

## СПОСОБИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ ТРАВМОЮ ОЧЕЙ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ НА ТЛІ СТРЕСУ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Подано результати порівняльного вивчення способів психологічного захисту в учасників бойових дій із травмою очей та частковою втратою зору на тлі клінічних проявів психологічної дезадаптації або посттравматичного синдрому для визначення в подальшому мішеней для медико-психологічних заходів їх реабілітації. Зроблено висновок про необхідність розробки алгоритмів корекції процесів формування способів психологічного захисту при бойовій травмі очей.**

*Ключові слова:* посттравматичний синдром, психологічна дезадаптація, психологічний захист, стрес, травма очей, бойові дії.

На теперішній час бойові травми органу зору вважаються одними з найтяжчих у плані прогнозу відновлення соціального функціонування і відсутності обмежень життєдіяльності для пацієнта. У структурі всіх санітарних втрат офтальмологічні становлять 4,5–8,6%, а 93% із них є тяжкими та особливо тяжкими травмами [1, 2]. Основними причинами травм ока під час бойових дій (БД) є наслідки вибухів різних боєприпасів, поранення вторинними осколками, удари по оку або в ділянку обличчя тощо. Залежно від провідного травмуючого фактора пошкодження очей умовно розділяють на поранення (осколкові — 68,0%, кульові — 1,6%), контузії (16,0%), опіки (16,0%), інші (9,0%). Інвалідизуючими наслідками травм органу зору є більшою мірою з множинними рубцями рогівки (42,0%), відшарування сітківки (16,0%), анофтальм (14,0%), субатрофія очного яблука (9,0%), атрофія зорового нерва (8,5%), ускладнена афакія (7,0%), вторинна катаракта (2,1%), ретинопатії і хореоретиніти (1,8%). Тяжкі травми органу зору з несприятливими наслідками значною мірою призводять до обмеження майже усіх категорій життєдіяльності [3–6].

Без сумніву, навіть за умови мирного часу та небойового характеру травми втрата зору 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, включаючи нові способи психологічного захисту [7, 8].

Зрозуміло, що у ситуації часткової втрати зору (ЧВЗ) через поранення у бою на особистість впливають кілька потужних стресогенних чинників (що

не проходить безслідно та відбивається на стані психічного здоров'я потерпілого). Зміна способу життя, участь у БД, взаємодія цих трьох основних факторів, їх взаємовплив формують комплекс психічних проявів соматичної травми.

Зважаючи на те, що витоків наслідки кожного з проявів є різними, важливість вивчення їх взаємодії у становленні нових способів психологічного захисту не викликає сумнівів. Отже, існує нагальна потреба в аналізі структури та взаємодії способів психологічного захисту в учасників БД (УБД) із ЧВЗ травматичного генезу на тлі явищ психологічної дезадаптації або посттравматичного стресового розладу (ПТСР) для пошуків спеціалізованих підходів до медико-психологічної реабілітації постраждалих, бо нехтування особливостями психологічного захисту призводить до неефективності реабілітаційної роботи з цим контингентом пацієнтів.

Метою нашого дослідження було порівняльне вивчення способів психологічного захисту в УБД із травмою очей та ЧВЗ на тлі клінічних проявів психологічної дезадаптації або ПТСР для визначення у 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 УБД, з яких було сформовано основну групу (ОГ). Їх вік становив від 20 до 53 років. У дослідження було включено 59 чоловіків із ЧВЗ унаслідок побутової травми, які склали групу порівняння (ГП). Таким чином, загалом було обстежено 250 осіб. У дослідженні не брали участь кандидати з наявністю клінічно окреслених та встановлених офіційно (у лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку,

які могли передувати або супроводжувати травму очей; особи, які мали офіційно встановлені психічні захворювання, включаючи алкоголізм, нарко- та токсикоманію.

Усім респондентам було виконано 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.

Установлені клінічні прояви посттравматичного реагування за своїм спектром були близькі, але не відповідали повністю діагностичним критеріям клінічно окресленого ПТСР, тому їх було охарактеризовано як «прояви ПТСР». У пацієнтів, які отримали побутову травму, клінічно окреслених ознак психопатології психіатром не встановлено. Дослідження психічного стану проводилось через 6–7 міс після оперативного втручання в осіб із травматичним ураженням очей і після завершення участі у БД та демобілізації комбатантів.

