

Ryabuhin K. V. Влияние гендерного статуса женщин на психофармакотерапию алкогольной зависимости = Influence of gender status of women alcohol dependence on psychopharmacotherapy. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(9):170-182. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.30520](https://doi.org/10.5281/zenodo.30520)  
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.30520>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%289%29%3A170-182>  
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/619555>  
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014  
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.  
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 25.07.2015. Revised 24.08.2015. Accepted: 29.08.2015.

УДК: 616-056.83:613.816

**ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН  
НА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ  
INFLUENCE OF GENDER STATUS OF WOMEN  
ALCOHOL DEPENDENCE ON PSYCHOPHARMACOTHERAPY**

**К. В. Рябухин**

**K. V. Ryabuhin**

**Одесский национальный медицинский университет**

**Odessa National Medical University**

**Summary**

The article, based on the system of scientific research, clinical observations, and set of integrated research given characteristic of specific disharmonious clinical and psychological characteristics of alcohol dependence in women, established the basic biological, personality and psychosocial predictors of alcohol dependence in women, identify and characterize the main groups of pathological consequences of female alcohol addiction, to develop and implement measures psycho pharmaco- and psychotherapy for alcohol dependence in women, taking into account peculiarities of gender status.

**Keywords: alcohol dependence, major predictors of alcohol dependence in women, psychopharmacotherapy.**

**Резюме**

В статье, на основе системного научного исследования, клинических наблюдений и комплекса интегрированных исследований предоставлено характеристику специфических дисгармоничных клинико-психологических

особенностей алкогольной зависимости у женщин, установлено основные биологические, личностные и психосоциальные предикторы, алкогольной зависимости у женщин, определено и охарактеризовано основные группы патологических последствий женской алкогольной зависимости, разработаны и внедрены мероприятия психофармако- и психотерапии алкогольной зависимости у женщин с учетом особенностей гендерного статуса.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, основные предикторы алкогольной зависимости у женщин, психофармакотерапия.

### **Актуальность темы**

По разным оценкам, официальное число зависимых от алкоголя по всему миру превышает 200 000 000 человек (что составляет примерно 3 % населения планеты) [1, 5]. Исторически количество женщин с признаками наркотической и алкогольной зависимости всегда было меньше чем количество мужчин. Однако, последние исследования показывают, что в развитых странах количество зависимых женщин неуклонно растет [2, 4]. По данным международных исследований соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в разных странах сейчас находится между 1: 5 и 1: 2, хотя в недавнем прошлом (1970-1980-е гг.) Оно составляло около 1:12. Отношение к женщине, зависимой от алкоголя, в обществе более отрицательное, в связи с чем обращение к психиатру-наркологу происходит, как правило, уже на этапе сложившейся алкогольной зависимости, когда есть проявления социально-психологической дезадаптации в семейной, профессиональной сферах и риск потери собственного социального и семейного статуса [1, 6].

Некоторые авторы выделяют достоверную связь между нарушениями в эмоциональной сфере женщин, в частности депрессивными тенденциями, и алкогольной зависимостью. В литературе чаще исследования проблемы женской алкоголизации касаются определения морфоконституционных, психических, поведенческих особенностей женщин, злоупотребляющих алкоголем. Единичные исследования посвящены изучению нарушений полового поведения женщин, больных алкоголизмом, а также показателей маскулинности и фемининности [2, 3].

Проблема борьбы с женским алкоголизмом продолжает оставаться одной из важнейших социальных проблем в большинстве стран мира. Несмотря на значительный рост других видов химических и нехимических аддикций, женский

алкоголизм остается актуальным наркологическим заболеванием [7]. Эпидемический характер и популяционная масштабность алкоголизации среди женщин, размах медико-биологических и социально-экономических последствий алкогольной зависимости дают основание относить алкогольную болезнь к разряду медико-социальной патологии, представляет собой реальную угрозу здоровью нации.

На сегодня практически не существует исследований, которые бы учитывали как холистический (биопсихосоциальный) подход к исследованию алкогольной зависимости, ее предикторов и последствий, в то же время принимая во внимание гендерный аспект [4, 7]. Важной проблемой, которая требует решения на современном этапе, является также разработка программ комплексной терапии, которая была бы направлена на биологические, психологические и социальные аспекты алкогольной зависимости и имели гендерную специфичность.

