

# аналіз стану соціально-психологічної адаптації, поведінкового репертуару і соціальної підтримки як базових параметрів психосоціального функціонування хворих з бойовою черепно-мозковою травмою в анамнезі залежно від її тяжкості та тривалості

Інна Черненко

Харківський національний університет імені В.М. Каразіна

Маріанна Маркова

Харківський національний університет імені В.М. Каразіна

УДК 616.89-07:616-036.82

**Актуальність.** Актуальною проблемою сьогодення є наслідки бойових травм та поранень, зокрема бойової черепно-мозкової травми (бЧМТ), які призводять до тривалого втрати працездатності та інвалідизації осіб молодого працездатного віку. Наслідки бойових уражень дуже небезпечні, впливають на психічний стан військовослужбовців та мирного населення країни, спричиняють виникнення постійного перебування в стані стресу, призводять до погіршення соціально-психологічної адаптації, проблем з ментальним здоров'ям.

**Мета.** Здійснення аналізу стану соціально-психологічної адаптації, поведінкового репертуару і соціальної підтримки як базових параметрів психосоціального функціонування хворих з бойовою черепно-мозковою травмою в анамнезі залежно від її тяжкості та тривалості, для визначення напрямів диференціації терапевтично-реабілітаційних підходів до цієї категорії пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Було вивчено особливості виразності психопатологічної симптоматики, включаючи депресивну, тривожну та посттравматичну, у 350 хворих з різною тяжкістю ЧМТ внаслідок дії вибухової хвилі, з урахуванням часу, який пройшов з моменту травми. Для цього у кожній групі важкості ЧМТ (легка (145 хворих), середньої тяжкості (125 осіб), тяжка (80 пацієнтів)), нами було виділено по три підгрупи. Таким чином, в дослідженні були сформовані наступні групи обстежених: хворі з легкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми до нашого обстеження від 6 до 12 місяців, чисельністю 35 пацієнтів; хворі з легкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 1 до 3 років, чисельністю 60 пацієнтів; хворі з легкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 4 до 7 років, чисельністю 50 пацієнтів; хворі з ЧМТ середньої тяжкості і тривалістю з моменту травми від 6 до 12 місяців, чисельністю 30 пацієнтів; хворі з ЧМТ середньої тяжкості і тривалістю з моменту травми від 1 до 3 років, чисельністю 45 пацієнтів; хворі з ЧМТ середньої тяжкості і тривалістю з моменту травми від 4 до 7 років; хворі з легкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 6 до 12 місяців, чисельністю 20 пацієнтів; хворі з легкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 1 до 3 років, чисельністю 30 пацієнтів; хворі з легкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 4 до 7 років. Дослідження особливостей психосоціального функціонування здійснювали за допомогою методики

дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонд, методики «Копінг-тест» Р. Лазаруса та Багатомірної шкали соціальної підтримки.

**Результати та обговорення.** Вивчення особливостей стану соціально-психологічної адаптації з урахуванням часу від моменту отримання бЧМТ дозволило встановити, що для стану соціально-психологічної адаптації було характерно зменшення показників, що характеризують адаптацію, і збільшення показників, що характеризують дезадаптивні тенденції, зі збільшенням тривалості захворювання. Дослідження особливостей копінг-репертуару у хворих з різною тяжкістю і однаковою тривалістю захворювання виявило значущі відмінності у виразності різних копінг-стратегій у різних групах. Аналіз особливостей соціальної підтримки хворих з ЧМТ різної тяжкості з урахуванням тривалості захворювання виявив загальну тенденцію до зниження рівня соціальної підтримки зі збільшенням тривалості захворювання.

**Висновки.** Виявлено чітку тенденцію до погіршення соціально-психологічної адаптації по мірі збільшення тривалості захворювання незалежно від тяжкості ЧМТ. У копінг-репертуарі хворих з ЧМТ внаслідок дії вибухової хвилі виявлено загальну закономірність до збільшення виразності неконструктивних стратегій і зменшення виразності конструктивних по мірі збільшення тривалості захворювання.

## Вступ

Актуальною проблемою сьогодення є наслідки бойових травм та поранень, зокрема бойової черепно-мозкової травми (бЧМТ), які призводять до тривалої втрати працездатності та інвалідизації осіб молодого працездатного віку. Наслідки бойових уражень небезпечні, впливають на психічний стан військовослужбовців та мирного населення країни, спричиняють виникнення постійного перебування в стані стресу, призводять до погіршення соціально-психологічної адаптації, проблем з ментальним здоров'ям: зміни стану психічного здоров'я через постійну тривогу, «очікування чогось поганого», страждання, гострі реакції на стрес, загострення психічних захворювань, зловживання алкоголем, наркотиками, розвиток депресій і тривожних станів [1].

