

**В. В. Ярій, М. В. Маркова**  
**НАПРУЖЕНІСТЬ АДДИКТИВНОГО СТАТУСУ І ПОРУШЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ**  
**В ҐЕНЕЗІ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ДРУЖИН ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ**

**В. В. Ярій, М. В. Маркова**  
**Напряжение аддиктивного статуса и нарушение психоэмоционального состояния**  
**в генезе дезадаптации жен мужчин, больных алкогольной зависимостью**

**V. V. Yarui, M. V. Markova**  
**Disturbances in addictive status and psycho-emotional condition in the genesis**  
**of maladjustment in wives of males with alcohol dependence**

Для розуміння необхідності терапевтично-реабілітаційної роботи з найближчим оточенням наркологічних хворих, з метою визначення наявності та змістовного наповнення в них психопатологічних станів, асоційованих з хворобою родича, на базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» протягом 2012—2015 рр. було обстежено 160 дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), та 50 жінок, чоловіки яких не мали алкогольних проблем.

У дружин чоловіків, хворих на АЗ, встановлено наявність дезадаптивних станів різної вираженості і клінічного наповнення, на відміну від дружин «наркологічно здорових» чоловіків.

Виокремлено три клінічних варіанти дезадаптації: психоемоційна (25,6%), поведінкова (30,6%), комбінована (43,8%). Для психоемоційної дезадаптації характерними є наявність депресивних та/або тривожних симптомокомплексів з високим стресовим навантаженням та низькою здатністю до стрес-опору, з амплітудою вираженості від мозаїчних окремих проявів до клінічно окреслених психопатологічних станів. Для поведінкової дезадаптації притаманними є прагнення до аддиктивної реалізації на рівні небезпечного вживання або залежного стану за широким колом об'єктів поведінкової залежності, насамперед, від їжі, чаю/кави, шопінгу та роботи, а також тютюнопаління. Комбінована дезадаптація виражена поєднанням обох вищеперелічених феноменів, з різним ступенем вираженості.

У дружин чоловіків з соціально-середовищним типом АЗ превалюють комбінований (51,3%) і психоемоційний (30,0%) типи дезадаптації, у дружин хворих з індивідуально-генетичним типом АЗ — поведінковий (42,5%) і комбінований (36,3%) типи дезадаптації.

Виявлена диференціація аддиктивного і психоемоційного статусів у жінок в залежності від генезу АЗ у їхніх чоловіків (соціально-середовищна або індивідуально-генетична), а саме, більша варіативність клінічних проявів та вираженість патологічних аддиктивних феноменів, а також більша тяжкість психопатологічних тривожних і депресивних проявів у дружин чоловіків з генетично зумовленою АЗ.

Отримані дані підтверджують необхідність розроблення ефективних лікувально-реабілітаційних програм для дружин чоловіків, хворих на АЗ.

**Ключові слова:** співзалежність, аддиктивний статус, психоемоційний стан, дезадаптація, дружини, алкогольна залежність

Для понимания необходимости терапевтической и реабилитационной работы с ближайшим окружением наркологических больных, с целью определения наличия и содержательного наполнения у них психопатологических состояний, ассоциированных с болезнью родственника, на базе Киевской городской наркологической клинической больницы «Социотерапия» в течение 2012—2015 гг. были обследованы 160 жен мужчин, больных алкогольной зависимостью (АЗ), и 50 женщин, мужья которых не имели алкогольных проблем.

У жен мужчин, больных АЗ, установлено наличие дезадаптивных состояний различной выраженности и клинического наполнения, в отличие от жен «наркологически здоровых» мужчин.

Выделено три клинических варианта дезадаптации: психоэмоциональная (25,6%), поведенческая (30,6%), комбинированная (43,8%). Для психоэмоциональной дезадаптации характерны наличие депрессивных и/или тревожных симптомокомплексов с высокими стрессовыми нагрузками и низкой стрессоустойчивостью, с амплитудой выраженности от мозаичных отдельных проявлений до клинически очерченных психопатологических состояний. Для поведенческой дезадаптации характерным выявилось стремление к аддиктивной реализации на уровне опасного употребления или зависимого состояния по широкому кругу объектов поведенческой зависимости, прежде всего, еды, чая/кофе, шопинга и работы, а также табакокурения. Комбинированная дезадаптация представлена сочетанием обоих вышеперечисленных феноменов, с разной степенью выраженности.

У жен мужчин с социально-средовым типом АЗ превалируют комбинированный (51,3%) и психоэмоциональный (30,0%) типы дезадаптации, у жен больных с индивидуально-генетическим типом АЗ — поведенческий (42,5%) и комбинированный (36,3%) типы дезадаптации.

Виявлена диференциация аддиктивного і психоемоційного статусу у жінок в залежності від генезу АЗ у їхніх чоловіків (соціально-середовищна або індивідуально-генетична), а саме, більша варіативність клінічних проявлених і вираженість патологічних аддиктивних феноменів, а також більша тяжкість психопатологічних тривожних і депресивних проявлених у жен мужчин з генетично зумовленою АЗ.

Полученные данные подтверждают необходимость разработки эффективных лечебно-реабилитационных программ для жен мужчин, больных АЗ.

