

Клинические проявления алкогольной зависимости у женщин

В последние десятилетия во многих странах отмечается рост алкогольной зависимости среди женщин. Если в начале прошлого века соотношение мужчин и женщин было 1:10, то в настоящее время оно составляет 1:5. Республика Беларусь не является исключением. Так, с 1994 года по 2004 год соотношение состоящих на наркологическом учете женщин и мужчин изменилось от 1:5,8 до 1:2,9. Заболеваемость женским алкоголизмом за указанный период увеличилась в 2,1 раза [8].

Сложившаяся тревожная ситуация, в силу особого положения женщин в обществе, требует тщательного анализа многочисленных биологических, психологических и социальных причин данного явления. Для профилактики и терапии болезни необходимо также изучение клинических проявлений заболевания хорошо изученных у мужчин и недостаточно у женщин.

Среди исследователей существуют различные точки зрения относительно тяжести женского алкоголизма. Одни авторы считают, что заболевание у женщин протекает более злокачественно, у них быстрее (в течение 1-3 лет) формируется похмельный синдром, более выражены изменения личности, скорее наступает интолерантность, меньше длительных ремиссий, больше соматоневрологических нарушений [17, 3, 2, 12, 20, 7].

Другие исследователи придерживаются противоположной точки зрения, считая, что женский организм более устойчив к токсическому действию алкоголя, поэтому заболевание протекает у них “мягче”, симптомы алкоголизма формируются позднее, чем у мужчин, а взгляды на злокачественность течения алкогольной зависимости у женщин скорее отражают негативную оценку пьянства женщины обществом и психологические реакции на свое положение [4, 15, 6, 16, 11].

Третьи – считают, что алкоголизм у женщин мало отличается от алкоголизма у мужчин [5, 9, 1].

В связи с разноречивостью взглядов на клинику женского алкоголизма мы провели собственное клиническое исследование женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

С целью изучения клинических и социально-демографических особенностей страдающих алкогольной зависимостью женщин нами обследовано 154 больных, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице. Исследование проводилось по формализованной схеме (карта-опросник), включавшей многочисленные социально-демографические и клинические показатели.

По социально-демографическим характеристикам исследуемая группа выглядела следующим образом. По возрасту больные распределились так: 20-29 лет – 9 больных (5,7%), 30-39 лет - 63 больных (40,9%), 40-49 лет - 70 больных (45,5%), 50-59 лет - 12 больных (7,9%).

По уровню образования: неполное среднее образование было у 45 женщин (29,5%), среднее у 62 женщин (39,8%), среднее специальное (окончили техникум) у 35 женщин (22,8%), неполное высшее образование имели 5 женщин (3,4%), высшее образование получили 7 женщин (4,5%).

В браке состояли 35 пациенток (22,7%), 10 пациенток (6,8%) - в гражданском браке, остальные не имели семьи, так как были разведены 7 пациенток (4,6%), вдовы 39 пациенток (25,0%), не замужем 25 пациенток (15,9%), а 38 пациенток (25,0%) не захотели дать ответ на этот вопрос.

У обследованных женщин отмечен высокий уровень семейной отягощенности по алкоголизму. Так, алкогольная зависимость наблюдалась у 59 родственников (38,3%) первой степени родства и у 50 родственников (32,4%) второй степени родства, в том числе, у 24 человек (15,6%) были больны родственники и первой и второй степени родства. Таким образом, семейную отягощенность имели 70,7% больных.

Сложность анализа клинической информации во многом связана с субъективным характером сообщенных больными данными, обусловленным

алкогольной анозогнозией и мнестическими особенностями. Тем не менее, нами изучены основные параметры формирования алкогольной зависимости.

По возрасту начала употребления алкоголя обследованные больные распределились так: до 16 лет – 115 человек (75%), 16-19 лет – 26 человек (16,7%), 20-24 года - 4 человека (2,4%), 9 человек (5,9%) не смогли ответить на этот вопрос, т.е. более 91% больных начали употреблять алкоголь до 20 лет.