Соціальна адаптація у загальному розумінні – це процес взаємодії індивіда (особистості) або соціальної групи із зовнішнім середовищем, в результаті якого відбувається освоєння нової соціальної (життєвої) ситуації [2]. Соціальна та професійна адаптація військовослужбовців до умов життя в цивільному середовищі являє собою суспільний процес їх активного пристосування до нових соціальних умов проживання в цивільному середовищі з ринковою системою взаємостосунків, який передбачає освоєння норм і правил цього середовища, оволодіння професією, спеціальністю, реалізацією своїх прав, у тому числі на працю, формування в собі нових правил поведінки і нового самоусвідомлення, що забезпечує безболісний, комфортний перехід до нових умов життя [3]. Необхідно розуміти, що соціальна адаптація є не лише станом людини, але й процесом, протягом якого соціальний організм набуває рівновагу і стійкість до впливу соціального середовища.

**Метою** даної роботи було здійснення аналізу стану соціально-психологічної адаптації, поведінкового репертуару і соціальної підтримки як базових параметрів психосоціального функціонування хворих з бойовою черепно-мозковою травмою в анамнезі залежно від її тяжкості та тривалості, для визначення напрямів диференціації терапевтично-реабілітаційних підходів до цієї категорії пацієнтів.

З дотриманням вимог біомедичної етики, викладених і затверджених в наступних документах: Міжнародний кодекс медичної етики (1983 рік), Декларація незалежності та професійної

свободи лікаря (1986), Декларація щодо евтаназії (1987), Гельсінська декларація (1964) та остання її версія 2008 року, Декларація щодо трансплантації людських органів (1987), Конвенція про права дитини (1989), Амстердамська конвенція щодо прав пацієнтів (1984), Конвенція Ради Європи «Про захист прав та гідності людини в аспекті біомедицини» (1997) [4], в дослідження були включені 350 хворих з різною тяжкістю ЧМТ внаслідок дії вибухової хвилі, з урахуванням часу, який пройшов з моменту травми. У кожній групі важкості ЧМТ (легка (145 хворих), середньої тяжкості (125 осіб), тяжка (80 пацієнтів)), нами було виділено по три підгрупи. Таким чином, в дослідженні були сформовані наступні групи обстежених: хворі з легкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми до нашого обстеження від 6 до 12 місяців, чисельністю 35 пацієнтів; хворі з легкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 1 до 3 років, чисельністю 60 пацієнтів; хворі з легкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 4 до 7 років, чисельністю 50 пацієнтів; хворі з ЧМТ середньої тяжкості і тривалістю з моменту травми від 6 до 12 місяців, чисельністю 30 пацієнтів; хворі з ЧМТ середньої тяжкості і тривалістю з моменту травми від 1 до 3 років, чисельністю 45 пацієнтів; хворі з ЧМТ середньої тяжкості і тривалістю з моменту травми від 4 до 7 років; хворі з тяжкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 6 до 12 місяців, чисельністю 20 пацієнтів; хворі з тяжкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 1 до 3 років, чисельністю 30 пацієнтів; хворі з тяжкою ЧМТ і тривалістю з моменту травми від 4 до 7 років.

Дослідження особливостей психосоціального функціонування здійснювали за допомогою методики дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонд [5], методики «Копінг-тест» Р. Лазаруса [6] та Багатомірної шкали соціальної підтримки Д. Зімета [7].

## Результати дослідження

Вивчення особливостей стану соціально-психологічної адаптації з урахуванням часу від моменту ЧМТ дозволило встановити наступне (**табл. 1**).