Отримані результати було покладено в основу при формуванні груп дослідження: ОГ1 — 54 учасників із бойовою травмою очей із ЧВЗ з клінічними проявами ПТСР; ОГ2 — 49 учасників із травмою очей та ЧВЗ унаслідок участі у БД з ознаками психологічної дезадаптації; ГП1 — 46 УБД із клінічними проявами ПТСР; ГП2 — 42 УБД із психологічною дезадаптацією; ГП3 — 59 чоловіків із ЧВЗ унаслідок побутової травми.

Окрім клініко-діагностичного дослідження, пацієнти проходили психодіагностичне обстеження, в якому застосовувалися тести [11]: «Психологічний захист» Плутчика — Келлермана — Конте, «Визначення схильності до відхильної поведінки» (А. Н. Орел), «Установлення життєстійкості» S. Maddy в адаптації Д. О. Леонтєва, О. І. Расказової. Результати оброблялися за допомогою статистичного аналізу та багатовимірної статистики — методом головних компонент. Перед застосуванням факторного аналізу дані було перевірено на багатовимірну нормальність для розподілу змінних. За критерієм адекватності вибірки Кайзера — Мейєра — Олкіна встановлювали ступінь придатності факторного аналізу до даної вибірки; визначали критерій сферичності Барлетта, рівень значущості. У подальшому проводили аналіз ознак, що формували та входили до складу встановлених факторів.

У результаті проведеного факторного аналізу клінічних проявів в осіб груп дослідження було виявлено структуру, для вивчення якої використано чотири фактори (інші не оброблялися через їх незначне факторне навантаження). Назви проаналізованих факторних структур зумовлені переважно більшістю складових, що мали відношення

Таблиця 1

**Факторна структура аналізу психологічного захисту у постраждалих із травмою очей на тлі психологічного реагування**

Назва фактора	Факторне навантаження
Психологічний захист при бойовій травмі очей із ЧВЗ на тлі психологічної дезадаптації	29,152
Психологічний захист при психологічній дезадаптації через участь у БД	25,417
Психологічний захист при проявах ПТСР унаслідок участі у БД	19,637
Психологічний захист при бойовій травмі очей із ЧВЗ на тлі проявів ПТСР	13,351

до груп дослідження та відображали їхні характеристики (табл. 1).

Структури та показники, які формували ознаки факторів, подано в табл. 2–4.

Аналіз складових факторної структури починався з фактора, ознаки якого були притаманні психологічному стану, з яким буде порівнюватися характеристика однієї з основних груп. Це фактор «Психологічний захист при психологічній дезадаптації через участь у БД», ознаки якого спостерігалися в осіб ГП2. Слід зазначити, що за усіма шкалами тесту їх отримані показники були значуще більш високими порівняно з пацієнтами ГП3. Найбільш значущі рівні виявилися за шкалами «Витіснення», «Регресія» та «Проекція». Це свідчило про те, що в осіб ГП2 відбувався процес виводу стресової ситуації та поведінки при її вирішенні із поля свідомого сприйняття на підсвідомий рівень. Крім того, особистість під впливом фруструючих чинників замінювала складні методи вирішення проблем на відносно більш прості й доступні. Використання цих поведінкових стереотипів суттєво зменшувало потенційно можливий арсенал вирішення конфліктних ситуацій. Разом із тим неприйнятні для особистості почуття й думки локалізувалися зовні, приписувалися іншим людям. Наприклад, агресивність обстежені нерідко приписували оточуючим, щоб виправдати свою власну агресивність, яка використовувалася нібито для власного захисту. Наступними за значущістю були більш високі показники за шкалами «Заміщення» й «Заперечення». Заміщення виявлялося у розряді пригнічених емоцій (ворожості, гніву), які спрямовувалися на об'єкти, що були менш небезпечні або більш доступні, ніж ті, що спричиняли негативні емоції й почуття. Так, відкрита ненависть до людини, яка може призвести до небажаного конфлікту, переносилася на іншу, більш доступну й безпечну. Заперечення

Таблиця 2

**Напруженість механізмів психологічного захисту  
за результатами тесту Плутчика — Келлермана — Конте, середній бал $\pm$ m**