Длительность бытового употребления алкоголя была менее года у 13 больных (8,6%), от года до трех лет у 23 больных (14,8%), от трех до пяти у 63 больных (40,7%), от пяти до десяти лет у 30 больных (19,8%), от десяти до пятнадцати у 21 больной (13,6%), а 4 больных (2,5%) не ответили на вопрос о длительности бытового употребления алкоголя.

Толерантность в этот период (до возникновения алкогольной зависимости) была следующей: 100 мл этанола у 41 женщины (26,6%), 100–250 мл у 72 женщин (46,8%), 250-500 мл у 35 женщин (22,8%), 6 женщин (3,8%) не смогли ответить на данный вопрос.

Алкогольная зависимость сформировалась в возрасте до 20 лет у 48 обследованных (31,0%), от 20 до 24 лет у 55 (35,6%), от 25 до 29 лет у 25 (16,0%), от 30 до 34 лет у 9 (5,8%), от 35 до 39 лет у 5 (3,6%), от 40 до 44 лет у 2 обследованных (1,1%), а у 10 человек (6,9%) оказалось невозможным установить точный возраст начала болезни. То есть, в более чем у половины больных, заболевание сформировалось в возрасте до 30 лет.

Синдром отмены наблюдался в возрастной группе до 20 лет у 8 человек (5,1%), от 20 до 24 лет у 39 человек (25,3%), от 25 до 29 лет у 56 человек (36,7%), от 30 до 34 лет у 31 человек (20,3%), от 35 до 39 лет у 10 человек (6,3%), от 40 до 44 лет у 8 человек (5,1%), от 45 до 49 лет у 2 человек (1,2%).

Обращает на себя внимание высокая толерантность к алкоголю, отмеченная в группе изученных больных. Так, максимальная толерантность 500 мл крепких алкогольных напитков была у 30 обследованных (19,5%),

500-1000 мл у 64 обследованных (41,5%), 1000-1500 мл у 58 пациенток (37,8%), 2 женщины (1,2%) не дали информации о максимальном количестве алкоголя, которое они могли принять.

Интолерантность к алкоголю, свидетельствующая о переходе заболевания в заключительную стадию, чаще отмечалась в возрастных группах 25 - 29 лет и 30 - 34 года.

Паттерн (стиль) алкоголизации среди обследованных больных представлен следующими формами употребления алкоголя: ежедневным у 26 больных (17,1%), перемежающимся употреблением спиртных напитков у 74 больных (47,7%), запоями у 11 больных (6,8%), псевдозапоями у 26 больных (17,1%) и постоянным употреблением с высокой толерантностью у 12 больных (7,9%), 5 человек (3,4%) из числа обследованных не смогли указать стиль употребления алкоголя.

Алкогольные психозы перенесли 9 человек (5,8%) обследованных, из них делирий отмечался у 7 человек (4,6%), галлюциноз у 2 пациенток (1,2%). Все больные, перенесшие психозы имели семейную отягощенность по алкогольной зависимости.

Признаки интеллектуально-мнестического снижения разной степени выраженности отмечались у 121 больной (78,6%).

Эпизоды сниженного настроения в прошлом отмечались у 36 человек (43,4%), в момент осмотра состояние 2 больных (2,33%) клинически можно было расценить как депрессивное. Суицидальные намерения в период обследования были у 21 больной (13,95%), в течение предыдущего года - у 34 больных (22,09%), суицидальные попытки наблюдались в 36 случаях (23,5%): перед госпитализацией у 14 больных (9,4%), в течение предыдущего года у 22 больных (14,1%).

Одной из важнейших клинических характеристик алкоголизма является скорость развития заболевания - высокая, средняя и низкопрогредиентная формы течения алкоголизма [10].