Показник	Час від моменту травми		
	4-7 років, n=50	1-3 роки, n=60	4-7 років, n=50
Легка ЧМТ, n=145			
Адаптація	49,51±11,22	40,45±9,51	30,37±10,05
Самоприйняття	40,88±11,46	35,87±6,77	25,43±11,56
Прийняття інших	51,60±20,43	42,02±12,37	35,27±15,47
Емоційний комфорт	47,53±10,65	39,07±11,33	31,54±8,54
Інтернальність	57,10±11,95	49,36±7,16	43,97±6,90
Прагнення до домінування	30,30±19,27	27,21±14,74	19,69±17,15
Показник	Час від моменту травми		
	6-12 міс., n=30	1-3 роки, n=45	4-7 років, n=50
ЧМТ середньої тяжкості, n=125			
Адаптація	46,55±9,20	37,65±6,33	22,33±4,69
Самоприйняття	40,10±14,20	34,55±8,60	18,44±7,31
Прийняття інших	52,08±18,09	41,77±9,01	30,04±4,97
Емоційний комфорт	41,87±9,98	35,35±6,52	25,42±6,44
Інтернальність	55,10±9,24	47,33±5,36	37,25±3,53
Прагнення до домінування	24,01±18,05	25,04±14,32	16,57±9,62
Показник	Час від моменту травми		
	6-12 міс., n=20	1-3 роки, n=30	4-7 років, n=30
Тяжка ЧМТ, n=80			
Адаптація	33,68±10,08	25,62±8,70	19,26±1,43
Самоприйняття	30,39±14,38	23,29±13,10	13,01±6,14
Прийняття інших	36,03±7,65	31,00±6,70	26,79±4,08



Емоційний комфорт	36,32±9,86	28,99±8,20	23,84±5,03
Інтернальність	45,43±10,48	39,83±8,84	36,50±3,03
Прагнення до домінування	23,32±13,84	16,65±15,87	16,41±7,30
Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) при міжгруповому порівнянні			
Легка ЧМТ, n=145			
Показник	6-12 міс vs 1-3 роки	6-12 міс vs 4-7 років	1-3 роки vs 4-7 років
Адаптація	0,000	0,000	0,000
Самоприйняття	0,022	0,000	0,000
Прийняття інших	0,025	0,000	0,000
Емоційний комфорт	0,000	0,000	0,000
Інтернальність	0,003	0,000	0,000
Прагнення до домінування	0,410	0,013	0,011
ЧМТ середньої тяжкості, n=125			
Показник	6-12 міс vs 1-3 роки	6-12 міс vs 4-7 років	1-3 роки vs 4-7 років
Адаптація	0,000	0,000	0,000
Самоприйняття	0,005	0,000	0,000
Прийняття інших	0,007	0,000	0,000
Емоційний комфорт	0,001	0,000	0,000
Інтернальність	0,000	0,000	0,000
Прагнення до домінування	0,858	0,050	0,007
Тяжка ЧМТ, n=80			
Показник	6-12 міс vs 1-3 роки	6-12 міс vs 4-7 років	1-3 роки vs 4-7 років
Адаптація	0,000	0,000	0,000
Самоприйняття	0,010	0,000	0,000
Прийняття інших	0,028	0,000	0,005
Емоційний комфорт	0,001	0,000	0,006
Інтернальність	0,008	0,000	0,104
Прагнення до домінування	0,088	0,054	0,244
6 - 12 місяців			
Показник	Легка vs середньої тяжкості	Легка vs тяжка	Середньої тяжкості vs тяжка
Адаптація	0,238	0,000	0,000
Самоприйняття	0,472	0,000	0,002
Прийняття інших	0,492	0,002	0,000
Емоційний комфорт	0,057	0,000	0,022
Інтернальність	0,995	0,000	0,000
Прагнення до домінування	0,239	0,166	0,968
1 - 3 роки			
Показник	Легка vs середньої тяжкості	Легка vs тяжка	Середньої тяжкості vs тяжка
Адаптація	0,224	0,000	0,000
Самоприйняття	0,072	0,000	0,000
Прийняття інших	0,636	0,000	0,000
Емоційний комфорт	0,179	0,000	0,000
Інтернальність	0,100	0,000	0,000
Прагнення до домінування	0,394	0,002	0,014
4 - 7 років			
Показник	Легка vs середньої тяжкості	Легка vs тяжка	Середньої тяжкості vs тяжка
Адаптація	0,000	0,000	0,002
Самоприйняття	0,001	0,000	0,001
Прийняття інших	0,482	0,004	0,003
Емоційний комфорт	0,000	0,000	0,381
Інтернальність	0,000	0,000	0,640
Прагнення до домінування	0,543	0,807	0,323

**Table 1.** Показники соціально-психологічної адаптації у хворих з різною тяжкістю і тривалістю ЧМТ внаслідок дії вибухової хвилі

Встановлено, що для стану соціально-психологічної адаптації було характерно зменшення показників, що характеризують адаптацію, і збільшення показників, що характеризують дезадаптивні тенденції, зі збільшенням тривалості захворювання.

