

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

*Р. А. Абдґрахімов***СОЦІАЛЬНА ФРУСТРОВАНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНОГО РЕАГУВАННЯ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОЧЕЙ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ***Р. А. Абдґрахімов***Социальная фрустрированность и особенности невротического реагирования у участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения***R. A. Abdriakhimov***Social frustration and peculiarities of neurotic reaction in participants of military action with trauma of eyes and partial loss of eyesight**

Дослідження проведено з метою вивчення ролі фруструючих факторів, стресового й невротичного станів у розвитку психологічної дезадаптації й посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників бойових дій із травмою очей і частковою втратою зору. У дослідженні взяли участь 254 осіб. З них 195 брали участь у бойових діях, 102 отримали бойову травму очей із частковою втратою зору. Групу порівняння склали 59 учасників із частковою втратою зору внаслідок побутової травми очей.

У результаті дослідження встановлено, що найбільш виражені прояви фрустрації спостерігаються у учасників бойових дій із травмою очей, частковою втратою зору на тлі психічної дезадаптації або ПТСР. Фрустрація пов'язана з реакцією суспільства, близьких і родини на проблеми учасників бойових дій. Відповідна реакція спостерігається з боку рівнів тривожності і невротичних порушень. На ґрунті результатів зроблено такі висновки: 1) травма очей із частковою втратою зору у учасників бойових дій на тлі психологічної дезадаптації й ПТСР, а також в учасників бойових дій із ПТСР супроводжуються розвитком стану фрустрованості. Джерелами слугують обмеження особистості, які виникають унаслідок травми й відсутності підтримки з боку суспільства й оточення; 2) основою розвитку важкого стресового стану у відповідь на фрустрацію є прояви психічної дезадаптації. З прогресуванням дезадаптація призводить до невротизації й соматизації процесу на тлі збереження загальних проявів дезадаптації; 3) під час планування заходів психокорекції цієї категорії потерпілих треба застосовувати диференційований підхід до нейтралізації різних за джерелами механізмів комбінованого патологічного процесу.

**Ключові слова:** фрустрація, психічна дезадаптація, тривожність, невротичні стани, учасники бойових дій, втрата зору

Исследование предпринято с целью изучения роли фрустрирующих факторов, стрессорного и невротического состояний в развитии психологической дезадаптации и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения. В исследовании приняли участие 254 человек. Из них 195 участвовали в боевых действиях, 102 получили боевую травму глаз с частичной потерей зрения. Группу сравнения составили 59 участников с частичной потерей зрения вследствие бытовой травмы глаз.

В результате исследования установлено, что наиболее выраженные явления фрустрации наблюдаются у участников боевых действий с травмой глаз, частичной потерей зрения на фоне психической дезадаптации или ПТСР. Фрустрация связана с реакцией общества, близких и семьи на проблемы участников боевых действий. Соответствующая реакция наблюдается со стороны уровней тревожности и невротических нарушений. На основе результатов сделаны следующие выводы: 1) травма глаз с частичной потерей зрения у участников боевых действий на фоне психологической дезадаптации и ПТСР, а также у участников боевых действий с ПТСР сопровождаются развитием состояния фрустрированности. Источниками служат ограничения личности, возникающие вследствие травмы и отсутствия поддержки со стороны общества и окружения; 2) основой развития тяжелого стрессового состояния в ответ на фрустрацию выступают явления психической дезадаптации. При прогрессировании дезадаптации приводит к невротизации и соматизации процесса на фоне сохранения общих явлений дезадаптации; 3) при планировании мер психокоррекции этой категории пострадавших необходимо применять дифференцированный подход к нейтрализации разных источников механизмов комбинированного патологического процесса.

**Ключевые слова:** фрустрация, психическая дезадаптация, тревожность, невротические состояния, участники боевых действий, потеря зрения

The research was conducted to study the role of frustrating factors, stress and neurotic conditions in the development of psychological disadaptation and PTSD for the participants of battle actions with the trauma of eyes and partial loss of eyesight. 254 people took part in research. 195 people participated in battle actions, 102 got the battle trauma of eyes with the partial loss of eyesight. The comparison group consisted of 59 participants with partial loss of sight after domestic eye injury.

