

сивними болевими ощущениями, напрямую не связанными с совершаемым суицидом. Мы предполагаем, что в этой ситуации мишенью болевых ощущений является специфическая дереализация, которая отмечается у больных перед совершением суицида. Отмечена отсрочка и в ряде случаев переосмысление намерения реализации суицидальных намерений.

Настоящее сообщение является предварительным. Нами планируется дальнейшее комплексное (неврологическое, психопатологическое, психодиагностическое, электрофизиологическое) изучение болевой чувствительности, ощущения и восприятия боли у больных алкогольной зависимостью в динамике (алкогольное опьянение — состояние отмены — ремиссия) и их влияние на суицидальное поведение.

УДК 616. 89:612.843.7-071

**І. В. Лінський, Л. Ф. Шестопалова,  
М. М. Денисенко, О. О. Бородавко**  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України», м. Харків

### **Механізми сприйняття підпорогових аудіовізуальних стимулів в процесі психодіагностики**

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної психології є вивчення неусвідомлених психічних проявів. Треба зазначити, що ця проблема не є новою, її дослідженню присвячена значна кількість наукових робіт. Однак, незважаючи на це, багато її аспектів залишаються невизначеними. Зокрема, недостатньо вивченими є закономірності та механізми функціонування неусвідомлюваних психічних проявів, їх роль у реалізації психічної діяльності, характер їхнього зв'язку з усвідомлюваними психічними процесами та ін.

Перші експерименти, спрямовані на вивчення неусвідомлюваного сприйняття, являли собою спроби виявити порогову різницю між двома індикаторами, один з яких — показник усвідомлення стимулу, інший — показник підпорогового (щодо усвідомлення) ефекту цього стимулу.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей сприйняття підпорогових візуальних вербальних стимулів (типу «25 кадр») з різним рівнем емоційної значущості.

Основним напрямком нашої роботи було визначити порогові сприйняття візуальних вербальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості; дослідити порогові сприйняття візуальних вербальних стимулів залежно від характеру їх емоційного забарвлення (позитивного та негативного); вивчити зв'язок між підпороговим пред'явленням слів-стимулів та ефективністю їх репродукції.

У дослідженні взяли участь 40 осіб віком від 17 до 21 року (середній вік становив  $18,58 \pm 0,16$  роки). Серед них було 6 (15,00 %) чоловіків та 34 (85,00 %) жінки.

Досліджено порогові сприйняття візуальних вербальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості та характером їх емоційного забарвлення. Пороги упізнання емоційно нейтральних слів в середньому становлять ( $32,84 \pm 1,49$ ) мс; позитивних — ( $24,81 \pm 1,14$ ) мс; негативних — ( $27,04 \pm 1,22$ ) мс. Існує зв'язок між порогоми упізнання візуальних вербальних стимулів та рівнем їх емоційної значущості. Пороги упізнання емоційно значущих слів достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчі, ніж нейтральних.

В умовах тахістоскопічного пред'явлення неусвідомлюваних вербальних стимулів формується певний перцептивно-мнестичний слід, який одразу ж набуває певного семантичного змісту та певного рівня суб'єктивної значущості.

Визначено зв'язок між підпороговим пред'явленням візуальних вербальних стимулів та ефективністю їх вгадування серед інших, наочно представлених слів. Показано, що усереднена відносна частота визначення всіх слів-стимулів, що попередньо демонструвались у підпороговому діапазоні, перевищувала частоту вгадування інших слів на 96,46 % ( $p = 0,0006$ ).

Отримані результати можуть служити підґрунтям для подальшого вивчення механізмів та закономірностей функціонування неусвідомлюваних психічних процесів.

