

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

ОСОБЛИВОСТІ ФРУСТРАЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ

Адбрыхімов Р. А.

@ Ростислав Адганович Адбрыхімов (Україна) – к.мед.н., лікар-офтальмолог Київської клінічної лікарні № 2 на залізничному транспорті, пр. Повітрофлотський, 9, м. Київ, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>.

ОСОБЛИВОСТІ ФРУСТРАЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ

Анотація.

При дослідженні фрустраційних реакцій і стресостійкості в учасників бойових дій, з травмою очей і частковою втратою зору на тлі клінічних проявів посттравматичного синдрому (54 людини), встановлені достовірні відмінності між учасниками бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому без травми (46 людей) і групою пацієнтів, які мали побутову травму органів зору з частковою його втратою (59 людей). Комбатанти демонстрували екстрапунітивний напрям реагування й потребово-наполегливий тип реакції. На другому місці в них – его-захисний тип реакції. Відзначається наявність депресивних, астеничних й агресивних варіантів реагування. У групі з відсутністю травми екстрапунітивний напрям спостерігався частіше. При побутовому характері ушкоджень ці показники були значно нижчі й наближалися до рівня стандартних. В учасників бойових дій спостерігалися різні рівні зниження стресостійкості, залежно від методики, й низькі – при побутовій травмі. Порівняння наявності й актуальності фруструючих і стресових факторів показало їхню більшу частоту й значущість у комбатантів із травмою й без такої. Таким чином, в учасників бойових дій при травмі очей, з частковою втратою зору й без такої, та клінічних проявах посттравматичного синдрому спостерігаються односпрямовані й більш виражені при травмі очей, зміни. При побутовій травмі вони значно нижче. Це свідчить про значну роль клінічних проявів посттравматичного синдрому у виникненні порушень психічної сфери. Це говорить про ймовірне включення в дію способів психологічного захисту особистості й адаптацію до наявності стресу-фрустрації.

Ключові слова: клінічні прояви посттравматичного синдрому, фрустрація, стрес, травма ока, бойові дії.

ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННОГО РЕАГИРОВАНИЯ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ

Аннотация.

При исследовании фрустрационных реакций и стрессоустойчивости у участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения, на фоне клинических проявлений посттравматического синдрома (54 человека), установлены достоверные различия, между принимавшими участие в боевых действиях, с клиническими проявлениями посттравматического синдрома без травмы (46 человек) и группой пациентов, имеющих бытовую травму органов зрения с частичной его утратой (59 человек). Комбатанты демонстрировали экстрапунитивное направление реагирования и необходимо-упорствующий тип реакции. На втором месте у них – эго-защитный тип реакции. Отмечается наличие депрессивных, астенических и агрессивных вариантов реагирования. В группе с отсутствием травмы экстрапунитивное направление наблюдалось чаще. При бытовом характере повреждений эти показатели были значительно ниже и приближались к уровню стандартных. У участников боевых действий наблюдались различные уровни снижения стрессоустойчивости, в зависимости от методики, и низкая – при бытовой травме. Сравнение наличия и актуальности фрустрирующих и стрессорных факторов показало их большую частоту и значимость у комбатантов с травмой и без таковой. Таким образом, у участников

боевых действий, при травме глаз с частичной потерей зрения и без таковой, так же клинических проявлений посттравматического синдрома наблюдаются односторонние и более выраженные, при травме глаз, изменения. При бытовой травме они значительно ниже. Это свидетельствует о значительной роли клинических проявлений посттравматического синдрома в возникновении нарушений психической сферы. Это говорит о вероятном включении в действие способов психологической защиты личности и адаптации к наличию стресса-фрустрации.

Ключові слова: клинические проявления посттравматического синдрома, фрустрация, стресс, травма глаза, боевые действия.

