

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

*Р. А. Абд'яхімов, М. В. Маркова*

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ І ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СИНДРОМУ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОЧЕЙ І ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ

*Р. А. Абд'яхімов, М. В. Маркова*

Сравнительный анализ психопатологических проявлений дезадаптации и посттравматического синдрома у участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения

*Abdryahymov R. A., Markova M. V.*

## Comparative analysis of psychopathological consequences of maladaptation and post-traumatic syndrome in participants of military actions with eyes injury and partial loss of vision

Мета роботи — порівняльне вивчення феноменології проявів психопатологічного реагування у вигляді психологічної дезадаптації або посттравматичного синдрому у учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору для визначення в подальшому мішеней для медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Протягом 2014—2018 рр. було обстежено 191 учасник бойових дій (УБД) віком 20—53 роки. Як група порівняння в дослідженні було включено 59 чоловіків з частковою втратою зору (ЧВЗ) внаслідок побутової травми. Усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale), опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації, проведено консультацію психіатра та здійснено психодіагностичне дослідження.

Встановлено, що у УБД з проявами психологічної дезадаптації аналіз ознак фактора «Феноменологія ознак психологічної дезадаптації» показав наявність її дифузних проявів. Вони переважно відображають варіанти її розвитку та за змістом демонструють відсутність у особистості навичок адекватної психологічної поведінки на зміни зовнішнього оточення. Аналіз складових фактора «Феноменологія психопатологічного реагування на травму очей на тлі психологічної дезадаптації» у УБД з ЧВЗ показав зниження проявів та актуальності симптомів дезадаптації на тлі травми, окрім емоційних та поведінкових зрушень. Рівень соматичних проявів психопатологічного реагування свідчить про початок формування невротичних розладів на ґрунті симптомів дезадаптації та наявної травми очей. Аналіз фактора «Феноменологія проявів посттравматичного синдрому» у УБД показав, що його прояви стають основою формування вибіркового невротичного синдрому. Змістом їх є фактори, які спричинили виникнення постійного стресу у вигляді постстресового патологічного реагування. В УБД з ЧВЗ на тлі проявів посттравматичного синдрому фактор «Феноменологія психопатологічного реагування на травму очей на тлі проявів посттравматичного синдрому» вказує на процеси формування невротичної симптоматики на тлі травми очей. Підґрунтям є окремі прояви посттравматичного синдрому, які посилюються під впливом додаткового стресу в результаті травми очей.

Отримані результати треба брати до уваги під час створення спеціалізованих високотаргетних підходів до медико-психологічної реабілітації для цього контингенту.

**Ключові слова:** посттравматичний синдром, психологічна дезадаптація, клінічна симптоматика, стрес, травма очей, бойові дії

Цель работы — сравнительное изучение феноменологии проявлений психопатологического реагирования в виде психологической дезадаптации или посттравматического синдрома у участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения для определения в дальнейшем мишеней для медико-психологических мероприятий их реабилитации.

В течение 2014—2018 гг. был обследован 191 участник боевых действий (УБД) в возрасте 20—53 года. В качестве группы сравнения в исследование было включено 59 мужчин с частичной утратой зрения (ЧУЗ) вследствие бытовой травмы. Всем респондентам было осуществлено скрининговое обследование психического состояния с использованием клинической диагностической шкалы CAPS (Clinical-administered PTSD Scale), опросника определения уровня невротизации и психопатизации, проведена консультация психиатра и выполнено психодиагностическое исследование.

