

Емоційні та когнітивні особливості пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом та порушеннями зору

Бакурідзе Н. Г.^{1,2}, аспірант; Луньов В. Є.^{2,3}, канд. психол. наук; Храмцов Д. М.⁴, д-р мед. наук; Ульянов В. О.¹; д-р мед. наук, професор

¹ Національний університет «Одеська юридична академія», Одеса (Україна)

² Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ (Україна)

³ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ (Україна)

⁴ Чорноморський національний університет імені Петра Могили МОН України, Миколаїв (Україна)

Emotional and cognitive features of patients with post-traumatic stress disorder and visual impairment

Bakuridze N. G.^{1,2}, Lunov V. Ie.^{2,3}, Khramtsov D. M.⁴, Ulianov V. O.¹

¹ National University «Odesa Law Academy», Odesa (Ukraine)

² Kostiuk G.S. Institute of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv (Ukraine)

³ Bogomolets National Medical University, Kyiv (Ukraine)

⁴ Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv (Ukraine)

Резюме

Мета. Визначити особливості соціального і загально-го особистісного функціонування, емоційних та когнітивних змін при ПТСР у пацієнтів з порушеннями зору.

Матеріал та методи. Під спостереженням знаходились 72 пацієнти з посттравматичним стресовим розладом і травмою ока зі зниженням зорових функцій (6 осіб) або повною втратою зору (9 осіб), з посттравматичним стресовим розладом без порушень зору (20 осіб), та пацієнти з травмою ока без посттравматичного стресового розладу (37 осіб). Наявність ПТСР встановлювали за від-

повідним модулем структурованого клінічного інтерв'ю MINI, вираженість посттравматичних симптомів оцінювали за PCL-5. Загальне особистісне і соціальне функціонування визначали за шкалою PSP, тривожну й депресивну симптоматику – HADS. Нейропсихологічне обстеження включало оцінювання безпосередньої та відстроченої пам'яті, уваги, мовлення і робочої пам'яті. Окремо аналізували суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки.

Результати. У пацієнтів з ПТСР і повною втратою зору порівняно з пацієнтами з ПТСР без порушення зору виявлено нижчі показники особистісного та соціального функціонування на 61,4% ($p < 0,001$, $z = 4,465$), безпосередньої пам'яті на 24,1% ($p = 0,001$, $z = 3,65$), уваги на 21,1% ($p = 0,047$, $z = 2,41$) та соціальної підтримки вдвічі ($p = 0,034$, $z = 2,53$); показник депресивної симптоматики був вищим на 23,1% ($p = 0,021$, $z = -2,7$). У пацієнтів з частковою втратою зору виявлено лише зменшення показників особистісного та соціального функціонування в 4,7 рази ($p < 0,02$, $z = 3,371$) порівняно з пацієнтами з ПТСР без порушень зору. У пацієнтів з повною втратою зору і ПТСР показники відстроченої пам'яті перевищували показники пацієнтів з ПТСР і частковою втратою зору на 51,7% ($p = 0,014$, $z = 2,82$).

Висновок. Перебіг ПТСР у пацієнтів з порушеннями або втратою зору супроводжується формуванням специфічного функціонально-психологічного профілю пацієнтів, провідними компонентами якого є зниження загального особистісного і соціального функціонування, посилення депресивної симптоматики, порушення

DOI: <https://doi.org/10.31288/Ukr.j.ophthalmol.202646674>

UDC: 617.7:616.89-008.454:616-036.82

Corresponding Author: Nina G. Bakuridze, Post-graduate Student at the Kostiuk G.S. Institute of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine.
Email: ninabakuridze7@gmail.com

Received 2026-05-26

Accepted 2026-08-05

Cite this article as: Bakuridze NG, Lunov VIe, Khramtsov DM, Ulianov VO. Emotional and cognitive features of patients with post-traumatic stress disorder and visual impairment. Ukr. j. ophthalmol. 2026;4:66-74.



This is an open access article under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license

© Bakuridze N.G., Lunov V.Ie., Khramtsov D.M., Ulianov V.O., 2026

уваги та безпосередньої вербальної пам'яті, а також суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки.

Ключові слова: травма ока, посттравматичний стресовий розлад, клінічна психологія, нейропсихологія, реабілітація.

Abstract

Purpose: To determine the features of social and general personality functioning and emotional and cognitive changes in visually impaired patients with post-traumatic stress disorder (PTSD).

Material and methods. Totally, 72 male patients were under observation. These included PTSD patients with ocular injury and either reduced visual function ($n = 6$) or total visual loss ($n = 9$), PTSD patients with no visual impairment ($n = 20$), and patients with ocular injury but no PTSD ($n = 37$). MINI PTSD module was used to determine whether a patient had PTSD. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) was used to assess symptom severity. Personal and Social Performance Scale (PSP) was used to assess personality and social functioning, and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), to evaluate depression and/or anxiety. Neuropsychological examination included the assessment of

immediate memory, delayed memory, attention, language, and working memory. Perceived social support was also assessed.

Results. Compared to PTSD patients without visual impairment, those with total visual loss exhibited a 61.4% reduction in personality and social functioning scores ($p < 0.001$, $z = 4.465$), 24.1% reduction in immediate memory scores ($p = 0.001$, $z = 3.65$), 21.1 % reduction in attention scores ($p = 0.047$, $z = 2.41$) 50% reduction in perceived social support scores ($p = 0.034$, $z = 2.53$), and a 23.1% increase in depression scores ($p = 0.021$, $z = -2.7$). Personality and social functioning scores were 4.7 times lower in PTSD patients with partial visual loss than in those without visual impairment ($p < 0.02$, $z = 3.371$). Delayed memory scores were 51.7% higher in PTSD patients with total visual loss than in those with partial visual loss ($p = 0.014$, $z = 2.82$).