Шкала	Групи				
	ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
Заперечення	35,28 $\pm$ 3,42	34,21 $\pm$ 3,12	43,85 $\pm$ 4,47	43,52 $\pm$ 4,02	21,03 $\pm$ 3,35
Витіснення	58,69 $\pm$ 4,42	45,15 $\pm$ 4,23	48,69 $\pm$ 4,41	61,35 $\pm$ 4,24	37,33 $\pm$ 4,05
Регресія	55,48 $\pm$ 4,45	58,24 $\pm$ 4,23	40,23 $\pm$ 4,16	51,36 $\pm$ 4,05	31,42 $\pm$ 4,14
Компенсація	45,68 $\pm$ 4,58	32,41 $\pm$ 4,06	45,26 $\pm$ 4,27	40,13 $\pm$ 4,13	23,27 $\pm$ 4,23
Проекція	66,34 $\pm$ 4,43	77,45 $\pm$ 4,21	50,31 $\pm$ 4,37	65,02 $\pm$ 4,13	36,42 $\pm$ 4,05
Заміщення	49,65 $\pm$ 4,34	42,08 $\pm$ 4,22	45,92 $\pm$ 4,41	47,83 $\pm$ 4,32	31,35 $\pm$ 4,17
Інтелектуалізація	28,58 $\pm$ 3,47	31,23 $\pm$ 3,30	29,78 $\pm$ 4,43	41,63 $\pm$ 4,39	34,35 $\pm$ 4,12
Реактивне утворення	28,34 $\pm$ 5,08	18,15 $\pm$ 5,22	31,68 $\pm$ 4,23	30,24 $\pm$ 4,17	23,11 $\pm$ 4,89

Таблиця 3

**Схильність до відхиляючої поведінки за результатами методики А. Н. Орел, середній бал $\pm$ m**

Шкала	Групи				
	ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
Соціальна бажаність	43,41 $\pm$ 2,08	53,25 $\pm$ 2,23	47,29 $\pm$ 2,23	65,32 $\pm$ 2,14	32,37 $\pm$ 1,38
Подолання норм і правил	59,64 $\pm$ 1,93	56,72 $\pm$ 1,80	61,48 $\pm$ 1,35	67,35 $\pm$ 1,16	50,68 $\pm$ 1,63
Схильність до адиктивної поведінки	64,68 $\pm$ 2,63	61,35 $\pm$ 1,76	53,86 $\pm$ 2,37	61,53 $\pm$ 2,23	39,46 $\pm$ 1,06
Саморуйнівна поведінка	54,38 $\pm$ 2,17	52,06 $\pm$ 2,04	46,15 $\pm$ 2,27	62,14 $\pm$ 2,15	38,67 $\pm$ 1,86
Схильність до агресії та насильства	54,68 $\pm$ 2,34	56,23 $\pm$ 2,11	57,68 $\pm$ 2,14	46,15 $\pm$ 2,02	31,34 $\pm$ 2,00
Вольовий контроль емоційних реакцій	51,38 $\pm$ 2,49	41,14 $\pm$ 2,37	63,14 $\pm$ 1,75	60,04 $\pm$ 1,57	45,25 $\pm$ 2,12
Схильність до деліквентної поведінки	51,24 $\pm$ 2,73	58,74 $\pm$ 1,93	58,74 $\pm$ 1,87	53,17 $\pm$ 1,49	33,12 $\pm$ 2,03

Таблиця 4

**Вираженість життєстійкості та її складових за результатами тесту S. Maddy  
(в адаптації Д. Леонтьєва і І. Рассказової), середній бал $\pm$ m**

Шкала	Групи				
	ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
Життєстійкість	62,75 $\pm$ 5,64	88,16 $\pm$ 6,04	71,69 $\pm$ 5,36	92,85 $\pm$ 5,48	73,40 $\pm$ 4,69
Залученість	37,48 $\pm$ 3,21	23,69 $\pm$ 3,02	42,57 $\pm$ 3,23	46,27 $\pm$ 3,01	36,02 $\pm$ 3,35
Контроль	41,52 $\pm$ 3,42	54,85 $\pm$ 3,06	57,42 $\pm$ 3,47	44,63 $\pm$ 3,12	34,56 $\pm$ 3,41
Прийняття ризику	28,49 $\pm$ 3,32	22,15 $\pm$ 3,06	38,43 $\pm$ 2,37	25,18 $\pm$ 2,12	12,14 $\pm$ 3,17

виявлялося у запереченні тих факторів реальності, які, будучи очевидними для оточуючих, не визнавалися самою особою, тобто інформація, яка тривожила і могла привести до конфлікту, нею не сприймалася. За іншими шкалами показники були менш значущими, а їх інтерпретація проводилася відповідно до методик тесту.