Установлено, что у УБД с проявлениями психологической дезадаптации анализ признаков фактора «Феноменология признаков психологической дезадаптации» показал наличие дифузных проявлений. Они преимущественно отражают варианты ее развития и по содержанию демонстрируют отсутствие у личности навыков адекватного психологического поведения на изменение внешнего окружения. Анализ составляющих фактора «Феноменология психопатологического реагирования на травму глаз на фоне психологической дезадаптации» у УБД с ЧУЗ показал снижение проявлений и актуальности симптомов дезадаптации на фоне травмы, кроме эмоциональных и поведенческих сдвигов. Уровень соматических проявлений психопатологического реагирования свидетельствует о начале формирования невротических расстройств на основе симптомов дезадаптации и имеющейся травмы глаз. Аналіз фактора «Феноменология проявлений посттравматического синдрома» у УБД показал, что его проявления становятся основой формирования выборочных невротических синдромов. Содержанием их выступают факторы, которые повлекли возникновение постоянного стресса в виде постстрессового патологического реагирования. У УБД с ЧУЗ на фоне проявлений посттравматического синдрома фактор «Феноменология психопатологического реагирования на травму глаз на фоне проявлений посттравматического синдрома» указывает на процессы формирования невротической симптоматики на фоне травмы глаз. Основной выступают отдельные проявления посттравматического синдрома, которые усиливаются под влиянием дополнительного стресса в результате травмы глаз.

Полученные результаты надо учитывать при создании специализированных високотаргетных подходов к медико-психологической реабилитации для этого контингента.

**Ключевые слова:** посттравматический синдром, психологическая дезадаптация, клиническая симптоматика, стресс, травма глаз, боевые действия

Comparative analysis of psychopathological consequences of maladaptation and post-traumatic syndrome in participants of military actions with eyes injury and partial loss of vision

The aim of this work was a comparative study of the phenomenology of psychopathological response manifestations as psychological maladaptation or post-traumatic syndrome in participants of military actions with eyes injury and partial loss of vision, in order to further determine the targets for medical and psychological measures for their rehabilitation.

During 2014—2018 years 191 participants of military actions (PMA) aged 20—53 years were examined. As a comparison group, the study included 59 men with partial loss of vision (PLV) due to household injuries. All respondents were screened for a mental condition using a clinical diagnostic scale CAPS (Clinical-administered PTSD Scale), a questionnaire for determining the level of neuroticism and psychopathisation, consulted by a psychiatrist and a psychodiagnostic study was carried out.

The study showed that in PMA with manifestations of psychological maladaptation, the analysis of the signs of the factor "Phenomenology of Signs of Psychological Disadaptation" showed the presence of its diffuse manifestations.

They mainly reflect the variants of its development and in content demonstrate the lack of individual skills of adequate psychological behavior on change the external environment. The analysis of factor components "Phenomenology of Psychopathological Response to Eyes Injuries on the Background of Psychological Disadaptation" in PMA with PLV showed a decrease in the manifestations and relevance of symptoms of disadaptation against the background of injury, in addition to emotional and behavioral shifts. The level of somatic manifestations of psychopathological response indicates the beginning of the formation of neurotic disorders on the basis of symptoms of disadaptation and available eyes injuries. The analysis of factor "Phenomenology of Manifestations of Post-traumatic Syndrome" in PMA has shown that its manifestations become the basis for the formation of selective neurotic syndromes. The content of these are the factors that have caused the emergence of constant stress in the form of post-stress pathological response. In PMA with PLV on the background of the manifestations of post-traumatic syndrome, the factor "Phenomenology of Psychopathological Response to Eyes Injury on the Background of Manifestations of Post-traumatic Syndrome" indicates the processes of formation of neurotic symptomatology on the background of eyes injury. The basis is individual manifestations of post-traumatic syndrome, which is intensified under the influence of additional stress as a result of eyes injury.

The obtained results will be taken into account when creating specialized highly-target approaches to medical and psychological rehabilitation for this contingent.

**Key words:** post-traumatic syndrome, psychological maladaptation, clinical symptomatology, stress, eyes injury, military actions.

Травми органу зору належать до найбільш важких травм, що призводять до інвалідності осіб, які беруть участь у бойових діях [1]. Хоча ділянка очей невелика і не перевищує 0,1 % загальної поверхні тіла людини, офтальмологічні втрати становлять 4,5—8,6 % в структурі всіх санітарних втрат (з них 93 % складають тяжкі та особливо тяжкі травми) [2, 3]. За аналізом контингенту учасників АТО з наслідками бойової травми, які проходили освітчення на медико-експертних комісіях 20 областей України 2015 року та були визнані інвалідами, кількість бійців з пораненням ока і орбіти становила 3,5 % [4]. За даними Військово-медичного центру Західного регіону, кількість осіб з пораненнями ока і орбіти, які отримували медичну допомогу в цьому закладі за період 2014—2017 рр., склала 2 % [5].