Так, показники адаптації, самоприйняття, прийняття інших, інтернальності та прагнення до домінування були найвищими у обстежених з мінімальною тривалістю захворювання (6 -12 місяців), значуще меншими – у хворих з середньою тривалістю захворювання (1 - 3 роки), і найменшими – у хворих з максимальною тривалістю захворювання (4 - 7 років) в усіх групах за тяжкістю травми – з легкою ЧМТ, ЧМТ середньої тяжкості, і тяжкою ЧМТ. Показник прагнення до домінування також загалом зменшувався у хворих з більшою тривалістю захворювання, однак, статистично значущі розбіжності були виявлені лише при порівнянні хворих з тривалістю захворювання 6-12 місяців і 4-7 років, та 1-3 роки і 4 -7 років у групі хворих з легкою ЧМТ, та при порівнянні хворих з тривалістю захворювання 1-3 роки і 4-7 років у групі хворих з ЧМТ середньої тяжкості.

При порівнянні показників соціально-психологічної адаптації симптоматики у хворих з ЧМТ різної тяжкості та однаковою тривалістю захворювання найбільші розбіжності були виявлені у групі хворих з тривалістю захворювання 1-3 роки, і дещо менші – у двох інших групах.

Дослідження особливостей копінг-репертуару у хворих з різною тяжкістю і однаковою тривалістю захворювання виявило значущі відмінності у виразності різних копінг-стратегій у різних групах (**табл. 2**).

Показник	Час від моменту травми		
	6-12 міс., n=35	1-3 роки, n=60	4-7 років, n=50
Легка ЧМТ, n=145			
Конфронтаційний копінг	29,05±9,63	30,08±9,56	43,20±3,22
Дистанціювання	67,94±12,35	66,39±13,89	52,54±10,19
Самоконтроль	83,95±10,46	85,00±11,78	68,49±3,01
Пошук соціальної підтримки	80,32±6,23	80,46±8,65	69,10±4,36
Прийняття відповідальності	71,67±15,28	76,54±12,51	67,51±14,80
Втеча-уникання	23,93±9,70	25,89±6,65	29,82±3,78
Планування вирішення проблеми	71,58±14,10	69,63±15,86	49,45±5,98
Позитивна переоцінка	62,32±12,09	60,87±12,53	42,87±4,19
Показник	Час від моменту травми		
	6-12 міс., n=30	1-3 роки, n=45	4-7 років, n=50
ЧМТ середньої тяжкості, n=125			
Конфронтаційний копінг	35,92±5,20	39,25±7,25	47,88±11,72
Дистанціювання	57,60±11,16	56,54±12,89	49,66±10,69
Самоконтроль	77,31±5,82	73,65±8,29	67,24±6,72
Пошук соціальної підтримки	76,11±3,32	72,96±7,55	61,66±13,81
Прийняття відповідальності	73,88±16,19	65,55±19,52	61,50±19,26
Втеча-уникання	40,40±5,15	39,54±4,24	38,34±3,49
Планування вирішення проблеми	61,30±7,64	55,20±12,29	44,43±12,36
Позитивна переоцінка	54,13±6,54	48,99±9,98	40,66±9,77
Показник	Час від моменту травми		
	6-12 міс., n=20	1-3 роки, n=30	4-7 років, n=30
Тяжка ЧМТ, n=80			
Конфронтаційний копінг	39,43±5,36	44,96±2,25	52,04±10,06