Як близькі до поняття функції психологічного захисту аналізувалися складові тесту визначення

схильності до відхиляючої поведінки А. Н. Орла, що допомагало розуміти її використання особистістю у складних життєвих обставинах. В осіб ГП2 за усіма шкалами тесту показники перебували на рівні нижньої межі норми, вони були достовірно нижчі, ніж в обстежених ГП3. Це підтвердило факт наявності стану психологічної дезадаптації у пацієнтів ГП2 та свідчило про те, що у стресових ситуаціях вони були схильні до застосування

відхильної поведінки. Винятком становили показники за шкалами схильності до агресії та насильства, вольового контролю емоційних реакцій та схильності до деліквентної поведінки — їх рівні були нижчими за межу норми.

Важливими були ознаки, які характеризували рівень життєстійкості комбатантів ГП2. Установлено, що показники майже за всіма шкалами у них перевищували результати у ГП3, особливо за шкалою контролю та інтегральним показником життєстійкості.

Таким чином, способом психологічного захисту у комбатантів у більшості випадків при явищах психологічної дезадаптації за спрямованістю було перекладання вирішення стресових ситуацій зі своєї особистості на зовнішнє оточення. При цьому вони були готові застосувати для вирішення проблем відхильні способи поведінки. В учасників групи прояви психологічної дезадаптації супроводжувалися підвищенням життєстійкості, що свідчило про активацію психологічних механізмів для боротьби зі стресом.

Наступним фактором, структурні ознаки якого відповідали учасникам ОГ2, був «Психологічний захист при бойовій травмі очей із ЧВЗ на тлі психологічної дезадаптації». За аналізом результатів вивчення особливостей психологічного захисту за методикою Плутчика — Келлермана — Конте було встановлено, що в осіб ОГ2 на перших місцях за напруженістю були шкали: «Проекція», «Регресія» та «Витіснення». Показники шкал «Проекція» та «Регресія» були достовірно вищі, ніж результати у пацієнтів ГП2. Дані за шкалами «Заперечення» та «Реактивне утворення» були достовірно нижчими, ніж у ГП2. Якщо «Проекція» і «Витіснення» виносили травму за межі особистості, що для неї було досить позитивно, то регресія концентрувала травматичний процес інтраперсонально з подальшою деформацією особистості регресивними процесами. Таким чином, учасники ОГ2 і ГП2 використовували більшість ідентичних захистів, що дає змогу досить достовірно стверджувати, що явища психологічної дезадаптації більшою мірою присутні у випадку травми очей із ЧВЗ в УБД та впливають на формування способів їх психологічного захисту.

Аналіз ознак, отриманих при вивченні схильності до відхильної поведінки, показав підвищення вірогідності її використання за більшістю шкал в осіб ОГ2 порівняно з ГП2. Винятком були шкали вольового контролю емоційних реакцій, схильності до агресії та насильства, саморуйнівної поведінки. У порівнянні з такими в осіб ГП2 показники були значуще нижчими. Дані, отримані в ОГ2, порівняно з ГП3 є достовірно вищими.

При дослідженні складових фактора, які характеризували життєстійкість, було встановлено,

що показники майже за всіма шкалами в ОГ2 перевищували дані у ГП3, особливо за шкалою контролю та інтегральним показником життєстійкості. Достовірної різниці між ОГ2 та ГП2 не виявлено, лише за шкалою залученості показники були нижчими, ніж у ГП2.

Отже, бойова травма очей із ЧВЗ на тлі явищ психологічної дезадаптації впливає на формування способів психологічного захисту, взаємодія яких призводить у більшості випадків до їх модуляції: виникає пригнічення одних та посилення інших. Як правило, в основі цього явища лежать емоційні прояви та поведінкові зрушення, що є наслідками травми очей.

Наступний фактор, складові ознаки якого було проаналізовано, — «Психологічний захист при проявах синдрому ПТСР внаслідок участі в БД». Його складові відображали характеристики учасників ГП1, у яких встановлено певні клінічні прояви ПТСР. В учасників ГП1 результати майже за усіма шкалами тесту Плутчика — Келлермана — Конте (крім інтелектуалізації, за якою вони були нижчими) були значуще вищі, ніж у пацієнтів ГП3. Показники шкал «Регресія», «Витіснення», «Інтелектуалізація» та «Проекція» в обстежених ГП1 були значуще нижчими, ніж у ГП2. Це свідчило про те, що у ГП1 відсутня генералізована дезорганізація психологічного захисту, яка була характерна для учасників із психологічною дезадаптацією. Можливо, це зумовлено ізольованими порушеннями у вигляді проявів ПТСР.