The result is set, that the most expressed phenomena of frustration are observed for the participants of battle actions with the trauma of eyes, partial loss of eyesight accompanied by psychical disadaptation or PTSD. Frustration is related to the reaction of society, near and families on the problems of participants of battle actions. A corresponding reaction is observed from the side of levels of anxiety and neurotic violations. On the basis of results, it is possible to do next conclusions: 1) trauma of eyes with the partial loss of eyesight for the participants of battle actions on a background of psychological disadaptation and PTSD, and also for the participants of battle actions with PTSD accompanied by development of the state of frustration. Sources are personal limitations that arise up in case of trauma and absence of support from the side of society and surroundings; 2) the basis of the development of a severe stress state in response to frustration are the phenomena of mental disadaptation. In its progress, disadaptation leads to neurotization and somatization of the process against the background of the preservation of general phenomena of disadaptation; 3) at planning of psychocorrection measures of this category of victims it is necessary to apply the differentiated approach to the neutralization of different sources, mechanisms of the combined pathological process.

**Keywords:** frustration, psychical disadaptation, anxiety, neuroticisms, participants of battle actions, loss of eyesight

У структурі сучасних бойових ушкоджень травми органа зору за частотою займають друге місце. За дани-

ми армії США, під час Іракської кампанії (операція «Непохитна свобода») травми ока становили близько 6 % від усіх бойових поранень. Унаслідок проникних поранень очей, отриманих у в'єтнамській війні, 50 % по-

ранених згодом урешті-решт втрачали здатність бачити пораненим оком [1].

За даними клініки офтальмології Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ», на 2017 рік в структурі ушкоджень офтальмологічного генезу від різних бойових чинників 52 % становили осколкові та інші механічні поранення, що не супроводжувалися масивною черепно-мозковою травмою внаслідок мінно-вибухового фактору [2].

Однак, зрозуміло, що, навіть в умовах мирного часу та небойового характеру травми набути в дорослому віці втрата зору, навіть часткова, тягне за собою руйнацію звичного життєвого стереотипу, уживання у нові соціальні ролі та життя із обмеженнями, що супроводжується глибокими емоційними і соціальними наслідками, які впливають не тільки на психофізіологічний стан самого індивіда, але і на його взаємодію з сім'єю і суспільством [3, 4].

Зрозуміло, що в ситуації часткової втрати зору травматичного генезу внаслідок участі в бойових діях відбувається індукція як мінімум двох потужних стресогенних чинників, що накладає відбиток на стан психічного здоров'я потерпілого. Враховуючи зазначене, на нашу думку, є нагальна потреба в розробленні спеціалізованих високотаргетних підходів до медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичного генезу (УБДЧВЗТГ), бо неврахування будь-якого з двох зазначених чинників психопатогенезу призводить до неефективності реабілітаційної роботи з цим контингентом.

Метою цієї роботи було вивчення специфіки чинників соціальної фрустрованості та реагування на них у учасників бойових дій з травмою очей та 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. було обстежено 102 УБДЧВЗТГ, віком від 20 до 53 років. Як групи порівняння в дослідження також було включено 59 чоловіків з частковою втратою зору внаслідок побутової травми та 93 учасники бойових дій, що не отримали фізичних ушкоджень. Отже, всього в дослідженні брали участь 254 особи. 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, що мали офіційно встановлені психічні захворювання, 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] і опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [7], та консультація психіатра.

На ґрунті отриманих даних у 91 бійця було діагностовано клінічно виражені ознаки психологічної дезадаптації, з них 49 осіб були УБДЧВЗТГ, а 42 також брали участь у бойових діях, але не мали фізичних ушкоджень. У 104 комбатантів діагностовано прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР), серед яких було 53 УБДЧВЗТГ та 51 учасники бойових дій, що не мали фізичних ушкоджень. У осіб, які отримали 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 у комбатантів.

