

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-рольової

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. Малихіна*

*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.

Коробова А. — Коробова В. «Барва-Ларінголог/ПХ» (далі — фотонна матриця) на підставі порівняльного аналізу психоневрологічного та психологічного статусу, оцінки нейротрофічних та імунних взаємодій (на ґрунті неінвазивного аналізу гомеостазу організму, термометрії активних точок та рН крові) у хворих на алкоголізм.

На клінічній базі відділення невідкладних станів у психіатрії та наркології ХОКПЛ № 3 було обстежено 120 осіб чоловічої статі, які зловживали алкоголем, середній вік 40 ± 5 років, середня маса тіла 70 ± 5 кг. Усі хворі мали діагноз синдрому залежності від алкоголю з депресивними порушеннями різного ступеня. Як додатковий метод лікування застосовували гнучку фотонну матрицю Коробова «Барва-Ларінголог/ПХ» з поліхромними світлодіодами. Біохімічна регуляція кількісних показників мозкового кровообігу достатньо щільно пов'язана з активністю каротидного вузла (*gl.caroticus*). Тому у першому дослідженні світлодіодну терапію було вирішено застосовувати на шиї в ділянці проєкції каротидних судин та *gl.caroticus* — білатерально. Тривалість 1 сеансу складала 20 хвилин, кожному хворому було проведено по 10 сеансів через 1 добу. Як основний інструментальний метод обстеження був використаний неінвазивний аналізатор формули крові з програмою «USPIN» (версія 10), який визначав взаємозв'язок гомеостазу організму і зовнішнього середовища. Також усі хворі були обстежені психіатром, неврологом, та для об'єктивізації результатів за допомогою тестів на серйозність суїцидальних намірів.

Концентрація BDNF-нейротрофічного фактора після сеансів фотонної терапії наближається до фізіологічної норми, що обумовлює рівновагу в медіаторних дофамін-серотонінових системах головного мозку хворих з алкогольною залежністю, тим самим купіруючи прояви абстинентного та депресивного синдрому, та запобігає проявам суїцидальної поведінки. На фоні додаткового застосування фотонної терапії в обстежених хворих з синдромом залежності від алкоголю та з депресивними порушеннями також спостерігалась більш швидка нормалізація показників тестів CSSRS, MADRS, VAS у порівнянні з іншими наркологічними хворими, які отримували лише планове лікування.

УДК 616.45-001.1/3:159.96

А. Р. Марков

ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут», м. Краматорськ

Інформаційно-психологічна безпека особистості як актуальна проблема сучасності

Проблема впливу інформації на суспільне та індивідуальне здоров'я давно привертає увагу науковців усього світу. Існують, навіть, пропозиції щодо виділення окремого феномена — інформаційного здоров'я, з конкретним визначенням та змістовним навантаженням, створена модель впливу соціально значущої інформації на здоров'я (див. рисунок) [О. А. Панченко, Н. В. Банчук, 2011].

Взагалі, підґрунтям будь-якого психологічного стресу є вплив інформації. Однак, на теперішній час окремою дефініцією вирізняють інформаційний стрес, який розглядають у трьох аспектах [цит. за О. А. Панченко, Н. В. Банчук, 2011]:

- пов'язаний з інформаційним перенавантаженням;
- пов'язаний зі взаємодією людини з інформаційними технологіями;
- пов'язаний з професійною діяльністю.



Модель впливу соціально значущої інформації на здоров'я людини, соціальних груп та суспільства

[цит. за О. А. Панченко, Н. В. Банчук, 2011]

Перший, найбільш глобальний та розповсюджений вид інформаційного стресу, був описаний та обґрунтований Е. Тоффлером в рамках створеної ним концепції трьох хвиль — типів розвитку суспільства: аграрне — індустріальне — інформаційне (постіндустріальне). Атрибутом інформаційного суспільства, за Е. Тоффлером, є високий темп розповсюдження інформації, що потребує від людини нових адаптивних навичок, на які вона не здатна. Не маючи надійних механізмів адаптації та не опанувавши нові позитивні стратегії виходу з інформаційної кризи, людина зокрема і суспільство в цілому піддаються розвитку хвороби, яку Е. Тоффлер назвав футурошоком (*future shock*), що являє собою «людську реакцію на надмірну стимуляцію», яка проявляється на трьох рівнях [A. Toffler, 1975]:

- сенсорному (зниження точності передачі образів і стирання меж між ілюзією та реальністю),
- когнітивному (зниження здатності вибору, оцінки та збереження інформації),
- поведінковому (зниження здатності до прийняття рішень (*decision-making stress*)).

До другого типу інформаційного стресу можна віднести стани втрати контролю над діяльністю, пов'язані з неопануванням нової ситуації, та різноманітні адиктивні стани, пов'язані з новими інформаційними технологіями.

Третій вид інформаційного стресу спостерігається у представників екстремальних або автоматизованих професій, пов'язаних з великою відповідальністю.

В світлі зазначеної концепції інформаційного стресу деякі автори вирізняють окрему форму невротичних, пов'язаних зі стресом, розладів — інформаційний невроз [М. М. Хананашвілі, 1978], який, на їх переконання, виникає внаслідок, з одного боку, довготривалої роботи мозку в умовах несприятливого сполучення таких факторів — необхідності засвоєння та оброблення великого обсягу інформації; постійного дефіциту часу; високого рівня мотивації, що визначає високу значущість інформації, а з іншого — довготривалого дефіциту високозначущої інформації. В той же час, клінічна варіативність таких станів може відповідати будь-якому невротичному розладу, тому в цьому разі мова може йти про причинний зв'язок, а не про специфічність клінічних проявів.

Таким чином, проблеми інформаційно-психологічної безпеки набувають в сучасному світі все більш вагомий значення, а розуміння існуючих загроз і ризиків, механізмів їх дії і можливостей захисту стає не тільки психологічною проблемою, але й нагальною потребою соціальної практики в повсякденному житті сучасної людини.