Ознаки схильності до відхильної поведінки, що визначалися за методикою А. Н. Орла, дали розуміння її використання особистістю як способу психологічного захисту у складних життєвих обставинах: показники майже за всіма шкалами у пацієнтів ГП1 були вищими, ніж в учасників ГП3. Це вказує на вплив окремих клінічних проявів ПТСР на формування схильності до відхильної поведінки у комбатантів. У порівнянні обстежених ГП1 і ГП2 при явищах ПТСР показники були значуще нижчими або демонстрували таку тенденцію за шкалами «Соціальна бажаність», «Подолання норм і правил», схильність до адиктивної та саморуйнівної поведінки на тлі достовірно високих показників шкали «Схильність до агресії та насильства». Це свідчило про наявність спрямованих на саму особистість обвинувачень та агресії, відсутніх при психологічній дезадаптації.

Аналіз ознак життєстійкості показав значуще більш високі показники у пацієнтів ГП1, ніж в осіб ГП3. У порівнянні учасників ГП1 та ГП2 встановлено значуще нижчі показники або відповідну тенденцію за шкалами життєстійкості й залученості у ГП1. Показники шкал контролю та прийняття ризику у цій групі були значуще

вищими, ніж у ГП2. Такі дані вказують на явища виснаження психічної сфери та спроби особистості самостійно знайти вихід зі складної ситуації.

Таким чином, явища ПТСР впливають на формування способів психологічного захисту, які моделюються особливостями клінічних проявів. На відміну від психологічної дезадаптації, у цьому випадку спостерігається ізольованість особистості постраждалого з фокусуванням на окремих сферах. Акцент робиться більше на особистість.

Ще одним фактором, аналіз ознак якого відповідав учасникам ОГ1, був «Психологічний захист при бойовій травмі очей із ЧВЗ на тлі проявів синдрому ПТСР». При аналізі результатів тесту Плутчика — Келлермана — Конте привертала увагу значуще більш високі показники в ОГ1 і ГП1 порівняно з ГП3. Крім того, встановлено достовірно більш високі показники за шкалами «Витіснення», «Регресія», «Проекція» в учасників ОГ1 порівняно з ГП1. Отримано більш високі показники за шкалами «Витіснення» та «Компенсація» і більш низькі за шкалою «Проекція» порівняно з ОГ2. Такі способи захисту свідчили про продуктивний підхід особистості до вирішення проблем. Рівні даних за шкалами демонстрували процес зближення показників в осіб ОГ1 та ГП1, що визначало певну сумачію впливу проявів ПТСР та стресу від травми очей з установленням єдиного способу реагування особистості на ці стресові впливи.

Ознаки схильності до відхильної поведінки в учасників ОГ1 за всіма шкалами були значуще вищими, ніж у пацієнтів ГП3. Порівняно з особами ГП1, у них значуще вищими виявилися рівні схильності до адиктивної та саморуйнівної поведінки та зниженими за шкалою вольового контролю за емоційними реакціями. Порівняно з ОГ2 в ОГ1 зафіксовано знижений рівень вольового контролю емоційних реакцій та підвищену схильність до деліквентної поведінки. Таким чином, при бойовій травмі очей на тлі проявів ПТСР посилювалася схильність до більшості варіантів відхильної поведінки.

Показники життєстійкості в учасників ОГ1 за всіма шкалами тесту були достовірно нижчими або виявлялася така тенденція порівняно з ГП1. Загальна життєстійкість та рівень шкали контролю в учасників ОГ1 були нижчими, ніж в ОГ2. Ці дані свідчать, що при бойовій травмі очей на тлі проявів ПТСР відбувається сумачія стресових факторів, що призводить до виснаження психічних ресурсів особистості.

Таким чином, при бойовій травмі очей на тлі проявів ПТСР сумуються стресові впливи на особистість, причому у формуванні способів її психологічного захисту відіграють значну роль вибірковість й мозаїчність взаємодії ознак.

Проведене дослідження дає змогу зробити такі висновки.

Способи психологічного захисту здебільшого при явищах психологічної дезадаптації УБД за своєю спрямованістю свідчать про перекладання витоків та вирішення стресових ситуацій зі своєї особистості на зовнішнє оточення. При цьому комбатанти готові застосувати для розв'язання проблем відхильні способи поведінки. В учасників дослідження прояви психологічної дезадаптації супроводжуються підвищенням життєстійкості, що вказує на активацію психологічних механізмів для боротьби зі стресом.