### **Изложение основного материала**

Под нашим наблюдением находились 281 женщина с алкогольной зависимостью в возрасте от 26 до 68 лет (ОГ). В качестве группы сравнения было обследовано мужчин в количестве 42 человека соответствующего возраста, которые также алкогольную зависимость (ГП). Группы исследованных было набрано в женских и мужских отделениях КУ «Одесская областная клиническая психиатрическая больница №1», которая на данный момент перепрофилирована в КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья». Исследование проводилось в течение 2009-2015 гг.

Диагноз исследованных по МКБ-10 соответствовал диагностической рубрике «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя» (F-10). Учитывая то, что данный раздел включает в себя различные расстройства, тяжесть которых варьирует от неосложненного опьянения и употребления с вредными последствиями в выразительных психотических расстройств и деменции, с целью уточнения клинического состояния и формирования однородных групп исследования нами избраны следующие диагностические рубрификации: F10. 0 - острая интоксикация, F10.1 - употребление с вредными последствиями, F10.2 - синдром зависимости, F10.3 - состояния отмены, F10.4 - состояние отмены с делирием.

В исследовании использованы следующие методы: клинко-психопатологический, социально-демографический, психодиагностический, катamnестический, статистический, осуществлен всесторонний анализ основных

клинико-психологических характеристик женщин и описано дезадаптивные особенности их гендерного статуса.

Целью нашего исследования было построение комплекса мероприятий, которые включали в себя фармакотерапию, психотерапевтические мероприятия, программы психоедукации и психопрофилактики, главной целью которых было уменьшение проявлений алкогольной зависимости у женщин на биологическом, психологическом и социальном уровнях, а также улучшение качества их жизни.

Для реализации поставленных задач нами разработана комплексная программа, которая состояла из фармакологических и психотерапевтических интервенций. В ходе исследования определены основные мишени терапевтического воздействия, которые нами разделены на три группы: психоэмоциональные, личностные и психосоциальные. В зависимости от типичных особенностей каждой из групп исследования, применены методы фармакологических и психотерапии отдельно или вместе. Разработанный комплекс фармакологических и психотерапии содержал как блоки, которые были универсальными для всех типов женщин с АЗ (гипермускулистые, гиперфемининного, инфантильного и гармоничного), так и специфические мероприятия, внедрение которых связано с характерными особенностями каждой отдельной типологической группы.

Фармакотерапия отвечала заказным клиническим протоколам оказания медицинской помощи больным с определенной нозологией по МКБ-10 и согласно стандартам утвержденных Приказом МЗ Украины от 21.09.2009 г. по № 681, который отмечает, что в практической работе необходимо стремиться к обеспечению безопасного и эффективного лечения по возможности в условиях наименее ограничительного режима. При выборе этих условий учитывали: готовность и способность пациента к сотрудничеству в рамках терапевтического процесса; существующий риск суицидального или агрессивного поведения; возможность и присутствие социально-психологической поддержки в ближайшем окружении, а также создание условий адекватного лечения. При необходимости больным назначались консультации других специалистов для исключения соматической патологии, по показаниям в исследованных выполняли необходимые лабораторные исследования.

В доступной нам для осмотра отечественной и зарубежной литературе авторы не отмечают существенных различий в фармакотерапевтических мероприятиях при лечении алкогольной зависимости у мужчин и женщин. Однако, несмотря на отдельные научные работы и клинический опыт, особенно на ранних этапах ремиссии гендерный

аспект имеет значение, поскольку у женщин алкоголизм протекает высокопрогредиентно, вдвое чаще встречаются психические расстройства, более характерны невротические и неврозоподобные расстройства, демонстративность, повышенная эмоциональность, плаксивость, импульсивно-компульсивные, истероидные и конверсные реакции. Кроме этого стоит отметить физиологические особенности женского организма - меньшее содержание воды, слабые биохимические барьеры, что приводит в свою очередь к ранним энцефалопатии и поражений гепатоцеллюлярной системы.