УДК 616.89-008.441.13-06-08

**Н. М. Лісна, О. В. Бараненко**  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України», м. Харків

### **Оптимальний терапевтичний альянс як основний чинник ефективності лікування алкогольної залежності та співзалежності**

Останніми роками поширеність алкогольної залежності в Україні залишалася на стабільно високому рівні. Однак, враховуючи негативну динаміку економічного та соціального становища, тривалий військовий конфлікт, з'явлення проблеми біженців та мігрантів, можна упевнено припустити, що рівень алкоголізації населення надалі буде неухильно збільшуватися. Тому питання щодо розроблення методів лікування осіб з алкогольною залежністю та надання адекватної медико-психологічної допомоги їх співзалежним родичам залишаються у вітчизняних наукових дослідженнях пріоритетними.

Як свідчать результати численних клінічних досліджень, близько 75 % осіб, залежних від психоактивних речовин, починаючи той чи інший вид лікування, припиняють його до закінчення терапевтичного курсу або ігнорують рекомендації лікаря продовжувати прийом ліків і відвідувати групи реабілітації та взаємодопомоги. Відомо також, що близько 50 % всієї інформації, отриманої від лікаря, хворі, як правило, не запам'ятовують, а в 30 % випадків помилково сприймають лікарські рекомендації. З іншого боку, є достатньо даних про те, що довіра до лікаря, терапевтичний стиль спеціаліста, спрямований на співпрацю та врахування потреб і особливостей конкретного пацієнта, — більш ніж на 80 % визначають прихильність хворого до лікування та зумовлюють позитивні ефекти терапії. Отже, в ході лікувально-реабілітаційного процесу терапевтичні відносини виступають як основний дійовий та лікувальний чинник. Більш того, прихильниками доказової медицини було запропоновано термін «*evidence-based therapy relationship*» (2011), або доказові терапевтичні відносини, які розглядаються як важливий показник належної медичної допомоги.

Слід зазначити, що на сучасному етапі в протиалкогольній терапії набуває все більшого значення особистісно-орієнтований підхід, що дозволяє розглядати пацієнта не тільки як об'єкт терапевтичного впливу, але і як суб'єкта лікувального процесу, який спільно з лікарем визначає терапевтичну мету та приймає рішення про способи її досягнення. Такий підхід потребує наукового розроблення методів оптимізації терапевтичного альянсу, тобто взаємовідносин між спеціалістом (наркологом,

психологом), пацієнтом з алкогольною залежністю та його співзалежними родичами в умовах сучасної реформи наркологічної служби і впровадження принципів партнерства.

Дослідження, проведені раніше у відділі медичної психології ДУ ІНПН НАМН України, довели важливість врахування значущих психологічних характеристик основних учасників лікувального процесу та необхідність впровадження спеціальних дій, спрямованих на корекцію мотиваційних утворень і поведінкових стратегій хворих неврологічного профілю, які впливають на загальну ефективність лікувально-реабілітаційної програми.

Виходячи з вищезазначеного, розроблення та впровадження індивідуалізованих алгоритмів психотерапевтичного і психокорекційного втручання, спрямованих на оптимізацію терапевтичного альянсу в рамках лікування осіб з алкогольною залежністю та співзалежністю складе умови для довгострокового послідовного ведення хворих, підвищення якості їхнього життя та досягнення максимально можливого соціального пристосування. Цей підхід можливо реалізувати тільки на підставі поглибленого аналізу психологічних феноменів та процесів, які відбуваються під час протиакольного лікування і виступають як детермінанти терапевтичного альянсу.

УДК 616-003.96:362.1(477.61)(477.62)

*В. М. Лісовий, В. А. Капустник,  
В. Д. Марковський, М. М. Хаустов, К. В. Дмитрієнко,  
В. М. Сінайко, І. В. Завгородній*  
Харківський національний медичний університет, м. Харків  
**До проблеми соціально-психологічної адаптації  
студентів першого курсу ХНМУ — мешканців  
Луганської та Донецької областей**

Розвиток збройного протистояння на Сході України призвів до виникнення численних психологічних проблем серед мешканців частини Донецької та Луганської областей, багато з яких були вимушені залишити свої домівки та переїхати на іншу територію України. В особливо несприятливих умовах перебувають особи молодого віку, які опинилися у вирі подій військового конфлікту або мають родичів чи знайомих, що залишилися на окупованих територіях. Ми вважаємо, що саме ці люди потребують найбільш уважного ставлення з боку психологічної служби для своєчасного виявлення та корекції можливих розладів соціально-психологічної адаптації.