**Ключевые слова:** созависимость, аддиктивный статус, психоэмоциональное состояние, дезадаптация, жены, алкогольная зависимость

Necessity providing therapeutic and rehabilitation measures for close environment of patients with drug abuse determines establishing the presence and content of psychopathological conditions associated with the disease in relatives of ill persons. In the Kyiv City Narcological Hospital "Sociotherapy" during 2012—2015 years examined 160 wives of men with alcohol abuse and 50 women, whose husbands did not had any alcohol problems.

In wives of men with alcohol dependence found maladjustment conditions with varying severity and clinical content unlike wives with healthy husbands.

We identified three clinical maladjustment options: psycho-emotional (25.6%), behavioral (30.6%), combined (43.8%). The psycho-emotional maladjustment characterized by the presence of depressive and/or anxious symptoms with a high stress intensity and low capacity for stress resistance, and the amplitude of symptoms varying from single mosaic manifestations to clinically defined psychopathological states.

For behavioral maladjustment is inherent craving for addictive implementation at the level of dangerous use or dependent state with wide range objects of behavioral dependence such as food, tea/coffee, shopping and work, and smoking. Combined maladjustment represented in a combination of both phenomena, with varying degrees of severity.

In wives of men with socio-environmental alcohol dependence prevalent were combined (51.3%) and psycho-emotional (30.0%) types of maladjustment, in wives of patients with personal-genetic type — behavioral (42.5%) and combined (36.3%) types of maladjustment.

The observed differentiation addictive and emotional status of women, depending on the genesis alcohol dependence in their husbands (social-environmental or personal-genetic), namely, greater variability of clinical manifestations and severity of pathological addictive phenomena, and greater severity of psychopathological anxious and depressive manifestations in wives men with genetically determined alcohol dependence.

The data confirm the necessity of developing effective treatment and rehabilitation programs for the wives of men with alcohol dependence.

**Keywords:** co-dependence, addictive status, psycho-emotional condition, maladjustment, wives, alcohol dependence

Спільне проживання із залежним членом сім'ї впливає на фізичний і психічний стан родичів, змінюючи їх психологію поведінки, емоційні реакції, сприйняття навколишнього світу і місце в соціальному житті. Вимушене залучення в «хворобливе коло» хворого, через стан хронічного дистресу, становить небезпеку для членів родини щодо розвитку в них захворювань психічної сфери як психіатричного (насамперед, невротичного), так і наркологічного спектра. В деяких роботах останніх років наводяться переконливі докази взаємозв'язку проживання родичів із залежним членом сім'ї і розвитком психічних і соматичних порушень у близького оточення пацієнтів, а також загрозливі дані щодо 30 %-ної поширеності у них суїцидально орієнтованих психопатологічних феноменів [1].

Між тим, як правило, близьке оточення пацієнта, що страждає на хвороби залежності, залишається поза увагою фахівців наркологічного профілю, оскільки акценти під час надання спеціалізованої медичної допомоги орієнтовані на хворих з аддиктивними розладами. Ймовірно, таке становище може бути пояснене зайвою психологізацією феномена співзалежності, що спостерігається у родичів наркологічних пацієнтів, наслідком чого стає відсутність доказової бази щодо необхідності розроблення ефективних лікувально-реабілітаційних програм для найближчого оточення пацієнтів, які перебувають у складних, кризових умовах життєдіяльності.

З огляду на наведене, для розуміння необхідності терапевтично-реабілітаційної роботи з найближчим оточенням наркологічних хворих, з метою визначення наявності та змістовного наповнення в них психопатологічних станів, асоційованих з хворобою родича, на базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» протягом 2012—2015 рр. було обстежено 160 дружин чоловіків, хворих на АЗ, та 50 жінок, чоловіки яких не мали алкогольних проблем.

В залежності від типу АЗ у хворих, діагностованого за класифікацією Т. Ф. Babor [2—4], дружини пацієнтів були поділені на дві групи: групу А, в яку увійшли 80 дружин хворих на АЗ типу А (група родичів А, ГРА), і групу Б, яку склали 80 дружин осіб з АЗ типу В за Т. Ф. Babor (група родичів Б, ГРБ). Групу порівняння (ГП) склали 50 одружених жінок, чоловіки яких не страждали на АЗ. Критерієм включення в групи дослідження була відсутність клінічно окресленої АЗ у жінки.

За думкою Т. Ф. Babor, розвиток АЗ типу А зумовлений впливом соціально-середовищних чинників, а виникнення АЗ типу Б зумовлено впливом індивідуально-генетичних чинників.

Обстеження включало комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження, з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [5, 6], а також шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HDRS і HARS [7], шкали оцінки рівня психосоціального стресу Л. Рідера [8] та методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Page [9].

Система AUDIT-подібних тестів дозволяє в єдиному вимірному масштабі оцінити тяжкість розладів, пов'язаних з різними об'єктами вживання: з наркотиками, тютюном, кавою або чаєм, їжею, а також з сексуальною активністю, з трудовою діяльністю, з переглядом телепередач, з використанням Інтернету, з азартними іграми, з іграми на телеприставці і комп'ютерними іграми, з шопінгом і читанням, а також дослідити взаємні впливи зазначених розладів один на одного. За висловлюванням

авторів методики, у разі визначення щодо поведінкових видів аддикції термін «вживання» використовують з певною часткою умовності, оскільки мовні традиції не передбачають поєднань на кшталт «вживання» щодо гри в карти або «вживання» телепередач, але єдиний підхід до пристрастей і залежностей різного походження, реалізований в концепції аддиктивного статусу, потребує єдності термінології [10].

