Rationale, content, efficacy of psycho-correction of post-traumatic syndrome in combatants with partial vision loss due to combat trauma

R. Abdryahymov
ORCID 0000-0002-8574-4310

The Kiev clinical hospital № 2 on a railway transportation

Article info

Received 18.11.2018

Accepted 05.06.2019

The Kiev clinical hospital № 2 on a railway transportation, Povitroflotskyi avenue, 9, Kyiv, 03049; rostislav.abdrahimov@gmail.com

Адбріяхімов, Р.А. (2019). Обґрунтування, зміст, ефективність психокорекції посттравматичного синдрому у комбатантів з частковою втратою зору внаслідок бойової травми. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 33 (3), 34-41.

Abdryahymov, R. (2019). Rationale, content, efficacy of psycho-correction of post-traumatic syndrome in combatants with partial vision loss due to combat trauma. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 33 (3), 34-41.

With informed consent, 100 combatants were surveyed. Of these, 54 participants with eye injury and partial loss of vision due to participation in hostilities with clinical manifestations of post-traumatic syndrome; comparison group - 46 combatants with clinical manifestations of post-traumatic syndrome. All respondents were screened for a mental condition using the clinical diagnostic scale CAPS (Clinical-administered PTSD Scale), a neurotic and psychopathic level determination questionnaire (HNP), Diagnostics of Hayma's Coping Strategies, Psychological Protection of Plutchik-Kellermann-Conte, WHO WHOQOL-100 quality of life questionnaire, Rosenzweig's test of frustration reactions (adult version) modified by P.V. Tarabry.

Upon completion of the survey, psychocorrectional measures were conducted with participants of the main group for 60 days. Methods of psychoeducation, cognitive-behavioral, personality-oriented, rational, suggestive psychotherapy, psychological self-regulation were used. The results of psychocorrection were assessed according to the dynamics of the significance of clinical manifestations and these methods.

The application of a system of psychocorrectional measures to participants with an eye injury and partial loss of vision with clinical manifestations of post-traumatic syndrome allows to achieve neutralization or significant improvement in their mental state. This is confirmed by changes in the indicator indicators of the relevance of manifestations of somatic injury with clinical symptoms of post-traumatic syndrome, coping strategies and the structure of psychological protection, frustration response and level of assessment of quality of life. The changes achieved in the process of psychocorrection were significantly significant compared with the participants who are characterized by manifestations of post-traumatic syndrome without an eye injury. Changes achieved using psychocorrection did not reach for some indicators of the normative levels. This indicates the presence of manifestations associated with the consequences of somatic trauma and for their correction, the restructuring of life experience in the face of changes in personal capabilities is necessary.

Keywords. psychocorrection; disadaptation; post-traumatic syndrome; stress; eye injury; quality of life.

Обґрунтування, зміст, ефективність психокорекції посттравматичного синдрому у комбатантів з частковою втратою зору внаслідок бойової травми

Р.А. Адбрыхімов

Київська клінічна лікарня № 2 на залізничному транспорті

За умови інформованої згоди було обстежено 100 учасників бойових дій. З них 54 учасника з травмою очей та частковою втратою зору внаслідок участі у бойових діях з клінічними проявами посттравматичного синдрому; група порівняння – 46 учасники бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому. Усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale), опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП), методик «Діагностика копінг-стратегій Хайма», «Психологічний захист» Плутчика – Келлермана – Конте, опитувальник якості життя ВООЗ «WHOQOL - 100», тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (дорослий варіант) у модифікації П.В. Тарабріної.

По завершенні обстеження протягом 60 днів з учасниками основної групи проводились психокорекційні заходи. Застосовувались методики психоосвіти, когнітивно-поведінкової, раціональної, особистісно-орієнтованої, сугестивної психотерапії, психічної саморегуляції. Результати психокорекції оцінювались за динамікою значимості клінічних проявів та даних методик.

Застосування системи психокорекційних заходів до учасників з травмою очей та частковою втратою зору з клінічними проявами посттравматичного синдрому дозволяє досягти нейтралізації або значного покращення їх психічного стану. Це підтверджують зміни індикаторних показників актуальності проявів соматичної травми з клінічними симптомами посттравматичного синдрому, копінг-стратегій та структури психологічного захисту, фрустраційного реагування та рівня оцінки якості життя. Досягнуті в процесі психокорекції зміни були достовірно значимими в порівнянні з учасниками, яким притаманні прояви посттравматичного синдрому без травми очей. Зміни, досягнуті застосуванням психокорекції не досягали за деякими показниками нормативних рівнів. Це свідчить про наявність проявів, які пов'язані з наслідками соматичної травми і для їх корекції необхідна перебудова життєвого досвіду в умовах зміни особистісних можливостей.