Дистанціювання	50,55±7,44	48,50±5,27	45,19±12,71
Самоконтроль	71,43±5,77	66,38±2,49	64,44±4,10
Пошук соціальної підтримки	73,05±4,51	66,30±4,60	58,50±11,56
Прийняття відповідальності	62,08±10,30	66,39±18,76	63,61±19,76
Втеча-уникання	47,90±2,15	46,92±1,89	45,80±4,78
Планування вирішення проблеми	55,85±7,75	45,72±4,55	39,06±8,84
Позитивна переоцінка	48,10±6,33	39,70±4,04	36,66±7,21
<b>Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) при міжгруповому порівнянні</b>			
<b>Легка ЧМТ, n=145</b>			
Показник	6-12 міс vs 1-3 роки	6-12 міс vs 4-7 років	1-3 роки vs 4-7 років
Конфронтаційний копінг	0,919	0,000	0,000
Дистанціювання	0,474	0,000	0,000
Самоконтроль	0,570	0,000	0,000
Пошук соціальної підтримки	0,473	0,000	0,000
Прийняття відповідальності	0,158	0,214	0,002
Втеча-уникання	0,847	0,003	0,001
Планування вирішення проблеми	0,934	0,000	0,000
Позитивна переоцінка	0,824	0,000	0,000
<b>ЧМТ середньої тяжкості, n=125</b>			
Показник	6-12 міс vs 1-3 роки	6-12 міс vs 4-7 років	1-3 роки vs 4-7 років
Конфронтаційний копінг	0,037	0,000	0,000
Дистанціювання	0,861	0,002	0,005
Самоконтроль	0,020	0,000	0,000
Пошук соціальної підтримки	0,037	0,000	0,000
Прийняття відповідальності	0,060	0,006	0,340
Втеча-уникання	0,294	0,047	0,086
Планування вирішення проблеми	0,050	0,000	0,000
Позитивна переоцінка	0,022	0,000	0,000
<b>Тяжка ЧМТ, n=80</b>			
Показник	6-12 міс vs 1-3 роки	6-12 міс vs 4-7 років	1-3 роки vs 4-7 років
Конфронтаційний копінг	0,000	0,000	0,000
Дистанціювання	0,486	0,030	0,049
Самоконтроль	0,000	0,000	0,003
Пошук соціальної підтримки	0,000	0,000	0,003
Прийняття відповідальності	0,271	0,420	0,570
Втеча-уникання	0,098	0,000	0,003
Планування вирішення проблеми	0,000	0,000	0,001
Позитивна переоцінка	0,000	0,000	0,003
<b>6 - 12 місяців</b>			
Показник	Легка vs середньої тяжкості	Легка vs тяжка	Середньої тяжкості vs тяжка
Конфронтаційний копінг	0,002	0,000	0,019
Дистанціювання	0,001	0,000	0,016
Самоконтроль	0,012	0,000	0,001
Пошук соціальної підтримки	0,006	0,000	0,005
Прийняття відповідальності	0,516	0,026	0,006
Втеча-уникання	0,000	0,000	0,000
Планування вирішення проблеми	0,002	0,000	0,014
Позитивна переоцінка	0,004	0,000	0,003

1 - 3 роки			
Показник	Легка vs середньої тяжкості	Легка vs тяжка	Середньої тяжкості vs тяжка
Конфронтаційний копінг	0,000	0,000	0,000
Дистанціювання	0,000	0,000	0,001
Самоконтроль	0,000	0,000	0,000
Пошук соціальної підтримки	0,000	0,000	0,000
Прийняття відповідальності	0,004	0,014	0,801
Втеча-уникання	0,000	0,000	0,000
Планування вирішення проблеми	0,000	0,000	0,000
Позитивна переоцінка	0,000	0,000	0,000
4 - 7 років			
Показник	Легка vs середньої тяжкості	Легка vs тяжка	Середньої тяжкості vs тяжка
Конфронтаційний копінг	0,030	0,000	0,050
Дистанціювання	0,222	0,003	0,049
Самоконтроль	0,065	0,000	0,061
Пошук соціальної підтримки	0,006	0,000	0,150
Прийняття відповідальності	0,104	0,427	0,656
Втеча-уникання	0,000	0,000	0,000
Планування вирішення проблеми	0,015	0,000	0,087
Позитивна переоцінка	0,015	0,000	0,062

**Table 2.** Показники виразності окремих копінг-стратегій у хворих з різною тяжкістю і тривалістю ЧМТ внаслідок дії вибухової хвилі

У хворих з легкою ЧМТ і тривалістю захворювання 6-12 місяців і 1-3 роки не виявлено значущих розбіжностей у копінг-репертуарі, хоча загалом у хворих з меншою тривалістю захворювання виразність копінг-стратегій дистанціювання, планування вирішення проблеми та позитивної переоцінки була незначно більшою, виразність конфронтаційного копінгу, самоконтролю, прийняття відповідальності і втечі-уникання – незначно меншою, а стратегії пошуку соціальної підтримки – майже однаковою у порівнянні з хворими з середньою тривалістю захворювання. У хворих з тривалістю захворювання 4-7 років було виявлено виражене зміщення копінг-репертуару в бік неконструктивних копінг-стратегій. Так, у цій групі виразність копінг-стратегій дистанціювання, самоконтролю, пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності, планування вирішення проблеми і позитивної переоцінки була значуще меншою, а виразність конфронтаційного копінгу та втечі-уникання – значуще більшою, ніж у хворих інших двох груп.

У групі хворих з ЧМТ середньої тяжкості виразність конфронтаційного копінгу була значуще більшою, а виразність самоконтролю, пошуку соціальної підтримки та позитивної переоцінки – значуще меншою у групі хворих з тривалістю захворювання 4-7 років у порівнянні з групами 1-3 роки і 6-12 місяців, а у групі хворих з тривалістю захворювання 1-3 роки – у порівнянні з групою 6-12 місяців. Виразність копінг-стратегій дистанціювання і планування вирішення проблеми у групі хворих з тривалістю захворювання 4-7 років була значуще меншою у порівнянні з групами 6-12 місяців і 1-3 роки, а виразність стратегій прийняття відповідальності і втечі-уникання значуще відрізнялася лише при порівнянні груп з тривалістю захворювання 1-6 місяців і 4-7 років.

У хворих з тяжкою ЧМТ значущі розбіжності між усіма групами були виявлені за копінг-стратегіями самоконтролю, пошуку соціальної підтримки, планування вирішення проблеми, позитивної переоцінки та конфронтаційного копінгу, і між групою з тривалістю захворювання 4-7 роки та групами 6-12 місяців і 1-3 роки – за копінг-стратегіями дистанціювання та втечі-уникання [8, 9].

При порівнянні виразності окремих копінг-стратегій у пацієнтів з різною тяжкістю і однаковою тривалістю захворювання найбільш виражені відмінності були виявлені у групах з тривалістю захворювання 6-12 місяців і 1-3 роки, а найменші - у групі з тривалістю 4-7 років.

Аналіз особливостей соціальної підтримки хворих з ЧМТ різної тяжкості з урахуванням тривалості захворювання виявив загальну тенденцію до зниження рівня соціальної підтримки зі збільшенням тривалості захворювання (**табл. 3**).

Показник	Час від моменту травми		
	6-12 міс., n=35	1-3 роки, n=60	4-7 років, n=50
Легка ЧМТ, n=145			
Соціальна підтримка сім'ї	24,29±3,30	24,43±3,56	22,64±3,40
Соціальна підтримка друзів	24,91±3,25	24,27±4,65	22,42±4,53
Соціальна підтримка значущих інших	24,29±2,88	24,53±3,41	22,64±3,41
Сумарний показник	73,49±8,44	73,23±10,44	67,70±9,98
Показник	Час від моменту травми		
	6-12 міс., n=30	1-3 роки, n=45	4-7 років, n=50
ЧМТ середньої тяжкості, n=125			
Соціальна підтримка сім'ї	21,53±3,18	20,47±4,01	18,48±3,89
Соціальна підтримка друзів	21,10±4,64	19,76±6,33	17,74±5,33
Соціальна підтримка значущих інших	19,97±2,43	19,00±3,15	18,08±3,37
Сумарний показник	62,60±8,94	59,22±12,42	54,30±11,36
Показник	Час від моменту травми		
	6-12 міс., n=20	1-3 роки, n=30	4-7 років, n=30
Тяжка ЧМТ, n=80			
Соціальна підтримка сім'ї	16,60±3,95	17,50±4,85	16,37±2,61
Соціальна підтримка друзів	17,20±5,11	17,03±5,65	15,37±3,38
Соціальна підтримка значущих інших	16,05±2,39	16,10±3,86	15,70±2,23
Сумарний показник	49,85±9,69	50,63±13,30	47,43±6,57
Рівень статистичної значущості розбіжностей (p) при міжгруповому порівнянні			
Легка ЧМТ, n=145			
Показник	6-12 міс vs 1-3 роки	6-12 міс vs 4-7 років	1-3 роки vs 4-7 років
Соціальна підтримка сім'ї	0,664	0,032	0,006
Соціальна підтримка друзів	0,981	0,011	0,012
Соціальна підтримка значущих інших	0,388	0,031	0,001
Сумарний показник	0,826	0,010	0,003
ЧМТ середньої тяжкості, n=125			
Показник	6-12 міс vs 1-3 роки	6-12 міс vs 4-7 років	1-3 роки vs 4-7 років
Соціальна підтримка сім'ї	0,299	0,002	0,018
Соціальна підтримка друзів	0,419	0,007	0,077
Соціальна підтримка значущих інших	0,283	0,024	0,217
Сумарний показник	0,335	0,002	0,050
Тяжка ЧМТ, n=80			
Показник	6-12 міс vs 1-3 роки	6-12 міс vs 4-7 років	1-3 роки vs 4-7 років
Соціальна підтримка сім'ї	0,582	0,817	0,737
Соціальна підтримка друзів	0,897	0,237	0,254
Соціальна підтримка значущих інших	0,920	0,636	0,725
Сумарний показник	0,905	0,463	0,604