В цілому, дружини чоловіків з АЗ продемонстрували наявність низки неалкогольних, насамперед, поведінкових, аддиктивних феноменів різного ступеня вираженості (рис. 1, 2), на відміну від дружин «аддиктологічно здорових» чоловіків, які характеризувались переважанням нормативних показників аддиктивного статусу (рис. 3).

Для жінок обох груп (ГРА і ГРБ) виявилась характерною схильність до залученості/залежності від різних об'єктів поведінкових аддикцій, більш виражена у осіб ГРБ, порівняно з ГРА.

Так, більше ніж у половини дружин ГРА (рис. 1) встановлено наявність передзалежного або залежного стану від вживання їжі (51,3 %), чаю/кави (52,5 %) роботи (55,1 %); майже у половини — від шопінгу (48,8 %), причому кількість залежних від шопінгу (22,5 %) виявилась найбільшою серед усіх інших видів залежності. Серед аддикцій хімічної групи єдиним аддиктивним об'єктом, за яким у значно більшості (60,1 %) діагностовано небезпечний або залежний рівень вживання, виявився тютюн. Щодо алкоголю, то у 8,8 % виявлено небезпечний, а у 13,8 % — шкідливий рівень його вживання; усі інші — 77,5 % — мали безпечні показники вживання алкоголю (на відміну від їх чоловіків, хворих на АЗ)

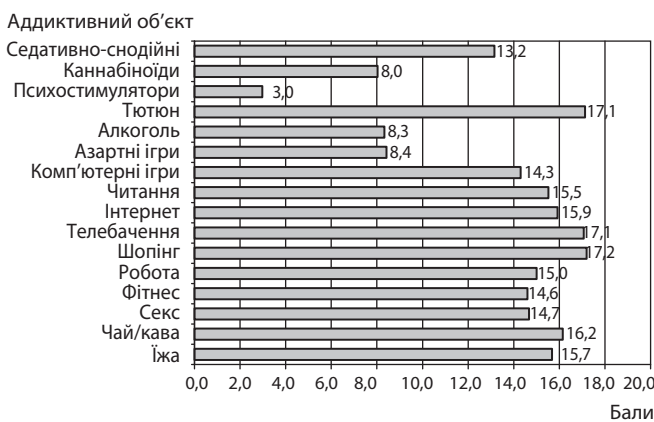


Рис. 1. Розподіл дослідження жінок ГРА та ГРБ за рейтингом захоплення аддиктивним об'єктом або/та уживання речовини (тест UDIT)

В ГРБ клінічні особливості аддиктивного статусу (рис. 2) виражалися у збільшенні кількості об'єктів залежної поведінки, рівень вживання яких досягав ступеня вираженості залежного стану (усі феномени поведінкових аддикцій): у деяких випадках мали місце поодинокі епізоди (наприклад, сексуальні стосунки як об'єкт залежності були притаманні 1,3 % жінок, читання — 3,8 %, комп'ютер — 5,0 %), в інших випадках — досить значній кількості осіб: їжа — 23,8 %, робота — 22,5 %, чай/кава — 20 %, перегляд телебачення — 12,5 %, шопінг — 10 %. Крім того, спостерігалось зменшення, порівняно з ГРА, частки осіб з небезпечним рівнем вживання, на користь вживання зі шкідливими наслідками (тобто меншого ступеня вираженості). За рахунок цього кількість ад-

диктивних об'єктів, за якими більше ніж у половини респонденток мав місце передзалежний і залежний ступінь аддиктивної вираженості, виявився меншим, ніж в ГРА: такими об'єктами стали їжа (65,1 %) тютюн (51,3 %); близькими до цих показників виявились такі аддиктивні об'єкти, як шопінг (48,8 %), робота (45 %) і чай/кава (45 %).

Щодо об'єктів хімічної аддикції, у 27,5 % діагностовано тютюнову залежність, а у 3,8 % — залежність від вживання седативно-снодійних препаратів. У 23,8 % обстежених визначено небезпечний, а у 27,5 % — шкідливий рівень вживання тютюну, а у 51,3 % жінок виявлено стан вживання алкоголю зі шкідливими наслідками.