Ці результати були покладені в основу при формуванні груп дослідження. Отже, з УБДЧВЗТГ було сформовано дві основні групи: 49 учасників з травмою очей з частковою втратою зору внаслідок участі у бойових діях з ознаками психологічної дезадаптації склали основну групу 1 (ОГ1); 53 УБДЧВЗТГ з ПТСР — основну групу 2 (ОГ2). Групою порівняння 1 (ГП1) стали 59 чоловіків з частковою втратою зору внаслідок побутової травми; групою порівняння 2 (ГП2) — 42 учасники бойових дій з психологічною дезадаптацією; групою порівняння 3 (ГП3) — 51 учасник бойових дій з ПТСР (рисунк).



На тлі клініко-діагностичного дослідження учасники проходили психодіагностичне обстеження. Для цього були застосовані шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханіна [8], тест «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» Л. І. Вассермана [9] й клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича [10]. Результати дослідження обробляли статистичними методами.

Аналіз рівня соціальної фрустрованості учасників дослідження показав наявність високих показників у групах 4 і 5 (табл. 1). Це пояснювалось, з одного боку, важкістю та наявністю соматичних наслідків бойової травми, які перекреслюють надії та сподівання постраждалих у здійсненні життєвих планів, перспектив роботи, матеріального стану. З другого боку, у досліджуваних наявні прояви психологічної дезадаптації або ПТСР, що накладають свій відбиток на стан реагування психічної сфери на соматичну травму. Аналіз окремих чинників, що спричиняють фрустраційні стани у цих учасників, вказує на наявність проблем суспільного характеру, матеріального стану, забезпечення роботою, спілкування з близькими та друзями. Складається враження, що постраждалі сподіваються на більший ступінь уваги з боку суспільства та допомогу у відповідь на бойову травму. Це підтверджується тим, що при побутовій травмі показники фрустрації були вірогідно нижчі, ніж при бойовій.

Таблиця 1. Характеристика рівня і факторів соціальної фрустрації у учасників дослідження