Conclusion. The course of PTSD in patients with visual impairment or visual loss is accompanied by the development of a specific functional and psychological profile which is characterized by reduced social and general personality functioning, increased depression symptoms, and impaired attention, immediate verbal memory, and perceived social support.

Keywords: ocular injury, post-traumatic stress disorder, clinical psychology, neuropsychology, rehabilitation

Вступ

Сучасні військові конфлікти спричинили зростання кількості випадків виникнення посттравматичного стресового розладу. Непропорційно частіше розлад діагностується у військових і складає від 12 до 30% від загальної кількості військовослужбовців [1]. На перебіг захворювання також можуть впливати супутні бойові травми, зокрема легка черепно-мозкова травма, важка травма ока, яка супроводжується частковою чи повною втратою зору [2, 3].

Особливостями сучасної бойової травми ока є комбіновані ураження переднього і заднього відрізка ока, з важкими супутніми ураженнями орбіти та обличчя. Часто ушкоджуються обидва ока, що супроводжується стійким порушенням або безповоротною втратою зору [4, 5]. Сам факт травми ока і втрати зору може спричинити короткотривалі або довготривалі психологічні та психічні розлади. У таких пацієнтів підвищуються ризики розвитку депресії, ПТСР тощо [6]. Наші попередні дослідження показали, що у поранених з травмою ока та легкою ЧМТ основними проявами когнітивного дефіциту є порушення виконавчих функцій, а саме когнітивного контролю, навичок планування та вирішення проблем. Зазначені порушення істотно впливають на увагу та пам'ять і значно погіршують здатність пацієнтів до самостійного функціонування [7].

З іншого боку, згідно з діагностичними критеріями ПТСР, втрата зору, як правило, не вважається травмуючою подією [8]. Що стосується особливостей перебігу ПТСР у пацієнтів з травматичними порушеннями зору, то актуальним є встановлення механізмів взаємного

впливу між психічними розладами, зокрема ПТСР, і посттравматичними порушеннями зору для розробки і оцінки ефективності інтегрованої психіатричної допомоги [9]. Виходячи з вищевикладеного, актуальним є всебічне дослідження особливостей перебігу ПТСР у пацієнтів з посттравматичними порушеннями або втратою зору, що дозволить створити передумови для розробки нових методів діагностики і корекції захворювання.

Мета: визначити особливості соціального і загального особистісного функціонування, емоційних та когнітивних змін при ПТСР у пацієнтів з порушеннями зору.

Матеріал та методи

Клінічні спостереження проводили на базі Кошарного некомерційного підприємства «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради», Філії 1 Державного закладу «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України» та Медичного центру «Експерт Хелс» в рамках НДР лабораторії психології навчання «Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України» «Потенціал генетичної психології в дослідженні взаємодії суб'єктів освітнього простору» (державна реєстрація № 0121U107603). Дослідження проводились у відповідності до принципів Гельсінської декларації за умов письмової інформованої добровільної згоди пацієнтів.

Під спостереженням знаходилися 72 пацієнти чоловічої статі віком від 25 до 45 років, віднесених до різних груп спостереження. До першої, дослідної, групи віднесені 15 пацієнтів з ПТСР та супутнім посттравматичним зниженням (6 осіб) або втратою зору (9 осіб). Групи контролю сформовані з пацієнтів з ПТСР без травми ока в анамнезі і без порушень зору, спричинених іншими офтальмологічними захворюваннями (20 осіб); та пацієнти без ПТСР, але з наявністю травми ока в анамнезі з посттравматичним зниженням (23 особи) або втратою зору (14 осіб). ПТСР у всіх обстежених пацієнтів є наслідком бойового досвіду.

Всі пацієнти обстежені психіатром, невропатологом та офтальмологом. Спеціального неврологічного чи офтальмологічного лікування на момент перебування в реабілітаційному центрі не потребували. Психологічне та нейропсихологічне обстеження пацієнтів проводилося клінічним психологом під час лікування і реабілітації в стаціонарі відповідного центру.

У всіх пацієнтів з порушеннями зору в анамнезі була або закрита травма ока, або відкрита травма ока з ураженням 1-ї та 2-ї зони очного яблука відповідно до загальноприйнятої термінології Ocular Trauma Classification Group [10]. Частка бінокулярних уражень складала 55,7%. Всім пораненим проведено реконструктивне мікрохірургічне лікування. Психологічне та нейропсихологічне обстеження всім пацієнтам проведено після завершення офтальмологічного лікування.

Ураження органа зору внаслідок бойової травми встановлювалось анамнестично, на підставі відповідної наявної медичної документації. Втратою зорових функцій вважалися відсутність форменого зору та світловідчуття. У групах зі зниженням зору внаслідок бойової травми ока гострота зору становила менше ніж 0,3 на обох очах.

Критерії включення: вік (25–45 років), наявність травми ока та/або ПТСР, інтелект не нижче за середній за шкалою прогресивних матриць Равена.

Критерії виключення: високий ризик суїцидальної поведінки, розлади або особливості особистості, які можуть впливати на дотримання режиму лікування або визначати підвищений ризик імпульсивної, конфліктної, сексуально розгальмованої та агресивної поведінки, відносно постійні та виражені порушення свідомості, мови та поведінки, гостра психотична симптоматика, виражені побічні ефекти лікування, або наявність інших факторів, які серйозно перешкоджають встановленню та підтримці тривалого продуктивного контакту, поточний неврологічний стан, який завадить брати участь у дослідженні.