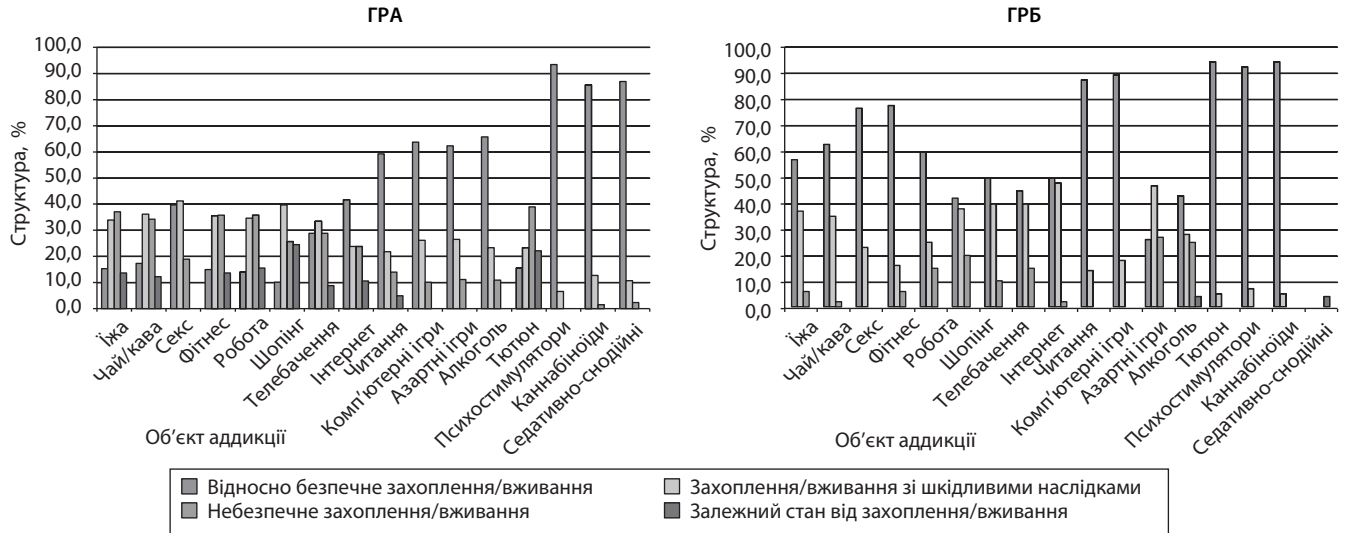


Рис. 2. Результати дослідження жінок ГРА та ГРБ за структурою захоплення аддиктивним об'єктом або/та уживання речовини (тест UDIT)

Треба наголосити встановлену тенденцію підвищення аддиктивного напруження в аспекті посилення ступеня вираженості аддиктивних феноменів у ГРБ порівняно з ГРА. Так, усереднений показник вираженості вживання об'єктів аддикції в амплітуді відносно безпечного вживання у жінок ГРА становив  $3,96 \pm 0,33$  бали проти  $4,99 \pm 0,61$  бали у респонденток ГРБ; в амплітуді вживання зі шкідливими наслідками —  $11,13 \pm 0,49$  в ГРА і  $12,40 \pm 0,37$  бали в ГРБ; в амплітуді небезпечного вживання —  $17,40 \pm 0,83$  в ГРА і  $18,1 \pm 0,77$  бали в ГРБ; в межах залежного стану —  $18,07 \pm 0,98$  в ГРА проти  $23,85 \pm 0,99$  бали в ГРБ. Загальний усереднений показник вираженості поведінкової залежності становив  $12,28 \pm 1,03$  у дружин ГРА і  $15,14 \pm 1,11$  бали у жінок ГРБ.

У жінок ГП встановлено поодинокі випадки небезпечного вживання об'єктів поведінкової аддикції (рис. 3) (серед яких як об'єкт превалював шопінг — 22,0 %), проте виявлено, що небезпечний рівень вживання алкоголю і тютюну був притаманний 28,0 % і 26,0 %, відповідно; у однієї жінки діагностовано, навіть, тютюнову залежність. Однак, за аналізом загального середнього бала вираженості, серед усіх можливих аддиктивних об'єктів, споживання тютюну відповідало вживанню зі шкідливими наслідками ( $12,6 \pm 0,90$ ), а деякі поведінкові аддикції мали показники вираженості, близькі до нормативних (чай/кава —  $7,7 \pm 0,55$  бали, їжа —  $7,6 \pm 0,61$  бали, шопінг —  $7,5 \pm 0,63$  бали, робота —  $7,3 \pm 0,57$  бали).

В цілому, за аналізом усереднених показників вираженості аддикції (рис. 4) встановлено, що жінки ГРА і ГРБ демонстрували достовірно вищі рівні схильності до залученості/залежності, ніж жінки ГП, практично за усіма об'єктами вживання. Так, усереднена вираженість схильності до зловживання їжею та чаєм/кавою як аддиктивними об'єктами у жінок ГРА, порівняно з дружинками з ГП, була підвищеною в 1,9 рази, у респонденток ГРБ — в 2 рази ( $p < 0,01$ ); сексом, відповідно, в 2,6 і 5,4 рази ( $p < 0,001$ );

роботою, відповідно, в 2,1 та 2,3 рази ( $p < 0,001$ ); шопінгом, відповідно, в 2,2 й 2,4 рази ( $p < 0,001$ ); комп'ютером, відповідно, в 3,7 та 7,1 рази ( $p < 0,001$ ); Інтернетом, відповідно, в 2,1 і 2,2 рази ( $p < 0,01$ ).