Травма очей із ЧВЗ на тлі явищ психологічної дезадаптації УБД впливає на формування способів психологічного захисту, взаємодія яких призводить у більшості випадків до їх модуляції. Виникає пригнічення одних та посилення інших, причому в основі цього явища, як правило, лежать емоційні прояви та поведінкові зрушення, що є наслідками травми очей.

Прояви ПТСР впливають на формування способів психологічного захисту, які моделюються його особливостями. На відміну від дезадаптації, спостерігається ізольованість особистості постраждалого з фокусуванням на окремих сферах. Акцент робиться більше на власну особистість.

При травмі очей на тлі проявів ПТСР сумуються стресові впливи на особистість. При цьому відбувається вибірковий вплив при взаємодії на формування способів психологічного захисту.

На наш погляд, подальші дослідження доцільно спрямувати на розробку алгоритмів корекції процесів формування способів психологічного захисту при бойовій травмі очей на тлі проявів психологічної дезадаптації або ПТСР.

#### Список літератури

1. Невідкладна військова хірургія. Травми ока.— URL: [www.aumf.net/emergencywarsurgery/ukr\\_chapters/EWS\\_Chapter14.pdf](http://www.aumf.net/emergencywarsurgery/ukr_chapters/EWS_Chapter14.pdf)
2. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників Антитерористичної операції: метод. рек.— Вінниця, 2016.— С. 30–32.
3. Інвалідність, зумовлена наслідками бойових травм, в учасників Антитерористичної операції в регіонах України / Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко [та ін.] // 36. наук. пр. співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика.— 2017.— № 27.— С. 186–201.
4. Гайда І. М. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І. М. Гайда, М. І. Бадюк, Ю. І. Сушко // Патологія.— 2018.— Т. 15, № 1 (42).— С. 73–76.



5. Причини та важкість інвалідності в учасників Антитерористичної операції / Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко [та ін.] // *Biomedical and biosocial anthropology*.— 2016.— № 27.— С. 187–191.
6. *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>
7. *Абдряхімова Ц. Б.* Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів неспихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору травматичного генезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки / Ц. Б. Абдряхімова // *Укр. вісн. психоневрології*.— 2013.— Т. 21, вип. 1 (74).— С. 34–39.
8. *Абдряхімова Ц. Б.* Обґрунтування засад та підходів до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам з неспихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдряхімова // *Укр. вісн. психоневрології*.— 2014.— Т. 22, вип. 3 (80).— С. 158–163.
9. *Тарабрина Н. В.* Практикум з психології посттравматичного стресу. Серія «Практикум з психології» / Н. В. Тарабрина.— СПб.: Пітер, 2001.— 272 с.
10. *Малкіна-Пих І. Г.* Психосоматика. Довідник практичного психолога / І. Г. Малкіна-Пих.— М.: Эксмо, 2005.— 992 с.
11. 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.— 234 с.

---

### СПОСОБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ТРАВМОЙ ГЛАЗ И ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ НА ФОНЕ СТРЕССА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

Р. А. АБДРЯХИМОВ, М. В. МАРКОВА

**Представлены результаты сравнительного изучения способов психологической защиты у участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения на фоне клинических проявлений психологической дезадаптации или посттравматического синдрома для определения в дальнейшем мишеней для медико-психологических мероприятий их реабилитации. Сделан вывод о необходимости разработки алгоритмов коррекции процессов формирования способов психологической защиты при боевой травме глаз.**

*Ключевые слова:* посттравматический синдром, психологическая дезадаптация, психологическая защита, стресс, травма глаз, боевые действия.

---

### WAYS FOR PSYCHOLOGICAL DEFENCE OF COMBATANTS WITH EYE TRAUMAS AND PARTIAL VISION LOSS AGAINST THE BACKGROUND OF DIFFERENT STRESS INTENSITY

R. A. ABDRYAKHIMOV, M. V. MARKOVA

**There were reported the results of comparative study of the ways for psychological defence in combatants with eye traumas and partial vision loss secondary at the background of clinical manifestations of psychological maladaptation or post-traumatic syndrome for determining the further targets for medical and psychological measures of their rehabilitation. The necessity to elaborate the algorithms for correcting the processes of the psychological defence way formation in combat eye trauma was concluded.**

*Key words:* post-traumatic syndrome, psychological maladaptation, psychological defence, stress, eye trauma, combat activity.

Надійшла 27.03.2019