

І. В. Лінський, Л. Ф. Шестопалова, В. Л. Луцук, І. В. Войтенко

ОЦІНЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ СУБСЕНСОРНОГО ВПЛИВУ
ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ХВОРИМИ
НА СТРЕС-АСОЦІЙОВАНІ РОЗЛАДИ

I. V. Linskiy, L. F. Shestopalova, V. L. Lutsyk, I. V. Voitenko

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF A SUBSENSORY STIMULATION METHOD
IN PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF PATIENTS WITH STRESS-ASSOCIATED DISORDERS

Ключові слова: психокорекція, субсенсорний вплив, стрес-асоційовані розлади, особистість, резильєнтність, якість життя

Keywords: psychocorrection, subsensory intervention, stress-associated disorders, personality, resilience, quality of life

Мета дослідження: апробація та оцінення ефективності методики субсенсорного психокорекційного впливу для проведення психокорекційної роботи зі хворими на стрес-асоційовані розлади. Ми створили спеціальну методику субсенсорного психокорекційного впливу, яка базується на використанні швидкоплинних субсенсорних зорових стимулів. Обстежено 114 хворих з різними клінічними формами стрес-асоційованих розладів (F43.1; F43.21; F43.22; F43.25 за МКХ-10), основну групу становили 34 хворих, у групу порівняння увійшли 80 пацієнтів. Пацієнти основної групи отримували разом з лікуванням та реабілітацією відповідно до чинних клінічних протоколів сеанси комплексного субсенсорного впливу, пацієнтам групи порівняння субсенсорну стимуляцію не проводили. Для оцінення ефективності субсенсорного психокорекційного впливу проведено психодіагностичне обстеження до початку психокорекції та після її завершення. Застосовували психодіагностичні методики: Опитувальник гострої реакції на стрес, Тест Спілбергера — Ханіна, Госпітальна шкала депресії та тривоги, Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій, Тест визначення розладів внаслідок вживання алкоголю, Шкала стійкості до стресу Коннора — Девідсона, Загальне сприйняття якості життя Дж. Е. Мецзіча. Наприкінці курсу лікування у пацієнтів обох груп відзначено позитивну динаміку практично за усіма клініко-психологічними характеристиками, але в основній групі за низкою ключових показників встановлено більш суттєві зміни. Отже, під впливом субсенсорної психокорекції у пацієнтів відбувалося статистично достовірне зниження вираженості тривожної симптоматики, посилення стресостійкості та здатності до подолання стресів у конструктивні способи, поліпшення якості життя та зменшення ризиків зловживання алкоголем.

The aim of the study was to test and evaluate the effectiveness of a subsensory psychocorrectional intervention method used in psychocorrectional work with patients with stress-associated disorders. We developed a specialised method of subsensory psychocorrectional intervention based on the use of rapidly presented subsensory visual stimuli. A total of 114 patients with various clinical forms of stress-associated disorders (F43.1, F43.21, F43.22, and F43.25) were examined. The main group comprised 34 patients, while the comparison group included 80 patients. In addition to treatment and rehabilitation provided in accordance with existing clinical protocols, patients in the main group received sessions of comprehensive subsensory intervention, whereas patients in the comparison group did not receive subsensory stimulation. To evaluate the effectiveness of the subsensory psychocorrectional intervention, psychodiagnostic assessments were conducted before the initiation of psychocorrection and after its completion. The following psychodiagnostic instruments were used: the Acute Stress Reaction Questionnaire, the Spielberger–Khanin State-Trait Anxiety Inventory, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Mississippi Scale for the Assessment of Post-Traumatic Reactions, the Alcohol Use Disorders Identification Test, the Connor–Davidson Resilience Scale, and the General Perception of Quality of Life measure. Upon completion of the treatment course, positive changes in virtually all clinical and psychological characteristics were observed in patients in both groups; however, more substantial changes in several key indicators were found in the main group. Thus, under the influence of subsensory psychocorrection, patients demonstrated a statistically significant reduction in the severity of anxiety symptoms, increased resilience to stress and an enhanced ability to cope with stress in constructive ways, improved quality of life, and reduced risks of alcohol misuse.

Вже понад 4,5 роки все населення України перебуває в умовах довготривалого масового стресу війни, що критично підвищило попит на масштабовані інструменти психологічної допомоги різним

групам людей [1; 2]. Зростання поширеності стрес-індукованих психічних розладів також детермінує пошук інноваційних підходів до їх ранньої діагностики та лікування, здатних доповнювати традиційні клінічні моделі допомоги [3; 4]. Останнім часом в медичній психології сформувався науковий напрям

щодо дослідження субсенсорних процесів та можливостей їх застосування для психокорекції та психодіагностики [5; 6]. Основними напрямками практичного впровадження таких наукових розробок в медицині та психології є удосконалення системи надання психологічної допомоги хворим на ґрунті впливу субсенсорної стимуляції. Вирішення цих складних питань потребує, насамперед, створення спеціальних експериментально-психологічних методик субсенсорного впливу.