Сфери інтересів	$(M \pm m)$ , бали				
	ОГ1, $n = 49$	ОГ2, $n = 53$	ГП1, $n = 59$	ГП2, $n = 42$	ГП3, $n = 51$
1. Власна освіта	1,97 ± 0,19	2,13 ± 0,14	2,36 ± 0,21	2,47 ± 0,20	2,68 ± 0,18 $p_5^{**}$
2. Відносини з колегами по роботі	2,13 ± 0,19 $p_2^{***}$	2,26 ± 0,21 $p_3^{***}$	2,25 ± 0,20	3,35 ± 0,21 $p_1^{***}$	2,83 ± 0,22
3. Відносини з адміністрацією на роботі	3,01 ± 0,23 $p_2^{***}$	2,54 ± 0,18 $p_3^{***}$	2,47 ± 0,19 $p_4^{***}$	3,95 ± 0,18 $p_1^*$	4,11 ± 0,21 $p_5^{**}$ , $p_6^{***}$
4. Відносини з суб'єктами професійної діяльності	2,85 ± 0,21 $p_2^*$	2,66 ± 0,21	3,05 ± 0,20	3,43 ± 0,21	3,71 ± 0,21 $p_5^{**}$ , $p_6^{**}$
5. Зміст своєї роботи загалом	2,81 ± 0,20	2,78 ± 0,17 $p_8^{***}$	4,27 ± 0,22 $p_4^{**}$ , $p_7^{***}$	3,27 ± 0,17 $p_1^{***}$	3,46 ± 0,21 $p_5^*$
6. Умови професійної діяльності	2,02 ± 0,19 $p_2^{***}$	2,38 ± 0,14 $p_3^{***}$	2,44 ± 0,22 $p_4^{***}$ , $p_7^{***}$	3,34 ± 0,22 $p_1^{***}$	4,06 ± 0,18 $p^*$ , $p_5^{***}$ , $p_6^{***}$
7. Власне становище в суспільстві	4,18 ± 0,21	4,59 ± 0,22 $p_3^*$ , $p_8^{***}$	2,79 ± 0,21 $p_4^{***}$ , $p_7^{***}$	4,08 ± 0,23 $p_1^{***}$	4,23 ± 0,22
8. Матеріальний стан	4,53 ± 0,20	4,63 ± 0,21 $p_8^{***}$	3,14 ± 0,21 $p_4^{***}$ , $p_7^{**}$	4,65 ± 0,22 $p_1^{***}$	4,86 ± 0,20
9. Житлово-побутові умови	4,59 ± 0,19 $p_2^{***}$ , $p_9^{**}$	3,86 ± 0,20 $p_3^*$ , $p_8^{***}$	2,74 ± 0,21 $p_4^{***}$ , $p_7^{***}$	3,41 ± 0,18 $p_1^{**}$	3,87 ± 0,19 $p_5^*$
10. Відносини з дружиною	4,34 ± 0,21 $p_2^{***}$	4,55 ± 0,22 $p_3^{***}$ , $p_8^{***}$	3,35 ± 0,22, $p_7^{***}$	3,22 ± 0,23	3,45 ± 0,22 $p_5^{**}$ , $p_6^{**}$
11. Відносини з дітьми	3,98 ± 0,21 $p_2^{***}$ , $p_9^{***}$	2,78 ± 0,18	3,16 ± 0,19 $p_7^*$	2,56 ± 0,17 $p_1^*$	3,51 ± 0,22 $p^{**}$ , $p_6^{**}$
12. Відносини з батьками	4,08 ± 0,22 $p_2^{***}$ , $p_9^*$	3,28 ± 0,21	3,35 ± 0,22	3,07 ± 0,24	3,16 ± 0,23 $p_5^{**}$
13. Умови в суспільстві (державі)	4,91 ± 0,20 $p_2^{***}$	4,66 ± 0,18 $p_3^*$ , $p_8^{***}$	3,21 ± 0,19 $p_4^{***}$ , $p_7^{***}$	4,03 ± 0,17 $p_1^{**}$	4,98 ± 0,22 $p^{***}$
14. Відносини з друзями	3,82 ± 0,20	4,04 ± 0,19 $p_3^*$ , $p_8^{***}$	2,89 ± 0,21 $p_4^{***}$ , $p_7^{***}$	3,46 ± 0,20 $p_1^*$	3,94 ± 0,22
15. Послуги та побутове обслуговування	3,84 ± 0,21 $p_2^*$ , $p_9^{**}$	4,65 ± 0,20 $p_3^{***}$ , $p_8^{***}$	2,76 ± 0,19 $p_4^{***}$ , $p_7^{***}$	3,28 ± 0,18 $p_1^*$	3,85 ± 0,20 $p^*$ , $p_6^*$
16. Сфера медичних послуг	3,59 ± 0,22 $p_2^{**}$ , $p_9^{**}$	4,14 ± 0,19 $p_3^{**}$ , $p_8^{**}$	3,34 ± 0,18 $p_4^{***}$	3,41 ± 0,19	4,28 ± 0,22 $p^{***}$ , $p_5^*$
17. Проведення вільного часу	3,69 ± 0,21 $p_9^{**}$	4,52 ± 0,21 $p_3^{**}$ , $p_8^{***}$	2,66 ± 0,22 $p_4^*$ , $p_7^{**}$	3,73 ± 0,22 $p_1^{***}$	3,47 ± 0,19 $p_6^{**}$
18. Можливості проведення відпустки	3,88 ± 0,22 $p_9^{**}$	2,89 ± 0,19	2,11 ± 0,21 $p_4^{***}$ , $p_7^{***}$	3,13 ± 0,24 $p_1^{**}$	4,43 ± 0,21 $p^{***}$ , $p_6^{***}$
19. Можливість вибору місця роботи	4,72 ± 0,20	4,79 ± 0,23	4,33 ± 0,20	4,10 ± 0,20	4,76 ± 0,23
20. Власний спосіб життя загалом	4,87 ± 0,20 $p_2^{***}$	4,82 ± 0,21 $p_3^{***}$	4,16 ± 0,19 $p_7^*$	3,85 ± 0,18	4,81 ± 0,21 $p^{***}$