Ключові слова: психокорекція; дезадаптація; посттравматичний синдром; стрес; травма очей; якість життя.

Вступ

Травми органа зору за частотою займають друге місце в структурі сучасної бойової травми. За наслідками поранень очей, отриманих у в'єтнамській війні, 50% постраждалих згодом втрачали зір на поранене око [1]. За даними клініки офтальмології Національного військово-медичного клінічного центру станом на 2017 рік у структурі офтальмологічних ушкоджень 52% – осколкові та інші механічні пошкодження, що не супроводжувалися масивною черепно-мозковою травмою внаслідок мінно-вибухового враження [2]. Сама по собі травма органів зору з частковою втратою зору тягне по собі досить значні наслідки в житті травмованого, які не проходять без порушень звичного життєвого стереотипу. Це потребує від постраждалих уживання у нові соціальні ролі та життя із обмеженнями, що супроводжується глибокими емоційними і соціальними наслідками, включаючи способи та стратегії поведінки [3; 4].

В ситуації часткової втрати зору внаслідок поранення в бою, має місце вплив на психічну сферу кількох потужних стресогенних чинників, що впливають на формування психологічних відхилень. Це явища посттравматичного синдрому, як реакції на

безпосередню участь у бойових діях. Останнє є потужним стресовим фактором, з яким пов'язано формування психологічних зрушень. Нарешті, сама по собі травма очей з частковою втратою зору, так і її наслідки є важкими чинниками, що руйнують усі звичні способи життя постраждалого. Взаємодія цих чинників, формують комплекс впливів на формування стратегій при соматичній травмі.

Враховуючи зазначене, на нашу думку, існує потреба в розробці системи психокорекційних заходів по проведенню медико-психологічного супроводу учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичної генези в сполученні з клінічними проявами посттравматичного синдрому.

Мета дослідження

Метою даної роботи була розробка системи психокорекційних заходів по проведенню медико-психологічного супроводу учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору в сполученні з клінічними проявами посттравматичного синдрому.

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2014–2018 рр. було обстежено 100 учасників бойових дій, з них 54 – з травмою очей та частковою втратою зору на тлі клінічних проявів посттравматичного синдрому (основна група, ОГ), а 46 – з клінічними проявами посттравматичного синдрому, які склали групу порівняння (ГП). Вік обстежених складав 20–53 рр. Дослідження психічного стану проводилось на 6–7 місяці після оперативного втручання в осіб з травматичним ураженням очей і після завершення участі у бойових діях та демобілізації у комбатантів. В дослідженні не приймали участі кандидати з наявністю клінічно креслених та встановлених офіційно (в лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які передували або супроводжували травму очей. Також не приймали участі особи, які мали офіційно встановлені психічні захворювання, включаючи алкоголізм, нарко- та токсикоманії.

Усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale) [5], опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [6] та проведено консультацію психіатра.

Крім клініко-діагностичного дослідження, учасники проходили психодіагностичне обстеження. По його завершенні протягом 60 днів з учасниками ОГ проводились психокорекційні заходи. Застосовувались методики психоосвіти, когнітивно-поведінкової, раціональної, особистісно-орієнтованої, сугестивної психотерапії, психічної саморегуляції. Результати психокорекції оцінювались за динамікою значимості клінічних проявів та даних методик: «Діагностика копінг-стратегій Хайма» [7], «Психологічний захист» Плутчика – Келлермана – Конте [8], опитувальник якості життя ВООЗ «WHOQOL - 100» [9], тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (дорослий варіант) у модифікації П.В. Тарабріної [10]. Результати оброблялись методами статистичного аналізу.

Результати дослідження

Формування явищ посттравматичного синдрому проходить під впливом зміни зовнішніх обставин, що потребують від особистості вироблення нових поведінкових стратегій при наявності цієї реакції на стресовий вплив. При поверненні її в звичні рамки життя (в нашому випадку – в мирне життя) на тлі існування явищ посттравматичного синдрому та відпрацювання нової поведінки, спостерігається конфлікт, між старими та новими стратегіями в схожих ситуаційних умовах. Структурами, які спонукають до розвитку явищ посттравматичного синдрому були набуті під час перебування на військовій службі та участі в бойових діях, нові поведінкові стратегії (патерни). Навчання та засвоєння нових поведінкових стратегій проходило в умовах психологічного і соматичного стресу, наявності реальної вітальної

загрози. Цей процес відповідав новим умовам життєдіяльності особистості, а ці стратегії були досить актуальні та супроводжувались високим рівнем емоційно-афективних проявів. Вони були підтверджені успішним їх застосуванням в умовах бойових дій та дозволили особистості вижити та функціонувати в цих умовах. Можна сказати, що в результаті участі в бойових діях особистість набула, актуального для неї, досвіду та одержала додаткові інструменти для успішної життєдіяльності.