На ґрунті результатів раніше виконаних досліджень ми встановили нові теоретико-концептуальні дані щодо закономірностей функціонування неусвідомлюваних перцептивно-інформаційних процесів, а саме: вперше виокремлено, об'єктивізовано та концептуалізовано два нові психологічні явища: 1) ефект перцептивно-мнестичної фіксації субсенсорних вербальних стимулів та 2) ефект спрямованого впливу неусвідомлюваних стимулів на процеси утворення асоціативних реакцій. Перший ефект полягає в сукупності неусвідомлюваного сприйняття, мимовільного запам'ятовування, подальшої ретенції і підвищеної значущості стимулів, демонстрованих з індивідуально-підпороговою експозицією. Ефект спрямованого позитивного впливу неусвідомлюваних стимулів на процеси утворення асоціативних реакцій полягає в достовірно частішому виникненні позитивно забарвлених словесних асоціацій з супрасенсорним стимулом [5; 6]. Також визначені властивості неусвідомлюваного сприйняття та слідової значущості субсенсорних вербальних стимулів та семантичні складники мимовільних перцептивно-інформаційних процесів у пацієнтів з різними формами афективних розладів. Ці ефекти виявляються і підтверджуються на психофізіологічному рівні як у хворих, так і у здорових осіб, тобто належать до найбільш універсальних, сталих і тривких інформаційно-перцептивних механізмів неусвідомлюваного рівня та являють собою основну форму перебігу субсенсорних процесів [7].

Ці дані утворили теоретико-методичне підґрунтя для створення персоніфікованих психокорекційних програм з використанням ефектів спрямованого субсенсорного впливу. З цією метою на попередніх етапах вивчення проблеми субсенсорних процесів та їхнього впливу на різні складники психічної діяльності людини ми розробили спеціальну експериментально-психологічну методику комплексного зоро-перцептивного субсенсорного психокорекційного впливу [8]. Проведено апробацію цієї методики для психокорекційної роботи з пацієнтами з різними формами депресивних розладів [9]. В процесі психокорекції встановлено достовірне зростання резильєнтності, редукцію депресивної та тривожної симптоматики, оптимізацію системи самооцінювання, зменшення фаталістичного ставлення до сьогодення та поліпшення сприйняття

власного майбутнього [9]. Водночас апробація цієї методики показала, що вона потребує певного удосконалення як в змістовній її частині, тобто в стимульному матеріалі, так і в алгоритмах застосування. Також потрібно оцінити можливість її використання та ефективність психокорекційного впливу в інших клінічних групах хворих, передусім, у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами.

Мета дослідження: апробація та оцінення ефективності методики субсенсорного психокорекційного впливу для проведення психокорекційної роботи зі хворими на стрес-асоційовані розлади.

Обстежено 114 хворих на різні форми стрес-асоційованих розладів (F43.1; F43.21; F43.22; F43.25 за МКХ-10), які становили дві групи: 34 пацієнти — основна група дослідження, 80 пацієнтів — група порівняння. В основній групі було 24 (70,59 % $\pm$ 7,81 %) чоловіки та 10 (29,41 % $\pm$ 7,81 %) жінок, середній вік дорівнював (39,38 $\pm$ 1,94) років, в групі порівняння — 62 (77,50 % $\pm$ 4,67 %) чоловіки та 18 (22,50 % $\pm$ 4,67 %) жінок, $p = 0,292$, середній вік — (39,83 $\pm$ 1,18) років, $p = 0,423$. Загалом, за основними соціально-демографічними ознаками основна група і група порівняння були гомогенними.

Пацієнти основної групи отримували лікування в умовах психіатричного стаціонару відповідно до чинних клінічних протоколів та настанов МОЗ з включенням до лікувально-реабілітаційного процесу спеціальної методики субсенсорного психокорекційного впливу (МСПВ) [10]. Пацієнтів групи порівняння лікували за стандартними схемами, тобто технологію субсенсорної психокорекції у них не застосовували.

З метою виконання поставлених завдань використані методи теоретичного аналізу, психодіагностичний, експериментально-психологічний, математико-статистичний. Психодіагностичний метод реалізовано за допомогою методик: Опитувальник гострої реакції на стрес (SASRQ) [11; 12], Тест Спілбергера — Ханіна [13; 14], Госпітальна шкала депресії та тривоги (HADS) [15; 16], Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD) [17], Тест визначення розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT) [18], Шкала стійкості до стресу Коннора — Девідсона (CD-RISC) [19; 20], Загальне сприйняття якості життя (за Mezzich) [21; 22]. Здобуті емпіричні дані обробляли із застосуванням релевантних загальноприйнятих методів статистичного аналізу та за допомогою програмного пакету STATISTICA ver. 10 [23].

На ґрунті отриманих результатів наукових досліджень та апробації й удосконалення раніше розроблених власних технологій субсенсорної стимуляції ми створили нову методику субсенсорного психокорекційного впливу [24]. Потрібне обладнання — персональний комп'ютер стандартної десктоп-архітектури з двома маніпуляторами та двома моніторами з максимальною частотою оновлення

екрану 144 Гц (144 кадри на секунду). Методика передбачає використання швидкоплинних субсенсорних зорових стимулів, тобто деякі експоновані на екрані слова потрапляють на сітківку ока водночас із таргетним (ключовим) супрасенсорним словом, але, на відміну від останнього, не встигають усвідомлюватися на рівні розпізнавання й осмислення через особливості їх графічного подання. Використовують шість стимульних відеофрагментів, абсолютно однакових за тривалістю та розкадруванням, але записаних з різною частотою чергування кадрів (від 144 fps до 40 fps).