В обстеженні використовувалися методики: 1) формалізоване інтерв'ю; 2) окремі шкали клінічної оцінки MINI, а саме: суїцидальні тенденції, посттравматичний стресовий розлад, алкогольна залежність, залежність від психоактивних речовин [11]; 3) шкала прогресивних матриць Равена – визначення відповідності

критеріям включення в дослідження за рівнем інтелектуального розвитку; 4) скринінг наявності посттравматичного стресового розладу (PCL-5) [12]; 5) шкала особистісного і соціального функціонування (Personal and Social Performance Scale – PSP) [13]; 6) шпитальна шкала тривоги та депресії HADS [14, 15]; 7) стандартизована батарея нейропсихологічної оцінки (RBANS) – оцінка когнітивних порушень у доменах: безпосередня пам'ять, зорово-просторовий/конструктивний, мовлення, увага, відстрочена пам'ять [16].

Методики, застосовані в дослідженні, наведені в переліку валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги [17].

Дизайн психологічного та нейропсихологічного дослідження.

Наявність ПТСР визначали за відповідним модулем структурованого клінічного інтерв'ю Mini-International Neuropsychiatric (MINI). На першому етапі дослідження проводили оцінювання загального особистісного і соціального функціонування пацієнтів з ПТСР без порушень зору за шкалою PSP; визначали наявність та ступінь вираженості тривожної і депресивної симптоматики за допомогою шпитальної шкали HADS, вираженість посттравматичних симптомів – за допомогою PCL-5. Нейропсихологічне обстеження проводилося за методикою RBANS.

У пацієнтів без визначеного ПТСР MINI опитувальник вираженості посттравматичних симптомів PCL-5 не застосовувався. У пацієнтів без ПТСР та з повною втратою зору опитувальний PCL-5 застосовували, враховуючи тяжкість травми, отримано очікувано низькі показники. Нейропсихологічне обстеження у пацієнтів з втратою зору передбачало визначення та аналіз тільки доступних вербальних показників: безпосередню пам'ять, відстрочену пам'ять, увагу, мовлення та робочу пам'ять. Окремо аналізували показник соціальної підтримки. Показник суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки визначався в рамках формалізованого інтерв'ю за шкалою від 0 до 10, де 10 – максимальна підтримка.

На другому етапі аналізували аналогічні показники у пацієнтів з ПТСР і посттравматичними порушеннями зору різної вираженості (повна або часткова втрата зору). Залежно від ступеня порушення зорових функцій пацієнтів розподіляли на групи з неповною травматичною втратою зору та групу з повною травматичною втратою зору. Окремо зазначені показники досліджували у пацієнтів з посттравматичними порушеннями зору, але без ПТСР, з метою формування групи порівняння.

Для визначення особливостей психологічного профілю залежно від ступеня зорового дефіциту порівнювали три незалежних групи: пацієнтів з ПТСР без порушення зору, пацієнтів з ПТСР та неповною втратою зору і пацієнтів з ПТСР та повною втратою зору.

Для оцінки загального внеску посттравматичного порушення зору незалежно від його ступеня пацієнтів з ПТСР та неповною і повною втратою зору об'єднували в одну групу та порівнювали з пацієнтами з ПТСР без порушення зору.

Для оцінки окремого внеску ПТСР у пацієнтів з неповною травматичною втратою зору проводилося порівняння груп з наявністю та відсутністю ПТСР.

При проведенні аналізу отриманих даних використовували методи описової та варіаційної математичної статистики. Розподіл кількісних показників перевіряли на відповідність нормальному. Для подальшого аналізу використовували непараметричні методи: U-критерій Манна – Уїтні. Загальні відмінності між трьома групами ПТСР оцінювали H-критерієм Краскела – Уолліса з подальшим аналізом за критерієм Дана з поправкою Бонфероні. Отримані результати описували як медіану та міжквартильний інтервал Ме (Q1; Q3). В результатах наведено двосторонні асимптотичні значення р. Рівень значущості – $p < 0,05$.

Результати

В результаті проведених досліджень надано характеристику психологічного стану пацієнтів з ПТСР без порушення зору (табл. 1). Клінічно значущий рівень тривоги за HADS був відсутній у 9 (45%) пацієнтів, субклінічний рівень тривоги визначався у 2 пацієнтів (10%), клінічно виражений – у 9 (45%). Депресивні зміни за HADS були відсутні у 10 пацієнтів (50%), субклінічний рівень діагностувався у 6 осіб (30%), клінічно виражений у 4 (20%). Показники безпосередньої пам'яті відповідали нормативному рівню у 65,0% обстежених, помірне зниження визначалося у 25,0%, виражене – у 10,0%, грубо виражених змін не спостерігалось.

Показники мовлення у всіх пацієнтів цієї групи знаходилися в межах нормативного діапазону. Увага, за даними методики Rbans, відповідала нормативному рівню у 70,0%, була помірно знижена у 15,0% та виражено зниженою у 15,0% пацієнтів. Відстрочена пам'ять відповідала нормативному рівню у 15,0% пацієнтів, у 85,0% була помірно зниженою. У 60% пацієнтів групи ПТСР без порушення зору спостерігалися легкі труднощі особистісного та соціального функціонування, у 10,0% – помітні, а у 30,0% – виражені порушення.

На наступному етапі для дослідження впливу посттравматичних порушень зору на перебіг ПТСР порівняли досліджувані показники у пацієнтів з ПТСР та ПТСР з порушеннями зору. Показник функціонування PSP у пацієнтів з ПТСР та порушенням зору був нижчий, ніж в групі ПТСР без порушення зору: 25 (17,5; 28) проти 72,5 балів (40; 80), $U=6,5$; $p < 0,001$. HADS-депресія у пацієнтів з ПТСР та порушенням зору вища, ніж в групі ПТСР без порушення зору: відповідно 10 (7,5; 12) та 6,5 балів (2,75; 10), $U=220,5$; $p=0,019$. Безпосередня вербальна пам'ять у пацієнтів з ПТСР та порушенням зору нижча: 69 (65; 70,5), 91 бал (74,5; 93,5), $U=60$; $p=0,003$. Увага у пацієнтів з ПТСР та порушенням зору була нижча: 75 (72; 83,5), 95 балів (88; 98), $U=62$; $p=0,003$. Вираженість симптомів ПТСР за PCL у пацієнтів з ПТСР та порушенням зору була нижча: 48 (37; 52,75), 65 балів (53,5; 70), $U=64,5$; $p=0,009$. Суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки у пацієнтів з ПТСР та порушенням зору також було нижче: 4 (2; 5), 8 балів (4,75; 8), $U=65,5$; $p=0,004$.

Статистично значущих відмінностей між об'єднаною групою пацієнтів із ПТСР та порушенням /втратою зору і групою пацієнтів із ПТСР без порушен-

Таблиця 1. Вплив посттравматичних порушень зору на показники психологічного профілю пацієнтів з ПТСР, (Ме (Q1; Q3), бали)

Показник	ПТСР без порушення зору n=20	ПТСР + неповна втрата зору n=6	ПТСР + повна втрата зору n=9	H; p
PSP	72,5 [40; 80]	15,5 [13; 18,75]* ¹	28 [25; 30] * ¹	H=25,03; $p < 0,001$
HADS-тривога	9 [3,75; 13,25]	7 [6; 8,75]	12 [10; 13]	H=3,28; $p=0,198$
HADS-депресія	6,5 [2,75; 10]	11,5 [10,25; 12]	8 [5; 12]* ¹	H=7,59; $p=0,022$
Безпосередня пам'ять	91 [74,5; 93,5]	61 [54; 65]	69 [69; 81]* ¹	H=13,54; $p=0,001$
Мовлення	100 [99; 105]	94 [77,25; 101]	100 [96; 102]	H=1,93; $p=0,381$
Увага	95 [88; 98]	73,5 [60; 75]	75 [75; 85]* ¹	H=8,8; $p=0,012$
Відстрочена пам'ять	78 [75; 78,5]	58 [53; 66,75]	88 [80; 90]* ²	H=7,95; $p=0,019$
PCL	65 [53,5; 70]	43,5 [40,25; 52,75]	50 [35,75; 52,25]	H=7,06; $p=0,029$
Соціальна підтримка	8 [4,75; 8]	3 [0,5; 4,75]	4 [3; 5]* ¹	H=8,65; $p=0,013$

Примітки: *¹ – $p < 0,05$ порівняно з пацієнтами з ПТСР без порушень зору; *² – $p < 0,05$ порівняно з пацієнтами з ПТСР і неповною втратою зору; n – кількість пацієнтів в групі. Метод статистичного аналізу: H-критерієм Краскела – Уолліса, апостеріорний аналіз за критерієм Данна з поправкою Бонфероні.

ня зору за показниками HADS-тривоги, мовлення, відстроченої та робочої пам'яті не встановлено ($p>0,05$).

Отримані дані свідчили про необхідність більш детального аналізу впливу ступеня порушень зорових функцій на перебіг ПТСР. Тому на наступному етапі досліджень порівняли особливості психологічного профілю пацієнтів з ПТСР без порушень зору з пацієнтами з ПТСР та частковою або повною втратою зору у відповідних групах (табл. 1).

За результатами аналізу із застосуванням критерію Краскела – Уолліса між досліджуваними групами виявлено статистично значущі відмінності за показниками особистісного і соціального функціонування PSP, депресії (HADS), безпосередньої пам'яті та уваги, відстроченої пам'яті, вираженістю симптомів ПТСР та суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки. За показниками рівня тривоги та мовленням статистично значущих міжгрупових відмінностей не виявлено.

Апостеріорний аналіз за критерієм Данна показав, що у пацієнтів з ПТСР і повною втратою зору порівняно з пацієнтами з ПТСР без порушення зору були статистично значущі нижчі показники особистісного та соціального функціонування на 61,4% ($p<0,001$, $z=4,465$), безпосередньої пам'яті на 24,1% ($p=0,001$, $z=3,65$), уваги на 21,1% ($p=0,047$, $z=2,41$) та соціальної підтримки вдвічі ($p=0,034$, $z=2,53$). В свою чергу, показник депресивної симптоматики був вищим на 23,1% ($p=0,021$, $z=-2,7$).

У пацієнтів з ПТСР і частковою втратою зору порівняно з групою пацієнтів з ПТСР без порушень зору відмінності були мінімальними і полягали лише у зменшенні показників особистісного та соціального функціонування в 4,7 рази ($p<0,02$, $z=3,371$) порівняно з пацієнтами із ПТСР без порушень зору.

Привертають увагу зміни показника відстроченої пам'яті у пацієнтів з ПТСР і порушеннями зору. По-перше, не виявлено статистично вірогідних відмінностей між значенням даного показника у пацієнтів з ПТСР та ПТСР з частковою чи повною втратою зору. По-друге, у пацієнтів з повною втратою зору і ПТСР показники відстроченої пам'яті перевищували показники пацієнтів з ПТСР і частковою втратою зору на 51,7% ($p=0,014$, $z=2,82$). Нарешті у пацієнтів з ПТСР і частковою втратою зору, на відміну від пацієнтів з ПТСР і повною втратою зору, спостерігалось не підвищення, а тенденція до зменшення значення показника відстроченої пам'яті порівняно з пацієнтами з ПТСР без порушень зору на 25,6% ($p>0,05$).

Нарешті, незважаючи на статистично значущі загальні відмінності за PCL між трьома групами пацієнтів (табл. 1), апостеріорний аналіз не підтвердив значущих відмінностей між окремими парами груп, що потребує додаткових подальших досліджень і збільшення розміру вибірки.

Для уточнення внеску ПТСР у психологічний стан пацієнтів із неповною травматичною втратою зору окремо порівняли пацієнтів із неповною втратою зору

за наявності та відсутності ПТСР. У пацієнтів без ПТСР та повною втратою зору порівняно з пацієнтами з частковою втратою зору виявлено статистично значуще вищі показники PSP в 2,21 рази ($p<0,0001$), безпосередньої та відстроченої пам'яті відповідно на 13,1% ($p=0,008$) та 14,7% ($p=0,045$).

У пацієнтів без ПТСР та неповною втратою зору порівняно з пацієнтами з ПТСР та неповною втратою зору виявлено статистично значуще вищі показники PSP на 9,7% ($p<0,0001$), суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки в 2 рази ($p=0,020$), але нижчі показники тривоги на 42,9% ($p<0,0001$) та депресії на 65,22% ($p=0,001$). У пацієнтів без ПТСР та повною втратою зору порівняно з пацієнтами з ПТСР та повною втратою зору виявлено статистично значуще вищі показники PSP на 33,9% ($p<0,0001$), безпосередньої пам'яті на 19,6% ($p=0,013$), соціальної підтримки на 50% ($p=0,004$), уваги на 21% ($p=0,028$), відстроченої пам'яті на 1,7% ($p=0,021$) та нижчі показники – депресії в 2 рази ($p=0,004$), PCL на 63% ($p=0,001$).

Отримані результати свідчать про те, що за однакового ступеню зорового дефіциту наявність ПТСР найбільш виразно пов'язана з емоційними порушеннями та зниженням суб'єктивно сприйнятої соціальної підтримки.

Таким чином, ПТСР з наявним посттравматичним порушенням зору характеризувався насамперед вираженим зниженням загального особистісного та соціального функціонування. У пацієнтів з повною втратою зору та ПТСР також виявлено вищу депресивну симптоматику, нижчі показники безпосередньої пам'яті й уваги та нижчий рівень суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки. Водночас повна втрата зору супроводжувалася вищим показником відстроченої пам'яті порівняно з неповною втратою зору. Це свідчить про неоднорідний, а не лінійний характер функціональних, емоційних і когнітивних змін залежно від ступеня посттравматичного порушення зору.

Обговорення

Отримані результати свідчать про те, що посттравматичний зоровий дефіцит змінює клінічний профіль ПТСР переважно через посилення функціонально-соціальних обмежень та через вибіркові зміни емоційної й когнітивної сфер. У пацієнтів із ПТСР без порушення зору психологічний стан характеризувався значною неоднорідністю: клінічно виражену тривогу виявлено майже у половини обстежених, тоді як клінічно виражена депресія спостерігалася рідше. Це підтверджує, що тривожні й депресивні прояви при ПТСР не обов'язково змінюються паралельно та можуть мати різну вираженість у межах однієї клінічної групи.

Когнітивний профіль пацієнтів із ПТСР без порушення зору не мав характеру глобального когнітивного зниження. У більшості обстежених безпосередня пам'ять та увага відповідали нормативному рівню, а мовлення було збереженим у всіх пацієнтів.

Таблиця 2. Особливості психологічного профілю пацієнтів з посттравматичними порушеннями зору без ПТСР (Me (Q1; Q3), бали)

Показник	Пацієнти з неповною втратою зору без ПТСР n=23	Пацієнти з повною втратою зору без ПТСР n=14	ПТСР + неповна втрата зору n=6	ПТСР + повна втрата зору n=9
PSP	17 [14,5; 18] * ² (U=0,00; p<0,001; r=0,83)	37,5 [30; 77]	15,5 [13; 18,75] * ¹ (U=9,50; p<0,001; r=0,70)	28 [25; 30] * ² (U=0,00; p<0,001; r=0,78)
HADS-тривога	4 [3; 4,5]	4,5 [3; 7]	7 [6; 8,75] * ¹ (U=21,00; p<0,001; r=0,62)	12 [10; 13]
HADS-депресія	4 [2,5; 5]	4 [3; 5,75]	11,5 [10,25; 12] * ¹ (U=22,50; p=0,001; r=0,60)	8 [5; 12] * ² (U=7,00; p=0,004; r=0,65)
Безпосередня пам'ять	73 [57; 77] * ² (U=76,50; p=0,008; r=0,44)	82,5 [78; 94]	61 [54; 65]	69 [69; 81] * ² (U=12,00; p=0,013; r=0,55)
Мовлення	96 [85; 102,5]	90 [75,25; 94,25]	94 [77,25; 101]	100 [96; 102]
Увага	88 [77; 94]	90,5 [85; 98]	73,5 [60; 75]	75 [75; 85] * ² (U=15,50; p=0,028; r=0,49)
Відстрочена пам'ять	78 [62; 86,5] * ² (U=97,50; p=0,046; r=0,33)	89,5 [76,25; 98]	58 [53; 66,75]	88 [80; 90] * ² (U=14,00; p=0,021; r=0,52)
PCL	-	18,5 [12,75; 27,5]	43,5 [40,25; 52,75]	50 [35,75; 52,25] * ² (U=0,00; p=0,001; r=0,78)
Соціальна підтримка	6 [5; 8]	6 [5; 7]	3 [0,5; 4,75] * ¹ (U=49,00; p=0,020; r=0,41)	4 [3; 5] * ² (U=7,50; p=0,004; r=0,65)

Примітки: *¹ – p< 0,05 порівняно з пацієнтами без ПТСР і з частковою втратою зору; *² – p< 0,05 порівняно з пацієнтами без ПТСР і з повною втратою зору; n – кількість пацієнтів в групі; U-критерій Манна – Уїтні.

Отримані результати певною мірою узгоджуються з даними про необхідність дослідження емоційних та когнітивних зрушень при стрес-асоційованих розладах для розробки нових діагностичних, терапевтичних та психотерапевтичних підходів до їх лікування [18].

Найбільшою когнітивною зміною було помірне зниження відстроченої пам'яті. Водночас збережені показники мовлення та відносно збережена безпосередня пам'ять у частини пацієнтів можуть розглядатися як ресурси, на які доцільно спиратися під час психологічної допомоги та реабілітації.

Оцінка PSP показала, що у більшості пацієнтів із ПТСР без порушення зору спостерігалися легкі труднощі особистісного та соціального функціонування, однак у третини обстежених вони були вираженими. Отже, навіть за присутності зорового дефіциту ПТСР може суттєво обмежувати повсякденну діяльність, соціальну участь і здатність виконувати звичні ролі. Разом з тим ступінь функціональних порушень не був однаковим у всіх пацієнтів, що підкреслює клінічну неоднорідність ПТСР. Порівняння пацієнтів з ПТСР та порушенням зору з пацієнтами без зорового дефі-

циту, показало, що приєднання посттравматичного порушення зору найбільш виразно відображалось на загальному функціонуванні. Значне зниження PSP свідчить, що зоровий дефіцит посилює труднощі самостійності, мобільності, самообслуговування, соціальної взаємодії та повернення до звичних життєвих і професійних ролей. Наші припущення узгоджуються з висновками про необхідність досліджень, спрямованих на з'ясування особливостей поведінки хворих з ПТСР і порушеннями зору при визначенні ними власних потреб у кваліфікованій допомозі і її характері [8].

У пацієнтів із ПТСР та повною втратою зору визначався вищий рівень депресивної симптоматики порівняно з пацієнтами з ПТСР без порушень зору. Водночас загальних міжгрупових відмінностей за тривогою не встановлено. Це дає підстави припустити, що емоційні зміни, пов'язані з посттравматичним зоровим дефіцитом, більшою мірою пов'язані із депресивними переживаннями, втратою автономності, зміною самооцінки та соціальної ролі, ніж з посиленням тривоги. Тому це може бути в тому числі мішенню психотерапевтичної роботи під час реабілітації.

Когнітивні особливості найбільш виразно проявилися у пацієнтів із ПТСР та повною втратою зору, в яких показники безпосередньої пам'яті та уваги були нижчими, ніж у пацієнтів з ПТСР без порушення зору. Такі зміни можуть ускладнювати концентрацію на інструкціях, переключення між завданнями, орієнтування у складному середовищі, засвоєння нових способів діяльності, процес психотерапії та реабілітації в цілому.

Водночас показники відстроченої пам'яті у пацієнтів з повною втратою зору були вищими, ніж у пацієнтів з неповною втратою зору. Це підтверджує відсутність простого лінійного зв'язку між ступенем зорового дефіциту та погіршенням когнітивних функцій. Можливим поясненням можуть бути сформовані вербальні стратегії запам'ятовування, попередній реабілітаційний досвід, більш систематичне використання компенсаторних навичок.

Збережені вербальні функції можуть бути важливим компенсаторним ресурсом. Саме на них можна спиратися під час психоосвіти, навчання вербально опосередкованим стратегіям запам'ятовування, застосування просторових інструкцій та використання цифрових допоміжних технологій.

Загальний критерій Краскела – Уолліса виявив статистично значущу неоднорідність груп за PCL, однак апостеріорні попарні відмінності не досягли статистичної значущості. Тому нижчі медіанні значення PCL у групах із порушенням зору можна розглядати лише як напрям виявленої тенденції, але не як доведену відмінність між конкретними групами. Разом із тим розбіжність між рівнем PCL і вираженими функціональними обмеженнями може свідчити, що сумарна оцінка симптомів ПТСР не повністю відображає клінічний тягар стану пацієнтів із тяжким сенсорними дефіцитом.

Можна припустити, що при травматичній втраті зору частина клінічних проблем переноситься із суто симптоматичної площини у функціонально-адаптаційну. На перший план виходить залежність від допомоги, обмеження мобільності, труднощі самообслуговування, втрата звичних соціальних ролей і необхідність формування нових способів взаємодії з навколишнім середовищем. Таку зміну співвідношення емоційних, когнітивних, соціальних і функціональних проявів можна розглядати як можливий патоморфоз ПТСР під впливом посттравматичного порушення зору.

Нижчий рівень суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки у пацієнтів з ПТСР та повною втратою зору, ніж у пацієнтів з ПТСР без порушень зору, є клінічно важливим результатом. Соціальна підтримка може впливати на мотивацію до реабілітації, збереження соціальної активності. Водночас суб'єктивне сприйняття підтримки не є тотожним фактичному обсягу побутової допомоги, супроводу чи догляду. Пацієнт може мати постійний супровід або значну побутову опіку, але не сприймати її як достатню емоційну

підтримку. Навпаки, допомога, яка надмірно обмежує самостійність, може посилювати відчуття залежності.

Окреме порівняння пацієнтів з неповною травматичною втратою зору з ПТСР та без ПТСР дало змогу частково відокремити внесок посттравматичного стресового розладу від впливу самого зорового дефіциту. Вищі рівні тривоги й депресії у пацієнтів з ПТСР свідчать, що за однакового ступеня порушення зору саме ПТСР значною мірою формує емоційний компонент клінічного профілю. Нижче суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки може відображати не лише реальний дефіцит допомоги, а й зміну її оцінювання на тлі посттравматичної симптоматики та депресивних переживань.

