями, що супроводжується глибокими емоційними і соціальними наслідками. Ці зміни впливають майже на всі сфери індивіда, його особистість, взаємодію з сім'єю і суспільством [3; 4].

Зрозуміло, що в ситуації часткової втрати зору травматичної генези внаслідок поранення в бою, має місце вплив на особистість кількох потужних

стрессогенних чинників (що не проходить безслідно та накладає відбиток на стан психічного здоров'я потерпілого). **Серед найважливіших стрессогенних факторів відзначаємо такі:**

- явища психічної дезадаптації, які виникають через зміну цивільного способу життя на воєнний та участь у бойових діях;
- безпосередня участь у бойових діях – потужний стресовий фактор, з яким пов'язаний розвиток психологічного або навіть психопатологічного реагування на стрес;
- травма очей з частковою втратою зору належить до типу ушкоджень, які (й самі по собі, і їхні наслідки) стають важкими стрессогенними чинниками, що руйнують спосіб життя постраждалого.

Взаємодія цих трьох основних факторів, їх взаємовплив, формують комплекс психічних проявів соматичної травми.

Зважаючи на те, що витоки та наслідки кожного з проявів є різними, важливість вивчення їх взаємодії не викликає сумнівів. Враховуючи зазначене, на нашу думку, існує нагальна потреба в розробці спеціалізованих високотаргетних підходів до медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичної генези, бо нехтування будь-яким із зазначених чинників психопатогенезу призводить до неефективності реабілітаційної роботи з даним контингентом.

Мета дослідження

Метою даної роботи було вивчення специфіки становлення реагування на чинники соціальної фрустрованості учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору, для визначення в подальшому мішеней таргетних медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Матеріали і методи дослідження

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2014–2018 рр. було обстежено 91 учасника бойових дій (УБД). З них 49 – УБД з травмою очей та частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації; 42 – УБД з явищами психологічної дезадаптації (ПД). Вік обстежених складав 20–53 р. Задля порівняння було залучено 59 чоловіків з частковою втратою зору (ЧВЗ) внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння (ГП). Таким чином, у дослідженні взяли участь 150 осіб.

Не залучалися пацієнти з наявністю клінічно окреслених та встановлених офіційно (у лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які могли передувати або супроводжувати травму очей. Крім того, не брали участі особи з офіційно встановленими психічними захворюваннями, включаючи алкоголізм, нарко- та токсикоманії.

Усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічного діагностичного інтерв'ю – СКІД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) [5], клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale) [6], опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [7].

На основі отриманих даних у 91 обстеженого було діагностовано клінічно виражені ознаки психологічної дезадаптації, з них 49 осіб були УБД ЧВЗ, а 42 – просто брали участь у бойових діях. У тих, хто отримав побутову травму, клінічно окреслених ознак психопатології психіатром не було встановлено. Дослідження психічного стану проводилось на 6–7 місяці після оперативного втручання в осіб з травматичним ураженням очей і після завершення участі у бойових діях та демобілізації у комбатантів.

Дані результати були покладені в основу при формуванні груп дослідження. Отже, **було сформовано 3 групи:**

- **основна група (ОГ)** – 49 учасників з травмою очей з частковою втратою зору внаслідок участі у бойових діях з ознаками психологічної дезадаптації;
- **група порівняння 1 (ГП1)** – 42 учасники бойових дій з вираженою психологічною дезадаптацією;

- **група порівняння 2 (ГП2)** – 59 чоловіків з частковою втратою зору внаслідок побутової травми.

Розподіл обстежених на групи дослідження представлено у **табл. 1**.

Таблиця 1

Розподіл обстежених на групи дослідження

Діагноз	Група	Кількість
Травма очей з частковою втратою зору учасників бойових дій з психологічною дезадаптацією	ОГ	49
Учасники бойових дій з психологічною дезадаптацією	ГП1	42
Травма очей з частковою втратою зору (побутового характеру)	ГП2	59

Окрім клініко-діагностичного, 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–Раге [9]; тест «Аналіз стиля життя» (Бостонський тест на стресостійкість) [10]. Результати дослідження оброблялись статистичними методами.

Результати дослідження та їх обговорення

Для характеристики реакції обстежуваних на фруструючі обставини проводилось обстеження за тестом фрустраційних реакцій Розенцвейга (дорослий варіант) [8]. Також було проаналізовано різноманітні життєві обставини, які, за думкою пацієнтів, своїм виникненням та існуванням викликали в них стан стресової реакції. Відповідно було проаналізовано параметри стресостійкості учасників та порівняно їх з характером фрустраційних реакцій.

