

10. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // *Нейро News психоневрологія і нейропсихіатрія*. – 2010. – №5. – С. 83-90.
11. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев // – Харьков: Прапор, - 2002. – 108 с.
12. Попов Ю. В. Реакция на стресс. Комментарии к МКБ-10 / Ю. В. Попов, В. Д. Вид // – М.: Альта, - 1998. – 256 с.
13. Пушкарева Т. Н. К вопросу о роли психосоциальных факторов в развитии тревожных расстройств невротического уровня / Т. Н. Пушкарева // *Архів психіатрії*. – 2002. – № 2. – С. 29-32.
14. Первый В. С. Основные принципы психотерапии невротических расстройств / В. С. Первый // *Таврический журнал психиатрии*. – 2005. – № 1. – С. 16-21.
15. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский // *Методики и тесты. Учебное пособие*. – Самара: Изд-во «БАХРАХ», - 2002. – 672 с.
16. Юр'єва Л. М. Невротичні, соматоформні розлади та стрес / Л. М. Юр'єва // *Навч. посібник*. – Дніпропетровськ, - 2005. – 96 с.

Реферати

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПОВ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Скрипник А. Н., Герасименко Л. А., Исаков Р. И.

Определение типов психосоциальной дезадаптации по И. П. Артюхову дало возможность выделить специфические особенности проявлений каждого варианта невротического расстройства. Установлено, что появление признаков социальной дезадаптации и девиантных личностных тенденций на фоне неудовлетворенности значимыми аспектами жизнедеятельности способствовала возникновению фрустрации потребностей, возникновению чувства вины, профессиональной несостоятельности, что влияло на течение, продолжительность невротической патологии и качество лечебно-диагностических мероприятий.

Ключевые слова: психосоциальная дезадаптация, невротические расстройства.

Стаття надійшла 16.03.2015 р.

PROGNOSTIC VALUE OF IDENTIFICATION PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT IN WOMEN WITH NEUROTIC DISORDERS

Skrypnikov A., Herasymenko L., Isakov R.

The identification of the types of psychosocial maladjustment after I. Artjuhove gave the opportunity to highlight the specific features of the manifestations of each option neurotic disorders. It is established that the signs of antisocial behavior and deviant personality trends amid dissatisfaction important aspects of life contributed to the frustration of needs, the emergence of feelings of guilt, professional insolvency, which influenced the course, the duration of neurotic pathology and quality of diagnostic and treatment activities.

Key words: psychosocial maladjustment, neurotic disorders.

Рецензент Цимбалюк В.І.

УДК 616.89-008.444.9-003.96:001.8:355/359-05

О. Н. Сукачёва

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, г. Харьков

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У БЫВШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ АДАПТАЦИОННОГО РАССТРОЙСТВА С ПОМОЩЬЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТА АММОНА

В работе представлена дифференциальная клиничко-психологическая диагностика различных вариантов адаптационного расстройства (F 43.2. по МКБ-10). Недостаток знаний о своеобразии агрессивности у представителей военного сословия, оказавшихся за пределами привычного жизненного уклада и профессиональной деятельности, переживающих увольнение из рядов Вооруженных Сил как психотравмирующее событие и проявляющих признаки АР, снижает качество оказания медико-психологической помощи и делает реабилитацию пациентов указанного контингента неполной. При изучении выражения функции агрессии у пациентов с адаптационными расстройствами в контингенте бывших военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил выявлен ряд характерных особенностей, которые необходимо учитывать при дифференциальной диагностике и разработке стратегии лечения. Показаны межвариантные особенности конструктивной, деструктивной и дефицитарной агрессии, выявленные при помощи таких психодиагностических инструментов, как Я-структурный тест G. Ammon (ISTA).

Ключевые слова: клиническая психология, адаптационные расстройства, бывшие военнослужащие, агрессивность, Я-структурный тест G. Ammon (ISTA).

Работа является фрагментом НИР «Изучение вопросов психодиагностики, этиопатогенеза, клинических особенностей, течения, профилактики и лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств» (№ госрегистрации 0113U001081).

