

Р. А. Абдрахімов, Ц. Б. Абдрахімова

**ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ
З ТРАВМОЮ ОЧЕЙ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ**

Р. А. Абдрахімов, Ц. Б. Абдрахімова

**Феноменологические проявления психологической дезадаптации в участников боевых действий
с травмой глаз и частичной потерей зрения**

R. A. Adbriakhimov, Ts. B. Abdriakhimova

**Phenomenological manifestations of psychological disadaptation to participants of military actions
with the early eye and partial loss of view**

Під час дослідження феноменологічних проявів психологічної дезадаптації в учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору встановлені вірогідні відмінності між особами, які брали участь в бойових діях, з психологічної дезадаптацією без травми і групою пацієнтів, що мають побутову травму органів зору з частковою його втратою. Комбатанти демонстрували виражені зміни всіх аналізованих сфер психічної діяльності. При наявності травми переважали особистісно орієнтовані зміни, спрямовані на поліпшення всіх сфер життя потерпілого. При побутовому характері пошкодження ці показники були істотно нижчі і наближалися до рівня стандартних. В учасників бойових дій спостерігалася підвищена тенденція до прояву невротичних порушень, особливо при наявності травми органів зору. Отже, в учасників бойових дій при травмі очей з частковою втратою зору і без такої і психологічної дезадаптацією спостерігаються односпрямовані і більш виражені при травмі очей зміни. Невротичні прояви в результаті травми більш виражені на тлі дезадаптивних змін. Психологічні зміни в результаті травми очей і прояви дезадаптації мають різні витоки, які потрібно брати до уваги при їх корекції.

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

При исследовании феноменологических проявлений психологической дезадаптации у участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения установлены достоверные различия между принимавшими участие в боевых действиях с психологической дезадаптацией без травмы и группой пациентов, имеющих бытовую травму органов зрения с частичной его утратой. Комбатанты демонстрировали выраженные изменения всех анализированных сфер психической деятельности. При наличии травмы преобладали личностно ориентированные изменения, направленные на улучшение всех сфер жизни пострадавшего. При бытовом характере повреждений эти показатели были значительно ниже и приближались к уровню стандартных. У участников боевых действий наблюдалась повышенная тенденция к проявлению невротических нарушений, особенно при наличии травмы органов зрения. Таким образом, у участников боевых действий при травме глаз с частичной потерей зрения и без таковой и психологической дезадаптацией наблюдаются однонаправленные и более выраженные при травме глаз изменения. Невротические проявления в результате травмы более выражены на фоне дезадаптивных изменений. Психологические изменения в результате травмы глаз и проявления дезадаптации имеют разные истоки, которые нужно учитывать при их коррекции.

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

The study of phenomenological manifestations of psychological disadaptation in combatants with an eye injury and partial loss of vision against established significant differences between those who took part in the hostilities with psychological maladjustment without injury and a group of patients with a domestic eye injury and partial loss. Combatants demonstrated marked changes in all analyzed areas of mental activity. In the presence of injury, personality-oriented changes prevailed, aimed at improving all areas of life of the victim. In the domestic character of damage, these indicators were significantly lower and approached the standard level. Participants in the fighting had a heightened tendency for neurotic disorders, especially in the presence of eye injury. Thus, participants in hostilities with eye injury with partial loss of vision and without such and psychological maladjustment are unidirectional and more pronounced with eye injury changes. Neurotic manifestations resulting from injury are more pronounced against the background of maladaptive changes. Psychological changes as a result of eye injuries and disadaptation phenomena have different origins that need to be taken into account in their correction.

Keywords: psychological maladjustment, stress, eye injury, fighting

Ізольовані травми органів зору займають досить вагоме місце серед бойових травм. Це зазначають зарубіжні дослідники і підтверджує досвід наших співвітчизників за результатами бойових дій в районі Донбасу [1, 2]. За даними клініки офтальмології Національного військово-медичного клінічного центру, на 2017 рік у структурі офтальмологічних ушкоджень 52 % — осколкові та інші механічні пошкодження, що не супроводжувалися масивною черепно-мозковою травмою, внаслідок мінно-вибухового ураження [2].

Набута в дорослому віці втрата зору, хоча б часткова, тягне за собою руйнацію звичного життєвого стереотипу, і ці зміни впливають майже на всі сфери індивіда, його особистість, взаємодію з сім'єю і суспільством [3, 4].

При травмі очей з частковою втратою зору внаслідок поранення в бою на особистість впливають кілька потужних стресогенних чинників, що накладає відбиток на стан психічного здоров'я потерпілого. Насамперед, це прояви психологічної дезадаптації через зміну цивільного способу життя на військовий та участь у бойових діях. Ще один могутній стресор, який має характер вітальної загрози — безпосередня участь у бойових діях. І останній стресовий чинник — це сама травма органів зору з її віддаленими наслідками для всіх сфер життя. Взаємодія цих трьох основних чинників, їх взаємовплив формують комплекс психічних проявів соматичної травми.