Нами проведен клинический анализ течения алкогольной зависимости с учетом степени прогрессивности. В качестве параметров прогрессивности заболевания использовались: возраст начала употребления алкоголя, длительность бытового употребления алкоголя, возраст начала алкогольной зависимости, возраст возникновения синдрома отмены, возраст появления интолерантности к алкоголю.

Использование кластерного анализа позволило разделить выборку больных на две полярных по течению заболевания группы: первая со злокачественным течением заболевания – 53 человека и вторая с доброкачественным течением – 17 человек. Остальные больные составили недифференцированную по течению группу (нечеткое множество), так как имели признаки первой и второй групп. Прослеживается тенденция к злокачественному течению алкоголизма у большинства выделенных больных. Рис.1.

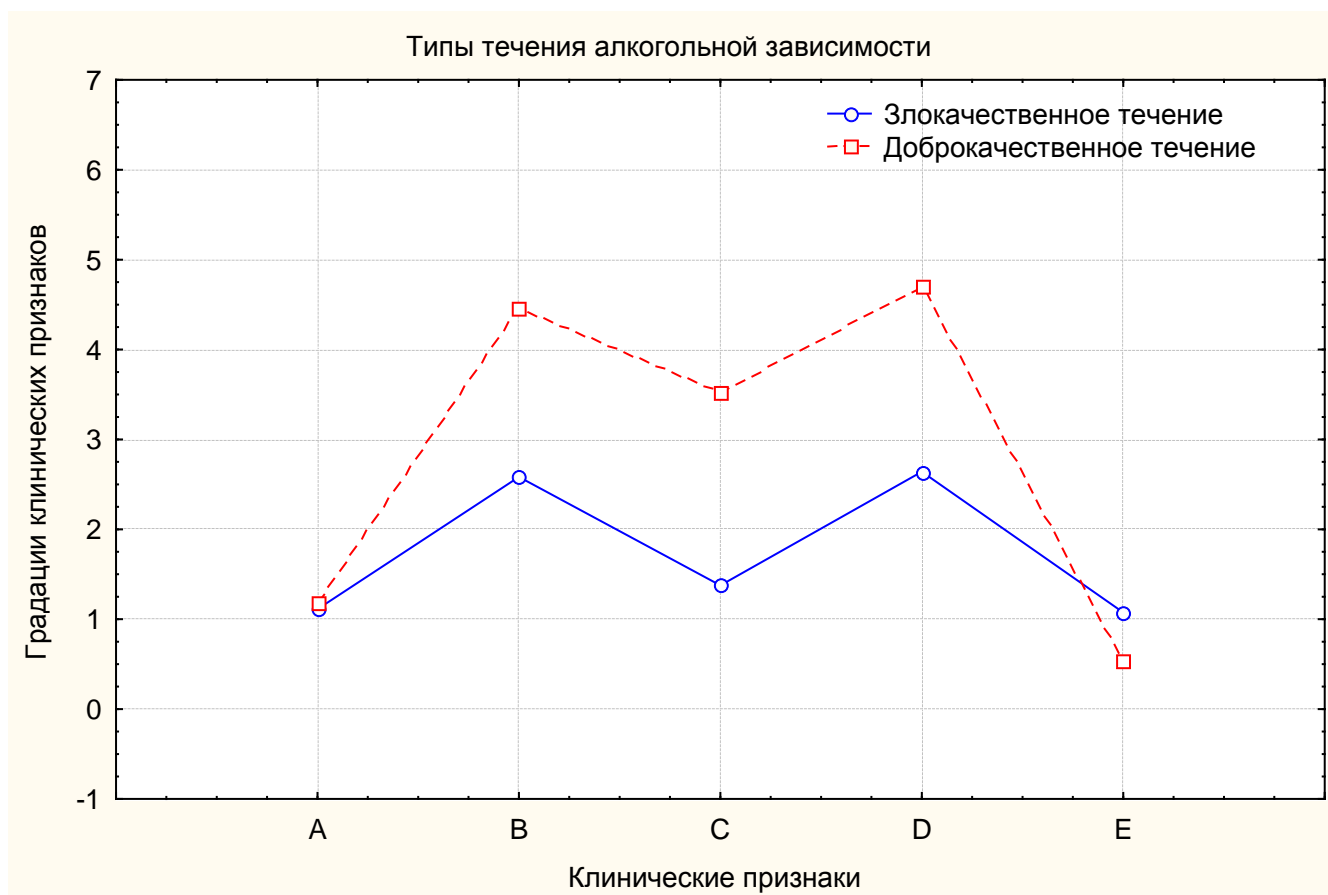


Рис.1. Типы течения алкогольной зависимости. Клинические признаки и их градации:

- А – возраст начала употребления алкоголя (1: до 16 лет, 2: 16-19 лет)
В – продолжительность бытового употребления алкоголя (2: 1-3 года, 3: 3-5 лет, 4: 5-10 лет, 5: 10-15 лет).
С – возраст возникновения алкогольной зависимости (1: до 20 лет, 2: 20-24 года, 3: 25-29 лет, 4: 30-34 года).
D – возраст появления синдрома отмены (2: 20-24 года, 3: 25-29 лет, 4: 30-34 года, 5: 35-39 лет).
Е – возраст возникновения интолерантности (0: нет, 1: до 25 лет).

Больные из сравниваемых групп одинаково рано – до 19 лет начали употреблять алкоголь. Длительность бытового употребления алкоголя до возникновения заболевания в указанных группах различалась, в группе со злокачественным течением болезни этот период был от одного года до пяти лет, в группе с доброкачественным течением заболевания он составил от пяти до пятнадцати лет. По возрасту начала алкогольной зависимости группы также различались, в первой группе (злокачественное течение заболевания) алкогольная зависимость сформировалась в возрасте от 20 до 24 лет, а во второй (доброкачественное течение заболевания) от 25 лет до 34 лет. Кардинальный признак алкогольной зависимости – синдром отмены алкоголя различался в анализируемых группах по возрасту возникновения. Так, в группе со злокачественным течением он отмечался в возрасте от 20 до 29 лет, в группе с доброкачественным течением в возрасте от 30 до 39 лет. В первой группе такой симптом заболевания, как интолерантность к алкоголю возник рано - до 25 лет, во второй группе данный симптом не отмечался.