Але застосування в мирному житті поведінкових патернів, набутих і ефективних в умовах бойових дій, призводить до виникнення конфліктних ситуацій в суспільному та особистому житті, професійній діяльності. Це пов'язано з новою поведінкою та системою цінностей і пріоритетів у життєдіяльності учасників бойових дій в умовах мирного життя. Формуються стресорні відносини в різних сферах життя особистості, які носять характер фрустрації та призводять до погіршення проявів посттравматичного синдрому. Інший фактор, по сукупності своїх ознак, представляє основу для розвитку проявів посттравматичного синдрому і власне психологічну дисфункцію, як реакцію на перманентний стресорний вплив з ознаками вітальної загрози при участі в бойових діях. Виникнення бойової травми у вигляді ушкодження очей з подальшою частковою втратою зору, є могутнім стресовим впливом та призводить до розвитку додаткової стресової реакції. Вона потребує від особистості додаткової зміни поведінкових стратегій, спрямованих на адаптацію до нових умов життєдіяльності - часткової втрати зору. Різниця між встановленими факторами розвитку проявів посттравматичного синдрому зводиться до різниці в рівнях, спектру, значимості та характеру проявів.

Більш детальне додаткове дослідження показало, що нові поведінкові патерни розцінюються учасниками бойових дій як позитивні зміни та можуть виступати як додаткові інструменти для адаптації особистості. На відміну від оточуючих людей, які оцінювали їх як негативні. Такий дисонанс в оцінках особливо виразний в виявлених локусах фрустрації особистості учасника. При цьому, особистісну зацікавленість та залежність учасника можна віднести більше до особистісного життя, ніж до суспільної діяльності. Набуті патерни поведінки широко та інтенсивно використовувались для вирішення проблем особистісного характеру. Виходячи із виявленої структури механізмів формування проявів посттравматичного синдрому, були сформовані наступні задачі для проведення психокорекції.

1. Адаптація особистості до наслідків травми очей та часткової втрати зору

- а) корекція проявів посттравматичного синдрому;
- б) корекція значимості фрустраційних чинників;
- в) корекція життєвих цінностей та пріоритетів;
- г) відпрацювання компенсаторних поведінкових патернів;
- д) підвищення оцінки якості життя.

2. Адаптація використання особистістю, засвоєних в умовах бойових дій, нових поведінкових патернів в

умовах мирного життя та наявності проявів посттравматичного синдрому.

3. Корекція поведінкових стратегій вирішення фрустраційних обставин.

4. Відпрацювання продуктивних способів психологічного захисту в стресових станах та наявності проявів посттравматичного синдрому.

5. Ресоціалізація особистості до мирного життя в умовах часткової втрати зору та явищах посттравматичного синдрому.

6. Нейтралізація наслідків реагування особистості на перенесений стрес та дистрес у вигляді проявів посттравматичного синдрому після участі в бойових діях та одержання бойової травми.

Мішенями для проведення психокорекційних заходів, відповідно поставлених задач, були вибрані наступні ланки патогенетичних механізмів проявів посттравматичного синдрому, психологічної дезадаптації та реагування особистості на соматичну травму - ушкодження очей з частковою втратою зору:

1. Нові поведінкові стратегії в умовах проявів посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору.

2. Фрустраційне реагування та значимість фрустраційних чинників при проявах посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору – значимість, актуальність, доцільність та соціальна адаптованість.

3. Способи психологічного захисту при наявності проявів посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору.

4. Відпрацювання умов та ситуацій, в яких особистість може використовувати нові поведінкові патерни при психологічній дезадаптації з явищами посттравматичного синдрому – рамки та умови.

5. Поведінкові стратегії подолання фруструючих обставин при психологічній дезадаптації з явищами посттравматичного синдрому – значимість, актуальність, доцільність та соціальна адаптованість.

6. Інтеграція та адаптація нових поведінкових стратегій в структуру особистості – внутрішньо особистісні конфлікти, можливість вибору, соціальна конфліктність.