PECULIARITIES OF FROSTING RESPONSE IN PARTICIPANTS OF MARTIAL ACTIONS WITH CLINICAL MANIFESTATIONS OF POST-TRAUMATIC SYNDROME AND PARTIAL LOSS OF VISION

Annotation. In the study of frustration reactions and stress tolerance in combatants with eye trauma and partial loss of vision against the background of clinical manifestations of post-traumatic syndrome (54 people), significant differences were found between those who took part in combat actions from clinical manifestations of post-traumatic syndrome without injury (46 people) and a group of patients having a domestic injury of the organs of vision with partial loss of it (59 people). Combatants demonstrated an extrapunitive response direction and a necessary-recalcitrant type of reaction. In second place is their ego-defensive type of reaction. The presence of depressive, asthenic and aggressive response options. In the group with no injury, extrapunitive direction was observed more often. In the domestic character of damage, these indicators were significantly lower and approached the standard level. Participants in hostilities experienced varying levels of stress tolerance, depending on the methodology, and low levels in the case of domestic trauma. Comparison of the presence and relevance of frustrating and stressful factors showed their greater frequency and significance among combatants with and without injury. Thus, participants in combat operations with an eye injury with partial loss of vision and without it and the clinical manifestations of the post-traumatic syndrome are unidirectional and more pronounced with eye injury changes. With a domestic injury, they are much lower. This indicates the significant role of clinical manifestations of post-traumatic syndrome in the occurrence of mental disorders. This suggests the possibility of including in the action methods of psychological protection of the individual and adaptation to the presence of stress-frustration.

Key words: clinical manifestations of post-traumatic syndrome, frustration, stress, eye injury, fighting.

Вступ. Збереження очей і зору військово-вслужбовців, які беруть участь у бойових діях надзвичайно важливе завдання. Хоча ділянка очей невелика і не перевищує 0,1% загальної поверхні тіла людини, під час Операції визволення Іраку «Непохитна свобода», травми ока американських військових становили 6% випадків поранення у бойових умовах [1]. У військовослужбовців з Великої Британії з січня 2005 року по грудень 2009 року ураження очей відзначали у 10% випадків, 27% з яких, призвели до повної, а 17% – часткової втрати зору [2]. Питома вага ушкоджень очей в АТО станом на кінець 2015 року становила 2,4% [1, 3].

У ситуації часткової втрати зору травматичної генези внаслідок участі в бойових діях, спостерігається індукція, як мінімум двох потужних стресогенних чинників, що накладає відбиток на стан психічного здоров'я потерпілого: психічної дезадаптації та проявів посттравматичного стресового реагування внаслідок участі у бойових

діях, і бойової травми ока з можливими наслідками щодо зниження або втрати зору на травмованому оці [4]. Враховуючи зазначене, на нашу думку, існує потреба в розробці спеціалізованих високотаргентних підходів до медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичної генези, бо неврахування будь-якого з двох зазначених чинників психопатогенезу призводить до неефективності реабілітаційної роботи з даним контингентом.

Метою даної роботи було визначення особливостей фрустраційного реагування в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору на тлі проявів посттравматичного синдрому, для визначення надалі мішеней медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Контингент і методи дослідження. За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики й деонтології протягом 2014–2018 рр. було обстежено 100 учас-

ників бойових дій (УБД). З них 54 – УБД з травмою очей та частковою втратою зору на тлі клінічних проявів посттравматичного синдрому; 46 – УБД з клінічними проявами посттравматичного синдрому (КППТС). Вік обстежених складав 20–53 рр. Задля порівняння, в дослідження було включено 59 чоловіків з частковою втратою зору (ЧВЗ) внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння (ГП). Таким чином, всього в дослідженні взяли участь 159 осіб. В дослідженні не брали участі кандидати з наявністю клінічно окреслених 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 токсикоманію.

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] та проведено консультацію психіатра.