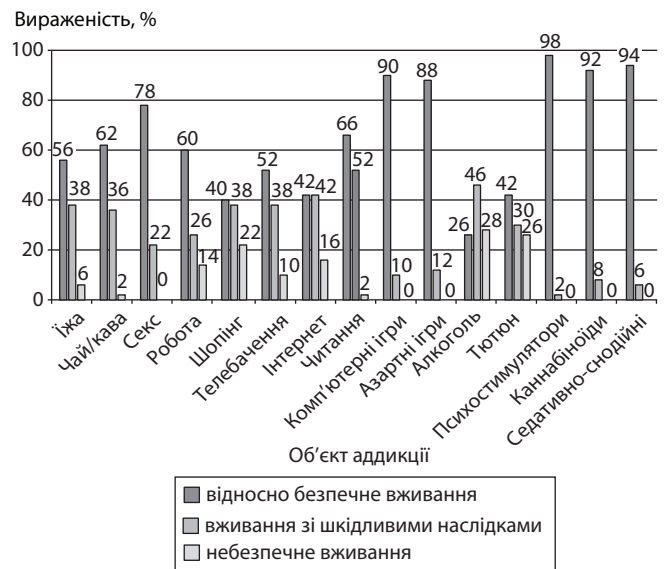


Рис. 3. Структурний розподіл аддиктивного статусу жінок групи порівняння за об'єктами і вираженістю

Крім того, у жінок ГРБ, порівняно з особами ГП, виявлені достовірно вищі показники між вираженістю схильності до перегляду телебачення (в 2,4 рази,  $p < 0,01$ ), азартних ігор (в 3,5 рази,  $p < 0,001$ ), а також вживання тютюну (в 1,6 рази,  $p < 0,01$ ), каннабіноїдів (в 2,9 рази,  $p < 0,01$ ) та седативно-снодійних препаратів (в 4,2 рази,  $p < 0,01$ ).

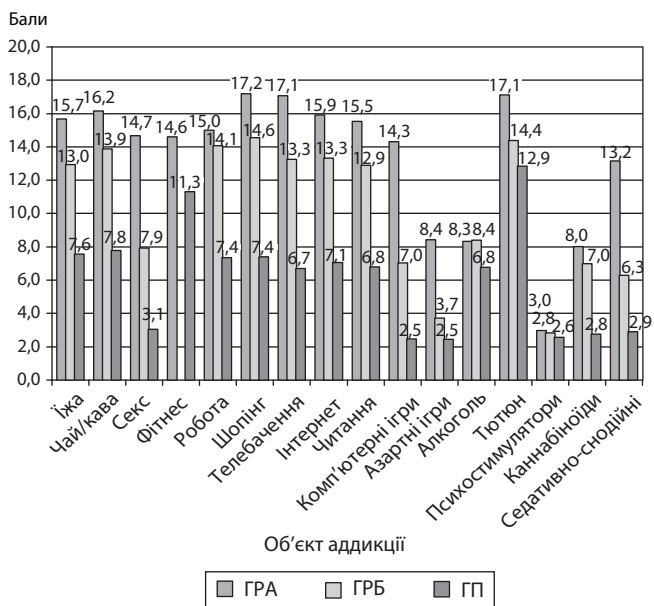


Рис. 4. Усереднені показники схильності до залежності за різними аддиктивними об'єктами в обстежених жінок (середній бал)

Порівняльний аналіз показників жінок ГРА і ГРБ дозволив виокремити достовірно вищі показники вираженості схильності до сексуальної (в 2,08 рази,  $p < 0,01$ ), комп'ютерної (в 1,91 рази,  $p < 0,01$ ), ігрової (в 2,20 рази,  $p < 0,001$ ) аддикцій, а також вживання каннабіноїдів (в 1,23 рази,  $p < 0,01$ ) та седативно-снудійних препаратів (в 2,39 рази,  $p < 0,001$ ) у жінок ГРБ, порівняно з ГРА.

Окрема тенденція встановлена щодо деяких хімічних аддикцій, зокрема, вживання алкоголю й психостимуляторів. Так, алкоголь і психостимулятори виявилися аддиктивними об'єктами, середній бал вираженості схильності до залежності від яких був вищим у жінок ГРА, порівняно з особами ГРБ і ГП: за алкоголем — в 1,1 і 1,3 ( $p < 0,01$ ) рази, відповідно; за психостимуляторами — в 1,3 і 1,5 ( $p < 0,01$ ) рази, відповідно.

Отже, дослідження аддиктивного статусу дружин чоловіків, хворих на АЗ, довело його напруженість, порівняно з дружинами звичайних чоловіків. Серед об'єктів залежності в структурі аддиктивного статусу дружин хворих на АЗ чоловіків превалювали види поведінкових аддикцій, порівняно з хімічними її видами. Серед об'єктів хімічної залежності чинником, що обтяжує аддиктивний статус дружин чоловіків з АЗ, незалежно від її генезу, був тютюн, проте серед об'єктів нехімічної залежності таких чинників було набагато більше, а саме: їжа, чай/кава, робота і шопінг. У дружин чоловіків з генетично зумовленою АЗ встановлена більша варіативність клінічних проявів та вираженість патологічних аддиктивних феноменів, ніж у дружин чоловіків з соціально-середовищним типом АЗ.

Оцінення психоемоційного стану обстежених довело наявність достовірної різниці між жінками різних груп ( $p < 0,01$ ).

За аналізом вираженості ознак депресивного реагування (рис. 5) встановлено, що стан без ознак депресії (0—7 балів за HDRS) був притаманний 40 % осіб ГРА, 12,5 % ГРБ і 90 % ГП. Депресивні прояви на рівні малого депресивного епізоду (7—16 балів за HDRS) були виявлені у 50 % жінок ГРА, 65 % ГРБ і 10 % ГП, а виражені де-

пресивні симптоми рівня важкого депресивного епізоду (16—52 бали за HDRS) діагностовані у 10 % обстежених ГРА і 22,5 % осіб ГРБ.