Дифференциальная клиничко-психологическая диагностика различных вариантов адаптационного расстройства (F 43.2. по МКБ-10) является актуальной задачей медицинской психологии, реализация которой позволяет в оптимальные сроки определить поливариантные стратегии терапии. Признание в МКБ-10 гетерогенности адаптационных расстройств (АР) и выделение наряду с иными, формы АР с преобладанием нарушений поведения, при котором доминирующую роль играют агрессивные или диссоциальные поведенческие паттерны (F43.24)

[3], предполагает существование различий в агрессивности у пациентов с разными вариантами АР, существенных для планирования и реализации терапевтических усилий. Недостаток знаний о своеобразии агрессивности у представителей военного сословия, оказавшихся за пределами привычного жизненного уклада и профессиональной деятельности, переживающих увольнение из рядов Вооруженных Сил как психотравмирующее событие и проявляющих признаки АР, снижает качество оказания медико-психологической помощи и делает реабилитацию пациентов указанного контингента неполной.

Основной исследовательской гипотезой явилось предположение о том, что бывшие военнослужащие, проявившие после увольнения из армии признаки различных вариантов адаптационного расстройства, различаются между собой своеобразием агрессивности, существенным для планирования и реализации терапевтических усилий.

Целью работы было определить дифференциально-диагностические особенности агрессивности, позволяющие отграничить варианты расстройства адаптации у бывших военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил.

Материал и методы исследования. В исследовании приняло участие 99 бывших кадровых военнослужащих с признаками АР (F 43.2. по МКБ-10). Клиническая картина АР представляла собой констелляцию симптомов, соответствующих критериям аффективных (F3), невротических, стрессовых и соматоформных (F4) расстройств и нарушений социального поведения (F91), но не отвечающих полностью ни одному из них. Указанные симптомы у всех пациентов с АР проявились в течение месяца после увольнения из рядов Вооруженных Сил (ВС). Общим в анамнезе для лиц с АР был психосоциальный стрессор – «увольнение из армии». Проведению экспериментально-психологического исследования предшествовало разделение испытуемых на две группы по клинко-психопатологическому критерию. Первую группу сравнения составили 53 пациента с аффективным вариантом АР, вторую – 46 пациентов с поведенческим вариантом АР. При выделении вариантов АР были учтены методические рекомендации П.В. Волошина с соавт. [1]. Контрольную группу образовали 30 военнослужащих, уволенных из ВС, не имевших на момент исследования признаков АР. Средний возраст пациентов с АР – $38,50 \pm 2,02$ лет, испытуемых без АР – $38,40 \pm 1,06$ лет.

В исследовании использовались клинко-психопатологический, психодиагностический и статистический методы. Верификация диагноза АР осуществлялась на основании унифицированных критериев МКБ-10. Оценка психического статуса испытуемых во всех случаях проводилась совместно с врачом-психиатром.

Своеобразие агрессивности испытуемых в группах сравнения изучалась с помощью Шкалы агрессии Я-структурного теста Аммона (Ich-Struktur Test nach Ammon, ISTA) [6]. Агрессия в ISTA рассматривается как центральная личностная функция. Шкала агрессии позволяет получить представления о конструктивных, деструктивных и дефицитарных проявлениях агрессии как Я-функции. Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Первичные описательные статистики показателей «Я-структурного теста» (ISTA) у испытуемых в группах сравнения отражены в таблице 1.

Таблица 1

Первичные описательные статистики показателей Шкал агрессии «Я-структурного теста» (ISTA) у испытуемых групп сравнения (стандартные Т-баллы).

Шкалы агрессии	1-я группа, пациенты с аффективным вариантом АР, n=53			2-я группа, пациенты с поведенческим вариантом АР, n=46			Контрольная группа, испытуемые без АР, n=30		
	A1	A2	A3	A1	A2	A3	A1	A2	A3
Меры центральной тенденции									
M±m	40,80	46,92	58,22	43,28	58,64	48,44	60,84	42,46	44,68
	±	±	±	±	±	±	±	±	±
	1,441	1,234	1,66	1,802	1,39	1,60	1,913	1,466	1,64
Примечание: A1 – Шкала конструктивной агрессии; A2 – Шкала деструктивной агрессии; A3 – Шкала дефицитарной агрессии. Уровень значимости (p): 1-2-p<0,01; 2-3-p<0,01; 4-5-p<0,01; 5-6-p<0,01. Жирным шрифтом выделены преобладающие шкальные значения в группах сравнения.									

Шкала конструктивной агрессии. Из таблицы 1 следует, что наивысшие показатели по Шкале конструктивной агрессии (A1) среди испытуемых были установлены у бывших военнослужащих без признаков АР (контрольная группа) – $60,84 \pm 1,91$ стандартных Т-баллов.

Значения показателей выходили за пределы нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов. Для лиц, обнаруживающих высокие показатели по шкале конструктивной агрессии, характерны активность, инициативность, открытость, коммуникабельность, креативность. Они способны к конструктивному преодолению трудностей и межличностных конфликтов, в достаточной степени выделяют собственные главные цели и интересы и безбоязненно отстаивают их в конструктивном взаимодействии с окружающими. Их активность даже в конфронтационных ситуациях учитывает интересы партнеров, поэтому они, как правило, умеют достигать компромиссных решений без ущерба для лично-значимых целей, т. е. без ущерба для собственной идентичности [4]. Бывшие военнослужащие без АР обнаруживали достоверно более высокий уровень конструктивной агрессии по сравнению как с бывшими военнослужащими с АР в целом ($60,84 \pm 1,15$ и $42,04 \pm 1,22$ Т-баллов, $p < 0,01$), так и с представителями группы с аффективным вариантом АР ($60,84 \pm 1,91$ и $40,80 \pm 1,44$ Т-баллов, $p < 0,01$), и группы с поведенческим вариантом АР ($60,84 \pm 1,91$ и $43,28 \pm 1,80$ Т-баллов, $p < 0,01$). Сравнение показателей по всем трем шкалам агрессии (А1, А2, А3) говорят о том, что в структуре личности уволенных из ВС военнослужащих без признаков расстройства адаптации преобладают конструктивные выражения функции агрессии. Из таблицы 1, также следует, что у пациентов с аффективным вариантом АР, среди трех шкал, указывающих на характер развития Я-функции агрессии (А1-А3), самые низкие значения были получены по шкале конструктивной агрессии – $40,80 \pm 1,44$; в тоже время её показатели не выходили за пределы нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов. Конструктивная агрессия по G. Ammon [4] понимается как активный, деятельный подход к жизни, любознательность и здоровое любопытство, возможность устанавливать продуктивные межличностные контакты и поддерживать их, несмотря на возможные противоречия, способность формировать свои собственные жизненные цели и задачи и реализовывать их даже в неблагоприятных жизненных обстоятельствах, иметь и отстаивать свои идеи, мнения, точки зрения, тем самым вступать в конструктивные дискуссии. Конструктивная агрессия связана с возможностью открыто проявлять свои эмоциональные переживания, является предпосылкой для творческого преобразования окружающего, собственного развития и обучения. Критическое снижение до нижней границы нормы показателей шкалы конструктивной агрессии у пациентов с аффективным вариантом АР, мы трактовали как снижение активности, недостаток способности к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, отсутствие потребности в изменении жизненных условий, формировании собственных лично-значимых целей, склонность к избеганию каких-либо конфронтации вследствие боязни разрыва симбиотических отношений или из-за отсутствия необходимых навыков в разрешении конфликтов. Критично сниженные показатели конструктивной агрессии указывали также на неразвитую способность пациентов с данным вариантом АР, к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. Из таблицы 1 следует, что у пациентов с поведенческим вариантом АР среди трех шкал, указывающих на характер развития Я-функции агрессии, наиболее низкие значения также были получены по шкале конструктивной агрессии (А3) – $43,28 \pm 1,8$; они также не выходили за пределы нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов. Сравнение шкальных значений конструктивной агрессии в группах пациентов с АР (табл.1) показало, что они были несколько выше у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР.

Шкала деструктивной агрессии. Наивысшие показатели по Шкале деструктивной агрессии (А2) среди всех испытуемых были установлены у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР ($58,64 \pm 1,39$ стандартных Т-баллов) (Табл.1). Значения показателей не выходили за пределы нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов. Наименьшие показатели по А2 среди всех испытуемых были установлены у бывших военнослужащих без признаков АР ($42,46 \pm 1,46$ стандартных Т-баллов). Согласно G. Ammon [4], деструктивная агрессия понимается как реактивное переформирование изначально конструктивной агрессии вследствие особых неблагоприятных условий в первичной группе, родительской семье, пр., другими словами, деструктивность представляет собой определенную деформацию нормальной способности к деятельному, активному взаимодействию с окружающим миром, людьми и предметами. Деструкция агрессии выражает интериоризированный запрет на собственную автономию и идентичность [4]. Первичный потенциал активности не находит адекватную реализации в наличном предметном мире. Впоследствии это проявляется деструкцией, направленной против себя (своих целей, планов и т. д.) или окружающего. При этом наиболее существенным признаком становится фактическая ситуационная неадекватность агрессии (по интенсивности,

направленности, способу или обстоятельствам проявления) сложному межличностному пространству человеческих отношений [4]. В поведении деструктивная агрессия проявляется склонностью к разрушению контактов и отношений, в деструктивных поступках вплоть до неожиданных прорывов насилия, тенденцией к вербальному выражению гнева и ярости, разрушительными действиями или фантазиями, стремлением к силовому решению проблем, приверженностью к деструктивным идеологиям, склонностью к обесцениванию (эмоциональному и мыслительному) других людей и межличностных отношений, мстительностью, цинизмом. В тех случаях, когда агрессия не находит внешний объект для своего выражения, она может направляться на собственную личность, проявляясь суицидальными тенденциями, социальной запущенностью, тенденциями к самоповреждению или предрасположенностью к несчастным случаям. В литературных источниках [2, 4] указано, что лица, обнаруживающие высокие показатели по данной шкале, отличаются недоброжелательностью, конфликтностью, агрессивностью. Они, как правило, не способны длительное время поддерживать дружеские отношения, склонны к конфронтациям ради самого противостояния, выявляют чрезмерную ригидность в дискуссиях, в конфликтных ситуациях стремятся к «символическому» уничтожению противника, испытывают удовольствие от созерцания оскорбленного или униженного «врага», отличаются злопамятностью и мстительностью, жестокостью. Агрессивность может проявляться как в открытых вспышках гнева, импульсивности и взрывчатости, так и выражаться в чрезмерной требовательности, ироничности или сарказме. Типичными для таких лиц являются также нарушения эмоционального и, особенно, волевого контроля, имеющие временный или относительно постоянный характер. Даже в тех случаях, когда в наблюдаемом поведении лиц с высокими показателями по данной шкале обнаруживается исключительно гетероагрессивная направленность, отчетливо прослеживается реальное снижение социальной адаптации, поскольку описанные особенности характера обычно создают вокруг индивидуума негативную атмосферу, объективно препятствующую «нормальной» реализации его сознательных целей и планов. В нашем исследовании бывшие военнослужащие с поведенческим вариантом АР обнаруживали достоверно более высокий уровень деструктивной агрессии по сравнению как с бывшими военнослужащими без признаков АР ($58,64 \pm 1,39$ и $42,46 \pm 1,46$ Т-баллов, $p < 0,01$), так и с представителями группы с аффективным вариантом АР ($58,64 \pm 1,39$ и $46,92 \pm 1,23$ Т-баллов, $p < 0,01$) (Табл.1). Сравнение показателей по всем трем шкалам агрессии (А1, А2, А3) говорят о том, что в структуре личности уволенных из ВС военнослужащих с поведенческим вариантом АР преобладали деструктивные выражения функции агрессии. Такое преобладание с большой вероятностью свидетельствует о том, пациенты с поведенческим вариантом АР при необходимости с большей решимостью могут пойти на разрыв не удовлетворяющих их социальных связей и отношений, они также более склонны к вербальному выражению гнева и раздражения, обесцениванию (эмоциональному и мыслительному) других людей и значимых межличностных отношений. По сравнению с больными с аффективным вариантом АР пациенты с поведенческим вариантом АР менее конформны, более недоброжелательны, конфликтны, требовательны по отношению к окружающим, более властны и склонны к доминированию, чаще пытаются влиять на поведение других людей.

Шкала дефицитарной агрессии. Наивысшие показатели по Шкале дефицитарной агрессии (А3) среди всех испытуемых были установлены у бывших военнослужащих с аффективным вариантом АР ($58,22 \pm 1,66$ стандартных Т-баллов). Значения показателей не выходили за пределы нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов. Наименьшие показатели по А3 среди всех испытуемых были установлены у бывших военнослужащих без признаков АР ($44,68 \pm 1,64$ стандартных Т-баллов). Значения показателей по шкале А3 в контрольной группе также не выходили за пределы нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов. Из таблицы 1 следует, что у пациентов с аффективным вариантом АР шкала дефицитарной агрессии (А3) является ведущей. Согласно Ammon G. [4], в поведении дефицитарная агрессия проявляется в неспособности к установлению межличностных контактов, теплых человеческих отношений, в снижении предметной активности, в сужении круга интересов, в избегании каких-либо конфронтации, конфликтов, дискуссий и ситуаций «соперничества», в склонности жертвовать собственными интересами, целями и планами, а также в неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения. При выраженной дефицитарной агрессии существенно затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции, чувства и переживания, претензии и предпочтения. Недостаток активности в какой-то мере обычно субъективно компенсируется нереалистическими фантазиями, несбыточными планами и мечтами. В эмоциональных

переживаниях на передний план выступают чувства собственного бессилия, некомпетентности и ненужности, ощущение пустоты и одиночества, покинутости и скуки. Для лиц, обнаруживающих высокие показатели по шкале дефицитарной агрессии, характерна пассивная жизненная позиция, отчуждение собственных планов, интересов и потребностей. Они склонны откладывать принятие решений и не способны к сколько-нибудь значительным усилиям для достижения поставленных целей. В межличностных ситуациях, как правило, наблюдается уступчивость, зависимость и стремление к избеганию каких-либо противоречий, ситуаций столкновений интересов и потребностей. У них часто встречаются мало связанные с действительностью заместительные фантазии, не предполагающие реального воплощения. Наряду с этим часто отмечаются жалобы на чувство внутренней пустоты, безучастности, «хронической» неудовлетворенности всем происходящим, отсутствие «радости жизни», ощущение бесперспективности существования и непреодолимости жизненных трудностей [2, 5]. Гранично высокие значения по шкале Дефицитарной агрессии у пациентов с аффективным вариантом АР в нашем исследовании указывали на то, что представители данной группы испытывают определенные затруднения при установлении межличностных связей, доверительных и близких отношений, чему способствуют излишняя конформность, избегание конфронтации и конфликтов с другими людьми при необходимости отстаивать свое мнение. Ситуации соперничества и конкурентной борьбы, особенно в профессиональной сфере, приводят к росту эмоционального напряжения, поскольку из-за недостатка навыков разрешения конфликтов изученные больные склонны жертвовать собственными интересами, целями и планами, однако неумение настоять на своем, реализовать значимые цели, приводит к снижению ощущения самоэффективности и самоуважения. Помимо интерперсональных проблем, преобладание дефицитарной составляющей в структуре агрессии обусловливает сужение круга интересов ввиду недостатка инициативы, неспособность брать на себя ответственность и принимать решения, особенно в значимых областях жизни [2, 5].

Из таблицы 1 следует, что у пациентов с поведенческим вариантом АР показатели по шкале дефицитарной агрессии ($48,44 \pm 1,60$ Т-баллов) являются повышенными, но не чрезмерно выраженными, поскольку не выходят за пределы 40 -60 Т-баллов. Повышенные значения по шкале дефицитарной агрессии у пациентов с поведенческим вариантом АР позволяют характеризовать их как людей с трудом формирующих и целенаправленно достигающих собственные цели. Сравнение шкальных значений дефицитарной агрессии в исследованных группах пациентов с АР (табл. 1) показало, что значения по шкале А3 были выше у бывших военнослужащих с аффективным вариантом АР. Сравнение показателей по всем трем шкалам агрессии (А1-А3) говорят о том, что в структуре личности уволенных из ВС военнослужащих с аффективным вариантом АР преобладают дефицитарные выражения функции агрессии.

Интегральные показатели Шкал агрессии. Для каждой из сравниваемых групп был рассчитан интегральный показатель агрессии (табл.2).

Таблица 2

Интегральный показатель Шкал агрессии «Я-структурного теста G. Ammon» (ISTA) у бывших военнослужащих с различными вариантами адаптационного расстройства и без такового (M±m, стандартные Т-баллы).

Интегральный показатель Шкал агрессии $\Sigma (A1+A2+A3)$	1-я группа, пациенты с аффективным вариантом АР, n=53	2-я группа, пациенты с поведенческим вариантом АР, n=46	Контрольная группа, n=30
	$48,65 \pm 0,4$	$50,12 \pm 0,4$	$49,33 \pm 0,4$

Из таблицы 2 следует, что максимальный интегральный показатель агрессии (ИПА) был установлен у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР, а минимальный – у военнослужащих с аффективным вариантом АР. Среднегрупповое значение ИПА, установленное у пациентов с поведенческим вариантом АР характеризуется как ненормативно повышенное (нормативный ИПА составляет $50,00 \pm 1,8$ стандартных Т-баллов). Диагностированный ИПА в группе бывших военнослужащих без признаков АР отличается от значений ИПА, полученных в группах больных с АР, в сторону большей нормативности.

Полученные данные позволяют сделать следующие обобщения: Установлено, что в структуре личности уволенных из ВС военнослужащих с АР преобладают деструктивно-дефицитарные выражения функции агрессии. Бывшие военнослужащие с признаками АР (в независимости от клинического варианта) обнаруживают достоверно более низкий уровень конструктивной агрессии по сравнению с бывшими военнослужащими без таковых признаков.

Сравнение показателей по всем трем шкалам агрессии «Я-структурного теста G. Ammon» (ISTA) говорят о том, что в структуре личности уволенных из ВС военнослужащих, без признаков расстройства адаптации, преобладают конструктивные выражения функции агрессии; в структуре личности уволенных из ВС военнослужащих с поведенческим вариантом AP преобладают деструктивные выражения функции агрессии, а в структуре личности уволенных из ВС военнослужащих с аффективным вариантом AP преобладают дефицитарные выражения функции агрессии.

Заключення

При изучении особенностей выражения функции агрессии у пациентов с адаптационными расстройствами в контингенте бывших военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил выявлен ряд характерных особенностей, которые необходимо учитывать при дифференциальной диагностике и разработке стратегии лечения. Установлено, что повышенные значения показателя деструктивной агрессии в Я-структурном тесте Аммона (ISTA) и их преобладание над значениями показателей дефицитарной и конструктивной агрессии отличают пациентов с поведенческим вариантом адаптационного расстройства от пациентов с признаками аффективного варианта адаптационного расстройства.

Список літератури

1. Волошин П. В. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування. Методичні рекомендації / П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова [та ін.] // – Харків, ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України”, - 2009. – 32 с.
2. Вахренева О. А. Особенности структуры личности больных с неврастенией и невротоподобными резидуально-органическими расстройствами / О. А. Вахренева, Е. А. Колотильщикова // Вестник психотерапии: научно-практический журнал. – 2014. – № 50. – С. 30-46.
3. Купер Дж. Э. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими критериями) / Дж. Э. Купер // – К.: Сфера, - 2000. – 416 с.
4. Тупицын Ю. Я. Я-структурный тест Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей / Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров, Т.В. Алхазова [и др.]. // – СПб., - 1998. – 70 с.
5. Я-структурный тест Аммона. Материал Psylab.info – энциклопедии психодиагностики <http://psylab.info>.
6. Ammon G. Psychoanalyse und Psychosomatik / G. Ammon // – Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz., 1998. – S. 368.

Реферати

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ АГРЕСИВНОСТІ У КОЛИШНІХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ АДАПТАЦІЙНОГО РОЗЛАДУ ЗА ДОПОМОГОЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТА АММОНА

Сукачова О. М.

У роботі представлена диференціальна клініко-психологічна діагностика різних варіантів адаптаційного розладу (F 43.2. За МКХ-10). Недостатність знань про своєрідність агресивності у військовослужбовців, що опинилися за межами звичного життєвого устрою та професійної діяльності, які переживають звільнення з лав Збройних Сил як психотравмуючу подію і виявляють ознаки AP, знижує якість надання медико-психологічної допомоги і робить реабілітацію пацієнтів зазначеного контингенту неповною. При вивченні вираження функції агресії у пацієнтів з адаптаційними розладами в контингенті колишніх військовослужбовців, звільнених з лав Збройних Сил, виявлено ряд характерних особливостей, які необхідно враховувати при диференціальній діагностиці та розробці стратегії лікування. Показані межваріантні особливості конструктивної, деструктивної і дефіцитарної агресії, виявлені за допомогою таких психодіагностичних інструментів, як Я-структурний тест G. Ammon (ISTA).

Ключові слова: клінічна психологія, адаптаційні розлади, колишні військовослужбовці, агресивність, Я-структурний тест G. Ammon (ISTA).

Стаття надійшла 30.01.2015 р.

MAIN FINDINGS OF THE STUDY OF AGGRESSIVENESS IN FORMER MILITARY PERSONNEL WITH DIFFERENT TYPES OF ADAPTATION DISORDERS USING ISTA

Sukachova O. N.

The paper presents a differential clinical and psychological diagnosis of various adaptation disorder (F 43.2. – ICD-10). Lack of knowledge about the uniqueness of aggressiveness among representatives of the military class, living outside the usual way of life and professional activities, experiencing discharge from the military forces as a traumatic event and displaying signs of adaptation disorder, reduces the quality of medical and psychological care and makes the rehabilitation of these patients incomplete. The study of the aggression's expression of the patients with adaptation disorders among the former military personnel discharged from the military forces shows a number of characteristics that must be considered in the differential diagnosis and the development of treatment strategies. Inter-variational features of constructive, destructive and deficiency aggressiveness revealed using such psychological diagnostic tools as ISTA.

Key words: clinical psychology, adaptation disorders, former military personnel, aggressiveness, ISTA.

Рецензент Скрипніков А.М.