Не складаючи переважної кількості, травми ока і орбіти, є серед основних інвалідизуючих патологій бойових травм: інвалідизація внаслідок травми такої локалізації становить 84,5 % [6]. Однак, якщо прогрес в офтальмології за останні 30 років вселяє надію, що кількість випадків сліпоти після поранення у бойових умовах істотно зменшиться у майбутньому [3], то розроблення проблеми психологічних наслідків бойової травми очей на теперішній час практично не відбувається. Між тим, зрозуміло, що в ситуації часткової втрати зору внаслідок поранення в бою особа потерпає від дії декількох потужних стресогенних чинників: психологічної дезадаптації через зміну цивільного способу життя на військовий; психопатологічного реагування на участь у бойових діях; наслідків часткової втрати зору, що руйнує звичний спосіб життя постраждалого [7]. Взаємодія цих трьох основних факторів, їх взаємовплив, формують комплекс психічних проявів соматичної травми, які можуть розвиватись за двома клініко-психологічними варіантами: прояви психічної дезадаптації, що розвиваються через зміну цивільного способу життя на військовий та участь у бойових діях, та спосіб психопатологічного реагування на стрес у вигляді посттравматичного синдрому, симптоми якого за своєю вираженістю та спектром не відповідають діагнозу посттравматичного розладу, що не надає можливість сформулювати такий клінічний діагноз [8].

Зважаючи на те, що виток та наслідки кожного з проявів є різними, важливість вивчення їх взаємодії не викликає сумнівів. Тому є нагальна потреба в аналізі структури та взаємодії клінічної симптоматики в учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичного генезу на тлі клінічних проявів психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому для розроблення спеціалізованих високотаргетних підходів до медико-психологічної реабілітації постраждалих, бо нехтування будь-яким із зазначених чинників призводить до неефективності реабілітаційної роботи з цим контингентом.

Метою цієї роботи було порівняльне вивчення феноменології проявів психопатологічного реагування у вигляді психологічної дезадаптації або посттравматичного синдрому у учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору для визначення в подальшому мішеней для медико-психологічних заходів їх реабілітації.

За умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, протягом 2014—2018 рр. було обстежено 191 учасник бойових дій (УБД). Вік обстежених складав 20—53 роки. Задля порівняння в дослідженні було включено 59 чоловіків з частковою

втратою зору (ЧВЗ) внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння (ГП). Отже, всього у дослідженні взяли участь 250 осіб. У 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) [9], опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [10] та проведено консультацію психіатра.

Встановлені клінічні прояви посттравматичного розладу за своєю повнотою були близькі, але повністю не відповідали діагностичним критеріям клінічно окресленого посттравматичного стресового розладу, тому їх було охарактеризовано як «прояви посттравматичного синдрому». У тих, хто отримав побутову травму, клінічно окреслених ознак психопатології психіатром не було встановлено. Дослідження психічного стану проводили на 6—7 місяці після оперативного втручання в осіб з травматичним ураженням очей і після завершення участі у бойових діях та демобілізації комбатантів.

Ці результати були покладені в основу при формуванні груп дослідження. Отже, було сформовано такі групи дослідження. Основні групи: (ОГ1) — 54 УБД з травмою очей з ЧВЗ внаслідок участі у бойових діях з клінічними проявами посттравматичного синдрому; (ОГ2) — 49 УБД з травмою очей з ЧВЗ внаслідок участі у бойових діях з ознаками психологічної дезадаптації. Групи порівняння: група 1 (ГП1) — 46 УБД з клінічними проявами посттравматичного синдрому та група 2 (ГП2) — 42 УБД з психологічною дезадаптацією; група 3 (ГП3) — 59 чоловіків з ЧВЗ внаслідок побутової травми.

Крім клініко-діагностичного дослідження, учасники проходили психодіагностичне обстеження. Для цього були застосовані тести «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич), «Гісенський опитувальник психосоматичних скарг» [9]. Під час опитування учасників дослідження та їхніх родичів було проведено виявлення скарг та особливостей поведінки, що їх турбують. Паралельно оцінювали інтенсивність скарг або актуальність поведінки за б-бальною шкалою: 0 — відсутність симптому; 1 — виявляється при детальному розпитуванні; 2 — слабо турбує; 3 — приносить помірне занепокоєння; 4 — дуже турбує; 5 — у край інтенсивно турбує хворого. Результати дослідження обробляли методами статистичного аналізу та багатовимірної статистики — факторним аналізом (методом 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 цієї вибірки; критерій сферичності Барлетта, рівень значущості. В подальшому проводили аналіз ознак, що формували та входили до складу встановлених факторів.

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 обробляли через невелике їх факторне навантаження, що дозволило їх ігнорувати. Аналізовані в дослідженні факторні структури відоб-

ражені в таблиці 1. Їх назви зумовлені здебільшого складовими, що мали стосунок до груп дослідження та відображали їх характеристики.

Таблиця 1. Факторна структура психопатологічних проявів дезадаптації і посттравматичного синдрому у учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору

№ з/п	Назва фактора	Факторне навантаження, бали
1	Феноменологія ознак психологічної дезадаптації	28,131
2	Феноменологія психопатологічного реагування на травму очей на тлі психологічної дезадаптації	23,643
3	Феноменологія проявів посттравматичного синдрому	17,354
4	Феноменологія психопатологічного реагування на травму очей на тлі проявів посттравматичного синдрому	11,837

Структури та показники, які формували ознаки вказаних факторів, наведені в таблицях 2—4.

Найпершою факторною структурою було проаналізовано фактор під назвою «Феноменологія ознак психологічної дезадаптації». До складу фактора входили прояви симптоматики різних рівнів, які були значуще більш високі, ніж у учасників ГПЗ. Це було характерно для всього аналізованого спектра проявів, особливо стосувалось емоційних, поведінкових та когнітивних, та спостерігались в усіх обстежених, крім ГПЗ. Особливістю стали високі рівні аддиктивних, девіантних та мнестичних скарг. За своїми змістовними характеристиками прояви не були відображенням якихось специфічних проблем особистості. Вони мали дифузний характер, але найбільше відображали варіанти дезадаптації учасника. Зазвичай, емоційні

прояви були психопатологічним тлом для наявних когнітивних або мнестичних проблем та демонстрували ставлення особистості до оточуючих їх обставин. Високі рівні аддиктивних, девіантних та диссомнічних зрушень несли в собі відображення реакції особистості на наявні фруструючі обставини та відсутність навичок адекватної поведінки для їх розв'язання. За своєю актуальністю для учасників переважали емоційні, диссомнічні, соматичні та мнестичні зрушення. Найменші хвилювання спричиняли поведінкові та когнітивні прояви. Це підтверджує припущення про відсутність специфічних причин для їх виникнення. Рівні соматичних скарг мало відрізнялись від таких у обстежуваних ГПЗ, що підтверджують рівні невротичних проявів: вони різнились від ГПЗ лише за шкалами тривоги та вегетативних зрушень.

Таблиця 2. Структура та кількість психопатологічних симптомів, що спостерігаються у обстежених

Тип проявів	Групи				
	ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
Емоційні	8,23 ± 0,42	6,14 ± 0,41	7,53 ± 0,41	5,31 ± 0,38	2,26 ± 0,27
Когнітивні	5,75 ± 0,36	3,64 ± 0,33	5,74 ± 0,31	4,64 ± 0,30	1,23 ± 0,24
Поведінкові	8,47 ± 0,40	6,34 ± 0,33	6,83 ± 0,41	5,16 ± 0,36	1,80 ± 0,17
Мнестичні	5,86 ± 0,38	3,66 ± 0,34	5,03 ± 0,30	4,96 ± 0,23	0,93 ± 0,27
Диссомнічні	4,73 ± 0,32	2,07 ± 0,22	4,61 ± 0,35	4,12 ± 0,33	0,91 ± 0,32
Аддиктивні	3,71 ± 0,35	1,93 ± 0,27	3,42 ± 0,31	3,30 ± 0,32	0,71 ± 0,28
Девіантні	2,82 ± 0,37	2,41 ± 0,30	4,83 ± 0,31	4,12 ± 0,35	0,52 ± 0,24
Соматичні (вегетативні)	7,84 ± 0,32	3,98 ± 0,26	6,71 ± 0,362	5,93 ± 0,32	2,41 ± 0,23