Как можно видеть из приведенной схемы, фармакотерапевтическая помощь оказывалась больному на каждом из этапов (рис. 1). Сроки лечения были строго индивидуальными. Препаратами выбора на первом этапе лечения алкогольной зависимости у женщин были Zopiclonum (7,5 мг в сутки) и Diazepam (30 мг в сутки, внутримышечно, 2 мл 0,5% раствора). Сроки лечения на этапе купирования алкогольного психоза были строго индивидуальными в зависимости от показаний. Однако, благодаря комплексному подходу и сочетанию в схеме терапии седативного и Транквилизирующий препаратов проявления выраженного алкогольного психоза удавалось устранить в течение 4-5 дней



Рис. 1 Схема фармакотерапии женщин с алкогольной зависимостью

Во всех обследованных пациенток (100,00% по всем группам исследованных) мы констатировали редукцию симптоматики алкогольного делирия (исчезновение сценopodobные зрительных галлюцинаций, образного бреда, уменьшение острого чувства страха); алкогольного галлюциноза (исчезновение слуховых вербальных галлюцинаций, галлюцинаторного бред на фоне неизменной сознания) алкогольного параноида (снижение двигательного беспокойства, исчезновение бред особого значения). Второй этап детоксикации, нивелирования проявлений синдрома отмены и компенсации соматических проявлений был построен на принципах эфферентной медицины и включал следующих препаратов: Potassium chloride + Calcium chloride + Magnesium chloride + Sodium lactate + Sodium chloride + Sorbitol (400 мл в сутки под контролем показателей кислотно щелочного состояния и электролитов крови, функционального состояния печени и артериального давления внутривенно со скоростью 30-45 капель в минуту, предварительно сделав пробу) Potassium chloride + Sodium hydrocarbonate + Sodium chloride (100 мл в сутки внутривенно капельно под контролем лабораторных показателей, со скоростью 60-80 капель в минуту); L-Lysine aescinat (10 мл раствора в сутки внутривенно капельно, предварительно разведя содержимое ампул в 100 мл физиологического раствора со скоростью 60-80 капель в минуту); Sodium thiosulfate (10 мл 30% раствора натрия тиосульфата в виде 10% раствора путем разведения с физиологическим раствором) Potassium aspartate and magnesium aspartate (5 мл раствора внутривенно струйно медленно, путем разведения с 15 мл физиологического рочину) Metoclopramide (внутримышечно, 2 мл 0,5% раствора) Arginine glutamate (внутривенно капельно со скоростью 30-45 капель 5 мл 40% раствора, путем разведения с 200 мл физиологического раствора) Furosemide (внутримышечно, 2 мл 1% раствора); Cocarboxylase (внутримышечно, 0,05 г, путем разведения с 3 мл воды для инъекций); Pyridoxine + Thiamine + Cyanocobalamin + Lidocaine (внутримышечно, 2 мл раствора) Ascorbic acid (внутримышечно 2 мл 5% раствора) Polymethylsiloxane polyhydrate (45 г внутрь три раза в сутки); Pantoprazole (40 мг в сутки).

Благодаря разработанной схеме фармакотерапии, направленной на патогенетические механизмы нарушений, прямое токсическое действие (способность этанола проявлять мембранотропных и конформационную действие, а также взаимодействовать с неэтерификоваными жирными кислотами) и опосредованную токсическое действие (токсические эффекты альдегида и продуктов его метаболизма) на данном этапе удалось достичь нормализации соматического состояния

женщин с алкогольной зависимостью, нивелировать симптоматику синдрома отмены. В исследуемых нормализовалась функция желудочно-кишечного тракта (большинство отметило исчезновение боли в области желудка, тошнота, рвота и диареи), нивелировались проявления мозжечковых (интенционный тремор, нистагм, атаксия) и вегетативных (головокружение, тахикардия, гипергидроз, сухость во рту, парестезии, феномен Рейно, одышка) симптомов.

После терапии у женщин с алкогольной зависимостью произошла нормализация показателей водно-электролитного баланса (K, Na, Mg, Cl, компенсировано гиповолемию) и кислотно-основного состояния (ликвидировано проявления метаболического ацидоза).

Интеграционный характер и сложный генезис формирования у женщин алкогольной зависимости диктуют необходимость системного подхода к ее психотерапии и психопрофилактики. При этом следует исходить из общих принципов коррекции, принятых в современной психологии - системности, дифференцированности, последовательности, этапности, и учитывать те рассмотренные нами выше дисгармоничны клинико-психологические характеристики больных, которые играли причинную, патопластичну или способствующую развитию алкогольной аддикции роль в каждом конкретном случае.

Основные принципы и этапы кратковременной стационарной мотивационной терапии женщин, страдающих алкогольной зависимостью, базировались на основе поведенческой терапии в соответствии с характерологических особенностей пациенток. Психотерапевтическую программу нами составлен исходя из парадигмы когнитивно-поведенческой и системной семейной терапии. При этом меры, которые мы использовали в рамках единого универсального психотерапевтического подхода, были специфическими с учетом особенностей психоэмоциональной, личностной, мотивационной и психосоциальной сфер у женщин исследованных групп. Так, в ОГ1 акцент был сделан на коррекции гипермаскулинности и заостренных черт личности гипертимической, педантичного и возбуждающего типов; уменьшении проявлений депрессии; восстановлении семейных отношений и формировании копинг-стратегий бесконфликтного общения в семье. Во время психотерапевтического сотрудничества с пациентками ОГ2 тщательное внимание уделено сглаживания гиперфемининных заостренных черт личности и акцентуаций демонстративного, тревожного и эмотивного типов; уменьшению уровня тревожности; формированию социальной роли «достаточно хорошей матери» (по Д.Виникотом) [30]. Женщины с ОГ3 на фоне общей



инфантильности имели акцентуированные черты личности гипертимической, эмотивного и возбуждающего типов, с целью компенсации которых мы проводили психотерапевтическую работу. Также нашей задачей было уменьшение тревожно-депрессивных проявлений, присущих женщинам инфантильного типа; восстановлению семейных отношений и формировании Я-концепции "зрелой женщины». Пациентки группы ОГ4 гармоничного (андрогинными) типа весомерно отличались от представительниц предыдущих групп тем, что были наиболее мотивированными к лечению и проведения психотерапевтических интервенций, с ними легче образовывался психотерапевтический комплаенс, они, как правило, имели критическое отношение к собственной личности и осознавали наличие аддиктивного заболевания, поэтому нами акцент был сделан на коррекции заостренных черт личности тревожного и циклотимического типов, обучении стратегиям уравновешенного партнерского общения в семье.

Учитывая особенности обследованного контингента женщин, задачами первого этапа психокоррекции алкогольной зависимости у женщин мы считали преодоления анозогностичного отношения к болезни, выработка установки на лечение, осознание бесперспективности выбранного ими образа жизни и определения валидных путей выхода из деструктивной ситуации.

Для реализации указанных задач наиболее целесообразной и эффективной оказывалась когнитивно-поведенческая психотерапия, которая была желательна для всех женщин с алкогольной зависимостью. Выбирая ее, мы исходили из того, что женщины, страдающие алкогольной зависимостью отличались своеобразной анозогнозией. Они были готовы признать нарушения своего поведения и употребления алкоголя, но считали, что «так все делают» и «могут сами все исправить», а согласие на лечение в стационаре расценивали как уступку родственникам и близким.

Психотерапевтические мероприятия мы разрабатывали с учетом личностных особенностей пациенток, их мотивации аддиктивного поведения и мотивов приема алкоголя. Иными словами, разрабатывая систему психотерапии алкоголизма у женщин, мы основывались на психологических механизмах аддиктивного поведения.

Для формирования установки на лечение мы считали целесообразным использование подхода, при котором с врачами-наркологами договаривались о том, что они не будут говорить с женщинами о нарушении поведения, возможны тяжелые последствия употребления алкоголя, не будут касаться проблем диагноза, а

попытаются смягчить ситуацию, дать женщинам почувствовать доброжелательную заинтересованность в их судьбе.

Второй этап психотерапии заключался в формировании устойчивой мотивации отказа от приема алкоголя, осознанной критики своего прошлого, реконструкции утраченного чувства собственного достоинства и осознание необходимости овладения новыми ролевыми позициями в обществе. С этой целью мы применяли групповую поведенческую психотерапию в закрытых психотерапевтических группах, а именно - мотивационный тренинг.

Под мотивацией мы понимали механизм, определяющий возникновение, направление и способы осуществления конкретных форм деятельности, совокупная система процессов, отвечающих за побуждения и деятельность, механизм реализации уже имеющихся мотивов.

В результате проведения комплексного психофармакотерапевтического вмешательства нами было отмечено редукцию признаков психиатрического синдрома. Статистически было доказано, что у большинства женщин наблюдались положительные изменения в соматическом состоянии, а именно: сердцебиение уменьшилось в ОГ1 на 42,86%; в ОГ2 - на 40,00%; в ОГ3 - на 44,00%; в ОГ4 - на 33,33%,  $p < 0,05$ ; отеки на ногах достоверно уменьшились в ОГ1 на 28,00%; в ОГ2 - на 27,78%,  $p < 0,05$ ; в ОГ3 - на 36,36%; в ОГ4 - на 28,57%); у большинства женщин нормализовалось стул (ОГ1 в 64,10%; ОГ2 - 64,29%; в ОГ3 - 67,65%; в ОГ4 - 43,75%, разница достоверна,  $p < 0,05$ ) почти вдвое снизился головная боль (в ОГ1 на 47,82%; в ОГ2 - на 46,67%; в ОГ3 - на 45,00%; в ОГ4 - на 45,45%, достоверно значимо,  $p < 0,05$ ); нивелировались нарушения со стороны чувствительности - гипо- и гиперестезии (показатели уменьшились в ОГ1 на 35,00%; в ОГ2 - на 36,36%; в ОГ3 - на 33,33%; в ОГ4 - на 50,00%,  $p < 0,05$ ) мнестические расстройства редуцировались в ОГ1 на 67,65%; в ОГ2 - на 68,18%; в ОГ3 - на 67,74%; в ОГ4 - на 66,67%, разница достоверна,  $p < 0,05$ ) чрезмерная жажда уменьшилась в ОГ1 на 71,43%; в ОГ2 - на 63,64%,  $p < 0,05$ ; в ОГ3 - на 58,33%; в ОГ4 - на 60,00%); нормализовалось половое влечение (показатель уменьшился в ОГ1 на 48,15%; в ОГ2 - на 47,37%; в ОГ3 - на 45,45%, разница достоверна,  $p < 0,05$ ). Координационные нарушения остались только в части исследуемых женщин всех групп: дрожание пальцев рук (в ОГ1 - 35,85%; в ОГ2 - 42,16%; в ОГ3 - 39,22%; в ОГ4 - 37,93%, разница достоверна,  $p < 0,05$ ), шаткая походка наблюдалась в единичных случаях (в ОГ1 в 17,65%; в ОГ2 - 15,38%; в ОГ3 - 25,00%; в ОГ4 - 14,29%,  $p < 0,05$ ).

## Выводы

1. В диссертационной работе с позиций доказательной медицины осуществлено теоретическое обобщение и новое решение актуальной научной проблемы современной наркологии, а именно, на основе комплекса интегрированных исследований, оценены и систематизированы основные предикторы (биологические, личностные, психосоциальные) и патологические последствия (клинические, психоэмоциональные, мотивационные, социально-психологические) научно обоснованные, разработанные, внедрены в практику новые подходы к психофармакотерапии и система психопрофилактики женщин, больных алкогольной зависимостью, что в дальнейшем дало возможность построить стратегии комплексной помощи, с учетом специфических характеристик и особенностей гендерного статуса женщин с алкогольной зависимостью.

2. Изучение предикторов и патологических последствий АЗ позволило определить гендерные особенности женских групп исследования (ОП), которые достоверно отличались ( $p < 0,05$ ) от аналогичных характеристик мужчин (ГП):

2.1. Среди биологических предикторов в ОГ достоверно чаще отмечалось ускоренное соматосексуального развитие (16,37%;  $p < 0,05$ ), преждевременный психосексуальный развитие (30,96%;  $p < 0,05$ ), весомерно меньшее количество простых асинхронных полового развития (18 51%;  $p < 0,05$ ) и большее количество объединенных (36,65%;  $p < 0,05$ ).

2.2. Особистинимы предикторами, которыми отличалась женская группа, по сравнению с мужской, были достоверно большее количество лиц с Эмотивная типом акцентуации (12,81%;  $p < 0,05$ ) и меньшее количество дистимичний (5,34%;  $p < 0,05$ ), возбуждающих (12,81%;  $p < 0,05$ ) и застревающая (8,19%;  $p < 0,05$ ) личностей.

2.3. Психосоциальными предикторами АЗ, которые имели гендерную свойственность, были у женщин: среднее родительская семья (52,00%;  $p < 0,05$ ) и меньший показатель «отягощенности семейного анамнеза» (27,76%;  $p < 0,05$ ).

2.4. Среди психоэмоциональных патологических особенностей: более высокий уровень тревожности (46,62%;  $p < 0,05$ ), при меньшей выраженности клинических проявлений: психотоксикационного алкогольного синдрома (18,47%;  $p < 0,05$ ), неспецифических физических признаков хронической алкогольной интоксикации (24,38%;  $p < 0,05$ ), встречаемости нервно-психических и соматических заболеваний в собственном анамнезе пациентов (19,58% / 8,10%;  $p < 0,05$ ).

3. В результате обобщения характеристик лиц, принадлежащих к каждой из групп ОГ1, ОГ2, ОГ3 и ОГ4, было описано каждый из типов женщин с АЗ:3.1. группа ОГ1 характеризовалась замедленным темпом соматосексуального (84,95%) и ретардацией психосексуального развития (78,49%), наличием простых и объединенных асинхронных полового развития (20,43% / 39,78%). Превалирующими типами акцентуации были гипертимической (19,35), педантичный (16,13) и возбуждающий (13,98%). Темп прогрессивный злоупотребления алкоголем был преимущественно средним (48,39%) и высоким (48,39%). Среди психоэмоциональных характеристик превалирующими были средний с тенденцией к высокому уровню тревожности (54,84%), субдепрессивное состояние (51,61%). Среди психосоциальных особенностей доминирующими были семейные конфликты в родительской семье (16,8 баллов).3.2. среди лиц ОГ2 наблюдался ускоренный темп соматосексуального развития (72,88%), преждевременный психосексуальный развития (81,36%), наличие простых и объединенных асинхронных полового развитие (20,34% / 42,37%). Превалирующими в ОГ2 типами акцентуации были демонстративный (18,64), тревожный (16,95), эмотивный (13,56%). Темп прогрессивный злоупотребления алкоголем в группе был средним в большинстве исследованных (76,27%). Среди психоэмоциональных признаков отмечались: высокий уровень тревожности (49,15%), легкая степень депрессии (44,07%); среди психосоциальных особенностей - зависимость и несамостоятельность матери (17,3 баллов)

### **Литература**

1. Егоров А. Ю. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект / А. Ю. Егорова, Л. К. Шайдукова // Наркология. – 2007. – № 9. – С. 49-55.
2. Животовська Л. В. Оцінка реабілітаційного потенціалу осіб із залежністю від алкоголю / Л. В. Животовська // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2011. – Т.11. № 2 (34). – С. 132-136.
3. Иванец Н. Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. Руководство по наркологии / [под. ред. чл.-корр. РАМН Н. Н. Иванца]. – М. : Медпрактика, 2009. – Т. 2. – С. 6-24.

4. Підкоритов В. С. Клініко-типологічні особливості депресивного типу шизоафективного розладу / В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник // Ж. психіатрії и медичинской психології – 2012. – № 1 (28). – С. 23-27.
5. Kim K. M. The readiness to change and insight in alcohol dependent patients / K. M. Kim, J. S. Kim, G. J. Kim // J. Korean Med. Sci. – 2007. – Vol. 22. – P. 453-458.
6. Krenek M. Comorbidity of substance dependence and depression: role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence / M. Krenek, S. R. Tate, J. Wu, J. R. McQuaid, K. Cummins, C. Shriver, S. A. Brown // Psychol. Addict. Behav. – 2008. – № 22 (1). – P. 47-57.
7. O. Shea R. S. Alcoholic liver disease / O. R. S. Shea, S. Dasarathy, A. J. Mc Cullough // Hepatology. – 2010. – Vol. 51. – P. 307-328.