Методика субсенсорного психокорекційного впливу передбачає проведення трьох окремих послідовних сеанси, які відрізняються за стимульним матеріалом (таргетні та субсенсорні слова), характером їх пред'явлення і розташуванням одне відносно одного на екрані, наявністю та видом маскування стимулів, а також заданою траєкторією руху зорового фокуса пацієнта. Тривалість експозиції таргетного слова дорівнює тривалості поодинокого кадра в черговому відео (7,0 мс, 8,3 мс, 10,0 мс, 12,5 мс, 16,7 мс, 25,0 мс).

Безпосередньою мішенню психокорекції були психосемантичні концепти найбільш загальних категорій часу, тобто поняття «майбутнє» та «сьогодення», а субсенсорно пред'являли позитивні вербальні стимули, що формують позитивні асоціації з таргетним поняттям. Крім того, психокорекційний вплив було спрямовано на емоційні порушення, дезадаптивні поведінкові зміни, самооцінку та інші особистісні параметри хворих на стрес-асоційовані розлади, а також на цілісні індивідуальні хроноперцептивні структури [25]. Для оцінювання ефективності субсенсорного психокорекційного впливу проведено психодіагностичне обстеження пацієнтів обох груп в динаміці: до початку психокорекції та після її завершення (табл. 1).

Актуальний стан пацієнтів на початку лікування характеризувався вираженими проявами гострої стресової реакції: показник за Опитувальником SASRQ в основній групі становив $(93,15 \pm 4,37)$ балів, в групі порівняння — $86,76 \pm 2,60$, $p = 0,106$ (значення за SASRQ 0—39 балів відповідають низькому рівню стресової симптоматики, 40—56 — помірно, 57 і вище — високому рівню). Емоційний стан хворих характеризувався високим рівнем ситуативної тривожності ($55,41 \pm 1,92$ та $55,01 \pm 0,98$ балів, $p = 0,427$) в поєднанні з високими значеннями особистісної тривожності ($53,82 \pm 1,74$ та $52,58 \pm 0,83$, $p = 0,259$) (за даними тесту Спілбергера — Ханіна, де значення 20—30 балів відповідають низькому рівню ситуативної і особистісної тривожності, 31—45 — середньому, 46 та більше — високому). Результати, отримані за тестом Спілбергера — Ханіна, підтверджені даними за HADS. Рівень загальної тривоги у пацієнтів основної групи становив $(13,47 \pm 0,65)$ балів, а у пацієнтів групи порівнян-

ня — $(12,44 \pm 0,35)$ балів ($p = 0,082$), що свідчить про наявність клінічно значущих тривожних порушень (значення за HADS 0—7 балів відповідають нормативним показникам, 8—10 балів — проміжний стан, 11 балів і вище — клінічно значущі зміни). Відповідно, показник депресії дорівнював $(11,18 \pm 0,66)$ балів та $(10,16 \pm 0,34)$ балів, ($p = 0,086$), що також відповідає клінічно значущим симптомам депресії.

На початку лікування середня загальна вираженість постстресової симптоматики за шкалою М-PTSD становила $(105,15 \pm 3,76)$ балів у пацієнтів основної та $(103,88 \pm 1,80)$ балів у пацієнтів групи порівняння, $p = 0,380$ (див. табл. 1), що відповідає рівню клінічно значущих стрес-асоційованих порушень, адже показники перевищують 97 балів. Зазначені порушення проявлялись симптомами вторгнення $(28,35 \pm 1,18)$ і $(27,89 \pm 0,70)$ балів, $p = 0,368$; уникання $(43,50 \pm 1,51)$ і $(43,04 \pm 0,67)$, $p = 0,390$; гіперактивності $(21,21 \pm 1,01)$ і $(20,88 \pm 0,43)$, $p = 0,382$; провини та аутоагресії $(12,09 \pm 0,69)$ і $(12,08 \pm 0,38)$, $p = 0,493$.

За допомогою Шкали стійкості до стресу Коннора — Девідсона (CD-RISC) досліджено феномен психологічної резильєнтності як особистісної властивості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі життєві періоди у конструктивні способи. Під час першого обстеження рівень резильєнтності становив $(56,62 \pm 3,31)$ балів в основній групі та $(55,86 \pm 1,64)$ балів у групі порівняння (див. табл. 1). Аналіз отриманих показників резильєнтності свідчить, що у пацієнтів обох груп вони відповідають рівню низької стресостійкості (значення 0—59 балів — низький рівень стресостійкості, 60—79 — середній рівень, 80—100 — високий). Отже, у обстежених пацієнтів виявлений суттєвий дефіцит конструктивних ресурсів, потрібних для подолання різних стресових ситуацій.

Рівень значущості проблем, пов'язаних з вживанням алкоголю (за тестом визначення розладів внаслідок вживання алкоголю AUDIT), у пацієнтів основної групи дорівнював $(6,85 \pm 1,65)$ балів, у групі порівняння — $(4,82 \pm 0,60)$, $p = 0,125$ (див. табл. 1). Отже, в обох групах вживання алкоголю характеризувалося низькими ризиками розвитку залежності та було в межах умовної норми (за тестом AUDIT значення 0—7 балів — низький ризик, 8—15 — помірний ризик, більше за 15 — високий).

Оцінка якості життя за шкалою Mezzich у обстежених пацієнтів здебільшого відповідала межах «нижче середнього» — $(3,79 \pm 0,35)$ та $(4,45 \pm 0,19)$ балів, $p = 0,053$ (див. табл. 1).

Узагальнення отриманих результатів дає змогу стверджувати, що основні клініко-психологічні показники пацієнтів обох груп до початку лікування за даними психодіагностичного обстеження були практично ідентичними і достовірно не відрізнялися за жодним середньогруповим параметром.

Таблиця 1. Характеристики стану обстежених пацієнтів із груп з та без методики субсенсорного психокорекційного впливу на початку і наприкінці стаціонарного лікування, а також показники ефективності проведеної терапії

Діагностичний інструмент (частина тесту, шкали)		Характеристики						Ефективність терапії:					
		на початку лікування, бали			наприкінці лікування, бали			різниця «до — після», бали			різниця «до — після», %		
		з МСПВ	без МСПВ	<i>p</i>	з МСПВ	без МСПВ	<i>p</i>	з МСПВ	без МСПВ	<i>p</i>	з МСПВ	без МСПВ	<i>p</i>
Опитувальник (SASRQ)		93,15 ± 4,37	86,76 ± 2,60	0,106	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Тест Спілбергера — Ханіна	Шкала ситуативної тривоги	55,41 ± 1,92	55,01 ± 0,98	0,427	48,09 ± 2,11	50,77 ± 1,00	0,126	7,32 ± 1,66	4,31 ± 1,15	0,069	12,39 ± 3,09	6,40 ± 1,97	0,052
	Шкала особистісної тривожності	53,82 ± 1,74	52,58 ± 0,83	0,259	50,38 ± 1,73	50,76 ± 0,68	0,419	3,44 ± 1,11	1,77 ± 0,70	0,103	5,79 ± 2,02	2,49 ± 1,21	0,082
Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)	Субшкала тривоги	13,47 ± 0,65	12,44 ± 0,35	0,082	10,32 ± 0,86	10,46 ± 0,35	0,442	3,15 ± 0,62	1,88 ± 0,40	0,043	23,86 ± 5,04	11,24 ± 3,15	0,018
	Субшкала депресії	11,18 ± 0,66	10,16 ± 0,34	0,086	9,44 ± 0,77	9,35 ± 0,32	0,457	1,74 ± 0,53	0,91 ± 0,34	0,096	13,71 ± 7,07	3,30 ± 4,39	0,107
Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD)	Кластер вторгнення	28,35 ± 1,18	27,89 ± 0,70	0,368	25,97 ± 1,37	25,77 ± 0,63	0,448	2,38 ± 1,03	1,84 ± 0,47	0,316	7,57 ± 3,45	5,20 ± 1,72	0,270
	Кластер уникнення	43,50 ± 1,51	43,04 ± 0,67	0,390	40,91 ± 1,46	41,27 ± 0,64	0,412	2,59 ± 0,98	1,67 ± 0,48	0,201	4,98 ± 2,23	3,43 ± 1,14	0,267
	Кластер гіперактивації	21,21 ± 1,01	20,88 ± 0,43	0,382	19,74 ± 0,96	19,53 ± 0,41	0,424	1,47 ± 0,74	1,20 ± 0,41	0,376	4,78 ± 3,32	4,24 ± 2,11	0,446
	Кластер провини та суїцидальності	12,09 ± 0,69	12,08 ± 0,38	0,493	11,56 ± 0,79	11,32 ± 0,32	0,390	0,53 ± 0,60	0,64 ± 0,23	0,432	3,14 ± 4,13	2,99 ± 2,00	0,487
	Разом	105,15 ± 3,76	103,88 ± 1,80	0,380	98,18 ± 4,17	97,89 ± 1,62	0,475	6,97 ± 2,53	5,35 ± 1,19	0,281	6,37 ± 2,22	4,60 ± 1,20	0,242
Тест визнач. розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT)		6,85 ± 1,65	4,82 ± 0,60	0,125	4,70 ± 1,30	4,73 ± 0,61	0,491	2,15 ± 1,12	0,23 ± 0,15	0,046	18,52 ± 11,52	6,43 ± 2,77	0,155
Шкала стійкості до стресу Коннора — Девідсона (CD-RISC)		56,62 ± 3,31	55,86 ± 1,64	0,419	62,59 ± 3,08	55,49 ± 1,83	0,025	-5,97 ± 2,01	0,69 ± 1,09	0,002	-15,31 ± 4,66	0,18 ± 2,02	0,001
Загальне сприйняття якості життя (Mezzich)		3,79 ± 0,35	4,45 ± 0,19	0,053	5,15 ± 0,35	5,17 ± 0,19	0,474	-1,35 ± 0,33	-0,64 ± 0,19	0,031	-68,59 ± 17,65	-30,28 ± 9,79	0,030

Примітки. Середні значення подані у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної» ($M \pm m$), бали. Для усереднення у кожного обстеженого пацієнта за 100 % прийнято значення характеристик на початку лікування. Достовірні відмінності між групами «з МСПВ» і «без МСПВ» за критерієм «*t*» ($p < 0,05$) виділені сірим кольором

Після закінчення курсу лікування у пацієнтів обох груп відзначено позитивну динаміку практично за усіма клініко-психологічними характеристиками, а саме: зниження рівнів тривоги (ситуативної та особистісної) і депресії, вираженості постстресової психопатологічної симптоматики (редукція ознак уникання, вторгнення, гіперактивації, аутоагресії), підвищення рівня стресостійкості та поліпшення оцінок якості життя. Аналіз середніх групових значень показників показав, що рівень резильєнтності в основній групі підвищився до (62,59 ± 3,08) балів, тоді як аналогічний показник в групі без МСПВ залишився практично незмінним: (55,49 ± 1,83) балів, $p = 0,025$, тобто застосування субсенсорної стимуляції сприяє посиленню стресостійкості та здатності до подолання стресів

і кризових ситуацій у конструктивні та ефективні способи (див. табл. 1).

Розгляд зсувів психодіагностичних характеристик у динаміці, з урахуванням різниці показників між першим і другим обстеженням, показав, що після психокорекційного втручання в основній групі рівень тривоги знизився на (3,15 ± 0,62) бала, а в групі без МСПВ — на (1,88 ± 0,40) бала (різниця статистично не випадкова, $p = 0,043$). Також у пацієнтів, яким застосовано субсенсорну психокорекцію, достовірно зменшилися ризики, пов'язані зі зловживанням алкоголем (відповідно, на (2,15 ± 1,12) і (0,09 ± 0,15) балів, $p = 0,046$), знизилася дезадаптивне реагування на стрес на (-5,97 ± 2,01) та (0,37 ± 1,09) балів, $p = 0,002$, підвищилася якість життя на (-1,35 ± 0,33) та (-0,72 ± 0,19 балів, $p = 0,031$).

Наступним етапом оброблення результатів дослідження було оцінювання частот різних варіантів відповіді на лікування (під час комплексного лікування з використанням МСПВ і без використання (табл. 2). Розглядали два варіанти відповіді на лікування: негативний (рівень змін показників під час лікування становив $\leq 10\%$) і позитивний (відповідно, $> 10\%$).

За показником «рівень ситуативної тривоги» негативний варіант відповіді на лікування в групі з МСПВ дорівнював 38,24 %, а в групі порівняння — 62,50 %, різниця статистично достовірна, $p = 0,017$. Позитивний варіант відповіді на лікування за цим параметром встановлений у 61,76 % пацієнтів основної групи, тобто цей варіант переважав, тоді як у групі порівняння він спостерігався лише у 37,50 % ($p = 0,017$, розбіжності достовірні). За параметром особистісної тривожності зміни під час лікування мали протилежний характер, а саме: переважали негативні відповіді

на лікування (тобто зміни показника на рівні $\leq 10\%$) в обох групах, але в умовах комплексного лікування позитивних відповідей було майже вдвічі більше, ніж у пацієнтів без МСПВ (38,24 % та 16,25 %, $p = 0,010$). Водночас негативних відповідей у групі з субсенсорною психокорекцією було суттєво менше, ніж у пацієнтів без психокорекції, — відповідно, 61,76 % проти 83,75 %, $p = 0,010$.

Аналіз змін показника тривоги за HADS свідчить, що в основній групі переважали позитивні відповіді на лікування (70,59 % проти 46,25 %, $p = 0,017$), а у групі без психокорекції, навпаки — негативні (29,41 % проти 53,75 %, $p = 0,017$).

Динаміка показника стресостійкості (за шкалою CD-RISC): в обох групах переважали негативні відповіді, але в групі з психокорекцією їх було достовірно менше (67,65 % та 91,25 %, $p = 0,002$), а позитивних — достовірно більше (32,35 % та 8,75 %, $p = 0,002$).

Таблиця 2. Частоти різних варіантів відповіді на лікування при її оцінці за допомогою різних діагностичних інструментів при комплексному лікуванні з використанням МСПВ і без неї

Діагностичний інструмент (частина тесту, шкали)		Варіант відповіді на лікування	Частота варіантів відповіді на лікування				p
			з МСПВ (n = 34)		без МСПВ (n = 80)		
			абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %	
Тест Спілбергера — Ханіна	Шкала ситуативної тривоги	негативний	13	38,24	50	62,50	0,017
		позитивний	21	61,76	30	37,50	0,017
	Шкала особистісної тривожності	негативний	21	61,76	67	83,75	0,010
		позитивний	13	38,24	13	16,25	0,010
Шкала HADS	Субшкала тривоги	негативний	10	29,41	43	53,75	0,017
		позитивний	24	70,59	37	46,25	0,017
	Субшкала депресії	негативний	16	47,06	49	61,25	0,161
		позитивний	18	52,94	31	38,75	0,161
Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD)	Кластер вторгнення	негативний	22	64,71	50	62,50	0,823
		позитивний	12	35,29	30	37,50	0,823
	Кластер уникнення	негативний	24	70,59	55	68,75	0,846
		позитивний	10	29,41	25	31,25	0,846
	Кластер гіперактизації	негативний	23	67,65	52	65,00	0,785
		позитивний	11	32,35	28	35,00	0,785
	Кластер провини та суїцидальності	негативний	22	64,71	50	62,50	0,823
		позитивний	12	35,29	30	37,50	0,823
	Разом	негативний	21	61,76	55	68,75	0,469
		позитивний	13	38,24	25	31,25	0,469
Тест визначення розладів внаслідок вживання алкоголю (AUDIT)	негативний	23	67,65	60	75,00	0,420	
	позитивний	11	32,35	20	25,00	0,420	
Шкала CD-RISC	негативний	23	67,65	73	91,25	0,002	
	позитивний	11	32,35	7	8,75	0,002	
Загальне сприйняття якості життя (Mezzich)	негативний	13	38,24	43	53,75	0,130	
	позитивний	21	61,76	37	46,25	0,130	

Примітки. За 100 % прийнято вихідний рівень показника (рівень під час обстеження № 1). Достовірні відмінності між групами «з МСПВ» і «без МСПВ» за критерієм «t» ($p < 0,05$) виділені сірим кольором

Використання МСПВ у складі комплексної терапії достовірно ($p < 0,05$) збільшує частоту позитивних результатів лікування (коли редукція симптоматики перевищує 10 % від її вихідного рівня), насамперед, за критерієм стійкості до стресу (за шкалою CD-RISC-25) — в 3,72 рази, а також за критеріями виразності: тривоги (за шкалою HADS) — в 1,53 рази; ситуативної тривоги (за тестом Спілбергера — Ханіна) — в 1,65 рази та особистісної тривожності (за тестом Спілбергера — Ханіна) — в 2,35 рази.

Після закінчення курсу лікування у пацієнтів обох груп відзначено позитивну динаміку практично за усіма клініко-психологічними характеристиками, а саме: зменшення рівнів тривоги (ситуативної та особистісної) і депресії, вираженості постстресової психопатологічної симптоматики (у вигляді редукції ознак уникання, вторгнення, гіперактивації, аутоагресії), підвищення рівня стресостійкості і поліпшення оцінок якості життя. У пацієнтів, які отримували лікування з включенням субсенсорної психококорекції, як порівняти з групою без МСПВ, встановлено достовірне поліпшення низки індивідуально-психологічних характеристик: показників тривоги, рівня резильєнтності, якості життя, а також зменшилися ризики зловживання алкоголем. Отримані результати набувають суттєвого значення для оптимізації та удосконалення новітніх підходів до психологічної корекції індивідуально-особистісних порушень при стрес-асоційованих розладах, зокрема, із застосуванням субсенсорного впливу.

Список літератури

- Динаміка постстресової симптоматики у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом стандартного стаціонарного лікування / Лінський І. В., Підкоритов В. С., Кузьмів В. Н. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, вип. 1 (122). С. 40—44. DOI: 10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-1
- Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. Київ : Видавничий дім «Медкнига», 2023. 232 с.
- Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навчальний посібник / [В. Д. Мішиєв, Б. В. Михайлов, Є. Г. Гриневич, В. Ю. Омелянович]. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 127 с. ISBN 978-617-505-952-4.
- Кожина Г. М., Зеленська К. О. Клінічна феноменологія стресасоційованих розладів в умовах повномасштабного вторгнення // Український вісник психоневрології. 2023. Т. 31, вип. 1 (114). С. 35—37. DOI: 10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-5
- Шестопалова Л. Ф., Луцик В. Л. Порогові та семантичні характеристики швидкоплинних зорово-перцептивних процесів у хворих на афективні розлади // Психіатрія, наркологія та медична психологія. 2021. Вип. 16. С. 66—72. DOI: 10.26565/2312-5675-2021-16-08
- Шестопалова Л. Ф., Луцик В. Л. Дослідження ефектів субсенсорного впливу на систему асоціацій у хворих на депресивні розлади // Психологічне консультування і психотерапія. 2022. Вип. 18. С. 16—20. DOI: 10.26565/2410-1249-2022-18-02
- Шестопалова Л. Ф., Луцик В. Л. Розробка і апробація експериментально-психологічних методик для дослідження неусвідомлюваних зорово-перцептивних процесів // Психологічне консультування та психотерапія. 2020. Вип. 14. С. 50—56. DOI: 10.26565/2410-1249-2020-14-04
- Шестопалова Л. Ф., Луцик В. Л., Войтенко І. В. Методика комплексного зоро-перцептивного субсенсорного психококорекційного впливу : а. с. № 134992; заявл. 10.02.2025; опубл. 09.04.2025.
- Application of Subsensory Influence Technology for Psychocorrectional Work Among Patients with Depressive Disorders / Shestopalova L., Lutsyk V., Voitenko I., Nudnova Y. // Psychological Counseling and Psychotherapy. 2025. No. 23. P. 18—22. DOI: 10.26565/2410-1249-2025-23-03
- Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»: затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 № 1265. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf
- Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress / Cardeña E., Koopman C., Classen C., [et al.] // Journal of Traumatic Stress. 2000. Vol. 13, No. 4. P. 719—734. DOI: 10.1023/A:1007822603186
- Результати застосування Стенфордського опитувальника щодо гострої реакції на стрес серед стаціонарних пацієнтів психіатричного, неврологічного та нейрохірургічного профілів в прифронтовому місті / Лінський І. В., Черкасова А. О., Марута Н. О. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, вип. 3 (124). С. 29—43. DOI: 10.36927/2079-0325-V33-is3-2025-5
- Manual for the State-Trait Anxiety Inventory / Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R., [et al.]. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1983.
- Моргун В. Ф., Тітов І. Г. Основи психологічної діагностики : навчальний посібник. Київ : Слово, 2009. 464 с.
- Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67, No. 6. P. 361—370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. [та ін.]. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПЦ_16.pdf
- Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. Vol. 56, No. 1. P. 85—90. DOI: 10.1037/0022-006X.56.1.85
- Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II / Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F., [et al.] // Addiction. 1993. Vol. 88, No. 6. P. 791—804. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Connor K. M., Davidson J. R. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003. Vol. 18, No. 2. P. 76—82. DOI: 10.1002/da.10113
- Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозний спондиліт / Школіна Н. В.,