7. Емоційна дисоціація та відреагування - обставини та зміст стресового впливу.

8. Дезактуалізація психопатологічних проявів у вигляді явищ посттравматичного синдрому.

9. Нормалізація емоційних та вегетативних проявів посттравматичного синдрому.

Після проведення психокорекції в учасників ОГ (ОГ-ПК) спостерігалось зниження актуальності клінічних проявів. Ці зміни були значущі з усіх категорій симптоматики і в порівнянні з періодом до корекції (табл. 1). Після проведеної психокорекції зазначали змін копінг-стратегії учасників з проявами посттравматичного синдрому та ушкодженням очей з частковою втратою зору. Серед когнітивних копінг-стратегій спостерігалось досить значне збільшення продуктивних варіантів в порівнянні з періодом до проведення корекції (табл. 2).

Таблиця 1
Динаміка значимості клінічної симптоматики до та після психокорекції

Тип проявів	Групи	
	ОГ	ОГ-ПК
Емоційні	33,06 ±0,38 p***	9,36 ±0,31
Когнітивні	18,46 ±0,42 p***	8,94 ±0,33
Поведінкові	15,38 ±0,37 p***	7,86 ±0,30
Мнестичні	18,02 ±0,39 p***	10,74 ±0,33
Диссомнічні	16,35 ±0,38 p***	12,05 ±0,30
Аддиктивні	9,63 ±0,37 p***	4,73 ±0,33
Девіантні	6,13 ±0,29 p***	3,17 ±0,31
Соматичні (вегетативні)	32,64 ±0,39 p***	13,64 ±0,34

Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ОГ. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Таблиця 2
Результати діагностики копінг-стратегій за методикою Хайма до та після психокорекції

Стратегія		ОГ	ОГ-ПК
А. Когнітивні копінг-стратегії			
Ігнорування	Н	0	0
Покора	Н	23,17 ±4,31	0
Диссимуляція	Н	0	0
Самоконтроль	П	17,46 ±4,29	26,51 ±3,98
Аналіз проблем	П	8,12 ±4,63	28,37 ±4,06
Відносність	В	0	12,98 ±3,87
Релігійність	В	0	0
Розгубленість	Н	22,53 ±4,05	0
Надання сенсу	В	0	0
Установка самооцінки	П	30,46 ±4,73	33,18 ±3,79
Б. Емоційні копінг-стратегії			
Протест	П	23,31 ±5,01	24,06 ±3,81
Емоційний розряд	В	18,24 ±4,06	21,03 ±3,92
Придушення емоцій	Н	16,31 ±3,52	13,17 ±3,69
Оптимізм	П	0	26,38 ±4,12
Пасивна кооперація	В	8,53 ±4,23	16,74 ±3,73
Покірність	Н	18,70 ±5,23	0
Самообвинувачення	Н	17,04 ±2,68	0
Агресивність	Н	0	0
В. Поведінкові копінг-стратегії			
Відволікання	В	8,37 ±4,03	0
Альтруїзм	П	0	26,35 ±4,11
Активне уникнення	Н	23,18 ±4,53	0
Компенсація	В	31,56 ±5,02	7,03 ±3,02
Конструктивна активність	В	0	18,52 ±3,52
Відступ	Н	28,20 ±3,36	0
Співробітництво	П	0	30,27 ±4,13
Пошук допомоги	П	10,25 ±4,03	19,36 ±3,61

Значно збільшилась частка продуктивних емоційних копінг-стратегій. Вони займали половину встановленої кількості. Іншу частину представляли відносно продуктивні варіанти. Зміни були досить виразними в

порівнянні з учасниками ОГ до корекції. Подібна картина спостерігалась з боку поведінкових копінг-стратегій. Психокорекція призводила до значного збільшення продуктивних варіантів стратегій та відносно продуктивних. Слід зазначити, що після корекційних заходів у учасників за всіма категоріями не виявлялись непродуктивні варіанти копінг-стратегій.

Таким чином, проведення психокорекційних заходів у учасників при проявах посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору призводило до значного зниження актуальності скарг та покращення копінг-стратегій. Серед останніх за всіма категоріями переважали продуктивні та відносно продуктивні варіанти.

Психокорекція впливала і на арсенал способів психологічного захисту. Так після проведення корекційних заходів у учасників з проявами посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору спостерігалось достовірне зменшення частоти «витіснення», «регресії» та «заміщення» в порівнянні зі станом до втручання (табл. 3). Разом з тим, спостерігалось зростання частоти за шкалою «інтелектуалізації» в порівнянні з ОГ. Показники інших способів захисту демонстрували тенденції до змін.