Зважаючи на те, що витоки та наслідки кожного з проявів є різними, важливість вивчення їх взаємодії не викликає сумнівів. З огляду на зазначене, на нашу думку, є нагальна потреба в розробленні

спеціалізованих високотаргетних підходів до медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичного ґенезу, бо нехтування будь-яким із зазначених чинників психопатогенезу призводить до неефективності реабілітаційної роботи з цим контингентом.

Метою цієї роботи було вивчення феноменологічних проявів психологічної дезадаптації в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору для визначення надалі мішеней таргетних медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Протягом 2014—2018 рр. за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики і деонтології було обстежено 91 учасника бойових дій (УБД). З них 49 — УБД з травмою очей та частковою втратою зору (ЧВЗ); 42 — УБД, які під час виконання військової служби не отримали фізичних травм. Вік обстежених складав 20—53 роки. Задля порівняння в дослідженні було включено 59 осіб з ЧВЗ внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння (ГП). Отже, всього в дослідженні взяли участь 150 осіб.

В дослідженні не брали участь 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 участь 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) [6] і опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [7].

На ґрунті отриманих даних в усіх УБД було діагностовано клінічно виражені ознаки психологічної дезадаптації (ПД), з них 49 осіб були УБДЧВЗ, а 42 — брали участь у бойових діях, але не отримали фізичних травм. У тих, хто отримав побутову травму (ГП), ознак ПД 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, було сформовано три групи:

— основна група (ОГ) — 49 УБД з травмою очей з ЧВЗ внаслідок участі у бойових діях та ознаками ПД;

— група порівняння 1 (ГП1) — 42 УБД з проявами ПД;

— група порівняння 2 (ГП2) — 59 осіб з ЧВЗ внаслідок побутової травми.

Крім клініко-діагностичного дослідження, учасники проходили психодіагностичне обстеження. Для цього були застосовані «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич) і «Гісенський опитувальник психосоматичних скарг» [7]. Під час опитування учасників дослідження та їхніх родичів виявляли скарги та особливості поведінки, що їх турбували. Паралельно оцінювали інтенсивність скарг або актуальність поведінки за 6-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.

Виявлена симптоматика була розподілена на групи за належністю до відповідної складової психічної сфери (табл. 1). Для пацієнтів ОГ був характерним значуще високий рівень симптоматики емоційних, поведінкових, диссомнічних проявів та девіантних висловлювань. Серед емоційних переважали симптоми тривоги та її похідних, дисфорії, гніву. Поведінкові зводились до підвищеної конфліктності, агресивності, конфронтації з близькими та друзями, при контакті з суспільними службами в різних сферах. Слід зазначити таку особливість — досліджувані не вважали вказані прояви негативними, а розцінювали як адекватну, наполегливу реакцію і поведінку на ті виклики і проблеми, з якими особа стикалась у своєму житті. Завжди були причини такої поведінки, що пов'язувались з наявністю бойової травми.

Мнестичні, диссомнічні та когнітивні прояви у пацієнтів основної групи біли менш виражені, порівняно з обстежуваними ГП1 та ГП2. Елементи аддиктивної поведінки обстежувані розцінювали як спосіб зняття психічної напруги та захисту від тих негараздів та конфліктів, з якими стикнулася особа. Девіантна поведінка, зазвичай, була присутня у вигляді допущень, погроз, намірів та фантазій у відповідь на негативні прояви, способу розв'язання конфліктних ситуацій та щодо джерел фруструючих обставин. Вегетативні прояви та елементи психосоматичних розладів у обстежуваних ОГ значуще менш виражені, ніж у осіб ГП1 і ГП2.

Таблиця 1. Структура та вираженість феноменологічних проявів психологічної дезадаптації у обстежених, бали

Тип проявів	ОГ	ГП1	ГП2
Емоційні	$6,14 \pm 0,41; p < 0,001$	$5,31 \pm 0,38; p < 0,001$	$2,26 \pm 0,27$
Когнітивні	$3,64 \pm 0,33; p < 0,001; p_1 < 0,05$	$4,64 \pm 0,30; p < 0,001$	$1,23 \pm 0,24$
Поведінкові	$6,34 \pm 0,33; p < 0,001$	$5,16 \pm 0,36; p < 0,001$	$1,80 \pm 0,17$
Мнестичні	$3,66 \pm 0,34; p < 0,001; p_1 < 0,01$	$4,96 \pm 0,23; p < 0,001$	$0,93 \pm 0,27$
Диссомнічні	$2,07 \pm 0,22; p < 0,01; p_1 < 0,001;$	$4,12 \pm 0,33; p < 0,001$	$0,91 \pm 0,32$
Аддиктивні	$1,93 \pm 0,27; p < 0,001; p_1 < 0,05$	$3,30 \pm 0,32; p < 0,001$	$0,71 \pm 0,28$
Девіантні	$2,41 \pm 0,30; p < 0,001; p_1 < 0,01$	$4,12 \pm 0,35; p < 0,001$	$0,52 \pm 0,24$
Соматичні (вегетативні)	$3,98 \pm 0,26; p < 0,001; p_1 < 0,001$	$5,93 \pm 0,32; p < 0,001$	$2,41 \pm 0,23$