Порівняння пацієнтів із ПТСР без порушення зору, з неповною та повною травматичною втратою зору показало, що ступінь зорового дефіциту не супроводжувався послідовним погіршенням усіх досліджуваних показників. Це означає, що клінічний стан не можна пояснити лише обсягом залишкового зору. Функціонування пацієнта, ймовірно, залежить також від сформованості компенсаторних навичок, попереднього реабілітаційного досвіду, здатності використовувати допоміжні технології, а також характеру родинного й соціального супроводу.

Відносно кращі значення окремих когнітивних показників у пацієнтів із повною втратою зору порівняно з неповною можуть бути пов'язані з тим, що частина таких пацієнтів вже опанувала навички орієнтування та мобільності, користування тростиною, вербальними підказками та іншими засобами компенсації. Це ще один аргумент на користь необхідності ранньої реабілітації, включення в соціальне життя, що буде ще й активним й ефективним способом тренування когнітивних функцій.

Результати порівняння пацієнтів із неповною втратою зору з ПТСР і без ПТСР показали, що наявність ПТСР найбільш виразно відображалася на тривожній та депресивній симптоматичності. Це дозволяє частково відокремити емоційний внесок ПТСР від безпосереднього впливу зорового дефіциту. За однакового ступеня порушення зору пацієнти з ПТСР можуть мати більші труднощі емоційної регуляції.

Отримані дані обґрунтовують необхідність короткого нейропсихологічного скринінгу пацієнтів з посттравматичним порушенням зору. Останнє узгоджується з думкою, яка вказує на необхідність раннього психіатричного скринінгу і довготривалого моніторингу психічного здоров'я пацієнтів з ПТСР і порушеннями зору [6]. Такий скринінг, на нашу думку, має бути адаптований до сенсорного дефіциту. Доцільно оцінювати слухову увагу, безпосереднє вербальне запам'ятовування, відстрочене відтворення, робочу пам'ять, вербальний виконавчий контроль, планування.

Практична цінність такого обстеження полягає у визначенні готовності пацієнта до тих чи інших кроків реабілітації, в тому числі можливості на даному етапі

психотерапії чи визначення можливого напрямку психотерапії для роботи з конкретним пацієнтом.

Дані дослідження також свідчать про доцільність розроблення адаптованих терапевтичних програм для пацієнтів із ПТСР і травматичним порушенням зору. Частини травмофокусованих методів психотерапії ПТСР також не враховують особливості практичної реалізації при втраті зору, але при наявності адаптації потрібні як ефективні, доказові методи психотерапії. Психологічна реабілітація при втраті зору має включати травмофокусовані адаптовані втручання, навчання орієнтуванню й мобільності, формування компенсаторних стратегій, навчання побутовим навичкам та роботу з родиною. Адже відомо, що основна суть діагностики ПТСР не лише встановити наявність розладу, а визначити індивідуальні особливості перебігу захворювання та оцінити ефективність корекції [19].

Таким чином, посттравматичне порушення зору при ПТСР пов'язане не з рівномірним погіршенням психологічних, когнітивних функцій, а з формуванням специфічного профілю змін. Провідним його компонентом є зниження загального особистісного та соціального функціонування, яке виявилось як при неповній, так і при повній втраті зору. У пацієнтів із повною втратою зору додатково встановлено вищу депресивну симптоматику, нижчі показники уваги, безпосередньої пам'яті та нижче суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки. Водночас вищий показник відстроченої пам'яті при повній порівняно з неповною втратою зору свідчить про нелінійний характер когнітивних змін і можливу роль сформованих компенсаторних стратегій. Отримані результати підтверджують необхідність комплексної оцінки пацієнта, що має включати не лише вираженість симптомів ПТСР, емоційний стан, функціональну самостійність, когнітивну готовність до навчання та психотерапії, але й характер соціальної підтримки і сформованість компенсаторних навичок.

У висновку зазначимо, що перебіг ПТСР на фоні посттравматичного порушення чи втрати зору супроводжується насамперед зниженням особистісного та соціального функціонування, а також вибічковими змінами емоційної та когнітивних сфер. Найбільш виразні відмінності стосувалися депресивної симптоматики, безпосередньої пам'яті, уваги та суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки, причому характер цих змін залежав від ступеня втрати зору й не був лінійним. Отримані результати обґрунтовують необхідність раннього початку комплексної, сенсорно адаптованої оцінки та реабілітації таких пацієнтів з урахуванням емоційного стану, когнітивних можливостей, функціональної самостійності та соціальної підтримки.

Авторський внесок

Бакурідзе Н.Г. – розробка концепції, проектування, проведення дослідження; аналіз та інтерпретація даних, підготовка рукопису; Лунов В.Є. – розробка концепції,

проектування дослідження; аналіз та інтерпретація даних.; Ульянов В.О. – розробка концепції, проектування дослідження; аналіз та інтерпретація даних. Усі автори проаналізували результати та схвалили остаточний варіант рукопису.

Фінансування

Стаття є частиною науково-дослідної роботи за темою «Потенціал генетичної психології в дослідженні взаємодії суб'єктів освітнього простору» № державної реєстрації 0121U107603.

Відмова від відповідальності

Висловлені в представлений статті думки є власними, а неофіційними позиціями установи.

Конфлікти інтересів

Автори не мають жодного дійсного чи потенційного конфлікту інтересів (фінансові, персональні, професійні та інші інтереси), які могли б вплинути на думку щодо предмета чи матеріалів, викладених та обговорених у цьому рукописі.