6 - 12 місяців			
Показник	Легка vs середньої тяжкості	Легка vs тяжка	Середньої тяжкості vs тяжка
Соціальна підтримка сім'ї	0,002	0,000	0,000
Соціальна підтримка друзів	0,001	0,000	0,007
Соціальна підтримка значущих інших	0,000	0,000	0,000
Сумарний показник	0,000	0,000	0,000
1 - 3 роки			
Показник	Легка vs середньої тяжкості	Легка vs тяжка	Середньої тяжкості vs тяжка
Соціальна підтримка сім'ї	0,000	0,000	0,003
Соціальна підтримка друзів	0,000	0,000	0,047
Соціальна підтримка значущих інших	0,000	0,000	0,001
Сумарний показник	0,000	0,000	0,006
4 - 7 років			
Показник	Легка vs середньої тяжкості	Легка vs тяжка	Середньої тяжкості vs тяжка
Соціальна підтримка сім'ї	0,000	0,000	0,024
Соціальна підтримка друзів	0,000	0,000	0,069
Соціальна підтримка значущих інших	0,000	0,000	0,001
Сумарний показник	0,000	0,000	0,008

**Table 3.** Показники соціальної підтримки у хворих з різною тяжкістю і тривалістю ЧМТ внаслідок дії вибухової хвилі

При цьому в групі хворих з легкою ЧМТ рівень соціальної підтримки в групах з тривалістю захворювання 6-12 місяців і 1-3 роки значуще не відрізнявся, а у групі з тривалістю захворювання 4-7 років був значуще гіршим у порівнянні з першими двома групами.

У групі з ЧМТ середньої тяжкості рівень соціальної підтримки значуще відрізнявся за всіма сферами при порівнянні груп з тривалістю захворювання 6-12 місяців та 4-7 років, і за сферами соціальної підтримки сім'ї та загального показника соціальної підтримки – при порівнянні груп з тривалістю захворювання 1-3 роки і 4-7 років. Рівень соціальної підтримки хворих з мінімальною (6-12 місяців) і середньою (1-3 роки) тривалістю захворювання у пацієнтів з середньою тяжкістю ЧМТ значуще не відрізнявся [10, 11]. У хворих з тяжкою ЧМТ не було виявлено значущих відмінностей у рівні соціальної підтримки в залежності від часу від моменту травми, хоча загальна тенденція до більш низького рівня соціальної підтримки у хворих з тривалим (4-7 років) перебігом захворювання зберігалася. При порівнянні рівня соціальної підтримки у хворих з однаковою тривалістю захворювання і різною тяжкістю була виявлена чітка тенденція до гіршого рівня соціальної підтримки за всіма сферами у пацієнтів з більш тяжким перебігом ЧМТ [9, 10].

Таким чином, нами були виявлені істотні відмінності у характеристиках психопатологічного реагування, соціально-психологічної адаптації, копінг-репертуару і соціальної підтримки у хворих з ЧМТ різного ступеня тяжкості в залежності від тривалості захворювання.

## **Висновки**

Виявлено чітку тенденцію до погіршення соціально-психологічної адаптації по мірі збільшення тривалості захворювання незалежно від тяжкості ЧМТ. У копінг-репертуарі хворих з ЧМТ внаслідок дії вибухової хвилі виявлено загальну закономірність до збільшення виразності неконструктивних стратегій і зменшення виразності конструктивних по мірі збільшення тривалості захворювання. У хворих з легкою ЧМТ у перші три роки після травми не відбувається значущих змін у копінг-репертуарі, а через 4-7 років після ЧМТ зменшується виразність копінг-стратегій дистанціювання, самоконтролю, пошуку соціальної підтримки,

прийняття відповідальності, планування вирішення проблеми і позитивної переоцінки, і збільшується виразність конфронтаційного копінгу та втечі-уникання. У хворих з ЧМТ середньої тяжкості закономірності у змінах копінг-репертуару більш складні, і характеризуються значущим збільшенням виразності конфронтаційного копінгу і зменшенням – самоконтролю, пошуку соціальної підтримки та позитивної переоцінки у перші 3 роки після травми, а також збільшенням виразності неконструктивних копінг-стратегій і зменшенням виразності конструктивних у пізньому періоді після травми. У хворих з тяжкою ЧМТ виявлено значуще посилення неконструктивних стратегій і послаблення конструктивних (крім прийняття відповідальності) у пізньому періоді після ЧМТ, а також посилення конфронтаційного копінгу і послаблення стратегій самоконтролю, пошуку соціальної підтримки, планування вирішення проблеми і позитивної переоцінки у середньому (1-3 роки після ЧМТ) періоді.