Під час дослідження фрустраційних реакцій в обстежуваних було виявлено наявність значних відмінностей між групами (**табл. 2**). В усіх пацієнтів встановлено достовірно високі (порівняно з нормативними показниками) рівні екстрапунітивного (Е) напрямку реакцій. Рівень частоти, найбільш високий в ОГ, знижувався відповідно ГП1>ГП2. 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. Важливо, що самі хворі часто вимагають розв'язання проблеми від оточуючих.

■ **Інтрапунітивний напрямок реакцій (І)** в усіх групах достовірно значно нижчий нормативного показника при відсутності достовірної різниці між групами. Лише в ГП2 виявлена тенденція до більш високого рівня. Цей напрямок реакції пов'язаний із почуттям провини, сумлінням, докорами совісті. Реакція

Таблиця 2

Характеристика фрустраційних реакцій

Групи дослідження	Категорії						
	Напрямок реакції			Тип реакції			GCR
	E	I	M	O-D	E-D	N-P	
ОГ	83,26±2,03 p***	7,58±1,94 p***	9,16±1,31 p***	8,36±2,15 p***	42,68±2,61	48,96±2,37 p***	30,16
ГП1	72,54±2,45 p*** p ₁ ** p ₂ ***	8,17±1,64 p***	19,29±2,17 p ₁ *** p ₂ **	7,48 1,95 p***	40,73±2,32 p ₂ *	51,79±2,46 p***	46,74±2,37 p ₁ *** p ₂ *
ГП2	59,32±2,28 p*** p ₁ ***	12,64±1,63 p***	28,04±1,94 p ₁ ***	19,08±1,68 p*** p ₁ ** p ₂ ***	32,46±2,06 p ₁ **	48,46±2,25 p***	53,38 p ₁ ***
Нормативні показники	49,00	26,00	24,50	33,00	37,00	28,50	–

Примітки:

Достовірність:

p	–	між ОГ, ГП1, ГП2 і нормативними показниками;
p ₁	–	між ОГ і ГП1, ГП2;
p ₂	–	між ГП1 і ГП2.

Ступінь вірогідності:

*	–	<0,05;
**	–	<0,01;
***	–	<0,001.

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.

■ **Імпунітивний напрямок реакції (M)** достовірно найбільш низький в учасників ОГ, що свідчить про найменш вірогідний спосіб реагування. Учасники майже ніколи не вважають фруструючу ситуацію чимось незначним без наявності винуватців у її виникненні. Вони не мають надій, що проблема вирішиться сама по собі. У ГП1 напрямок (M) зустрічається достовірно частіше, ніж у ОГ, але рідше, ніж у ГП2. При цьому в ГП2 проявляється тенденція до більш високих показників порівняно з нормативними. Це означає, що психологічна дезадаптація зменшує звинувачувальну спрямованість реагування при пораненні. А у випадку побутової травми фруструюча ситуація розглядається як щось незначне та неминуче, що з часом мине само по собі. І, звичайно, як виправдання, так і звинувачення у виникненні становища відсутні. Зате є наявність спроби уникнути звинувачень себе та оточуючих, сприйняти ситуацію як компроміс (табл. 2).

■ **Перешкоджаюче-домінантний тип фрустраційної реакції (O-D)** достовірно рідше зустрічається в усіх групах порівняно з нормативними показниками. Але у ГП2 його рівень достовірно вище, ніж у інших. Цей тип проявляється фіксацією уваги особистості на переполах, незалежно від їхньої спрямованості і характеристик.

■ **Самозахисний тип реакції (E-D)** достовірно частіше виявлявся в ОГ та ГП1 на тлі

нижчого рівня у ГП2. При цьому в ГП2 простежується тенденція до зменшення нижче норми. Такий тип реагування зводиться до захисту свого «Я», демонструється ворожість до оточення, заперечується або ігнорується провини у виникненні фрустрації.

Потребово-наполегливий тип фрустраційної реакції (N-P) в усіх групах виявлено достовірно частіше, ніж за нормативними показниками. 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.

■ **Ступінь соціальної адаптації (GCR)** достовірно найбільш виражений в ГП2 і найменш – в ОГ.