Заява про дотримання етичних норм

Ця робота була проведена за участю людей. Це дослідження було схвалено локальним комітетом з біоетики «Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України». Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь у дослідженні. Дослідження проводилося відповідно до Гельсінської декларації. Тварини не були включені в це дослідження.

Заява про доступність даних

Дані, отримані та проаналізовані під час цього дослідження, можна отримати у відповідального автора за обґрунтованим запитом.

Список скорочень

ПТСР – посттравматичний розлад; PCL-5 – post-traumatic stress disorder Checklist for DSM-5; HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale; PSP – Personal and Social Performance scale; MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview; RBANS – Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status.

Література

1. Nguyen F, Shetty AK. Post-traumatic stress disorder: pathogenesis, epidemiological characteristics, animal models, and potential therapeutic strategies. *Mil Med Res*. 2026 Dec;13(1):100005. DOI: 10.1016/j.mmr.2026.100005
2. Callahan ML, Rau HK, Wagner AW, Jakupcak M, Golshan S, Storzbach D, Fann JR, Engel D, Pagulayan KF. Cognitively augmented behavioral activation for veterans with comorbid mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2026 Jun;39(3):464-477. <https://doi.org/10.1002/jts.70056>
3. Ucan Gunduz G, Kilincel O, Nizam Tekcan S, Akkaya C, Yalcinbayir O. Psychological Morbidity After Ocular Trauma: Association Between Initial Visual Loss and PTSD. *Diagnostics (Basel)*. 2026 Feb 23;16(4):639. DOI: 10.3390/diagnostics16040639
4. Pasyechnikova NV, Ulianova NA, Sidak-Petretska OS. Reconstructive surgery of combat ocular trauma. *Odesa:*

- Optimum; 2023. <https://reposit.institut-filatova.com.ua/bitstreams/1617c3c2-37c7-4f24-9933-7edbc25fdc88>
5. Ulianova N, Sidak-Petretska O, Bondar N. Outcomes of vitrectomy for chorioretinitis sclopetaria following blast-related ocular trauma. *Int J Retin Vit. Apr* 22;11(1):49. <https://doi.org/10.1186/s40942-025-00674-5>
 6. Elaraby O, Yuan M, Rahimy E, Koo E, Ludwig CA, Mruthyunjaya P, Wai KM. Risk of mental health disorders following traumatic ocular and orbital injury. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2026 Jun;264(6):1873-1880. DOI: 10.1007/s00417-026-07136-0
 7. Bakuridze NG, Lunov VI, Ulianov VO, Ulianova NA. Psychological and neuropsychological status of patients with both blast-related ocular injury and mild traumatic brain injury late after the traumatic event. *Ukr. j. ophthalmol.* [Internet]. 2024 Oct. 29 [cited 2026 Jul. 26];(5):21-6. Available from: <https://ua.ozhurnal.com/index.php/files/article/view/201>. DOI: <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh202452126>
 8. van der Ham AJ, van der Aa HP, Brunen A, Heir T, de Vries R, van Rens GH, van Nispen RM. The development of posttraumatic stress disorder in individuals with visual impairment: a systematic search and review. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2021 Mar;41(2):331-341. DOI: 10.1111/opo.12784
 9. Maurya AP, Arya YK, Maurya RP, Priyanka. Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression in ocular trauma: A systematic review. *Acta Psychol (Amst).* 2026 Jul;267:107120. doi: 10.1016/j.actpsy.2026.107120.
 10. Pieramici DJ, Sternberg Jr, Aaberg TM Sr, Bridges Jr, A Capone Jr et al. A system for classifying mechanical injuries of the eye (globe). The Ocular Trauma Classification Group. *Am J Ophthalmol.* 1997;123(6):820-831. DOI: 10.1016/s0002-9394(14)71132-8
 11. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
 12. Bezsheiko V. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. РМГР [інтернет]. 19, Вересень 2016 [цит. за 19, Липень 2026];1(1):e010108. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
 13. Rabinowitz, J., Opler, M., Rabinowitz, A., Negash, S., Anderson, A., Fu, D., Williamson, D., Kott, A., Davis, L., & Schooler, N. Consistency checks to improve measurement with the Personal and Social Performance Scale (PSP). *Schizophrenia Research*, 228. 2020: 529-533. doi: 10.1016/j.schres.2020.11.040.
 14. Bjelland I., Dahl A., Haug T., & Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52.2. 2002: 69-77. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00296-3.
 15. Агаєв НА, Кокун ОМ, Пішко ІО, Лозінська НС, Остапчук ВВ, Ткаченко ВВ. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ; 2016. 234 с.
 16. McKay C, Wertheimer JC, Fichtenberg NL, Casey JE. The repeatable battery for the assessment of neuropsychological status (RBANS): clinical utility in a traumatic brain injury sample. *Clin Neuropsychol.* 2008 Mar;22(2):228-41. DOI: 10.1080/13854040701260370
 17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню. 13 грудня 2023 р. № 2118.
 18. Zborovska O, Rodina N, Dorokhova O, Kolesnichenko V, Ambartsumian V. Current interdisciplinary approaches to the diagnosis of stress-related disorders: designing a study and developing the protocol for an experiment with the EyeLink 1000 Plus eye tracker. *Ukr. j. ophthalmol.* [Internet]. 2025 Jan. 6 [cited 2026 Jul. 26];(6):40-7. Available from: <https://ua.ozhurnal.com/index.php/files/article/view/228> DOI: <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh202464047>
 19. Danyk YuG, Zborovska OV. Instrumental detection and diagnosis of stress-associated and posttraumatic stress disorders. *Odeskyi medychnyi zhurnal.* 2019;1(171):61-65. (In Ukrainian). Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Omj_2019_1_11.