Примітки. Тут і далі:  $n$  — кількість пацієнтів. Дані наведено у форматі  $(M \pm m)$ , де  $M$  — середнє значення показника;  $m$  — середньоквадратичне відхилення показника. Вірогідність:  $p$  — між ОГ1 і ОГ2;  $p_1$  — між ОГ1 і ГП1;  $p_2$  — між ОГ1 і ГП2;  $p_3$  — між ОГ1 і ГП3;  $p_4$  — між ОГ2 і ГП1;  $p_5$  — між ОГ2 і ГП2;  $p_6$  — між ОГ2 і ГП3;  $p_7$  — між ГП1 і ГП2;  $p_8$  — між ГП1 і ГП3;  $p_9$  — між ГП2 і ГП3. Ступінь вірогідності: \* — < 0,05, \*\* — < 0,01, \*\*\* — < 0,001

Рівень особистісної і реактивної тривожності вказував на інтенсивний стресовий стан у учасників ОГ1, ОГ2 і ГП3 (табл. 2).

Якщо для бійців ОГ такі високі рівні пояснювалися наявністю соматичної травми, яка привела до порушення зору та значних змін у житті, то учасники ГП3 не мали цього чинника. З іншого боку, в усіх цих групах в учасників було діагностовано ПТСР або психологічну дезадаптацію. Причому, обстежувані з побутовим характером травми не демонстрували таких зрушень і не перебували у глибокому стресовому стані. Найімовірніше, ці показники залежали від нашарування та провідної ролі психічних зрушень у разі сполучення з соматичною травмою.

Таблиця 2. Рівень тривожності учасників дослідження  $(M \pm m)$ 

Групи	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
ОГ1, $n = 49$	63,28 ± 1,24 $p_2^{***}$ , $p_7^{***}$	62,73 ± 1,42 $p_2^{***}$ , $p_7^{***}$
ОГ2, $n = 53$	61,53 ± 1,25 $p_3^{***}$ , $p_8^{***}$	68,13 ± 1,14 $p_3^{***}$ , $p_8^{***}$ , $p_9^{**}$
ГП1, $n = 59$	47,32 ± 0,95 $p_1^{**}$ , $p_4^{***}$	50,32 ± 1,04 $p_1^{**}$ , $p_4^{***}$
ГП2, $n = 42$	51,46 ± 1,04 $p^{***}$	54,63 ± 1,16 $p^{***}$
ГП3, $n = 51$	62,12 ± 0,88	65,21 ± 1,26 $p_p^{**}$

Узагальнюючим дослідженням, яке дало розуміння, у що для особистості виливається такий рівень фрустрації і стресового стану, стали результати оцінки невротичного стану респондентів (табл. 3).

Таблиця 3. Рівні виявлення та оцінки невротичних станів у пацієнтів досліджуваних груп

Шкали	ОГ1, n = 49	ОГ2, n = 53	ГП1, n = 59	ГП2, n = 42	ГП3, n = 51
Тривоги	-6,21 ± 0,30 p <sub>2</sub> <sup>**</sup> , p <sub>7</sub> <sup>**</sup>	-6,72 ± 0,30 p <sub>3</sub> <sup>***</sup> , p <sub>8</sub> <sup>***</sup>	-2,41 ± 0,21 p <sub>1</sub> <sup>***</sup> , p <sub>4</sub> <sup>***</sup>	-4,32 ± 0,31	-5,62 ± 0,34 p <sup>**</sup>
Депресії	-3,47 ± 0,31 p <sub>9</sub> <sup>*</sup>	-5,17 ± 0,29 p <sub>3</sub> <sup>**</sup> , p <sub>8</sub> <sup>***</sup>	-2,18 ± 0,20 p <sub>4</sub> <sup>***</sup>	-2,78 ± 0,24	-4,21 ± 0,30 p <sup>**</sup>
Астенії	-1,41 ± 0,24	-2,50 ± 0,23 p <sub>8</sub> <sup>**</sup>	-0,98 ± 0,23	-1,63 ± 0,20	-2,03 ± 0,24
Істерії	-4,67 ± 0,33 p <sub>9</sub> <sup>**</sup>	-6,49 ± 0,30 p <sub>3</sub> <sup>**</sup> , p <sub>6</sub> <sup>*</sup> , p <sub>8</sub> <sup>*</sup>	-3,47 ± 0,31	-3,53 ± 0,27 p <sup>*</sup>	-4,32 ± 0,34
Обсесивно-фобічна	-4,32 ± 0,30 p <sub>2</sub> <sup>*</sup> , p <sub>7</sub> <sup>**</sup>	-3,98 ± 0,24 p <sub>8</sub> <sup>*</sup>	-2,07 ± 0,23 p <sub>4</sub> <sup>**</sup>	-2,88 ± 0,24	-4,62 ± 0,20 p <sup>***</sup>
Вегетативних порушень	-16,23 ± 0,31 p <sub>2</sub> <sup>***</sup> , p <sub>5</sub> <sup>**</sup> , p <sub>7</sub> <sup>***</sup>	-14,82 ± 0,33 p <sub>3</sub> <sup>***</sup> , p <sub>6</sub> <sup>*</sup> , p <sub>8</sub> <sup>***</sup>	-7,05 ± 0,29 p <sub>1</sub> <sup>*</sup>	-9,05 ± 0,31	-12,65 ± 0,34 p <sup>***</sup>