Примітка. Дані наведені в форматі ( $M \pm m$ ), де  $M$  — кількість симптомів,  $m$  — похибка

Таблиця 3. Інтенсивність (значимість) психопатологічної симптоматики ( $M \pm m$ ), бали

Тип проявів	Групи				
	ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
Емоційні	33,06 ± 0,38	24,33 ± 0,41	35,13 ± 0,47	35,13 ± 0,47	18,56 ± 0,44
Когнітивні	18,46 ± 0,42	16,15 ± 0,36	12,53 ± 0,37	12,53 ± 0,37	21,11 ± 0,32
Поведінкові	15,38 ± 0,37	11,69 ± 0,31	11,06 ± 0,38	11,06 ± 0,38	18,53 ± 0,31
Мнестичні	18,02 ± 0,39	12,23 ± 0,33	18,75 ± 0,37	18,75 ± 0,37	11,23 ± 0,32
Диссомнічні	16,35 ± 0,38	10,26 ± 0,31	18,62 ± 0,33	18,62 ± 0,33	7,34 ± 0,31
Аддиктивні	9,63 ± 0,37	8,03 ± 0,33	7,73 ± 0,41	7,73 ± 0,41	2,23 ± 0,36
Девіантні	6,13 ± 0,29	4,04 ± 0,22	5,02 ± 0,35	5,02 ± 0,35	1,25 ± 0,23
Соматичні (вегетативні)	32,64 ± 0,39	22,57 ± 0,33	30,68 ± 0,34	30,68 ± 0,34	8,31 ± 0,36

Таблиця 4. Рівні і вираженість психосоматичних скарг в структурі психопатологічної симптоматики ( $M \pm m$ ), бали

Шкали	Групи				
	ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
Е	15,37 ± 0,43	9,48 ± 0,41	11,41 ± 0,37	7,25 ± 0,33	6,21 ± 0,23
G	14,73 ± 0,36	10,57 ± 0,30	12,38 ± 0,35	7,54 ± 0,32	5,68 ± 0,30
М	10,14 ± 0,35	6,45 ± 0,31	11,25 ± 0,34	6,67 ± 0,32	4,47 ± 0,31
Н	19,27 ± 0,37	14,68 ± 0,33	14,58 ± 0,39	11,87 ± 0,40	10,72 ± 0,31

Примітка. Шкали: Е — виснаження, М — шлункові скарги, G — ревматичні (алгічні/спастичні) скарги, Н — серцеві скарги

Отже, аналіз ознак фактора «Феноменологія ознак психологічної дезадаптації» показав наявність дифузних її проявів. Вони переважно відображають варіанти її розвитку та за своїм змістом демонструють відсутність у особи адекватної психологічної поведінки на зміни зовнішнього оточення.

Далі аналізували фактор «Феноменологія психопатологічного реагування на травму очей на тлі психологічної дезадаптації», що був характерним для учасників ОГ2. Аналіз ознаки за кількістю симптоматичних проявів, що спостерігаються, показав значущу їх більшість за всіма аналізованими категоріями порівняно з особами ГП3. Порівняно з учасниками ГП2 не виявлено вірогідної різниці, лише встановлено тенденцію до збільшення кількості емоційних та поведінкових зрушень. За всіма іншими проявами рівні були значуще нижчими, ніж у осіб ГП2. Щодо актуальності симптоматичних проявів, що спостерігаються, показав значущу їх більшість за всіма аналізованими категоріями порівняно з особами ГП3. Порівняно з ГП2 мнестичні, диссомнічні та соматичні скарги були значуще менш актуальні, а аддиктивні — значуще більше. Це свідчило про те, що наявність травми очей за наслідками стримувала та пригнічувала деякі прояви дезадаптації, не впливаючи водночас на емоційні та поведінкові зрушення. Звертала на себе увагу актуалізація аддиктивної поведінки. Рівні соматичних скарг за всіма шкалами були вірогідно вищі, ніж у осіб ГП3. Порівняно з учасниками ГП2, наявне збільшення рівня за всіма шкалами, за винятком шкали М, свідчило про процеси формування невротичної симптоматики. Це входило в суперечність з рівнями невротичних станів, які були значуще більш високими за шкалою тривоги, істерії та вегетативних зрушень, порівняно з ГП2. Так само, рівні за всіма шкалами невротичних станів у учасників ОГ2 були значуще вищими, ніж у ГП3.

