

# Прогрессиентность алкоголизма у женщин: количественная оценка, определяющие факторы и корреляции

КРАВЧЕНКО С.Л. к.м.н., с.н.с. отделения клинических исследований алкоголизма Национального  
научного центра наркологии (ННЦМ) МЗ РФ, Москва

*На большом клиническом материале (1260 женщин, лечившихся в наркологическом стационаре) определены критерии количественной оценки прогрессиентности алкоголизма у женщин, изучены преморбидные социально-биологические факторы прогрессиентности и оценена связь прогрессиентности с длительностью и качеством ремиссий заболевания.*

*Количественные критерии оценки прогрессиентности алкоголизма у женщин основаны на сроках формирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) от начала систематического злоупотребления алкоголем: до 3 лет — высокая прогрессиентность, свыше 3 лет до 7 лет — средняя прогрессиентность, свыше 7 лет — малая прогрессиентность. Классификация алкоголизма у женщин, разработанная на основе различий в длительности формирования ААС, во-первых, выявила главные биологические факторы риска быстрого становления болезни (сила половой конституции и неустойчивые черты характера), во-вторых, позволяет прогнозировать качество терапевтической ремиссии и оптимизировать терапевтические подходы для достижения длительных ремиссий при сочетанном стационарном и амбулаторном лечении.*

В традициях отечественной психиатрии и наркологии преобладает тенденция рассматривать симптоматику алкоголизма в ее клинических взаимосвязях и во времени, т.е. клинико-динамический подход к заболеванию. Соответственно этому при описаниях клинической картины используется принцип стадийности алкоголизма, где каждая стадия означает становление очередного клинического синдрома [11, 15, 19]. Последовательность возникновения клинических синдромов отражает процессуальность алкоголизма, имеющую ту или иную скорость. Однако следует иметь в виду, что описания временных, динамических аспектов клиники алкоголизма ранее были сделаны или на основании изучения закономерностей болезни у мужчин, или на контингенте больных, не дифференцированном по полу.

Темп формирования алкоголизма у женщин является предметом разногласий: сообщают как о большей скорости развития болезни в сравнении с мужчинами [7, 23], так и о невозможности точно измерить величину данного показателя у женщин [16, 21].

Актуальность указанной проблемы несомненна, поскольку срок становления начальной и развернутой стадий заболевания как мера его прогрессиентности может стать инструментом прогноза дальнейшего течения, курабельности и исхода болезни [10, 22]. Прогрессиентность алкоголизма у мужчин рассматривается в качестве важного признака, позволяющего разграничить отдельные клинические варианты заболевания [11], однако у женщин, больных алкоголизмом, эта проблема изучена недостаточно.

Целью настоящей работы являлось определение критериев количественной оценки прогрессиентности алкоголизма у женщин, изучение преморбидных социально-биологических факторов, влияющих на прогрессиентность, и оценка связи прогрессиентности с длительностью и качеством ремиссий заболевания.

## Материалы и методы исследования

Изучено 1260 женщин, которые лечились в отделении клинических исследований алкоголизма НИИ наркологии МЗ РФ с 1989 по 1999 гг. Пациентки включались в исследование по мере их поступления в стационар, то есть

осуществлялся так называемый текущий, непрерывный метод статистического наблюдения. Привлечение дополнительных анамнестических сведений о больных из объективных источников являлось обязательным условием. Данные вносились в специально разработанную индивидуальную карту. Обработка материала производилась с помощью статистического пакета SPSS 8.0 для Windows.

Все женщины имели признаки алкогольной зависимости, из них страдали алкоголизмом 1-й стадии — 4,1%, переходной 1—2-й стадии — 7,2%, 2-й стадии — 81,1%, переходной 2—3-й стадии — 6,2%, 3-й стадии — 1,3%. Возраст больных: до 25 лет — 6,2%, 26—35 лет — 39,3%, 36—45 лет — 35,7%, старше 45 лет — 18,8%; средний возраст больных — 37,2 ± 0,2 года. По длительности заболевания преобладали средние и значительные сроки: до 3 лет — 21,7%, 4—7 лет — 36%, более 7 лет — 42,3% больных; средняя длительность заболевания составила 7,6 ± 0,1 года.