Соціальна підтримка хворих з легкою ЧМТ і ЧМТ середньої тяжкості значуще зменшується у пізньому періоді (4-7 років), тоді як у хворих з тяжкою ЧМТ залишається стабільно невисокою протягом усього періоду після травми.

Виявлені закономірності необхідно враховувати при плануванні лікувально-реабілітаційних заходів для хворих, які перенесли ЧМТ внаслідок дії вибухової хвилі.

## **Перспективи подальших досліджень**

Подальше вивчення діючої моделі надання кваліфікованої медичної допомоги та подальшої реабілітації учасників бойових дій із наслідками бойової черепно-мозкової травми, а також пошук шляхів її покращення та удосконалення.

## **Інформація про фінансування**

Фінансування видатками Державного бюджету України.

Стаття є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України «Стресостійкість специфічних вразливих груп в умовах соціального стресу (фактори ризику, діагностика, система медико-психологічного супроводу та підтримки)», номер державної реєстрації 0123U104462, прикладна, термін виконання 2023–2027 рр., керівник – завідувачка кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України, професор М.В. Маркова.

## **Посилання**

1. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія / В.І. Цимбалюк, В.В. Стеблюк, О.В. Друзь та ін. - «Медицина», 2021. 256 с. ISBN: 978-617-505-866-4
2. Ісаков Р.І. Структурний аналіз соціально-психологічної дезадаптації у жінок з депресивними розладами різного ґенезу залежно від вираженості чинників мезо- і мікросоціального впливу // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 1. С. 38 – 44. <https://doi.org/10.35339/ekm.2020.86.01.04>
3. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/307-2024-%D0%BF#Text>
4. Melnyk VM. Etychni ta pravovi aspekty naukovykh doslidzhen ta vyprobuvan likarskykh zasobiv. Ukrainskyi khimioterapevtychnyi zhurnal. 2002;13(1):11-5. Dostupno na: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/uhj/02/pdf02-1/11.pdf>
5. Lemak M. V., Petryshche V. Yu. Psyholohu dlia roboty. Diahnostychni metodyky.

- Metodychne vydannia. Uzhhorod, Vydavnytstvo Oleksandry Harkushi, 2011
6. Nazarov O.O., Onishchenko N.V., Sadkovyĭ V.P., Sadkovyĭ O.V., SklenO.I., Timchenko O.V. Psykholohichni osoblyvosti bazovykh kopinh-stratehiĭ ta osobystisnykh kopinh-resursiv pratsivnykiv pozhezhno-riatuvalnykh pidrozdiliv MNS Ukraïny: Monohrafiia. - Kh.: Vyd-vo UTsZU, 2008. - 184 s.
  7. Melnyk Yu. B., Stadnik A. V. Bahatomirna shkala spryĭniattia sotsialnoï pidtrymky: metod. posib. (ukr. versiia). Kharkiv: KHOHOKZ. 2023. 12 s
  8. Rawat BPS, Reisman J, Pogoda TK, Liu W, Rongali S, Asetline RHJr. Intentional Self-Harm Among US Veterans With Traumatic Brain Injury or Posttraumatic Stress Disorder: Retrospective Cohort Study From 2008 to 2017. JMIR Public Health and Surveillance. 2023;9:e42803. DOI: <https://doi.org/10.2196/42803>
  9. Ayton A, Spitz G, Hicks AJ, Ponsford J. Mental and Physical Health Comorbidities in Traumatic Brain Injury: A Non-TBI Controls Comparison. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2024;105(7):1355–63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2024.03.005>
  10. Agayev NA, Kokun OM, Pishko IO, Lozinska NS, Ostapchuk VV, Tkachenko VV. Collection of methods for diagnosing negative mental states of military personnel: Methodological manual. Kyiv: Research and Development Center of the Armed Forces of Ukraine, 2016:165–9. (In Ukrainian). URL: [https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПС\\_16.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf)
  11. Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adaptation disorder. Unified clinical protocol for primary and specialized medical care. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 19.07.2024 p. № 1265. (In Ukrainian). URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-19-07-2024-1265-pro-zatverdzhennya-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoyi-ta-specializovanoyi-medichnoyi-dopomogi-gostra-reakciya-na-stres-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-porushennya-adaptaciyi>