

залежність, в умовах державних та недержавних наркологічних закладів.

Для вирішення поставлених завдань було обстежено 296 чоловіків віком від 28 до 60 років, які мали верифікований діагноз «алкогольна залежність» та досвід лікування та госпіталізації з приводу алкоголізму. Всі досліджені особи були поділені на дві групи методом сліпої рандомізації: до групи дослідження (ГД) були включені особи з синдромом залежності від алкоголю, які дали згоду на участь в програмі комплексної психофармакотерапії та психологічного супроводу протягом стаціонарного та амбулаторного періодів лікування; до групи порівняння (ГП) увійшли особи, які отримували винятково стандартне лікування від алкогольної залежності в умовах медичного стаціонару.

Під час організації системи комплексної допомоги алкогользалежним особам ми враховували біопсихосоціальну модель та холистичний підхід до надання допомоги, яка включала медичну, психологічну та соціальну складову. Найкращі однорічні ремісії отримано в ГД2 та ГП2 (відповідно, 80,90 % та 76,47 %), в яких крім детоксикації застосовано протиалкогольний імплант, різниця з іншими групами є достовірною ($p < 0,05$). Найбільш тривалими (трирічними) були ремісії у групах ГД2 та ГД1 (відповідно, 26,97 % та 19,28 %), в яких протягом періоду ремісії хворим, поряд з медичним лікуванням, обов'язково надавався психологічний супровід. Найгірші результати щодо трирічних ремісій отримано в ГП1 (12,50 %), ($p < 0,05$), що свідчить про недостатність застосування лише базової детоксикаційної терапії. Найбільш ефективними в усіх етапах відстеження виявились ремісії в групі ГД2, в якій було застосовано комплексну терапію, що доводить більшу ефективність комплексних заходів та підтверджує гіпотезу нашого дослідження.

УДК:615.45-001.1/.3:355.257.6 «364»-08

К. В. Аймедов, А. Є. Волощук
Одеський національний медичний університет, м. Одеса
Організація мультидисциплінарної роботи з особами, що постраждали у результаті АТО (досвід Одеського регіону)

Проблеми ефективного та адекватного медичного захисту населення, постраждалого внаслідок антитерористичної операції, є одним з актуальних завдань сучасної охорони здоров'я. Актуальними завданнями медицини катастроф є збереження психічного здоров'я населення у зоні АТО та учасників ліквідації надзвичайних подій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це специфічна клінічна форма порушення процесу посттравматичної стресової адаптації. Критерії діагностики ПТСР містяться в міжнародному діагностичному стандарті МКБ-10 — Міжнародному класифікаторі хвороб, ПТСР віднесено до групи розладів, пов'язаних з порушенням адаптації та реакції на сильний стрес.

Діагностичні критерії ПТСР:

Критерій А (визначення травмуючої ситуації)

1. ПТСР виникає в результаті впливу на людину травматичних подій, пов'язаних з загибеллю, серйозними пораненнями людей, можливою загрозою загибелі або поранень.

2. Людина, що пережила подібну травматичну ситуацію, може бути як жертвою того, що відбувається, так і свідком страждань інших осіб, в будь-якому випадку, в момент перебування в травматичній ситуації вона

повинна зазнавати інтенсивний страх, жах або відчуття безпорадності.

Критерій В (критерій вторгнення)

Повторне проживання психотравмуючої події;

«Флешбек»-ефекти;

Кошмарні сновидіння.

Критерій С (уникнення)

Уникання речей, ситуацій і думок, які нагадують про психотравмуючі події;

Неможливість згадати про важливі аспекти травми;

Почуття відчуженості і віддаленості від інших людей;

Знижена інтенсивність вищих емоцій;

Почуття відсутності перспективи в майбутньому.

Критерій D (гіперактивація)

Збільшені неспокій, тривога й емоційне збудження в ситуаціях, що нагадують про травмуючі події;

Труднощі із засипанням або поганим сном;

Дратівливості, напади гніву;

Труднощі із зосередженням уваги;

Підвищений рівень настороженості;

Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій E (тривалість перебігу розладу)

Симптоми, перелічені в попередніх рубриках, спостерігаються протягом більше одного місяця після травми.

Критерій F (дистрес і порушення адаптації)

у соціальній,

професійній,

сімейній та ін. сферах життя.

Особливістю цього розладу є тенденція не тільки не зникати з часом, але ставати більш вираженим, а також виявлятися раптово на тлі загального благополуччя.

УДК 616.89-008.441.13-055.2-08

К. В. Аймедов, К. В. Рябухін
Одеський національний медичний університет, м. Одеса
Проблема алкогольної залежності у жінок з урахуванням дисгармонійних особливостей їх гендерного статусу

Проблема боротьби з жіночим алкоголізмом продовжує залишатися однією з найважливіших соціальних проблем у більшості країн світу.

У вітчизняній літературі дослідження цієї проблеми стосується визначення морфоконституціональних, психічних, поведінкових особливостей жінок, що зловживають алкоголем. Дослідники також зазначили, що результат лікування жіночого алкоголізму часто пов'язаний з оточенням жінки, вони більш рішуче підходять до боротьби з алкогольною залежністю (АЗ) і їм легше дається зміна способу життя і вибір нового захоплення або хобі, яке замінює пристрасть до спиртного.

Мета дослідження: Визначити та характеризувати основні групи патологічних наслідків жіночої алкогольної залежності.

Під нашим спостереженням перебували 281 особа жіночої статі з алкогольною залежністю віком від 26 до 68 років — основна група (ОГ). Як групу порівняння було обстежено чоловіків у кількості 42 особи відповідного віку, які також мали алкогольну залежність (ГП). Групи досліджених було набрано в жіночих та чоловічих відділеннях КУ «Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1», яка на даний момент репрофільована в КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я».

Вивчення предикторів та патологічних наслідків АЗ надало можливість визначити гендерні особливості жі-

ночиг груп дослідження (ОГ), які достовірно відрізнялись ($p < 0,05$) від аналогічних характеристик чоловіків (ГП):

Серед біологічних предикторів в ОГ достовірно частіше відмічався прискорений соматосексуальний розвиток (16,37 %; $p < 0,05$), передчасний психосексуальний розвиток (30,96 %; $p < 0,05$), вагомо менша кількість простих асинхроній статевого розвитку (18,51 %; $p < 0,05$) та більша кількість поєднаних (36,65 %; $p < 0,05$). Особистісними предикторами, якими відрізнялась жіноча група у порівнянні з чоловічою, були достовірно більша кількість осіб з емотивним типом акцентуації (12,81 %; $p < 0,05$) та менша кількість дистимічних (5,34 %; $p < 0,05$), збудливих (12,81 %; $p < 0,05$) та застрягаючих (8,19 %; $p < 0,05$) особистостей. Психосоціальними предикторами АЗ, які мали гендерну притаманність, були у жінок: неповна батьківська родина (52,00 %; $p < 0,05$) та менший показник «обтяженості родинного анамнезу» (27,76 %; $p < 0,05$). Серед психоемоційних патологічних особливостей — вищий рівень тривожності (46,62 %; $p < 0,05$) при меншій виразності клінічних проявів: післяінтоксикаційного алкогольного синдрому (18,47 %; $p < 0,05$), неспецифічних фізичних ознак хронічної алкогольної інтоксикації (24,38 %; $p < 0,05$), зустрічальності нервово-психічних та соматичних захворювань у власному анамнезі пацієнтів (19,58 % та 8,10 %; $p < 0,05$).

УДК 616.45-001.1/3-056.5:615.851

А. А. Артемчук, А. Ф. Артемчук

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», г. Харків

Особенности стрессопсихотерапии лиц с избыточным аппетитом и весом

Сегодня в развитых странах до 60 % населения страдают от избыточного аппетита и веса. Переедание, употребление в пищу несъедобных веществ, отказ от приёма пищи — это аномалии пищевого поведения, пищевые аддикции. При этом формируются состояния пищевой зависимости (чаще углеводной) и проявляется симптоматика пищевой интоксикации. В основе пищевых аддикций, как и других форм аддиктивного поведения, лежит высокий аддиктивный потенциал, который носит преморбидный характер и реализуется в условиях неправильного образа жизни и «стрессоров жизни».

Целью работы является совершенствование и дальнейшее внедрение экспресс-метода снятия пищевой зависимости у лиц с избыточным аппетитом и весом.

Технологию избавления от избыточного аппетита и веса мы успешно применяем на протяжении 20 лет. Получен патент: Спосіб лікування надмірного апетиту та ваги — Артемчук А. П., Артемчук О. А., UA 51 866 А, А 61 РЗ/04, від 16.12.2002 р., бюл. № 12.

Эта технология включает:

I. Процедуру «стресс-кодирование» пациентов от пищевой зависимости и интоксикации на определённый срок (5—7—9—12 мес.) и на сброс лишнего, для данного человека веса (10—20—30 и более кг). При этом достигается снятие влечения к мучным и сладким продуктам питания, перееданию. В результате, после стрессопсихотерапии, с одной стороны, у человека пропадает желание употреблять эти высококалорийные продукты в течение всего выбранного им срока; а с другой — их употреблять нельзя, т. к. к ним формируется аллергия.

II. Восстановление естественных регуляторов аппетита, а значит — и восстановление определённых

метаболических механизмов, которые стоят за каждым таким регулятором, а именно:

а) возвращение к нормальной периодичности приёма пищи — соблюдение «желудочного цикла»: промежутки между приёмом пищи должны достигать 3,5—4 часа. Итого, есть надо 3—5 раз в день;

б) физиологическое восстановление объёма желудка до нормальных размеров (приучение человека к малым объёмам пищи);

в) возвращение пациенту физиологического чувства насыщения путём повышения культуры приёма пищи — ознакомление с закономерностями «трапезы»;

г) обучение принципам раздельного питания;

д) восстановление физиологического баланса между «тонкими» (духовная, творческая, интеллектуальная) и «грубыми» (пищевая, плотская) энергиями.

III. Ежедневная, плановая коррекция фигуры: тренировка функционального состояния мышечного корсета, позвоночного столба, сердечно-сосудистой, дыхательной, кровеносной и др. систем.

IV. Борьба с целлюлитом, выведение его из организма не путём липосакции, а физиологически — сжигая его в мышцах. При этом достигается ускорение метаболических процессов, идёт санирование энергетического обмена, человек освобождается от коморбидных ожирению форм патологии.

V. Контроль за результатами (один раз в 15 дней измеряют вес, окружность груди, талии, таза и эти показатели отмечают на графике) и использование механизмов эмоционального поощрения за положительные достижения.

После снижения массы тела до желательных для пациента величин и уменьшения остроты со стороны сопутствующей патологии, с целью сохранения достигнутых успехов и состояния независимости от мучных и сладких продуктов питания, возможно «продление кода на стабилизацию»: на год — три — пять (по выбору пациента).

Вышеописанный метод лечения от пищевой аддикции (переедания, избыточных аппетита и массы тела, углеводной зависимости и интоксикации) является разновидностью стрессопсихотерапии, отличается простотой и физиологичностью применения, направлен на узловы механизмы возникновения этой патологии, не вызывает негативного отношения у пациентов и имеет высокую (до 90 %) эффективность.

УДК 616.89-008.447.001.5-06

А. П. Артемчук

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

Тезаурус та внутрішня сутність деяких наукових понять та парадигм, які відображають провідні напрямки розвитку сучасної адиктології

Аналіз закономірностей розвитку тієї або іншої дисципліни відображає певну хронологічну послідовність змін термінологічної лексики, наукових понять та уявлень, провідних теорій та парадигм. Ці процеси відбуваються і в сучасній адиктології.

I. Термін адикція походить від латинської «*addictio*», що трактується як «залежність» або «залежна поведінка». У перекладі з англійської «*addiction*» означає «схильність», «згубна звичка».

Адиктивні психічні та поведінкові розлади становлять хворобливі набуті програми, які можливо та необхідно