Примітка. Тут і далі: середні значення показників наведено в форматі ($M \pm m$) — «середня арифметична $\pm$ стандартна похибка середньої арифметичної»; статистична значущість: p — порівняно з групою ГП2; p_1 — між ОГ і ГП1

Пацієнти групи ГП1 відрізнялись значуще вищими показниками когнітивних та мнестичних проявів, особливо диссомнічних. Останні пов'язувались з тривожними сновидіннями. Аддиктивна поведінка була значуще більше виражена порівняно з особами ОГ і ГП2 і асоціювалась з полегшенням як тривожного стану, так і конфліктних ситуацій в різних сферах життя, соціальними негараздами, конфліктом між сподіваннями та реальністю. Девіантна поведінка, як і в пацієнтів

ОГ, фіксувалась у вигляді намірів та фантазій в різних сферах життя. Соматично спрямовані скарги були значуще більш виражені в ГП1. Звичайно ж, показники всіх типів проявів у УБД були значуще вищі, ніж у осіб ГП2.

Важливим показником для характеристики проявів психологічної дезадаптації є суб'єктивна оцінка інтенсивності симптоматики, або ступінь актуальності поведінки (табл. 2). Порівняно з ГП2, УБД в обох групах значимість проявів оцінювали вірогідно вище.

Таблиця 2. Інтенсивність (значимість) симптоматики феноменологічних проявів психологічної дезадаптації у обстежених, бали

Тип проявів	ОГ	ГП1	ГП2
Емоційні	24,33 ± 0,41; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	33,04 ± 0,43; $p < 0,001$	18,56 ± 0,44
Когнітивні	16,15 ± 0,36; $p < 0,001$	11,12 ± 0,33; $p < 0,001$	21,11 ± 0,32
Поведінкові	11,69 ± 0,31; $p < 0,001$	10,13 ± 0,32; $p < 0,001$	18,53 ± 0,31
Мнестичні	12,23 ± 0,33; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	17,89 ± 0,33; $p < 0,001$	11,23 ± 0,32
Диссомнічні	10,26 ± 0,31; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	18,77 ± 0,36; $p < 0,001$	7,34 ± 0,31
Аддиктивні	8,03 ± 0,33; $p_1 < 0,01$; $p < 0,001$	5,52 ± 0,33; $p < 0,001$	2,23 ± 0,36
Девіантні	4,04 ± 0,22; $p < 0,001$	4,23 ± 0,30; $p < 0,001$	1,25 ± 0,23
Соматичні (вегетативні)	22,57 ± 0,33; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	27,51 ± 0,38; $p < 0,001$	8,31 ± 0,36

Під час порівняння ОГ і ГП1 виявлені значущі відмінності — більш високе значення для особистості емоційних, мнестичних, диссомнічних та вегетативних порушень. Загальна інтенсивність симптоматики в осіб ГП1 також більш висока. Слід зауважити, що актуальними для учасників ОГ були емоційні переживання, пов'язані з тривогою, мнестичні, диссомнічні та соматичні, які вони пов'язують з перебуванням в АТО. Інші відхилення, які виявлялися під час опитування самих учасників та їхніх близьких, вони не розцінювали як патологічні або хворобливі, а пояснювали як відповідну реакцію на поранення. На відміну від них, учасники ГП1 наголошували більшу значимість виявлених скарг. Для них також був притаманним певний поділ причин їх виникнення. Зокрема, емоційні, поведінкові та девіантні прояви вони пов'язували зі зміною свого статусу в різних сферах життя. Відповідно, вони вважали, що їх не розуміють близькі, друзі, колеги. Вони також не відчували відповідного ставлення до себе з боку суспільства. А прояви девіантної і аддиктивної поведінки, на їх погляд, допомагали їм досягти своїх цілей та зняти напругу.

Зважаючи на виявлену дисоціацію кількісного складу симптоматики і її значимості для особистості, тобто, оцінки наявних змін як позитивних, нами було проведено обстеження з використанням «Гісенського опитувальника психосоматичних скарг». Аналіз рівня соматичних скарг (табл. 3) показав значуще вищі показники у ОГ порівняно з ГП1, за винятком шкали М. Водночас за шкалою М у ГП1 показники були вищі, ніж у ГП2.

Порівнюючи ці дані з рівнем і значимістю скарг, можна зазначити, що: 1) незважаючи на оцінку наявних порушень самими обстежуваними як звичайну реакцію особистості на життєві обставини, вони були вірогідно більш значимими для пацієнтів — УБД з ОГ, порівняно з обстежуваними з ГП1 і ГП2. Вищі показники, виявлені у учасників ОГ, підтверджують виявлену в них більш хворобливу реакцію та поведінку особистості на психосоматичному рівні регуляції.

Таблиця 3. Вираженість психосоматичних скарг в структурі феноменологічних проявів психологічної дезадаптації у обстежених, бали

Шкали	ОГ	ГП1	ГП2
Е	9,48 ± 0,41; $p < 0,001$	7,25 ± 0,33; $p < 0,05$; $p_1 < 0,001$	6,21 ± 0,23
G	10,57 ± 0,30; $p < 0,001$	7,54 ± 0,32; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	5,68 ± 0,30
М	6,45 ± 0,31; $p < 0,01$	6,67 ± 0,32	4,47 ± 0,31
Н	14,68 ± 0,33; $p < 0,001$	11,87 ± 0,40; $p < 0,01$; $p_1 < 0,001$	10,72 ± 0,31

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

Дослідження рівнів оцінки невротичних станів також виявило відмінності в УБД, порівняно з особами ГП2 (табл. 4). За шкалою тривоги показники між ОГ і ГП1 вірогідно не відрізнялись і були істотно вищими, порівняно з ГП2. За усіма іншими шкалами в обстежуваних ОГ вираженість невротичних проявів була вищою, ніж в осіб ГП1 і ГП2.

Отже, незважаючи на те, що УБД як провідні скарги зазначали прояви, які були пов'язані з високою тривогою та вегетативною дисфункцією, за результатами обстеження виявлені вірогідно вищі показники і за іншими невротичними симптомами. Вони підтверджують більш істотні зміни в учасників ОГ.

Слід наголосити встановлену важливу особливість, пов'язану з невротичними проявами — виявлення їх при тестуванні не завжди відповідало факту наявності при клінічному опитуванні. Причини цього були, зазвичай, в відсутності актуальності чинних факторів на час огляду. Цьому факту слід надавати увагу при визначенні прогнозу та плануванні реабілітаційних маніпулювань.

Таблиця 4. Вираженість невротичних станів в структурі психологічної дезадаптації у обстежених, бали

Шкали	ОГ	ГП1	ГП2
Тривоги	$6,47 \pm 0,40, p < 0,001$	$5,78 \pm 0,32, p < 0,001$	$3,34 \pm 0,33$
Депресії	$3,87 \pm 0,29, p < 0,001$	$2,19 \pm 0,22, p_1 < 0,01$	$2,06 \pm 0,24$
Астенії	$3,83 \pm 0,33, p < 0,001$	$2,41 \pm 0,25, p_1 < 0,01$	$1,46 \pm 0,24$
Істерії	$4,45 \pm 0,41, p < 0,001$	$2,84 \pm 0,33, p < 0,05;$	$2,31 \pm 0,32$
Обсесивно-фобічна	$5,49 \pm 0,34, p < 0,01$	$3,73 \pm 0,38, p_1 < 0,01$	$3,11 \pm 0,22$
Вегетативних порушень	$14,31 \pm 0,34, p < 0,001$	$10,18 \pm 0,38, p < 0,001; p_1 < 0,001$	$6,22 \pm 0,32$

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

В учасників бойових дій з проявами психологічної дезадаптації останні зберігаються незалежно від наявності травми очей.

Ступінь вираженості дезадаптивних змін при травмі очей вищий у сферах особистої зацікавленості та вигоди постраждалого.

Невротичні прояви в результаті травми більш виражені на тлі дезадаптивних змін.

Психологічні зміни в результаті травми очей та прояви дезадаптації мають різні витоки, на що потрібно зважати при їх корекції.

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 // Екстрена медицина. 2017. № 3 (24). URL : <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4>.
3. Абдрахімова Ц. Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів неспсихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору травматичного генезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, вип. 1 (74). С. 34—39.
4. Абдрахімова Ц. Б. Обґрунтування засад та підходів до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам

з неспсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу // Там само. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 158—163.

5. 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.

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

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

Надійшла до редакції 15.01.2019 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

АБДРЯХІМОВА Ціра Борисівна, доктор медичних наук, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

ADBRIAKHIMOV Rostyslav, MD, PhD, Physician-ophthalmologist of the Kyiv Railway Clinical Hospital No. 2, Kyiv, Ukraine; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com

ABDRIAKHIMOVA Tsira, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine