

УДК: 616.89-008.44.13-08

НАРКОПАТОЛОГІЯ ЯК ВАРІАНТ АУТОАГРЕСИВНОЇ, САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИ І СУСПІЛЬСТВА

І. В. Лінський, О. І. Мінко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Ці тези — спроба осмислення того шляху, який пройшла епідемія залежності від психоактивних речовин (ПР) у нашій країні за останні десятиліття. Протягом останніх п'яти років захворюваність на психічні та поведінкові розлади (ППР) внаслідок вживання ПР в Україні майже в 1,5 рази перевищує сумарну захворюваність на решту ППР, узятих разом. Виявлено міцний корелятивний зв'язок ($r_{xy} = +0,903$, при $p < 0,01$) поміж захворюваністю на алкогольні психози і загальною смертністю населення України. Показано, що алкоголь є таким впливовим фактором щодо смертності чоловічого працездатного населення не тільки через високий рівень його споживання, а і через специфічні «питні уподобання» українців (т. з. «нордичний» тип алкоголізації — переважне вживання міцних алкогольних напоїв: горілки, коньяку тощо).

Описана сумна ситуація склалась не відразу. Глобальний максимум динаміки поширеності залежності від ПР пройдений Україною ще у 1985 році. Характер цієї динаміки протягом 1970—1992 років визначався, перш за все, динамікою поширення алкоголізму. Потім, з 1992 року по 2003 рік, зростання відбувалось вже за рахунок збільшення поширення нарко- і токсикоманій. Нарешті, останні 2—3 роки спостерігається стан певної стабілізації поширеності розладів наркологічного профілю. Ця стабілізація є проявом динамічної рівноваги поміж кількістю осіб, що рекрутуються у залежність від ПР, і кількістю осіб, що гинуть від неї.

Вище вже йшлося про кореляцію поміж захворюваністю на алкогольні психози і загальною смертністю населення України. Однак подібні (і досить міцні) кореляції існують також поміж захворюваністю на алкогольні психози та опіоманії, з однієї сторони, і злочинністю — з іншої. З огляду на це постає питання: які потужні причини могли спричинити синхронізацію в розвитку таких різних процесів?

Першою причиною є світоглядна криза пострадянського українського суспільства, другою — соціально-економічна криза, третьою — криза сім'ї, четвертою — криза шкільної освіти і п'ятою — безвідповідальна віщальна політика засобів масової інформації.

Визначення основних причин «хвороби» дозволяє перейти до «лікування».

Для подолання світоглядної кризи держава має створити умови для вільного формування світогляду своїх громадян на гуманістичних засадах.

Для подолання соціально-економічної кризи (людське вимірювання проблеми) слід забезпечити випереджальні темпи зростання заробітної плати працюючого населення відносно зростання різноманітних соціальних виплат та пільг.

Для подолання кризи сім'ї — поставити розміри пенсій батьків у залежність не тільки від їхньої заробітної платні, а і від кількості дітей, яких вони довели до працездатного віку.

Для подолання кризи шкільної освіти надати учням можливості заробляти гроші під керівництвом відповідного інструктора або менеджера на певних уроках трудового виховання.

З метою подолання ганебної практики реклами алкогольних напоїв у ЗМІ варто, або просто заборони

нити її, або впровадити своєрідний «акциз» на таку діяльність. При цьому одержані від цього «акцизу» гроші витратити на пропаганду здорового способу життя і антирекламу вживання ПР.

УДК 616.895.4-053.9-07-085

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ ОРГАНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ

О. В. Мазур

Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка (м. Вінниця)

Проблеми психічних розладів органічного походження в останні десятиліття приділяється все більше уваги, що пов'язано із значним збільшенням цереброваскулярної патології, наслідків перенесених черепно-мозкових травм, онкологічних та інших органічних уражень ЦНС. Чільне місце серед психічних розладів органічного походження займають депресії.

Нами було встановлено деякі особливості клініки депресивних органічних розладів при дослідженні 27 пацієнтів, що лікувались у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка на протязі 2007 року.

Патогенетично зв'язок депресивних розладів з органічним ураженням ЦНС був виражений трьома варіантами: депресія як «психологічна відповідь» на неврологічний та когнітивний дефект, що виник внаслідок захворювання ЦНС (інсульт, черепно-мозкові травми та ін.) — 33,3 %; депресія як прямий наслідок локального ураження ЦНС — 63 %; психогенна та ендогенна депресія, що існувала до розвитку органічного захворювання і лише посилилась та змінилась з його розвитком — 3,7 %.

У клінічній картині переважали депресії з тривожною (51,8 %) та астенічною (48,2 %) симптоматикою із плаксивістю, лабільністю стану з коливаннями депресивної симптоматики («мерехтінням симптоматики», особливо значним при судинних депресіях), когнітивними розладами різного ступеня (в залежності від ступеня важкості органічного ураження та тривалості процесу), іпохондричними вклученнями, психомоторною загальмованістю, психотичними розладами.

Органічні ураження ЦНС, як полісимптомні захворювання, в переважній більшості прогредієнтні, призводять до дезадаптації особистості, що збільшує ризик аутоагресивної поведінки.

Клініко-феноменологічно нами було відмічено різні рівні проявів аутоагресії у 81,5 % досліджуваних пацієнтів: *ідеаторний рівень* вклучав необґрунтовані самодокори, самозвинувачення, думки про власну неповноцінність (22,3 %); *афективний рівень* вклучав необґрунтовані відчуття роздратованості, власної неспроможності, самопрезирство, відразу до себе (40,7 %); *зовнішньоповедінковий компонент* вклучав різні форми самоприниження, опосередковані форми аутоагресії (намагання бути об'єктом агресії оточуючих), самопошкодження та суїцидальну поведінку (37 %).

Суїцидальні спроби в анамнезі відмічено у 11,1 % пацієнтів, серед способів домінували отруєння медикаментами. На наш погляд, досить специфічними проявами аутоагресивної поведінки у пацієнтів з органічними депресивними розладами була відмова від повноцінного харчування, ефективного лікування, прийому життєво необхідних ліків або регулярної підтримуючої терапії.

Таким чином, визначення аутоагресивного компонента в структурі депресивних розладів органічного походження має значення для визначення лікувальної тактики (з включенням медикаментозного та психотерапевтичного лікування), прогнозу захворювання, становить значний інтерес та потребує подальшого вивчення.

УДК 616.89.+577.112

ОКИСЛИТЕЛЬНАЯ МОДИФИКАЦИЯ БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР АГРЕССИВНОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А. Л. Малеев

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)

Цель исследования — установление возможности использования определения окислительной модификации белков плазмы крови (ОМБ) как биологического маркера агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Клинико-психопатологическим и психометрическим методом по субшкале профиля риска агрессии шкалы PANSS обследованы и объединены в нозологические группы 50 мужчин с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя, 50 мужчин, страдающих шизофренией, 46 мужчин с аффективной и пограничной патологией. Критерии диагностики соответствовали МКБ-10. Возраст пациентов составил от 18 до 46 лет.

У обследуемых проведен анализ окислительной модификации белков плазмы крови по уровню карбонильных производных. Оптическую плотность модифицированных белков регистрировали на спектрофотометре СФ 2000 при длине волны 274 и 363 нм.

Контрольную группу по длине волны 274 нм составили 96 доноров, психически здоровых мужчин в возрасте от 18 до 46 лет, из которых 50 доноров составили контрольную группу по длине волны 363 нм. При статистической обработке полученных данных использовались непараметрические методы анализа.

Для группы психических и поведенческих расстройств в результате употребления алкоголя и для группы аффективной и пограничной патологии обнаружена значимая корреляция ($r > 0,3$) ОМБ на обеих длинах волн с субшкалой профиля риска агрессии шкалы PANSS, при этом наибольшие корреляции с ОМБ для обеих групп на длине волны 363 нм и выше при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления алкоголя как минимум в 1,5 раза.

Также следует отметить разнонаправленность связи риска агрессии и окислительной модификации белков на длине волны 274 нм и однонаправленность — на 363 нм при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления алкоголя в сравнении с шизофренией, аффективной и пограничной патологией.

При проведении дисперсионного анализа установлены достоверные различия в окислительной модификации белков на обеих длинах волн между всеми нозологическими группами, а также по сравнению с контрольной. При внутригрупповом дисперсионном анализе на отсутствие или наличие агрессивного поведения для всех групп обнаруживаются только тенденции к росту ОМБ соответственно наличию агрессивного поведения, что соответствует результа-

там корреляционного анализа. При аутоагрессивном поведении, которое в данном исследовании было зафиксировано только в группе больных шизофренией, показатели ОМБ несколько выше агрессивного, что, в отличие от результатов корреляционного анализа, может быть связано с высоким уровнем клинического полиморфизма.

Таким образом, установлена достоверная связь выраженности агрессивного поведения при основных психических расстройствах с уровнем ОМБ, а также связь уровня аутоагрессии и ОМБ при шизофрении, что свидетельствует об участии ОМБ не только в патогенезе психических расстройств, но и в детерминации агонистического поведения, как поведения, связанного с конфликтами.

УДК 616.89-008.442-084(616-053.71+613.96)

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕННЯ ФОРМУВАННЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ — ВАЖЛИВА ЛАНКА В ЗАГАЛЬНІЙ СИСТЕМІ ПРОФІЛАКТИКИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

М. В. Маркова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, термін «молодь» поєднує людей у віці від 15 до 24 років. За свідченнями фахівців, робота з цим контингентом вимагає урахування деяких особливостей. З однієї сторони — це раннє настання біологічної зрілості, з іншої — соціальний, психологічний та економічний стан, який не дозволяє її реалізувати. Таким чином, наявність відмінностей від дорослої людини за духовним та фізичним розвитком, емоційна, юридична та фінансова залежність від батьків, відсутність необхідної кількості адекватної інформації, особистий недостатній досвід статевого життя, та інше робить осіб молодого віку вразливими до впливу негативних чинників, що сприяють розвитку порушень формування сексуальності та в подальшому — формуванню порушень функціонування сім'ї. Біологічним підґрунтям цього є той факт, що саме у вищезазначеному віці має місце міцний взаємозв'язок між фізичним, психічним і статевим розвитком. У цей віковий період на тлі загальної уразливості психіки саме сексуальна сфера є найбільш вразливою.

До того ж, демократизація поглядів на статево поведінку та сексуальність людини, неадекватна «еротизація» свідомості через засоби масової інформації, рекламу, які спостерігаються зараз у суспільстві, обумовлюють невиправдане з біологічної точки зору прискорення початку статевого життя. Це, в свою чергу, зумовлює підвищення кількості захворювань, які передаються статевим шляхом, збільшення кількості інфікованих ВІЛ та хворих на СНІД, ранніх вагітностей, зростання рівню сексуального насильства, що є причиною погіршення стану сексуального здоров'я нації.

Усе вищезгадане стає біопсихосоціальною основою для формування у молоді людини розладів формування сексуальності, які за відсутності своєчасного медико-психологічного втручання зберігаються протягом життя, значно погіршують його якість та стають підґрунтям розвитку порушень функціонування створених у подальшому сімей. На цьому тлі можливим є розвиток пролонгованого внутрішньособистісного конфлікту, його глобалізація, фіксація індивідуума на своїх психосексуальних проблемах.