Учасники груп ОГ1, ОГ2 і ГП3 продемонстрували підвищені рівні невротичних станів переважно за шкалами тривоги, депресії, істерії. Крім того, ці стани супроводжувались досить високими рівнями вегетативних порушень. Ці показники мали зв'язок з результатами, отриманими з застосуванням попередніх методик. Така спрямованість результатів вказує на наявність спільних механізмів розвитку психічної дезадаптації від психологічного рівня з подальшою кристалізацією в невротичний на тлі дифузних проявів ПТСР. На цьому тлі високі рівні вегетативних зрушень дозволяють прогнозувати процеси соматизації психічних змін. А супутня соматична травма прискорює ці процеси.

Підсумовуючи отримані результати, можна зробити такі висновки:

Травма очей з частковою втратою зору у учасників бойових дій на тлі психологічної дезадаптації та ПТСР супроводжується розвитком стану фрустрованості. Джерелами є обмеження особистості, які виникають внаслідок травми і відсутності підтримки з боку суспільства та оточення.

Підґрунтям розвитку важкого стресового стану у відповідь на фрустрацію є прояви психічної дезадаптації. З прогресуванням дезадаптація призводить до невротизації і соматизації процесу на тлі збереження загальних проявів дезадаптації.

Під час планування заходів психокорекції цієї категорії постраждалих треба застосовувати диференційований підхід до нейтралізації різних за джерелами механізмів комбінованого патологічного процесу.

Подальші дослідження дозволять провести деталізацію механізмів розвитку порушень та їх диференційовану корекцію.

### Список літератури

1. 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.
2. Жупан Б. Б. Спеціалізована офтальмологічна допомога військовослужбовцям в умовах єдиного медичного простору [Електронний ресурс] // Екстрена медицина. 2017. № 3 (24). URL : <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4>.
3. 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 // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, вип. 1 (74). С. 34—39.
4. Абдряхімова Ц. Б. Обґрунтування засад та підходів до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам з неспихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу // Там само. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 158—163.
5. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. (Серия «Практикум по психологии»). СПб.: Питер, 2001. 272 с.
7. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник / Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. [та ін.]. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. С. 208—225.
8. Ханін Ю. Л. Спилбергера — Ханіна тест: Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности / [под ред. Ю. Л. Ханіна]. Л.: ЛНИИ ФК, 1976. 18 с.
9. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
10. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие. СПб.: Речь, 2005. 445 с.

Надійшла до редакції 22.05.2018 р.

**АДБРЯХІМОВ Ростислав Адганович**, кандидат медичних наук, лікар-офтальмолог Київської клінічної лікарні № 2 на залізничному транспорті, м. Київ, Україна

**ADBRIAKHIMOV Rostyslav, MD, PhD**, Physician-ophthalmologist of the Kyiv Railway Clinical Hospital No. 2, Kyiv, Ukraine