Таблиця 3.

Результати тесту «Психологічний захист Плутчика – Келлермана – Конте» до та після психокорекції

Шкали	ОГ	ОГ-ПК	норма
Заперечення	35,28 ±3,42	30,43 ±3,21	37,50
Витіснення	58,69 ±4,42 p*	46,61 ±3,78	33,33
Регресія	55,48 ±4,45 p***	26,37 ±3,37	33,57
Компенсація	45,68 ±4,58	38,46 ±3,69	31,00
Проекція	66,34 ±4,43	62,37 ±3,25	63,07
Заміщення	49,65 ±4,34 p**	33,51 ±3,61	29,23
Інтелектуалізація	28,58 ±3,47 p***	42,05 ±3,94	49,17
Реактивне утворення	28,34 ±5,08	23,18 ±3,18	31,00

Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ОГ. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Після проведення психокорекції зазнавали змін використовувані особистістю напрямки та типи фрустраційного реагування (табл. 4). Спостерігалось зменшення частоти екстрапунітивно напрямку реакцій та збільшення інтропунітивного й імпульсивного реагування в порівнянні зі станом до корекції. Різниця носила достовірні значення. Спостерігалась зміна типу реагування після психокорекції в учасників з проявами посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору. Достовірно зростали (O-D) і (N-P) типи, на фоні зниження частоти (E-D). Таким чином, показники характеристики фрустраційного реагування учасників з проявами посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору після проведення психокорекції наближались до нормативних рівнів.

Таблиця 4.

Характеристика фрустраційних реакцій Розенцвейга у модифікації П.В. Тарабріної до та після психокорекції

Групи дослідження	Категорії						
	Напрямок реакції			Тип реакції			GCR
	E	I	M	O-D	E-D	N-P	
ОГ	86,28 ±2,14 р***	6,25 ±1,73 р***	7,23 ±1,42 р***	25,38 ±2,27 р**	54,31 ±2,40 р***	20,16 ±2,01 р***	31,53 ±2,06 р***
ОГ-ПК	51,17 ±2,07	32,41 ±1,79	17,49 ±1,83	33,61 ±2,04	28,11 ±2,17	39,04 ±1,96	50,37 ±1,83
Нормативні показники	49,00	26,00	24,50	33,00	37,00	28,50	0

Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ОГ. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Після проведених психокорекційних заходів змінювались показники якості життя у учасників з проявами посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору (табл. 5). Майже за всіма сферами та субсферами рівні оцінки якості життя після корекції були достовірно вищі, ніж до проведення втручання.

Таблиця 5.

Оцінка якості життя за результатами опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я до та після психокорекції

Шкали	ОГ	ОГ-ПК
G-загальна якість життя й стан здоров'я	10,35 ±0,31 p***	15,83 ±0,27
F1-фізичний біль і дискомфорт	10,23 ±0,28 p***	12,37 ±0,25
F2-життєва активність, енергія, втома	11,08 ±0,21 p***	14,85 ±0,20
F3-сон і відпочинок	9,83 ±0,31 p***	15,32 ±0,22
F4-позитивні емоції	9,36 ±0,28 p***	13,86 ±0,20
F5-пізнавальні функції	13,04 ±0,20 p**	14,37 ±0,25
F6-самооцінка	10,78 ±0,18 p***	15,26 ±0,23
F7-образ тіла й зовнішність	11,36 ±0,23 p***	15,60 ±0,23
F8-негативні емоції	9,07 ±0,24 p***	15,22 ±0,26
F9-рухливість	11,26 ±0,27 p***	14,05 ±0,28
F10-виконання повсякденних справ	10,79 ±0,22 p***	14,69 ±0,30
F11-залежність від ліків і лікування	9,17 ±0,27 p***	18,06 ±0,24
F12-працездатність	10,06 ±0,25 p***	12,01 ±0,22
F13-особисті відносини	12,74 ±0,31 p***	15,37 ±0,26
F14-практична соціальна підтримка	10,04 ±0,26 p***	12,93 ±0,23
F15-сексуальна активність	13,41 ±0,28	14,05 ±0,20
F16-фізична безпека	10,07 ±0,23 p***	15,07 ±0,21
F17-навколишнє середовище будинку	12,86 ±0,28 p**	14,17 ±0,26
F18-фінансові ресурси	9,05 ±0,24	9,84 ±0,25
F19-медична й соціальна допомога	10,08 ±0,22 p***	14,17 ±0,23
F20-набуття нової інформації	14,03 ±0,27	14,79 ±0,25
F21-можливості використання відпочинку	11,68 ±0,30	12,58 ±0,27
F22-навколишнє середовище	12,17 ±0,25 p**	14,08 ±0,23
F23-транспорт	11,31 ±0,22 p**	14,53 ±0,24
F24-духовність, особисті переконання	14,97 ±0,26	15,62 ±0,23

Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ОГ. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Таблиця 6.