## Результаты и их обсуждение

### Критерии прогрессиентности алкоголизма у женщин

Для количественного анализа процесса формирования болезни определяли ряд так называемых опорных точек и временных расстояний между ними: возраст начала злоупотребления алкоголем, возраст формирования патологического влечения к алкоголю (ПВА), возраст формирования ААС и разделяющее их количество лет.

Величины изучаемых показателей сведены в табл. 1. Сопоставление с данными литературы выявило сходство наших пациенток с другими женскими контингентами по ряду ключевых признаков. Так, С. Randall с соавторами [35] называют средний возраст начала злоупотребления алкоголем 26,6 года, а возраст формирования зависимости от алкоголя — 29,8 года; те же показатели отмечаются и среди наших пациенток: 26,1 года и 29,8 года, соответственно.

Таким образом, приведенные в табл. 1 данные позволяют оценить выборку как репрезентативную и в целом сравнимую с результатами наблюдений в популяционных и общенациональных исследованиях алкоголизма у женщин [24, 34, 35, 40].

Таблица 1

Временные характеристики формирования алкоголизма у женщин

Показатели	М (годы)	m	min	max	n
Возраст начала злоупотребления алкоголем	26,1	0,2	15	53	1260
Длительность злоупотребления алкоголем до формирования ПВА	3,7	0,1	1	32	1260
Возраст формирования ПВА	29,8	0,2	16	56	1260
Длительность 1-й стадии алкоголизма	2,8	0,1	1	13	1208
Возраст формирования ААС	32,5	0,2	17	63	1208

С целью определения критериев прогрессивности алкоголизма (варианты сроков возникновения ААС) цифровые показатели длительности “доабстинентного” этапа злоупотребления алкоголем предварительно были представлены в виде так называемого ранжированного вариационного ряда. Значения длительности доабстинентного периода в этом ряду располагались от минимального к максимальному с “шагом” 1 год. Каждому значению длительности соответствовало количество больных, у которых оно было отмечено, и его доля в процентах во всей выборке. Основной “прирост” (61,3%) в структуре выборки происходил за счет тех, у кого ААС возникал в течение первых 6 лет. В дальнейшем частота встречаемости сроков, по мере их увеличения, заметно падала. Возможно, указанные временные отрезки наиболее типичны для периода становления женского алкоголизма и характеризуют биологический “запас прочности” большинства женщин по отношению к повреждающему действию алкоголя.

Следующий наш шаг — разделение вариационного ряда на 3 равные части, которые вобрали бы в себя условно малые, средние и длительные сроки возникновения ААС. Но в пределах каждой из этих трех частей количество больных с одним и тем же временем формирования ААС не “умещалось” в намеченные группы, что не позволило разделить по этому признаку весь контингент больных равномерно. В результате вариационный ряд был сгруппирован в 3 интервала (табл. 2).

Как видно из табл. 2, одна группа (487 чел.) состояла из женщин, у которых 2-я стадия сформировалась в срок до 4 лет от начала систематического пьянства (40,3% больных); в другой (350 чел.) — 2-я стадия формировалась в срок от 5 до 7 лет (29,0% больных); в третьей (371 чел.) этот срок превышал 7 лет (30,7% больных).

Таблица 2

Количественные характеристики различных диапазонов длительности формирования 2-й стадии алкоголизма у женщин

Показатель	Диапазоны длительности			
	До 4 лет	5—7 лет	Более 7 лет	Всего
Количество больных во временном диапазоне %, n	40,3 % 487	29,0% 350	30,7% 371	100% 1208
Средняя длительность диапазона в годах	2,9 0,04	5,9±0,04	11,7 0,2	6,5 0,1

Заключительный шаг в определении критерия темпа прогрессивности состоял в расчете временных интервалов групп, численно выравненных так, чтобы каждая из них насчитывала 400 человек. Эти интервалы оказались следующими: до 3,3 года; 3,4—7 лет, 7,1 года и более лет. Для практического использования мы сочли возможным округлить эти цифры и предложить следующие временные интервалы в качестве ориентиров темпа прогрессивности алкоголизма у женщин: *высокий* — до 3 лет включительно, *средний* — свыше 3 лет до 7 лет включительно, *малый* — свыше 7 лет.

Практические потребности работы с имеющимся в нашем распоряжении контингентом больных вынуждали нас проводить дальнейший анализ материала, основываясь на реальных временных интервалах, поэтому приведенные в табл. 2 диапазоны были приняты в качестве рабочей *классификации* прогрессивности женского алкоголизма.