На основі отриманих даних, у 100 обстежених було діагностовано виражені клінічні прояви посттравматичного синдрому, з них 54 особи були УБДЧВЗ, а 46 – просто брали участь у бойових діях. 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 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) – 54 учасники з травмою очей та частковою втратою зору, внаслідок участі у бойових діях з клінічними проявами посттравматичного синдрому;

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

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

Критеріями виключення кандидатів з груп дослідження були: наявність клінічно окреслених та встановлених офіційно (в лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які могли передувати, або супроводжувати травму очей. Крім того, в дослідженні не брали участі кандидати, які мали офіційно встановлені психічні захворювання, включаючи алкоголізм, нарко- та токсикоманію.

Розподіл обстежених на групи дослідження представлено у табл. 1.

Таблиця 1

Показники вираженості психопатологічної симптоматики у вимушених переселенців з АЗ та різним рівнем психосоціального стресу

Діагноз	Травма очей з частковою втратою зору в учасників бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому	Учасники бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому	Травма очей з частковою втратою зору (побутового характеру)
група	ОГ	ГП1	ГП2
кількість	54	46	59

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 та 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 на думку 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, у порівнянні з нормативними показниками, встановлено достовірно високі рівні екстрапунітивного (Е) напрямку реакцій. Рівень частоти, найвищий в ОГ, знижувався відповідно ГП1 > ГП2. Тобто зафіксовано реакцію, спрямовану на оточення, коли актуальною для осо-

бистості 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 навколишніх.

Інтрапунітивний напрям реакцій (І) в усіх групах значно нижчий нормативного показника. Встановлено вірогідно нижчий рівень в ОГ при відсутності достовірної різниці між ГП1 і ГП2. Цей напрям реакції пов'язаний з 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.

Імпунітивний напрям реакції (М) достовірно найбільш низький в учасників ОГ та ГП1, що свідчить про найменш вірогідний спосіб реагування. Учасники майже ніколи не вважають фруструючу ситуацію чимось незначним без наявності винуватців у її виникненні, на відміну від учасників ГП2. Вони не мають надій, що проблема вирішиться сама по собі. У ГП1 частота напрямку (М) не різниться від ОГ, але рідше, ніж у ГП2. При цьому, в ГП2 проявляється тенденція до вищих показників, порівняно з нормативними. Це означає, що явище посттравматичного синдрому зменшує звинувачувальну спрямованість реагування при пораненні.

Таблиця 2

Характеристика фрустраційних реакцій

Групи дослідження	Категорії						
	Напрямок реакції			Тип реакції			GCR
	Е	І	М	О-Д	Е-Д	Н-Р	
ОГ	86,28±2,14 p***	6,25±1,73 p***	7,23±1,42 p***	25,38±2,27 p**	54,31±2,40 p**	20,16±2,01 p**	31,53
ГП1	72,48±2,39 p*** p ₁ ** p ₂ ***	18,25±1,72 p** p ₁ *	9,08±2,01 p ₂ **	16,51±1,89 p*** p ₁ **	33,61±2,05 p ₁ **	48,73±2,33 p*** p ₁ **	40,34±2,23 p ₁ ** p ₂ *
ГП2	59,32±2,28 p** p ₁ ***	12,64±1,63 p*** p ₁ *	28,04±1,94 p ₁ ***	19,08±1,68 p*** p ₁ *	32,46±2,06 p ₁ **	48,46±2,25 p*** p ₁ **	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; p₁ – між ОГ і ГП1, ГП2; p₂ – між ГП1 і ГП2.

Ступінь вірогідності: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001.

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 навколишніх, сприйняти ситуацію як компроміс (табл. 2).

Перешкоджаюче-домінантний тип фрустраційної реакції (O-D) достовірно рідше зустрічається в усіх групах, у порівнянні з нормативними показниками. Але в ОГ його рівень достовірно вище, ніж в інших. Цей тип проявляється фіксацією уваги особистості на перепонах, незалежно від їхньої спрямованості й характеристик.

Самозахисний тип реакції (E-D) достовірно частіше виявлявся в ОГ та на тлі нижчого рівня у ГП1 і ГП2. При цьому, в ГП1 і ГП2 простежується тенденція до зменшення нижче норми, а в ОГ – значно вище. Такий тип реагування зводиться до захисту свого «Я», демонструється ворожість та агресивність до оточення, заперечується або ігнорується провина пацієнта у виникненні фрустрації, провина перекладається на оточення.

Потребово-наполегливий тип фрустраційної реакції (N-P) в ГП1 і ГП2 виявлено достовірно частіше, ніж за нормативними показниками. При цьому, в ОГ цей тип зустрічався достовірно менше. Таке реагування проявляється в постійній потребі знайти конструктивне рішення фруструючої ситуації, за допомогою навколишніх або з надією на те, що з часом становище зміниться само по собі. Наявність травми

на тлі явищ посттравматичного синдрому, мабуть блокує такий тип реакції, можливо на тлі низької довіри до оточення.

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. У зв'язку з цим, нами, при обстеженні учасників, проведено опитування на наявність таких чинників з оцінкою актуальності, вагомості 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 значущості, що свідчить про наявність в учасників високого рівня стресу. Рівні виявлення та їх значущість в групі ОГ та ГП1 майже по всіх показниках вищі, ніж у ГП2. Виключенням були ті фактори, які втратили свою актуальність у зв'язку з отриманням травми очей, але весь спектр факторів зберігався. Це дозволило стверджувати, що явища посттравматичного синдрому – як самостійні прояви, так і на тлі пошкодження очей – зберігалися. Травма посилювала стресову значущість явищ посттравматичного синдрому, нівелюючи ті, які у посттравматичний період втратили свою актуальність або відійшли у фонове звучання на тлі погіршення або втрати зору.

Таблиця 3

Суб'єктивні чинники фрустрації в учасників дослідження

Чинники фрустрації	Групи дослідження					
	ОГ		ГП1		ГП2	
	кількість в групі (%)	значущість	кількість в групі (%)	значущість	кількість в групі (%)	значущість
Питання соціального захисту	94,56	5,60	74,32	5,30	23,73	2,40
Фінансові питання	100,00	5,50	100,00	5,20	93,22	4,40
Побутові негаразди	79,59	3,20	66,47	3,60	47,46	1,30
Медичне обслуговування	100,00	5,80	62,18	4,70	23,73	2,10
Ставлення суспільства до особистості	94,56	5,20	74,32	5,00	25,42	1,80

Ставлення влади до особистості	96,38	5,60	74,32	5,10	20,34	1,90
Ставлення друзів до особистості	85,71	3,60	54,17	3,80	37,29	1,60
Взаємовідносини у сім'ї	89,80	5,10	62,18	4,90	45,76	2,80
Взаємини з дружиною	89,80	5,20	62,18	4,20	27,12	2,10
Взаємостосунки з друзями	48,74	2,40	48,63	2,50	18,64	1,40
Робота	94,58	5,80	74,32	5,60	67,80	4,60
Заробітна плата, пенсія	94,58	5,80	84,53	5,80	76,27	4,70
Взаємостосунки з співробітниками	34,69	3,20	48,63	3,60	20,34	2,10
Відпочинок та вільний час	34,69	2,50	35,73	1,80	16,95	1,60
Відношення з навколишніми	69,39	5,20	74,32	5,10	20,34	1,80
Зв'язки з органами влади, суспільними організаціями	85,71	4,40	74,32	4,60	15,25	2,60
Відношення до політичного та соціального життя	85,71	5,40	84,15	5,10	18,64	1,80
Перспективи майбутнього в житті особистості	100,00	5,80	74,32	5,50	37,29	4,30
Ставлення до втрати зору	100,00	6,00	–	–	100,00	6,00

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, явища посттравматичного синдрому залишаються, при цьому чітко простежується тенденція до посилення проявів та їх вибірковості відповідно до наслідків пошкодження. Актуальність її більш виражена, що, ймовірно, 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], показало високі її рівні в балах в учасників ОГ і ГП1 (ОГ – $73,53 \pm 3,41$; ГП1 – $64,18 \pm 3,26$). Це свідчить про наявність великої/помітної/др. вразливості до

стресу, особливо серед учасників із травмою очей. За умови побутової травми, стресостійкість значно вища (ГП2 – $36,84 \pm 3,16$). Тож, можна стверджувати, що явища посттравматичного синдрому значно знижує стресостійкість, а травма очей посилює цей процес.