Аналіз фрустраційного реагування тісно переплітається з питаннями стресового стану. Це пов'язано з тим, що фрустраційні чинники досить часто є стресовими. З іншого боку, останні не завжди викликають стан фрустрації. В зв'язку з цим, нами при обстеженні учасників проведено опитування на наявність таких чинників з оцінкою актуальності, значимості кожного від 0 до 6 балів. Групові показники наведені в табл. 3.

В учасників ОГ майже за всіма аналізованими під час опитування параметрами встановлено високий рівень їх присутності в учасників групи та рівень стресової значимості, що свідчить про наявність в учасників високого рівня стресу. Рівні виявлення та їх значимість в групі ОГ майже по всіх показниках вищі, ніж у ГП1. Виключенням були ті фактори, які втратили свою актуальність у зв'язку з одержанням травми очей, але весь спектр факторів зберігався. Це дозволило стверджувати, що явища психо-

Таблиця 3

Суб'єктивні чинники фрустрації в учасників дослідження

Чинники фрустрації	Групи дослідження					
	ОГ		ГП1		ГП2	
	кількість у групі (%)	значимість	кількість у групі (%)	значимість	кількість у групі (%)	значимість
Питання соціального захисту	79,59	5,40	26,19	4,20	23,73	2,40
Фінансові питання	100,00	5,50	100,00	4,60	93,22	4,40
Побутові негаразди	79,59	3,00	54,76	3,70	47,46	1,30
Медичне обслуговування	59,18	5,80	21,43	2,80	23,73	2,10
Ставлення суспільства до особистості	77,55	4,20	88,10	5,20	25,42	1,80
Ставлення влади до особистості	87,76	5,30	90,48	4,10	20,34	1,90
Ставлення друзів до особистості	85,71	3,20	59,52	3,50	37,29	1,60
Взаємини у сім'ї	73,47	4,60	73,81	4,60	45,76	2,80
Взаємини з дружиною	79,59	5,00	64,29	3,80	27,12	2,10
Взаємостосунки з друзями	40,82	2,40	52,38	2,50	18,64	1,40
Робота	89,80	5,60	78,57	5,30	67,80	4,60
Заробітна плата, пенсія	89,80	5,80	88,10	5,10	76,27	4,70
Взаємостосунки зі співробітниками	79,59	3,50	47,62	3,20	20,34	2,10
Відпочинок та вільний час	34,69	2,50	33,33	1,80	16,95	1,60
Відношення з оточуючими	69,39	4,20	78,57	4,60	20,34	1,80
Зв'язки з органами влади, суспільними організаціями	53,06	4,10	69,05	3,70	15,25	2,60
Ставлення до політичного та соціального життя	34,69	3,40	83,33	5,10	18,64	1,80
Перспективи майбутнього в житті особистості	85,71	5,80	23,81	4,90	37,29	4,30
Ставлення до втрати зору	100,00	6,00	–	–	100,00	6,00

логічної дезадаптації – як самостійні прояви, так і на тлі пошкодження очей – зберігалися. Травма посилювала стресову значимість явища психологічної дезадаптації, нівелюючи ті, які у посттравматичний період втратили свою актуальність або відійшли у фонове звучання на тлі погіршення або втрати зору.

На відміну від вказаних груп, учасники ГП2 демонстрували значно меншу кількість аналізованих чинників та низьку їх актуальність. Коло актуальних факторів звужувалося до наслідків травми та подальших змін життєвого шляху. Таким чином, за умови травми очей психологічна дезадаптація залишається, при цьому чітко простежується тенденція до посилення проявів та їх вибірковості у відповідності з наслідками пошкодження. Актуальність її більш виражена, що, скоріше за все, визначається соціальним статусом УБД.

Слід зазначити, що стресовий характер виявлених факторів не завжди відповідав їх фрустраційним властивостям. Тож, рівень стресового стану особистості не завжди є результатом наявності у неї фрустраційних чинників, а фрустрація не завжди призводить до стресового реагування.

Обстеження за рівнем стресостійкості за допомогою тесту «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість) [10] показали високі її рівні в балах у учасників ОГ і ГП1

(ОГ – $68,72 \pm 3,51$; ГП1 – $59,31 \pm 3,07$). Це свідчить про наявність великої вразливості до стресу, особливо серед учасників з травмою очей. За умови побутової травми стресостійкість значно вища (ГП2 – $36,84 \pm 3,16$). Тож, можна стверджувати, що психологічна дезадаптація значно знижує стресостійкість, а травма очей посилює цей процес.

Порівняно з показниками стресостійкості і соціальної адаптації Холмса–Page [9] було виявлено деякі особливості. Так, у ОГ та ГП1 стресостійкість виявилася значно більшою, ніж можна було очікувати. В учасників ОГ вона склала $261,00 \pm 12,00$ балів, а в ГП1 – $186,00 \pm 10,00$. У той же час учасники ГП2 показали $235,00 \pm 13,00$. Ці розбіжності пояснюються змістовним наповненням проведеного тесту, коли суть запитання досить віддалена від дійсного стану оточення особистості та подій з його участю. Відповідно учасники ГП2 знаходились в адекватних обставинах, тож і результати відповідали стану опитуваного.

Аналіз суб'єктивних факторів фрустрації та стресу пацієнтів показав, що в учасників бойових дій за умови явищ психологічної дезадаптації кількість та актуальність цих факторів значно більші, ніж випадку побутового характеру травми. Ті фактори, що були актуальні для учасників бойових дій, не є значимими для мирних жителів. Вірогідно, це пов'язано з тим, що учас-

ники бойових дій, стикаючись з новими гранями та сферами буття і засвоюючи нові життєві принципи та стереотипи, в процесі реадаптації формують нові риси характеру, які змінюють їх сприйняття оточення та життєві цінності.

За наявності досить значної травми з частковою втратою зору, явища дезадаптації зберігаються та доповнюються новими проявами відповідно до травми. Порівняно з побутовим характером ушкодження, їх кількість та спектр значно менші. Слід зазначити, що взаємодія стресу (II рівень психологічного захисту за Розенцвейгом) та фрустрацією (III 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 дезадаптації в умовах бойових дій та мирного життя.

Потребово-наполегливий тип реагування на фрустрацію у комбатантів, особливо за наявності бойової травми очей, має декілька причин. Явища дезадаптації призводять до спроби особистості відійти від участі у розв'язанні фрустраційних обставин (можливості, досвід, компетентність). Крім того, постійна напруга, посилена проявами і наслідками травми, призводить до виснаження особистості та схильності до депресивного реагування. На формування реагування такого типу впливає й громадська роль захисника, який постраждав. Таким чином, психологічна дезадаптація 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.

Відповідно до проведених досліджень рівень стресостійкості у комбатантів досить суперечливий. Вірогідно, це пов'язане з формулюванням питань тестів та з обставинами, в яких знаходились учасники. З іншого боку, важливими є фактори психологічного захисту особистості, які спроможні дезактуалізувати фрустраційні збудники відповідно їх актуальності та адаптувати до стресу залежно від життєвих обставин. Це стає очевидним за умови виникнення травми, наявність якої значно змінює акценти та актуальність цих чинників.

Досліджені питання фрустрації та особливості реагування особистості є вкрай важливими та значимими 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 психологічної дезадаптації серед фрустраційних реакцій переважають екстрапунітивний напрямок та потребова-наполегливий (N–P) тип реагування.

2. Ступінь соціальної адаптивності (GCR) найбільшою мірою порушений в комбатантів з бойовою травмою очей та частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації, 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 психологічній адаптації 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. 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.
2. Жупан Б. Б. Спеціалізована офтальмологічна допомога військовослужбовцям в умовах єдиного медичного простору / Б. Б. Жупан // Екстренна медицина. – 2017. – № 3 (24). – URL: <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4>
3. Абдяхімова Ц. Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів неспсихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору травматичного генезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки / Ц. Б. Абдяхімова // Укр. вісн. психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 1 (74). – С. 34–39.
4. Абдяхімова Ц. Б. Обґрунтування засад та підходів до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам з неспсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдяхімова // Укр. вісн. психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80). – С. 158–163.
5. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях / І. Г. Малкіна-Пих. – М.: Изд-во Эксмо. 2005. – 960 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум з психології посттравматичного стресу / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Пітер, 2001. – 272 с.
7. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко [та ін.]. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – С. 208–225.
8. Тест Розенцвейга. Методика рисуночної фрустрації (модифікація Н. В. Тарабриной) / Диагностика емоціонально-нравственного развития: ред. и сост. И. Б. Дерманова. – СПб., 2002. – С. 150–172.
9. Райгородский Д. Я. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Райха / Д. Я. Райгородский // Практическая психодиагностика. – Самара: Бахрам, 2000. – 672 с.
10. Щербатых Ю. В. Психология стресса / Ю. В. Щербатых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 304 с.