Данные, представленные в табл. 3, позволяют ответить на вопрос, зависит ли прогрессивность алкоголизма у женщин от возраста начала злоупотребления алкоголем. С целью определить степень влияния возрастного фактора на становление болезни были выделены подгруппы женщин с началом злоупотребления алкоголем до и после 25 лет (D. Parrella и W. Filstead [33] описывают этот рубеж как верхнюю границу молодого возраста женщин при изучении половозрастных аспектов наркологии).

В группе пациенток с высокой скоростью формирования 2-й стадии заболевания не выявлено существенных различий в возрасте начала систематического пьянства. В отличие от них, больные со средним и, особенно, с медленным темпом становления болезни регулярное употребление спиртного начинали в молодом возрасте чаще, чем в зрелом.

Следует отметить некоторую парадоксальность того обстоятельства, что среди женщин, начавших злоупотреблять алкоголем до 25 лет, преобладает, согласно нашим

Таблица 3

Сопоставление групп женщин с разным возрастом начала злоупотребления алкоголем и разной степенью прогрессивности алкоголизма

Показатель	Возраст начала злоупотребления алкоголем		Достоверность различий	Всего
	До 25 лет	Старше 25 лет		
Высокая прогрессивность абс. кол-во, n %	239 49,0	248 51,0	0,138	487 100,0
Средняя прогрессивность абс. кол-во, n %	201 57,6	149 42,4	0,025	350 100,0
Малая прогрессивность абс. кол-во, n %	233 62,8	138 37,2	0,002	371 100,0

данным, умеренный и медленный темп формирования алкоголизма. Как известно, господствующим является противоположное мнение: чем моложе возраст начала, тем быстрее формируется алкоголизм. С нашей точки зрения, причиной такого противоречия может быть обманчивое впечатление об алкоголизме у молодых женщин, возникающее в результате попадания некоторой части из них в поле зрения врача задолго до формирования ААС, порой еще до возникновения зависимости от алкоголя. Здесь играет роль стигматизирующее больше женщин, чем мужчин, социально неприемлемое поведение в состоянии опьянения. Особенно это касается больных с сопутствующей аффективной патологией, с психопатическими чертами, антисоциальностью, больных, управляющих автомобилем в состоянии опьянения и т.п. [4, 18, 27]. Средний статистический возраст пациенток (чаще всего моложе 20 лет) в подобных исследованиях никак не связан с прогрессивностью алкоголизма; он становится производным от обстоятельств, приведших к госпитализации.

Из всего сказанного следует, что одного только фактора молодого возраста недостаточно для быстрого формирования алкоголизма; необходимы и другие, подчас более важные факторы конституционально-биологического характера.

Окончательный вывод о причинных факторах той или иной прогрессивности алкоголизма у женщин можно сделать после изучения связи темпа прогрессивности не только с возрастом начала злоупотребления алкоголем, но и с наследственностью, особенностями акушерско-гинекологического анамнеза, гормональным статусом, преморбидным типом личности и др.

#### **Факторы, влияющие на прогрессивность алкоголизма у женщин**

С целью выявить биологические и средовые факторы, влияющие на темп формирования болезни, сравнению подвергли два “разнополюсных” типа больных — группы женщин с высокопрогрессивным (ВПА) и малопрогрессивным (МПА) алкоголизмом.

Согласно разработанным нами критериям прогрессивности алкоголизма у женщин, пациентки (за исключением больных с 1-й стадией) распределились следующим образом: в группу ВПА вошли 487 больных (40,3% всех больных), в группу МПА — 371 больная (30,7% всех больных).

В табл. 4 приведены результаты сопоставления данных акушерско-гинекологического анамнеза и половой функции с прогрессивностью алкоголизма.

Как видно из табл. 4, менструальная функция у больных ВПА начиналась в более раннем возрасте по сравнению с больными МПА: 12,9 0,1 года против 13,6 0,1 года. Кроме того, в группе ВПА женщины начинали половую жизнь в более молодом возрасте, чем в группе МПА: 17,9 0,1 года против 19,2 0,1 года. Группы больных ВПА и МПА не различались по количеству нормальных родов, однако преждевременных родов было почти в 2 раза меньше среди больных с ВПА.

Полученные результаты позволяют отнести женщин с высокой скоростью формирования алкоголизма к разряду лиц с более сильной половой конституцией [17], чем женщин с медленно формирующимся алкоголизмом. Эти данные важны для понимания сущности явления прогрессивности, поскольку половая конституция рассматри-

**Таблица 4**  
**Особенности акушерско-гинекологического анамнеза и половой функции у больных с разной прогрессивностью алкоголизма**

Показатели	ВПА n=487	МПА n=371	Достоверность различий
Возраст менархе	12,9 0,1	13,6 0,1	0,001
Возраст начала половой жизни	17,9 0,1	19,2 0,1	0,001
Количество нормальных родов	1,2 0,05	1,3 0,07	0,482
Количество преждевременных родов	0,06 0,02	0,1 0,02	0,042

вается как неотъемлемая часть общей конституции индивида и является совокупностью полоспецифических устойчивых свойств, определяемых у женщин в большей степени наследственными факторами.

Значительное разнообразие преморбидных типов характера, свойственное изученному контингенту женщин, побудило нас использовать ряд типологий, наиболее широко применяемых в отечественной наркологии [8, 9, 21]. В тех случаях, когда характер отличался полиморфизмом, для статистической регистрации использовали не альтернативный подход (включение только в одну какую-либо подгруппу типологии), а учитывали целый перечень ведущих характерологических черт каждого больного. При такой группировке количество учтенных признаков превышает число обследованных больных. Эти данные приведены в табл. 5.

Из табл. 5 видно, что в группе больных ВПА лица с преобладанием в доболезненном периоде черт неустойчивости (податливость внешним отрицательным влияниям, неустойчивость интересов, слабая мотивированность поступков, их подверженность настроению) встречались в 2,5 раза чаще, чем в группе МПА (49,0% против 19,0%). Помимо этого, неустойчивые черты характера в группе больных с ВПА опережали по частоте встречаемости все остальные особенности характера. Похожие клинические наблюдения описаны Ц.П. Короленко с соавт. [12] у 32,4% обследованных ими больных женщин со “злокачественным” алкоголизмом. Злоупотребление алкоголем

**Таблица 5**  
**Сопоставление преморбидных черт характера у больных с разной прогрессивностью алкоголизма**

Черты характера	ВПА n=487	МПА n=371	Достоверность различий
Синтонность	34,4%	36,3%	0,535
Неустойчивость	49,0%	19,0%	0,001
Истеровозбудимость	21,0%	20,7%	0,255
Эпилептоидность	14,1%	17,3%	0,230
Сензитивная психицидность	5,9%	6,2%	0,539
Тревожная мнительность	4,7%	8,1%	0,050
Эмоциональная лабильность	1,6%	2,4%	0,445

без видимой психологической причины, тяготение к девиантным компаниям сопровождалось у этих лиц быстрым развитием утраты контроля и абстинентных расстройств.

С другой стороны, совокупность сильной половой конституции, свойственной больным с ВПА, и неустойчивых черт характера делает немалую часть женщин, регулярно потребляющих спиртное, группой “высокого риска” в отношении быстрого достижения границы заболевания; эти факторы являются наиболее благоприятной средой для развития алкоголизма [5, 6].

Другое отличие между исследованными больными касалось черт тревожной мнительности, по числу встречаемости которых, наоборот, группа МПА достоверно опережала группу ВПА (8,1% против 4,7%). По остальным характерологическим свойствам существенных различий между группами не найдено.

Доли больных с наследственной отягощенностью алкоголизмом (включая “вероятный”) родственников 1-й и 2-й степеней родства в группах ВПА и МПА не различались. Следовательно, этот фактор, сам по себе значимый для риска заболевания алкоголизмом и его клинической картины [9, 27, 30], не оказал существенного влияния на скорость формирования болезни у женщин. Можно лишь отметить общую для обеих групп больных алкоголизмом женщин тенденцию к высокой семейной отягощенности алкоголизмом. Алкоголизм родителей встречался среди больных ВПА в 55,5%, среди больных МПА — в 52,6%; суммарная отягощенность со стороны родственников 1-й и 2-й степеней родства составила у больных ВПА — 77,7%, у больных МПА — 79,3%. Для сравнения, в популяционных клинко-генетических исследованиях эти показатели достигали 51% по алкоголизму родителей [14, 31] и 75,9% по алкоголизму родственников 1-й и 2-й степени [31], что, в совокупности с нашими данными, еще раз свидетельствует об особой генетической уязвимости женщин по отношению к повреждающему действию алкоголя.

