

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 хвилях — 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 [А. 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.