Только среди больных с прогрессирующим течением заболевания имелись родственники с расстройством личности (5,6%). У 15% больных со злокачественным течением заболевания отмечена соматическая и неврологическая отягощенность (заболевания желудочно-кишечного тракта: гастрит, язвенная болезнь желудка, гепатоз, цирроз печени, нарушения мозгового кровообращения), в группе больных с доброкачественным течением болезни данных нарушений не отмечалось. Для больных со злокачественным течением заболевания были характерны длительные запои от 10 до 15 дней, чего не отмечалось у больных с доброкачественным

течением заболевания. Среди личностных изменений наступивших в течении болезни достоверное различие отмечено только по астеническому радикалу, который прослеживался у больных с прогрессивным течением заболевания. Деменция алкогольного генеза отмечалась только у больных в группе с прогрессивным течением заболевания. Суицидальные попытки до возникновения алкогольной зависимости наблюдались в группе больных со злокачественным течением болезни, а в группе с менее прогрессивным типом течения заболевания суицидальные попытки были связаны с тягостным эмоциональным состоянием в период отмены алкоголя.

Анализ ряда социальных показателей выявил некоторые отличия в сравниваемых группах. Только в группе больных с прогрессивным течением алкоголизма встречались безработные, судимые, разведенные и бездетные. Курящих также было достоверно больше в группе больных с прогрессивным течением болезни. В семьях с асоциальными и судимыми родителями воспитывались больные из группы со злокачественным течением заболевания, в семьях без отца воспитывались больные из группы с доброкачественным типом течения алкогольной зависимости. Неблагоприятный семейный климат (конфликты в родительской семье) был присущ лицам из первой группы. Семейное положение исследованной группы женщин до возникновения алкогольной зависимости характеризовалось преобладанием среди лиц первой группы, состоящих в гражданском браке, а среди лиц второй группы состоящих в официальном браке.

Представляет интерес анализ клинических и социальных показателей в группах больных с семейной отягощенностью по алкогольной зависимости и без таковой. В группе больных с семейной отягощенностью по алкогольной зависимости достоверно чаще встречались больные с эксплозивным расстройством личности, а также с соматической патологией в виде заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка, гепатоз, цирроз печени). Для этой же группы больных был

характерен паттерн употребления алкоголя в виде запоев длительностью от трех до пяти дней, а для группы больных, не имеющих родственников, страдающих алкогольной зависимостью, было характерно постоянное употребление алкоголя с высокой толерантностью. В группе больных с семейной отягощенностью по алкогольной зависимости находились все больные, перенесшие алкогольный делирий. Эпизоды пониженного настроения перед заболеванием отмечались у больных с семейной отягощенностью по алкогольной зависимости.

Анализ роли аффективных нарушений в мотивации к употреблению алкоголя и в состоянии опьянения, а также суицидальных тенденций среди больных обеих групп не позволяет сделать однозначные выводы.

Что касается социальных характеристик, то наблюдались некоторые различия в группах больных с семейной отягощенностью алкоголизмом и без нее. Группа больных с семейной отягощенностью по алкоголизму имела более выраженный негативный социальный фон: родительские семьи отличались конфликтностью, многие родители имели судимость, у близких, живущих вместе с ними отмечалась алкогольная зависимость. Большинство больных этой группы были неработающими, имели судимость, их семейная жизнь характеризовалась гражданским браком с лицами, не страдавшими алкогольной зависимостью. Больные, не имеющие родственников с алкогольной зависимостью, росли в неконфликтных семьях без отцов, перед заболеванием состояли в гражданском браке с лицами, которые страдали алкогольной зависимостью.

Принимая во внимание сведения об особенностях протекания алкоголизма у лиц с семейной отягощенностью по данному заболеванию, нами проанализирован тип течения заболевания среди больных, имеющих и не имеющих наследственную отягощенность по алкоголизму [19, 14, 18, 13, 1].

В группе с прогрессивным течением заболевания 51% больных имели родственников, страдающих алкогольной зависимостью, в группе с доброкачественным течением заболевания – 23%.

Изучение клинических и социальных признаков с учетом прогрессивности болезни и семейной отягощенности по алкоголизму показало, что в группе больных с прогрессивным течением и семейной отягощенностью толерантность к спиртному до развития заболевания была невысокой - около 100 мл крепких алкогольных напитков, паттерн употребления алкоголя характеризовался перемежающимся пьянством и запоями длительностью от 3 до 10 дней. Отмечались психотические признаки синдрома отмены. Среди личностных изменений в течение болезни преобладали астенические и шизоидные.

Аффективные нарушения в период бытового пьянства характеризовались кратковременными (1-2 дня) понижениями настроения, а так же более длительными депрессивными эпизодами в прошлом. В течении заболевания прослеживались как аффективные нарушения в мотивации к употреблению алкоголя так и после приема спиртного. Среди больных данной группы отмечались суицидальные намерения в похмелье.

Из социальных признаков в данной группе больных можно отметить пребывание в гражданском браке, судимости родителей, курение, алкогольная зависимость у близких, живущих вместе, конфликты в родительской семье. Среди социальных признаков, предшествовавших заболеванию, обращают на себя внимание конфликтная атмосфера в своей семье и смерть мужа.

В группе больных с прогрессивным течением заболевания, не имеющих семейной отягощенности по алкоголизму, отличительными клиническими признаками были: постоянный с высокой толерантностью стиль алкоголизации, кратковременные запои (меньше трех дней), отсутствие аффективных нарушений в мотивации к употреблению алкоголя. По

социальным показателям больные этой группы отличались только отсутствием конфликтов в своей семье.

Таким образом, наше исследование показало клиническую гетерогенность популяции больных алкоголизмом женщин, различающихся по многим клиническим параметрам и их сочетаниям. Особого внимания из них заслуживает степень прогрессивности заболевания, семейная отягощенность по алкоголизму, расстройства личности, аффективные нарушения. Прогрессивное течение заболевания часто связано с семейной отягощенностью алкоголизмом, расстройствами личности, перенесенными алкогольными психозами, развитием деменции. Учет семейной отягощенности по алкогольной зависимости и степени прогрессивности заболевания может быть основанием для суждения о прогнозе развития болезни, а также способствовать выделению клинически очерченных групп для проведения в этих группах биологических исследований природы алкогольной зависимости.

Литература

1. Альтшуллер В.Б. Женский алкоголизм. // Лекции по наркологии. / Изд. третье, перераб. и расшир. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика, 2001. – С. 91 – 104.
2. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 144 с.
3. Василевская А.Д. Некоторые вопросы клиники и терапии хронического алкоголизма у женщин. – В кн.: Седьмой Всесоюзный Съезд невропатологов и психиатров. М., 1981, т.1. - С. 211 – 213.
4. Воловик В.М. Клиника и течение злокачественных форм алкоголизма: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Л., 1965.

5. Гофман А.Г., Куприянов А.Г. О сходстве и различии алкоголизма у мужчин и женщин по данным диспансера. – В кн.: Профилактика, клиника, лечение алкоголизма и наркоманий, организация наркологической помощи. М.,1977. – С. 211 – 213.
6. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. – Л.: Медицина, 1988. – 224 с.
7. Егоров А.Ю., Шайдукова Л.К. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект. // Наркология, 2005. - №9. - С .49 – 55.
8. Здоровоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник. - Минск: БелЦНМИ, 2005. - С. 255.
9. Иванец Н.Н. Клинические варианты алкоголизма. – В кн.: Пятый Всерос. Съезд невропатологов и психиатров. М., т.2, 1985. - С. 54 – 55.
- 10.Иванец Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний. // Лекции по наркологии. / Изд. третье, перераб. и расшир. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика, 2001. – С. 47 – 76.
- 11.Кирпиченко Ан.А., Кирпиченко А.А. Алкогольная зависимость у женщин. // Медицинские новости, 2002. - №11. – С. 23 – 28.
- 12.Лисицын Ю.П., Сидоров П.Н. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1990. – 528 с.
- 13.Пишель В.Я. Алкоголизм у лиц из наследственно отягощенных семей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: Д.074.50.01 – М., 1991 - 25 с.
- 14.Полтавец В.И. Современные проблемы клинико-генетического исследования алкоголизма // Тез. докл. Сессии Отделения клинической медицины “Клиническая генетика”. – М.,1985. – С. 13 - 14.
- 15.Портнов А.А., Пятницкая И.Н., Клиника алкоголизма. – Л.: Медицина, 1973. – 368 с.

16. Соколова Е.П. Варианты клиники алкоголизма у женщин с поздним началом систематического употребления алкоголя. // Вопросы наркологии. – 1991. - №1. - С. 18 - 20.
17. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. – М.: Медицина, 1973. – 384 с.
18. O'Malley S.S., Maisto S.A. The effects of family drinking history on responses to alcohol: Expectancies and reactions to intoxication // J. Stud. Alcohol. – 1985. - Vol. 46. – P. 289 – 297.
19. Schuckit M.A. Relationship between the course of primary alcoholism in men and family history // J. Stud. Alcohol. – 1984. – Vol. 45. – P. 134 – 157.
20. Wilsnack S.C., Wilsnack R.W. Drinking and problem drinking in US women. Patterns and recent trends // Recent Dev. Alcohol. – 1995. – Vol.12. – P. 29 – 60.