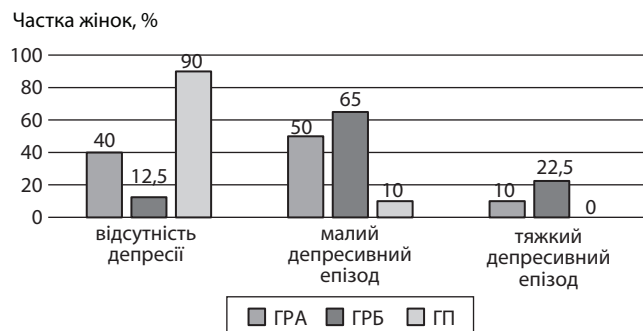


Рис. 5. Розподіл показників депресивного реагування в обстежених жінок

Субклінічні тривожні прояви (0—7 балів за HARS) виявились притаманними 42,5 % дружин ГРА, 10 % — ГРБ, 96 % — ГП; патологічну тривогу вираженості рівня тривожного стану (8—20 балів за HARS) діагностовано у 55 % жінок ГРА, 70 % — ГРБ і 4 % — ГП; клінічно окреслений тривожний розлад був притаманний 2,5 % респонденток ГРА і 20 % — ГРБ (рис. 6).

Під час визначення рівня стресового навантаження (рис. 7) визначено, що відсутність дії психотравмуючих психосоціальних чинників відмічали 20 % жінок ГРА, 5 % — ГРБ і усі жінки ГП. Середній рівень психосоціального стресу встановлений у 32,5 % осіб ГРА і 27,5 % — ГРБ; від високого його рівня потерпали 47,5 % жінок ГРА і 67,5 % — ГРБ.

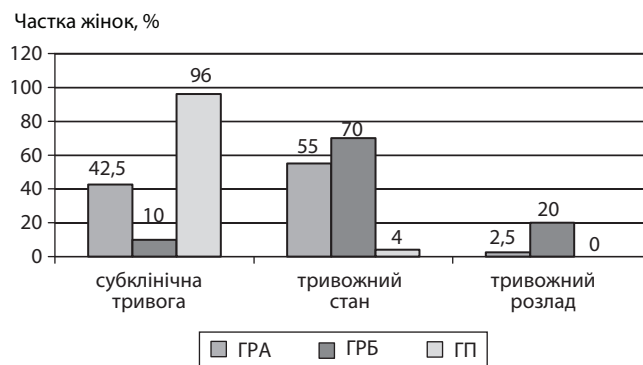


Рис. 6. Розподіл показників патологічної тривоги в обстежених жінок

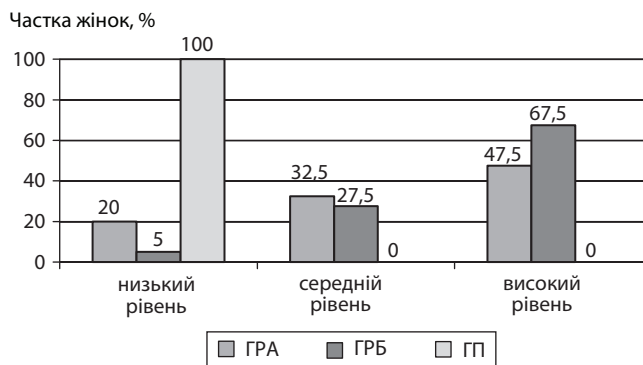


Рис. 7. Стресове навантаження в обстежених жінок

Серед обстежених основних груп переважна більшість жінок відрізнялись низькою здатністю до стресопору (низький рівень стресостійкості виявився притаманний 67,5 % жінок ГРА і 80 % — ГРБ, середній рівень — 20 % і 15 %, відповідно), на відміну від обстежених ГП, які продемонстрували високу стресостійкість (рис. 8).

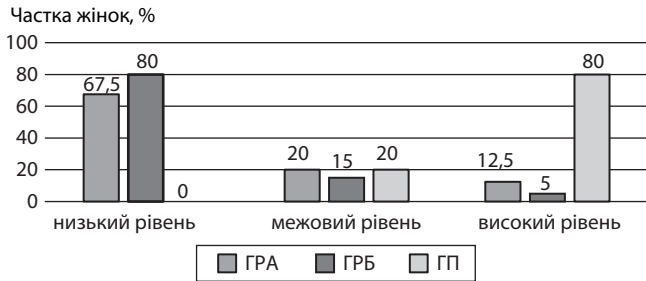


Рис. 8. Здатність до стресопору в обстежених жінок

Таким чином, вивчення психоемоційного статусу дружин чоловіків, хворих на АЗ, довело наявну тенденцію його погіршення, порівняно з дружинами звичайних чоловіків ( $p \leq 0,001$ ). Так, ознаки депресивного реагування спостерігались у 60 % жінок ГРА і 87,5 % — ГРБ, причому у 10 % осіб ГРА і 22,5 % жінок ГРБ вони мали вираженість, адекватну тяжкому депресивному епізоду. Симптоми патологічної тривоги клінічно значущого рівня вираженості турбували 57,5 % жінок ГРА і 90 % — ГРБ, причому у 2,5 % респонденток ГРА і 20 % осіб ГРБ вони досягали рівня окресленого тривожного розладу. Від високого рівня психосоціального стресу потерпали 47,5 % жінок ГРА і 67,5 % — ГРБ, що відбувалось на тлі зниженої здатності до стресопору у переважній більшості жінок (67,5 % обстежених ГРА, 80 % осіб ГРБ).