Тип проявів	Групи	
	ОГ-ПК	ГП
Емоційні	9,36 ±0,31 p***	35,13 ±0,47
Когнітивні	8,94 ±0,33 p***	12,53 ±0,37
Поведінкові	7,86 ±0,30 p***	11,06 ±0,38
Мнестичні	10,74 ±0,33 p***	18,75 ±0,37
Диссомнічні	12,05 ±0,30 p***	18,62 ±0,33
Аддиктивні	4,73 ±0,33 p***	7,73 ±0,41
Девіантні	3,17 ±0,31 p***	5,02 ±0,35
Соматичні (вегетативні)	13,64 ±0,34 p***	30,68 ±0,34

Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ГП. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Таблиця 7.

Результати діагностики копінг-стратегій Хайма			
Стратегія		ОГ-ПК	ГП
А. Когнітивні копінг-стратегії			
Ігнорування	Н	0	16,45 ±4,36
Покора	Н	0	12,27 ±5,31
Диссимуляція	Н	0	18,07 ±4,03
Самоконтроль	П	26,51 ±3,98	10,37 ±3,35
Аналіз проблем	П	28,37 ±4,06	14,04 ±4,06
Відносність	В	12,98 ±3,87	0
Релігійність	В	0	0
Розгубленість	Н	0	0
Надання сенсу	В	0	09,47 ±3,89
Установка самооцінки	П	33,18 ±3,79	21,60 ±4,83
Б. Емоційні копінг-стратегії			
Протест	П	24,06 ±3,81	8,30 ±4,34
Емоційний розряд	В	21,03 ±3,92	26,54 ±4,03
Придушення емоцій	Н	13,17 ±3,69	17,70 ±4,53
Оптимізм	П	26,38 ±4,12	0
Пасивна кооперація	В	16,74 ±3,73	0
Покірність	Н	0	12,08 ±4,35
Самообвинувачення	Н	0	17,16 ±5,04
Агресивність	Н	0	20,18 ±4,07
В. Поведінкові копінг-стратегії			
Відволікання	В	0	25,35 ±3,27
Альтруїзм	П	26,35 ±4,11	0
Активне уникнення	Н	0	14,12 ±4,35
Компенсація	В	7,03 ±3,02	26,03 ±4,18
Конструктивна активність	В	18,52 ±3,52	0
Відступ	Н	0	28,14 ±4,07
Співробітництво	П	30,27 ±4,13	0
Пошук допомоги	П	19,36 ±3,61	7,09 ±4,38

Звичайно, мав сенс порівняти результати та ефективність психокорекції зі станом учасників з проявами посттравматичного синдрому без ушкодження очей. Після проведення психокорекції в учасників ОГ-ПК спостерігалось зниження актуальності клінічних проявів в порівнянні з учасниками ГП (табл.

6). Після проведеної психокорекції зазнавали змін копінг-стратегії. Серед когнітивних копінг-стратегій спостерігалось досить значне збільшення продуктивних варіантів в порівнянні з учасниками ГП (табл. 7).

Після психокорекції збільшилась частка продуктивних емоційних копінг-стратегій в порівнянні з учасниками ГП. Подібна картина спостерігалась з боку поведінкових копінг-стратегій. Психокорекція призводила до значного збільшення продуктивних варіантів стратегій та відносно продуктивних. Слід зазначити, що після корекційних заходів у учасників не виявлялись непродуктивні варіанти.

Таким чином, проведення психокорекційних заходів у учасників при проявах посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору призводить до значного зниження актуальності скарг та покращення копінг-стратегій при співставленні з ГП. Серед стратегій за всіма категоріями переважали продуктивні та відносно продуктивні варіанти.

Психокорекція впливала і на арсенал способів психологічного захисту. Так після проведення корекційних заходів у учасників з проявами посттравматичного синдрому та ушкодження очей з частковою втратою зору спостерігалось достовірне зменшення частоти «заперечення», «регресії» та «заміщення» в порівнянні з ГП (табл. 8). Разом з тим, спостерігалось зростання частоти за шкалами «проекції» та «інтелектуалізації». Показники інших способів захисту демонстрували тенденції до змін.