Шаповал І. І., Орлова І. В. [та ін.] // Український ревматологічний журнал. 2020. № 2 (80). С. 66—72. DOI: 10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236

21. Validation of an efficient quality of life index / Mez-zich J. E., Cohen N., Liu J. [et al.] // Psychiatry on New Thresh-olds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. Ham-burg, Germany, 6—11 August 1999. CPO Hanser Service, 1999. P. 427—428.

22. Критерий качества жизни в психиатрической прак-тике / Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А. [и др.] ; под общ. ред. Н. А. Маруты. Харьков : Арсис, 2004. 240 с.

23. Фетісов В. С. Пакет статистичного аналізу даних STATISTICA : навчальний посібник. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2018. 114 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi72/0053477.pdf>

24. Шестопалова Л. Ф., Луцик В. Л., Войтенко І. В. Методика субсенсорного психокорекційного впливу : а. с. № 143276; заявл. 26.01.2026; опубл. 23.02.2026.

25. Шестопалова Л. Ф., Луцик В. Л., Войтенко І. В. Психоло-гічні кластери як мішені психокорекційної роботи у хворих на депресивні розлади. Грааль науки. 2024. № 45. С. 600—605.

References

1. Linskiy I. V., Pidkorytov V. S., Kuzminov V. N., et al. Dinami-ka poststresovoї simptomatiki u pacjēntiv zi stres-asocijovanimi rozladami protāgom standartnogo stacionarnogo likuvannā [Dynamics of post-stress symptoms in patients with stress-associated disorders during standard inpatient treatment]. *Ukrains'kij visnik psihonevrologii* [Ukrainian Bulletin of Psycho-neurology]. 2025;33(1):40-44. DOI: 10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-1. (In Ukrainian).

2. Chaban O. S., Khaustova O. O., Omelianovych V. Yu. *Psihični rozladi voennogo času*. Kyiv: Publishing House "Med-knyga", 2023. 232 p. (In Ukrainian).

3. Mishyiev V. D., Mykhailov B. V., Hrynevych Ye. H., Ome-lianovych V. Yu. *Rozladi psihičnoї sferi vnaslidok bojovih dij* / . Kyiv: All-Ukrainian Specialized Publishing House "Medycyna", 2023. 127 s. ISBN 978-617-505-952-4. (In Ukrainian).

4. Kozhyna H. M., Zelenska K. O. Klinična fenomenologія stresasocijovanih rozladiv v umovah povnomashtabnogo vtorgnennā. *Ukrains'kij visnik psihonevrologii* [Ukraini-an Bulletin of Psychoneurology]. 2023;31(1):35-37. DOI: 10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-5. (In Ukrainian).

5. Shestopalova L. F., Lutsyk V. L. Porogovi ta semantični harakteristiki švidkoplinnih zorovo-perceptivnih procesiv u hvori na afektivni rozladi [The threshold and semantic characteristics of fast transient visual-perceptive processes in patients with affective disorders]. *Psihiatriā, narkologія ta medična psihologія* [Psychiatry, Neurology and Medical Psy-chology]. 2021;16:66-72. DOI: 10.26565/2312-5675-2021-16-08. (In Ukrainian).

6. Shestopalova L. F., Lutsyk V. L. Doslidžennā efektiv sub-sensornogo vplivu na sistemu asociacij u hvori na depresivni rozladi [Study of the Effects of Subsensory Influence on the System of Associations in Patients with Depressive Disorders]. *Psihologične konsul'tuvannā i psihoterapiā* [Psychological Coun-seling and Psychotherapy]. 2022;18:16-20. DOI: 10.26565/2410-1249-2022-18-02. (In Ukrainian).

7. Shestopalova L. F., Lutsyk V. L. Rozrobka i aprobaція eksperimental'no-psihologičnih metodik dlā doslidžennā neusvidomlūvanih zorovo-perceptivnih procesiv [Development and Testing of Experimental Psychological Techniques for the

Study of Unconscious Visual-Perceptual Processes]. *Psihologične konsul'tuvannā ta psihoterapiā* [Psychological Counseling and Psychotherapy]. 2020;14:50-56. DOI: 10.26565/2410-1249-2020-14-04. (In Ukrainian).

8. Shestopalova L. F., Lutsyk V. L., Voitenko I. V. *Metodika kompleksnogo zoro-perceptivnogo subsensornogo psihokore-kciynogo vplivu*: copyright certificate № 134992; declared 10.02.2025; published 09.04.2025. (In Ukrainian).