Отже, аналіз складових фактора «Феноменологія психопатологічного реагування на травму очей на тлі психологічної дезадаптації» показав зниження проявів та актуальності деяких симптомів психологічної дезадаптації на тлі травми очей. Цей процес не стосувався емоційних та поведінкових зрушень. Рівень вираженості соматичних проявів свідчив про наявність початку процесу формування невротичних розладів на ґрунті симптомів дезадаптації та наявної травми очей.

Наступним фактором, проаналізованим під час дослідження, був фактор «Феноменологія проявів посттравматичного синдрому». Фактор включав до свого складу ознаки, що були характерними для обстежуваних ГП1. Психопатологічні прояви за своєю кількістю в учасників цієї групи були значуще більші порівняно з ГП3; за своєю значимістю для особистості усі встанов-

лені психопатологічні прояви у ГП1 були також значуще вищі, крім когнітивних та поведінкових, ніж у осіб ГП3. Це свідчило про те, що перебування учасників у стані посттравматичного стресу набагато звужувало спектр когнітивних та поведінкових зрушень та зменшувало їхню значимість для особистості. Рівні соматичних скарг учасників ГП1 за всіма категоріями були значуще вищими, ніж у осіб ГП3. Рівні оцінки невротичних станів також були вірогідно вищі в ГП1, порівняно з ГП3. Це свідчило про те, що на ґрунті високого рівня симптоматики проходив процес формування невротичних розладів у особистості на тлі хронічного посттравматичного стану.

Отже, прояви посттравматичного синдрому ставали основою для формування вибіркового невротичного синдрому. Змістом їх були фактори, які спричинили виникнення постійного стресу у вигляді посттравматичного стресового навантаження.

Наступним проаналізованим фактором був «Феноменологія психопатологічного реагування на травму очей на тлі проявів посттравматичного синдрому». За своїми ознаками фактор відповідав психопатологічній картині, притаманній учасникам ОГ1. За допомогою аналізу ознак вказаного фактора було встановлено, що кількість симптомів у осіб ОГ1 не мала значущої різниці порівняно з учасниками ГП1, та була значуще вища, ніж у учасників ГП3. За своєю значимістю для учасників вірогідних відмінностей від ГП1 також не встановлено. Рівні соматичних скарг у осіб ОГ1, за винятком шкали М, були значуще вищими, ніж у учасників ГП1 та ГП3. Рівні оцінки невротичних станів у учасників ОГ1 були вірогідно вищими, порівняно з ГП1 (за винятком шкал астенії та істерії, де була тенденція до збільшення та зменшення). Це свідчило про процеси формування невротичної симптоматики на тлі травми очей. Основою були окремі прояви посттравматичного синдрому, які посилювалися під впливом додаткового стресу внаслідок травми.

Підбиваючи підсумки, можна стверджувати, що стресовий стан в результаті бойової травми очей та ЧВЗ вступає у взаємодію з вихідним психологічним станом особистості. Мозаїчне дисконгруентне їх поєднання моделює, посилює або послаблює прояви психологічної дезадаптації та посттравматичного синдрому, що відбувається на тлі процесу формування невротичних станів на їх основі.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

1. В УБД з проявами психологічної дезадаптації аналіз ознак фактора «Феноменологія ознак психологічної дезадаптації» показав наявність її дифузних проявів. Вони переважно відображають варіанти її розвитку та за змістом демонструють відсутність у особистості навичок адекватної психологічної поведінки на зміни зовнішнього оточення.

2. Аналіз складових фактора «Феноменологія психопатологічного реагування на травму очей на тлі психологічної дезадаптації» у УБД з ЧВЗ показав зниження проявів та актуальності симптомів дезадаптації на тлі травми, окрім емоційних та поведінкових зрушень. Рівень соматичних проявів психопатологічного реагування свідчить про початок формування невротичних розладів на ґрунті симптомів дезадаптації та наявної травми очей.

3. Аналіз фактора «Феноменологія проявів посттравматичного синдрому» в УБД показав, що його прояви стають основою формування вибіркового невротичного синдрому. Змістом їх виступають фактори, які спричи-

нили виникнення постійного стресу у вигляді постстресового патологічного реагування.

4. В УБД з ЧВЗ на тлі проявів посттравматичного синдрому фактор «Феноменологія психопатологічного реагування на травму очей на тлі проявів посттравматичного синдрому» вказує на процеси формування невротичної симптоматики на тлі травми очей. Основою є окремі прояви посттравматичного синдрому, які посилюються під впливом додаткового стресу в результаті травми очей.

Отримані результати треба зважати під час створення спеціалізованих високотаргетних підходів до медико-психологічної реабілітації для цього контингенту.

#### Список літератури

1. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників антитерористичної операції. Методичні рекомендації. Вінниця, 2016. С. 30—32.
2. Жупан Б. Б. Спеціалізована офтальмологічна допомога військовослужбовцям в умовах єдиного медичного простору // Екстренна медицина. 2017. № 3 (24). URL: <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4>.
3. Невідкладна військова хірургія. Травми ока. URL: [http://www.aumf.net/emergencywarsurgery/ukr\\_chapters/EWS\\_Chapter14.pdf](http://www.aumf.net/emergencywarsurgery/ukr_chapters/EWS_Chapter14.pdf)
4. Інвалідність, зумовлена наслідками бойових травм в учасників Антитерористичної операції в регіонах України / Беляєва Н. М., Яворовенко О. Б., Куриленко І. В. [та ін.] // 36. наук. прац. співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017. № 27. С. 186—201.
5. Гайда І. М., Бадюк М. І., Сушко Ю. І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України // Патологія. 2018. Т. 15, № 1 (42). С. 73—76.
6. Причини та важкість інвалідності в учасників Антитерористичної операції / Беляєва Н. М., Яворовенко О. Б.,

Куриленко І. В. [та ін.] // Biomedical and biosocial anthropology. 2016. № 27. С. 187—191.

7. Абдряхімов Р. А., Абдряхімова Ц. Б. Феноменологічні прояви психологічної дезадаптації в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27, вип. 1 (98). С. 65—68.

8. Абдряхімов Р. А. Соціальна фрустрованість та особливості невротичного реагування у учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору // Там само. 2018. Т. 26, вип. 3 (96). С. 10—13.

9. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. (Серия «Практикум по психологии»). СПб. : Питер., 2001. 272 с.

10. Малкина-Пых І. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

*Надійшла до редакції 27.03.2019 р.*

**АДБРЯХІМОВ Ростислав Адганович**, кандидат медичних наук, лікар-офтальмолог Київської клінічної лікарні № 2 на залізничному транспорті, м. Київ, Україна; e-mail: [rostislav.abdrahimov@gmail.com](mailto:rostislav.abdrahimov@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>.

**МАРКОВА Маріанна Владиславівна**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: [mariannochka1@ukr.net](mailto:mariannochka1@ukr.net); <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>.

**ABDRYAHIMOV Rostislav**, MD, PhD, Physician-ophthalmologist of the Kyiv Railway Clinical Hospital No. 2, Kyiv, Ukraine; e-mail: [rostislav.abdrahimov@gmail.com](mailto:rostislav.abdrahimov@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>

**MARKOVA Marianna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: [mariannochka1@ukr.net](mailto:mariannochka1@ukr.net); <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>.