Таблиця 8.

Результати тесту «Психологічний захист Плутчика – Келлермана – Конте»

Шкали	ОГ-ПК	ГП	норма
Заперечення	30,43 ±3,21 p**	43,85 ±4,47	37,50
Витіснення	46,61 ±3,78	48,69 ±4,41	33,33
Регресія	26,37 ±3,37 p***	40,23 ±4,16	33,57
Компенсація	38,46 ±3,69	45,26 ±4,27	31,00
Проекція	62,37 ±3,25 p*	50,31 ±4,37	63,07
Заміщення	33,51 ±3,61 p**	45,92 ±4,41	29,23
Інтелектуалізація	42,05 ±3,94 p*	29,78 ±4,43	49,17
Реактивне утворення	23,18 ±3,18	31,68 ±4,23	31,00

Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ГП. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Після проведення психокорекції зазнавали змін використовувані особистістю напрямки та типи фрустраційного реагування (табл. 9). Порівняно з учасниками ГП зміни з боку напрямків реакцій носили таку ж спрямованість та були достовірно значимими зменшення частоти екстрапунітивно напрямку реакцій та збільшення інтропунітивного й імпульсивного. Паралельно достовірно збільшувалась частота (О-Д) типу реакцій та зменшувалась (N-P) типу при відсутності достовірної різниці з боку (E-D) реагування.

Таким чином, показники характеристики фрустраційного реагування учасників з проявами посттравматичного синдрому та ушкодженням очей з частковою втратою зору після проведення психокорекції наближались до нормативних рівнів.

Таблиця 9.
Характеристика фрустраційних реакцій Розенцвейга у
модифікації П.В. Тарабріної

Групи дослідження	Категорії						
	Напрямок реакції			Тип реакції			GCR
	E	I	M	O-D	E-D	N-P	
ОГ-ПК	51,17 ±2,07 p***	32,41 ±1,79 p***	17,49 ±1,83 p***	33,61 ±2,04 p***	28,11 ±2,17	39,04 ±1,96 p**	50,37 ±1,83 p**
ГП	72,48 ±2,39	18,25 ±1,72	9,08 ±2,01	16,51 ±1,89	33,61 ±2,05	48,73 ±2,33	40,34 ±2,13
Нормативні показники	49,00	26,00	24,50	33,00	37,00	28,50	0

Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ГП. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Таблиця 10.
Оцінка якості життя за результатами опитувальника якості
життя Всесвітньої організації охорони здоров'я

Шкали	ОГ-ПК	ГП
G-загальна якість життя й стан здоров'я	15,83 ±0,27 p***	12,18 ±0,28
F1-фізичний біль і дискомфорт	12,37 ±0,25	11,79 ±0,30
F2-життєва активність, енергія, втома	14,85 ±0,20 p***	12,63 ±0,23
F3-сон і відпочинок	15,32 ±0,22 p***	12,06 ±0,28
F4-позитивні емоції	13,86 ±0,20 p***	10,62 ±0,26
F5-пізнавальні функції	14,37 ±0,25	13,46 ±0,18
F6-самооцінка	15,26 ±0,23 p***	11,24 ±0,20
F7-образ тіла й зовнішність	15,60 ±0,23 p***	13,82 ±0,27
F8-негативні емоції	15,22 ±0,26 p***	10,31 ±0,26
F9-рухливість	14,05 ±0,28	13,43 ±0,28
F10-виконання повсякденних справ	14,69 ±0,30	14,08 ±0,20
F11-залежність від ліків і лікування	18,06 ±0,24 p***	14,51 ±0,25
F12-працездатність	12,01 ±0,22 p**	14,68 ±0,26
F13-особисті відносини	15,37 ±0,26 p**	14,03 ±0,28
F14-практична соціальна підтримка	12,93 ±0,23	13,42 ±0,24
F15-сексуальна активність	14,05 ±0,20	13,79 ±0,26
F16-фізична безпека	15,07 ±0,21 p***	11,20 ±0,25
F17-навколишнє середовище будинку	14,17 ±0,26	13,41 ±0,30
F18-фінансові ресурси	9,84 ±0,25	9,14 ±0,26
F19-медична й соціальна допомога	14,17 ±0,23 p**	12,03 ±0,24
F20-набуття нової інформації	14,79 ±0,25	14,56 ±0,26
F21-можливості використання відпочинку	12,58 ±0,27	12,17 ±0,31
F22-навколишнє середовище	14,08 ±0,23	13,25 ±0,23
F23-транспорт	14,53 ±0,24	13,45 ±0,23
F24-духовність, переконання	15,62 ±0,23	15,63 ±0,24

Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ГП. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Після проведених психокорекційних заходів рівні оцінки якості життя змінювались в порівнянні з учасниками ГП, але за меншою кількістю категорій шкал тесту (табл. 10). Майже за всіма сферами та субсферами рівні оцінки якості життя після корекції були достовірно вищі, ніж до проведення втручання.

Результати дослідження показали, що за більшістю

показників методик дослідження різниця була після проведення психокорекції значима в порівнянні з учасниками ГП.

Таким чином, після проведення психокорекційних заходів у учасників з травмою очей та частковою втратою зору в сполученні з проявами посттравматичного синдрому спостерігався ріст ступеня адаптації та нормалізація напрямків і типів фрустраційного реагування. Паралельно спостерігались покращення показників якості життя після корекційних заходів. Зміни були більш значимими в порівнянні з періодом до втручання, та менш значимими, ніж у учасників з проявами посттравматичного синдрому без травм очей.

Підводячи підсумки результатів психокорекції в учасників дослідження з травмою очей та частковою втратою зору в сполученні з проявами посттравматичного синдрому можна стверджувати, що корекційні заходи значно покращують показники психічного стану та адаптації. Результати покращення значимі в порівнянні як з періодом до втручання, так і з групою учасників з проявами посттравматичного синдрому без травми очей.

Висновки

1. Застосування системи психокорекційних заходів до учасників з травмою очей та частковою втратою зору в сполученні з проявами посттравматичного синдрому дозволяє досягти нейтралізації або значного покращення їх психічного стану. Це підтверджують зміни індикаторних показників актуальності проявів дезадаптації, копінг-стратегій та структури психологічного захисту, фрустраційного реагування та рівня оцінки якості життя.

2. Досягнуті в процесі психокорекції зміни були достовірно значимими в порівнянні з учасниками, яким притаманні прояви посттравматичного синдрому без травм очей.

3. Зміни, досягнуті застосуванням психокорекції не досягали за деякими показниками нормативних рівнів. Це свідчить про наявність проявів, які пов'язані з наслідками соматичної травми і для їх корекції необхідна перебудова життєвого досвіду в умовах зміни особистісних можливостей.

Перспективи дослідження

Подальші дослідження доцільно спрямувати на відпрацювання довготривалої підтримуючої адаптативної психокорекції до змін можливостей особистості.

Література / References

1. Zhupan, B. B. (2016). Improving the organization of specialized ophthalmic care in the course of medical support for the anti-terrorist operation // Problems of Military Health, 47, 11–15.
2. Zhupan, B. B. (2017). Specialized ophthalmic care for military personnel in a single medical space. Emergency Medicine, 3 (24). - <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4>

3. Abdryakhimova, C. B. (2013). Comparative analysis of the presence and severity of major clinical and psychopathological phenomena of non-psychotic psychiatric disorders in persons with vision loss of traumatic genesis according to subjective and objective evaluation. *Ukrainian Journal of Psychoneurology*, 21, 1 (74), 34 - 39.
4. Abdryakhimova, C. B. (2014). Substantiation of principles and approaches to the provision of comprehensive specialized assistance to persons with non-psychotic mental disorders due to partial loss of vision of traumatic genesis. *Ukrainian Journal of Psychoneurology*, 22, 3 (80), 158 - 163.
5. Tarabrina, N. W. (2001). Workshop on psychology of post-traumatic stress. (Psychology Workshop Series). St. Petersburg: Peter.
6. Agayev, NA, Kokun, OM, Pishko, IO, Lozinska, NS, Ostapchuk, VV, Tkachenko, VV (2016). Collection of Methods for the Diagnosis of Negative Mental States of Soldiers: A Toolkit. - K.: SIC GPU, 208-225.
7. Isaev, E. R. (2009). Coping behavior and psychological protection of the individual in terms of health and illness. St. Petersburg: St. Petersburg State University, 40-46.
8. Nabiullina, R.R., Tuhtarova, I.V. (2003). Mechanisms of psychological protection and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction). Kazan, 23-29
9. Raygorodsky, D.Ya. (2006). Practical psychodiagnosis. Methods and tests. Study Guide - Samara: Bahrach-M Publishing House.
10. Malkin-Pych, I. G. (2005). Psychological Assistance in Crises - M.: Exmo Publishing House.