9. Shestopalova L., Lutsyk V., Voitenko I., Nudnova Y. Ap-plication of Subsensory Influence Technology for Psychocor-rectional Work Among Patients with Depressive Disorders. *Psychological Counseling and Psychotherapy*. 2025;23:18-22. DOI: 10.26565/2410-1249-2025-23-03

10. *Unifikovaniy kliničnij protokol pervinnoi ta specializovanoi medičnoї dopomogi "Gostra reakciā na stres. Posttravmatičnij stresovij rozlad. Porušennā adaptaciї"*: approved by order of the Ministry of Health of Ukraine dated 19.07.2024 No. 1265. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf. (In Ukrainian).

11. Cardeña E., Koopman C., Classen C., Waelde L. C., Spie-gel D. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress*. 2000;13(4):719-734. DOI: 10.1023/A:1007822603186.

12. Linskiy I. V., Cherkasova A. O., Maruta N. O., et al. Rezul'tati zastosuvannā Stenford'skogo opituval'nika šodo gost-roї reakciї na stres sered stacionarnih pacjēntiv psihiatričnogo, nevrologičnogo ta nejrohirurgičnogo profiliv v prifrontovomu misti. *Ukrains'kij visnik psihonevrologii* [Ukrainian Bulletin of Psy-choneurology]. 2025;33(3):29—43. DOI: 10.36927/2079-0325-V33-is3-2025-5. (In Ukrainian).

13. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R., Vagg P. R., Jacobs G. A. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

14. Morhun V. F., Titov I. H. Morgun V. F., Titov I. G. *Osnovi psihologičnoї diagnostiki*. Kyiv: Slovo, 2009. 464 p. (In Ukrainian).

15. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

16. Ahaiev N. A., Kokun O. M., Pishko I. O., Lozinska N. S., Ostapchuk V. V., Tkachenko V. V. *Zbirnik metodik dlā diagnostiki negativnih psihičnih staniv vijs'kovoslužbovciv*. Kyiv: Research and Development Center of the Armed Forces of Ukraine, 2016. 234 p. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Posibnik%20HPC_16.pdf. (In Ukrainian).

17. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(1):85-90. DOI: 10.1037//0022-006x.56.1.85

18. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identifica-tion Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

19. Connor, K.M. and Davidson, J.R.T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76—82. DOI: 10.1002/da.10113doi:10.1002/DA.10113

20. Shkolina N. V., Shapoval I. I., Orlova I. V., Kedyk I. O., Stanislavchuk M. A. Adaptaciā ta validizaciā ukraїnomovnoi versii škali stresostijkosti Konnora — Devidsona-10 (CD-RISC-10): aprobaція u hvori na ankilozivnij spondilit. *Ukrains'kij*

revmatologičnij žurnal. 2020;2(80):66-72. DOI: 10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236. (In Ukrainian).

21. Mezzich J. E., Cohen N., Liu J., Ruiperez M., Yoon G., Iqbal S., Perez C. Validation of an efficient quality of life index. *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry*. Hamburg, Germany, 6—11 August 1999. Hanser Service, 1999. P. 427–428.

22. Maruta N. A., Pan'ko T. V., Yavdak I. A., Semykina E. E., Kolâdko S. P., Kalenskaâ G. Yu. *Kriterij kačestva žizni v psihiatri-českoj praktike*; ed. N. A. Maruta. Har'kov: Arsis, 2004. 240 p. (In Russian).

23. Fetisov V. S. *Paket statističnogo analizu danih STATISTICA*. Nizhyn: M. Gogol Nizhyn State University, 2018. 114 p. URL:

<https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi72/0053477.pdf>. (In Ukrainian).

24. Shestopalova L. F., Lutsyk V. L., Voitenko I. V. *Metodika subsensornogo psihokorekcijnogo vplivu*: copyright certificate No. 143276; declared 26.01.2026; published 23.02.2026. (In Ukrainian).

25. Shestopalova L. F., Lutsyk V. L., Voitenko I. V. Psihologični klasteri âk mišeni psihokorekcijnoï roboti u hvorih na depresivni rozladi. *Graal' nauki*. [Grail of Science]. 2024;45:600-605. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 10.08.2026

Ухвалена до друку 12.08.2026

Відомості про авторів:

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-6129-9315>; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

ШЕСТОПАЛОВА Людмила Федорівна, доктор психологічних наук, професор, завідувач відділу медичної психології*; <https://orcid.org/0000-0001-6295-0667>; e-mail: 6834101@ukr.net

ЛУЦИК Володимир Леонідович, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник відділу*; <https://orcid.org/0000-0003-0611-3367>; e-mail: vlaleolu@gmail.com

ВОЙТЕНКО Ірина Вікторівна, молодший науковий співробітник відділу*; <https://orcid.org/0009-0005-8851-9011>, e-mail: vojymira@gmail.com

* — відділу медичної психології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about authors:

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Director of the State Institution "P.V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-6129-9315>; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

SHESTOPALOVA Liudmyla, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Medical Psychology*; <https://orcid.org/0000-0001-6295-0667>; e-mail: 6834101@ukr.net

LUTSYK Volodymyr, PhD of Psychological Sciences, Leading Researcher of the Department*; <https://orcid.org/0000-0003-0611-3367>; e-mail: vlaleolu@gmail.com

VOITENKO Iryna, Junior Researcher of the Department*; <https://orcid.org/0009-0005-8851-9011>; e-mail: vojymira@gmail.com

* — Department of Medical Psychology of the State Institution "P.V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine