

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; жакливі 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

із рівноваги, і викликають фізіологічну відповідь (*stress*), яка спрямована на відновлення рівноваги (гомеостазу). Стрес спричиняє складну ланцюгову реакцію з боку мозку, психіки, особистості, організму, поведінки, метаболічних процесів і може бути цілющим, а може досягати патогенного значення.

Комплексне патопсихологічне, гормональне та нейрофізіологічне дослідження 176 підлітків віком 15—17 років на різних етапах алкоголізації\* та 56 хворих на алкогольну залежність (АЗ) віком 20—33 роки (V група), які вживають алкоголь з пубертатного періоду, дозволило одержати переконливі дані щодо поставленої мети.

*Перше:* Виникнення АЗ у підлітків з негативними наслідками органічного ураження мозку в перинатальний період онтогенезу (тобто з високою адиктивним потенціалом) відбувається на тлі та при участі фізіологічного пубертатного підвищення вмісту тестостерону (Тс) в крові, яке так і не досягає вікової норми (60—70 % від норми) та складних перебудов, що відбуваються в організмі (I, II групи).

*Друге:* Цей «тестикулярний виклик» (*stress*) супроводжується відповідним підвищенням в крові вмісту кортизолу — Корт. (на 26—36 %), що відповідає за виникнення стану напруження (синдрому напруженої адаптації) (I, II групи).

*Третє:* Усе вищезазначене потребує захисної поведінки і ініціює виникнення інтересу у підлітка до вживання алкоголю, появу досвіду такого вживання (II група).

*Четверте:* Регулярне вживання етанолу підлітками III та IV груп — цієї «протоплазматичної отрути» та наркотичної речовини, деформує усі метаболічні, нейрофізіологічні, психічні та інші процеси в організмі підлітка, супроводжується вираженими затримками і розладами сомато-статевого та особистісного дозрівання.

*П'яте:* Водночас, в III та IV групах вживання алкоголю знижує екскрецію Тс в організмі, що автоматично підвищує активність гіпофізу і стимулює суттєві якісні перебудови, насамперед, в ендокринній системі: в центральних та периферичних ланках, у їх взаємозв'язках, а також — у чутливості тканин до чоловічих та жіночих гормонів; підвищене виділення деяких інших гормонів, зокрема альдостерону («гормону спраги»), гормонів «щастя» та ендорфінів.

*Шосте:* Усе вищезазначене «притуплює» вираженість загальної неспецифічної реакції на пубертатно-гормональний (тестикулярний) стрес, що відображається зниженням вмісту в крові у підлітків III, IV груп кортизолу (на 20—25 %), чутливості тканин до нього.

*Сьоме:* Як специфічне гормональне підґрунтя в усіх досліджених (I—V групи) спостерігалися високі значення вивільнення прогестерону (Пс) — в 5—8 разів вище, ніж в нормі, що можна віднести до специфічних характеристик дослідженого контингенту з наявністю в анамнезі перинатальної церебральної патології.

*Восьме:* В групі досліджених, хворих на АЗ II стадії, віком 20—33 роки, з більш великим стажем зловживання алкоголем (V група) спостерігаються і більш суттєві токсичні ефекти, в т. ч. подальше зниження рівня Тс, підвищення вмісту естрадіолу, затримки та якісні порушення сомато-статевого дозрівання з формуванням інфантильних, макроскельних, жіночих, євнухійдних та інших морфотипів, виникнення розладів статево-рольо-

вої ідентифікації, неспроможність до шлюбно-сімейних відносин тощо.

*Дев'яте:* Усе вищезазначене найбільш вагомо виявляється у співвідношеннях гормонів. Так, коефіцієнт Корт./Тс був вище норми в I та II групах на 46 % та 60 %, відповідно. В III, IV, V групах він досяг норми, фіксуючи новий «алкогольно-спотворений» гомеостаз в організмі. Коефіцієнт Тс/Пс в I групі був нижче норми в 10 разів і проявляв лише тенденцію збільшення в бік норми в III—V групах. Коефіцієнт Тс/Ас був в 1,5—5 разів нижче норми в I—III групах і, різноспрямовано, наближався до норми в IV та V групах.

Стан гормонального, нейрофізіологічного та особистісного незабезпечення гармонії сомато-статевого дозрівання, синдромологія напруженої адаптації (*stress*) у осіб з наявністю перинатальної церебральної патології в анамнезі і є тими біологічними механізмами, які ініціюють інтерес підлітка до вживання алкоголю і на які нашаровується стан залежності. Ці механізми інтегрують та фіксують численні адаптивні зміни на всіх рівнях гомеостазу. Унаслідок наростаючої алкогольної інтоксикації, ці механізми, закономірно, фіксують і стан залежності від алкоголю, як один із параметрів нової функціональної системи.

Усі складності лікування станів АЗ, висока резистентність хворих до лікування, ймовірно обумовлені тим, що процес порушеного сомато-статевого дозрівання, формування сексуальності, прагнення до насолоди і синдром залежності — складають єдине, неподільне ціле.

УДК 613.816:616.45-001.1/3-008.441.44-08

*А. В. Малихін, М. Ф. Посохов,  
О. О. Васильєва, Н. А. Малихін*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України», м. Харків*

#### **Застосування фотонної терапії в комплексному лікуванні посттравматичного стресового розладу у вигляді аутодеструктивної поведінки (суїцидальні наміри) у хворих з синдромом залежності від алкоголю**

Останнім часом на Україні відбувалось багато екологічних, соціальних небезпечних подій, окремих військових конфліктів, які чинили психотравмуючий вплив на всі верстви населення, що приводило до розвитку різноманітних посттравматичних стресових розладів. Однією з найбільш уразливих груп ризику до посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та розладів адаптації (РА) виявились хворі з синдромом залежності від алкоголю. Коморбідна психопатологічна патологія при синдромі залежності від нейротропних речовин (у т. ч. алкоголю) у вигляді депресивної та суїцидальної поведінки хворого на біохімічному рівні пов'язується з порушенням метаболізму серотоніну та дофаміну на рівні катехоламінової нейромодуляції в мезолімбічних структурах мозку та нейротрофічного фактора (BDNF — *brain-derived neurotrophic factor*, 1987 р.). BDNF — це білок з молекулярною масою 13 кілоДальтон, який належить до класу цитокінів, сімейства факторів росту і підроддини нейротрофінів; експресується в гліальних і, переважно, у нейрональних клітинах. BDNF відіграє важливу роль у розвитку і функціонуванні ЦНС і має істотне значення в розвитку різних патологічних станів.

Мета роботи: розробити нові комплексні методи лікування наркологічних хворих з депресивними станами та профілактики суїцидальної поведінки, провести оцінку терапевтичного ефекту фотонної терапії апаратом

\* I група — не знайомі зі смаком алкоголю; II група — особи, що епізодично вживають спиртне; III — підлітки, які регулярно споживають алкоголь, але без ознак залежності; IV — особи з I стадією АЗ.