У порівнянні з показниками стресостійкості й соціальної адаптації Холмса-Раге [9] було виявлено деякі особливості. Так, в ОГ та ГП1 стресостійкість виявилася значно більшою, ніж можна було очікувати. В учасників ОГ вона склала $327,00 \pm 11,00$ балів, а в ГП1 – $305,00 \pm 12,00$. Водночас, учасники ГП2 показали $235,00 \pm 13,00$. Ці розбіжності пояснюються змістовним наповненням проведеного тесту, коли суть питання 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 посттравматичного синдрому, кількість та актуальність цих факторів значно більші, ніж при побутовому характері травми.

Ті фактори, що були актуальні для учасників бойових дій, не є значущими 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, що змінюють їх сприйняття оточення та життєві цінності. За наявності досить значної травми з частковою втратою зору, явища 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, ймовірніше, 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 більшим 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 посттравматичного синдрому, посилена проявами й наслідками травми, призводить до виснаження особистості та схильності до депресивного реагування, на тлі якого з'являється амбівалентність реагування. Не залежно від наявності травми очей, починають фігурувати прояви агресії, ворожості, особливо при емоційних обставинах. На формування реагування такого типу впливає й громадська роль захисника, який постраждав. Таким чином, явища посттравматичного синдрому не тільки є

фоном для розвитку реакції особистості на травму, але й модифікує її відповідно до обставин життя – як особистого, так і навколишніх, а також суспільства загалом. Можливо, це пов'язано з початком розвитку невротичних вкраплень та самих складових посттравматичного синдрому.

Відповідно до проведених досліджень, рівень стресостійкості у комбатантів досить суперечливий. Вірогідно, це пов'язано з формулюванням питань тестів та з обставинами, в яких знаходились учасники. З іншого боку, важливими є фактори психологічного захисту особистості, які спроможні деактуалізувати 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 значущими для розуміння джерел та механізмів формування розладів, визначення мішеней та способів корекції порушень, а також розробки та проведення психокорекційних заходів.

Висновки.

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

2. Ступінь соціальної адаптивності (GCR), найбільшою мірою порушений в комбатантів з бойовою травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ 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 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., Дуда О. К., Майданюк В. П., Ткачук С. І. Структура бойової травми залежно від характеру уражувальних факторів під час деяких сучасних локальних війн, військових конфліктів (огляд літератури) // Сімейна медицина. 2015. № 4 (60). С. 63 – 70.
2. Breeze J. Surface wound mapping of battlefield occulo-facial injury / J. Breeze, LS Allanson–Bailey, NC Hunt et al. // *Injury*. 2012. Vol. 43 (11). P. 1856–60.
3. Жупан Б. Б. Удосконалення організації спеціалізованої офтальмологічної допомоги в ході медичного забезпечення антитерористичної операції // 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 // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2018. № 9. С. 72 – 77.
5. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях – М.: Изд-во Эксмо. 2005. – 960 с.
6. Тарабрина Н. В.. Практикум з психології посттравматичного стресу. (Серія «Практикум з психології»). СПб.: Пітер., 2001. – 272 с.
7. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – С. 208–225.
8. Тест Розенцвейга. Методика рисуночної фрустрації (модифікація Н. В. Тарабриной) / Діагностика емоційно-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) // 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.

@ Ростислав Адганович Абдрахимов (Украина) – к.мед.н., врач-офтальмолог Киевской клинической больницы № 2 на железнодорожном транспорте, пр. Воздухофлотский, 9, г. Киев, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>

@ Rostislav Abdriakhimov (Ukraine) – MD, PhD, The Kiev clinical hospital № 2 on a railway transportation, Povitroflotskyi avenue, 9, Kyiv, 03049; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>