З метою оцінки ступеня соціально-психологічної адаптації студентів нами було обстежено 146 осіб — мешканців Донецької та Луганської областей, які вступили на 1-й курс Харківського національного медичного університету. Було використано такі методики: Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), методика дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса — Р. Даймонда, шкала депресивності Бека, Міссісіпська шкала.

У ході роботи було визначено маркери порушення психічного здоров'я у студентів внаслідок перенесення бойових дій: труднощі концентрації уваги на практичних заняттях унаслідок вираженої тривоги, неспокою, страху, напруженості, надмірної стурбованості та пригніченості; невпевненість у собі, похмурі передчуття, уникання всього (дій, розповідей одногрупників, малюнків в соціальних мережах), що може викликати в пам'яті психотравмуючу ситуацію; жахливі сновидіння та нав'язливі спогади про

пережиті психотравмуючі події, безсоння (за розповіддю досліджуваних); генералізована тривога, неконтрольована злість, депресія, підвищена збудливість; прагнення до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом (особливо при бесідах інших людей про бойові дії), наявність флешбеків.

На нашу думку, у роботі з даною категорією студентів треба враховувати особливості їх психологічного стану в педагогічному процесі. Порушення адаптації, депресивні тенденції, агресивність, складності у встановленні контакту з іншими особами, недостатність мотивації, втомлюваність можуть впливати на навчальний процес та готовність студентів-першокурсників навчатися, сприймати нову інформацію, адаптуватися до вимог вищого навчального закладу.

Необхідно проводити індивідуальну та групову психологічну роботу, спрямовану на встановлення довіри зі студентами, допомогу у переборюванні травми, зняття депресивних симптомів та тривожності, роботу з агресією.

У комунікації між викладачем та студентами треба уникати оцінювання особистості студента, його політичних, релігійних, національних, сексуальних уподобань, у цій ситуації можлива лише об'єктивна оцінка знань студента.

Важливим є довірчий контакт між куратором групи й студентами, їх можливість звернутися до викладача за порадою, консультацією.

Крім того, може стати корисним контакт між куратором групи та батьками студентів, що дозволить краще розуміти стан молодих осіб, їх потреби.

Окрім навчального процесу, треба звернути увагу на можливість задіяти студентів у різних наукових проєктах за їх бажанням, творчих заходах, що дозволяють розвивати не тільки професійні, але й особистісні властивості.

УДК 616.89-008.441.13-053.36-008.447

*І. Ю. Лобанов*  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України», м. Харків  
**Гормонально-тестикулярний стрес — як механізм  
фіксації алкогольної залежності в підлітковому віці**

Як відомо, стрес є чинником 70—80 % усіх сучасних захворювань. Хронічні стреси виникають на тлі та при участі станів збудження (як відповідь на гіперстимуляцію зростаючою кількістю, глобальністю та швидкістю змін); напруженістю (яка спрямована на стримування збудження та активних реакцій, відповідно до вимог сучасного суспільства; постійного (усвідомленого або несвідомого) «програвання» невирішених ситуацій та їх «пожвавлення» у відповідних актуальних ситуаціях.

Усьому вищезазначеному відповідають соціально-психологічні, особистісні та біологічні (гормонально-метаболичні, нейрофізіологічні та ін.) зміни у підлітків в період пубертатної кризи. Тому є цілком вірогідним вважати, що саме глобальні кризові змінення функціонування організму, які відбуваються у пубертаті, є тим чинниковим механізмом, який ініціює «адиктивний потенціал» підлітка та фіксує у нього адиктивні розлади. Цей тезис і відповідає меті нашого дослідження.

*Стресор* — це зовнішні і/або внутрішні фізичні (температура, запалення та ін.), і/або психічні (роздуми, інформаційне перенавантаження тощо), і/або метаболічні (гормональні) змінення, які виводять організм