Аналіз і узагальнення отриманих результатів дозволили дійти висновку, що жінки ГРА і ГРБ характеризувались ознаками дезадаптивного стану різного клінічного наповнення і вираженості, від окремих мозаїчних проявів до клінічно окреслених психічних і поведінкових розладів кластера F43 — реакція на стрес та адаптаційні розлади.

Цей стан у жінок, які є співзалежними внаслідок життя із чоловіком, що страждає на АЗ, було диференційовано на три групи, в залежності від провідного клінічного синдрому, а саме: психоемоційна, поведінкова або комбінована дезадаптація ( $p \leq 0,001$ ). Означені типи дезадаптації формувалися із численних варіацій взаємозв'язків, як внаслідок особистісних особливостей жінки, так й внаслідок різноманіття «патологічного реагування» жінки на пролонговану психотравмуючу ситуацію життя із чоловіком, якій страждає на АЗ.

Структуру дезадаптаційних станів, притаманних дружинам чоловіків, хворих на АЗ, відображено на рис. 9.

Як впливає з рис. 9, ізольований психоемоційний варіант дезадаптації виявився притаманним 30,0 % жінок ГРА і 21,3 % — ГРБ, з них легкий ступінь дезадаптації спостерігався у 5,0 % обстежених ГРА і 3,8 % осіб ГРБ, помірний — у 10,0 % жінок ГРА і у 5,0 % — ГРБ, виражений — 15,0 % ГРА і 12,5 % — ГРБ. Для цього варіанту притаманними виявились порушення психоемоційної сфери обстежених, без викривлення їх аддиктивного статусу.

Ізольований («чистий») поведінковий варіант дезадаптації був визначений у 18,8 % респонденток ГРА і 42,5 % — ГРБ, з них легкий ступінь дезадаптації мав

місце у 3,8 % осіб ГРА і 8,8 % — ГРБ, помірний — у 6,3 % ГРА і 15,0 % — ГРБ, виражений — 8,8 % ГРА і 18,8 % ГРБ. Цей варіант характеризувався вираженими аддиктивними феноменами на тлі незначних психоемоційних змін.

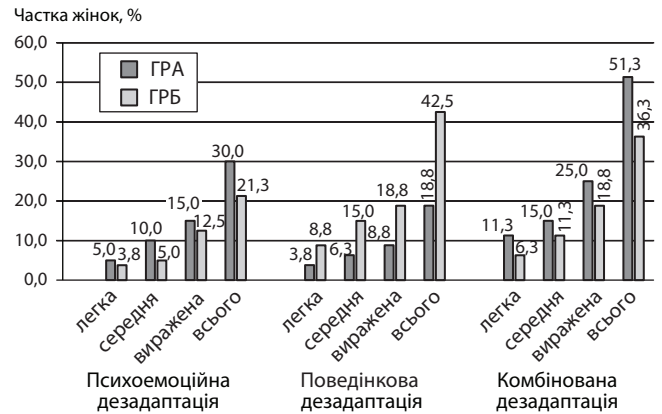


Рис. 9. Структура дезадаптації у жінок ГРА і ГРБ

Комбінований (змішаний) варіант дезадаптації діагностовано у 51,3 ± 5,0 % жінок ГРА і 36,3 ± 4,8 % обстежених ГРБ, з них порушення легкого ступеня встановлені у 11,3 % осіб ГРА і 6,3 % — ГРБ, помірною ступеня — у 15,0 % жінок ГРА і 11,3 % — ГРБ, вираженого ступеня — у 25,0 % осіб ГРА і 18,8 % — ГРБ. При цьому варіанті дезадаптації спостерігались як психоемоційні порушення, так і напруженість аддиктивного статусу.

В цілому, у жінок ГРА і ГРБ розподіл вираженості дезадаптивних станів значно не відрізнявся (рис. 10): легкий ступінь дезадаптації був притаманний 20,0 % обстежених ГРА і 18,8 % — ГРБ, помірний ступінь — по 31,3 % респонденток в обох групах, виражений ступінь — у 48,8 % ГРА і 50,0 % — ГРБ.

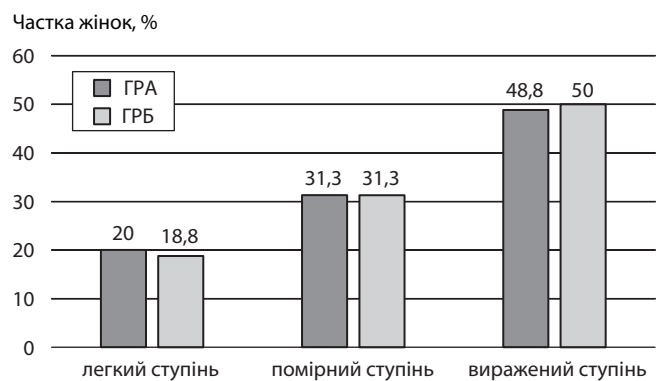


Рис. 10. Розподіл жінок ГРА і ГРБ за ступенем вираженості дезадаптації

На відміну від ступеня вираженості, за змістовним наповненням дезадаптивних проявів між жінками ГРА і ГРБ встановлені різниці (рис. 11). Так, більше ніж у половини жінок ГРА (51,3 %) була комбінована дезадаптація, у третини (30,0 %) — психоемоційна, і тільки у 18,8 % — ізольована поведінкова дезадаптація. Серед обстежених ГРБ найбільша кількість осіб — 42,5 % — демонстрували ознаки поведінкової дезадаптації, комбінована дезадаптація була притаманна 36,3 %, а психоемоційна — 21,3 % респонденток.

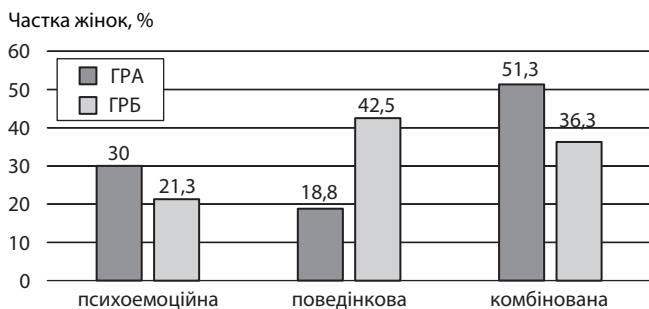


Рис. 11. Розподіл жінок ГРА і ГРБ за клінічним варіантом дезадаптації

Таким чином, у дружин чоловіків, хворих на АЗ, встановлено наявність дезадаптивних станів різної вираженості і клінічного наповнення, на відміну від дружин «наркологічно здорових» чоловіків.

Виокремлено три клінічних варіанти дезадаптації: психоемоційна (25,6 %), поведінкова (30,6 %), комбінована (43,8 %). Для психоемоційної дезадаптації характерними є наявність депресивних та/або тривожних симптомокомплексів з високим стресовим навантаженням та низькою здатністю до стрес-опору, з амплітудою вираженості від мозаїчних окремих проявів до клінічно окреслених психопатологічних станів. Для поведінкової дезадаптації притаманними є прагнення до аддиктивної реалізації на рівні небезпечного вживання, або залежного стану за широким колом об'єктів поведінкової залежності, насамперед, від їжі, чаю/кави, шопінгу та роботи, а також тютюнопаління. Комбінована дезадаптація виражена поєднанням обох вищеперелічених феноменів, з різним ступенем вираженості.

У дружин чоловіків з соціально-середовищним типом АЗ превалює комбінований (51,3 %) і психоемоційний (30,0 %) типи дезадаптації, у дружин хворих з індивідуально-генетичним типом АЗ — поведінковий (42,5 %) і комбінований (36,3 %) типи дезадаптації.

Виявлена диференціація аддиктивного і психоемоційного статусів у жінок в залежності від генезу АЗ у їхніх чоловіків (соціально-середовищна або індивідуально-генетична), а саме, більша варіативність клінічних проявів та вираженість патологічних аддиктивних феноменів, а також більша тяжкість психопатологічних тривожних і депресивних проявів у дружин чоловіків з генетично зумовленою АЗ.

Отримані дані підтверджують необхідність розроблення ефективних лікувально-реабілітаційних програм для дружин чоловіків, хворих на АЗ.

### Список літератури

1. Бисалиев Р. В. Сочувствительное поведение как психопатологический феномен: концептуальное видение проблемы / Р. В. Бисалиев, В. Д. Неклюдова, А. С. Кубекова // *Veda a technologie: krok do budoucnosti*. — Praha, 2012. — P. 74—77.
2. Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes / Babor T. F., Dolinsky Z. S., Meyer R. E. [et al.] // *Br J Addict.* — 1992. — Vol. 87(10). — P. 1415—1431.
3. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity / Babor T. F., Hofmann M., DelBoca F. K. [et al.] // *Arch Gen Psychiatry.* — 1992. — Vol. 49. — P. 599—608.
4. Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching / Litt M. D., Babor T. F., DelBoca F. K. [et al.] // *Ibid.* — 1992. — Vol. 49 (8). — P. 609—614.
5. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. — 2009. — № 2 (16). — С. 56—70.
6. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // *Психическое здоровье*. — 2010. — № 6(49). — С. 33—45.
7. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 350 с.
8. Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації) / [В. М. Корнацький, М. В. Маркова, Н. М. Степанова, В. В. Бабиць]. — К., 2007. — 14 с.
9. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.
10. Линский И. В. Аддиктивный статус больных, зависимых от алкоголя / И. В. Линский, О. В. Выглазова // *Український вісник психоневрології*. — 2014. — Т. 22, вип. 1 (78). — С. 107—113.

Надійшла до редакції 14.04.2016 р.

**ЯРИЙ Володимир Володимирович**, головний лікар Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія», м. Київ; e-mail: dr\_yariy@ukr.net

**МАРКОВА Маріанна Владиславівна**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків; e-mail: mariannochka@i.ua

**YARIY Volodymyr**, Head Physician of the Kyiv City narcological hospital «Sociotherapy», Kyiv; e-mail: dr\_yariy@ukr.net

**MARKOVA Marianna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Sexology and medical Psychology, medical and psychological Rehabilitation of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; e-mail: mariannochka@i.ua