Сопоставляемые группы больных алкоголизмом женщин статистически не различались по частоте *соматоневрологических заболеваний*, перенесенных до начала алкоголизма, как в суммарном виде (44,1% против 49,0%), так и по отдельным видам патологии. Таким образом, эти показатели оказались не значимыми для скорости достижения женщинами развернутой стадии алкоголизма. По-видимому, в масштабах всей выборки каждый из видов преморбидной соматоневрологической патологии не является решающим фактором прогрессивности алкоголизма.

Отрицательные *психоэмоциональные и микросоциальные* влияния на генез алкогольной зависимости нередко создают впечатление “обреченности” женщин на алкоголизм, а сами они представляются “жертвами” собственной психологической уязвимости. И.Н. Пятницкая [16] считает, что в основе такого мнения специалистов лежит склонность женщин к сокрытию истинных размеров пьянства в силу чувства стыда и вины, а также самооправдание и поиск сочувствия, несоразмерное преувеличение женщинами обыденных неурядиц до масштабов психотравмирующих событий. Более разумной нам представляется позиция, основанная на следующих соображениях: а) подобные стрессы (переживания, разного рода эмоциональное напряжение) встречается на жизненном пути большинства женщин и лишь для небольшой части из них — наиболее восприимчивых — становятся истинными дистрессами [28]; б) значение “проблем нервов” в научной

литературе явно преувеличено, и по большей части эти проблемы являются следствием, а не причиной злоупотребления алкоголем женщинами [26].

Полученные нами данные полностью подтверждают эти рассуждения и в отношении прогрессивности алкоголизма у женщин: группы ВПА и МПА достоверно не различались ни по одному из сопоставленных факторов — условий воспитания в семье и различных “стрессовых” ситуаций, перенесенных до начала алкоголизма (например, смерть близких, супружеские измены, судебные-следственные ситуации и др.).

Таким образом, из всего многообразия возможных predisponирующих факторов, предположительно определяющих тип прогрессивности женского алкоголизма, были значимы *врожденные физиологические характеристики пола (сила половой конституции) и преобладание в преморбидном периоде неустойчивых черт характера*.

Определить прогностическое значение выявленных типов прогрессивности алкоголизма у женщин в отношении курбельности заболевания и его дальнейшего течения возможно только после сопоставления групп больных ВПА и МПА по показателям ремиссий и рецидивов.

**Прогрессивность, ремиссии и рецидивы алкоголизма у женщин**

В каждой из двух когорт больных — 737 ранее лечившихся пациенток (61,0% всего контингента) и 471 никогда не получавшая лечения пациентка (39,0% всего контингента) — были сформированы 3 группы согласно разработанным нами критериям прогрессивности женского алкоголизма [29] и проведено сравнительное исследование качества ремиссии.

Группы с разной прогрессивностью алкоголизма статистически не различались по количеству пациенток с наличием либо отсутствием как терапевтических, так и спонтанных ремиссий (табл. 6).

Оказалось, что темп становления алкоголизма не имел прямого влияния на такой клинко-динамический феномен, как наличие или отсутствие ремиссий под влиянием лечения. Другими словами, вероятность возникновения терапевтической ремиссии у больных ВПА была сравнима с вероятностью возникновения таковой в группе больных МПА — 76,6% против 81,6%. Количество спонтанных ремиссий у больных, не получавших лечения, оказалось на-

Таблица 6

Терапевтические и спонтанные ремиссии в группах женщин с разной прогрессивностью алкоголизма

Наличие ремиссий	Терапевтические ремиссии		
	ВПА, % n	МПА, % n	P
Ремиссий не было	23,4% 73	18,4% 40	1,0
Ремиссии были	76,6% 238	81,6% 177	1,0
Всего:	100,0% 311	100,0% 217	
	Спонтанные ремиссии		
	ВПА, % n	МПА, % n	P
Ремиссий не было	97,2% 171	96,8% 149	1,0
Ремиссии были	2,8% 5	3,2% 5	1,0
Всего:	100,0% 176	100,0% 154	

Таблица 7

Длительность терапевтических ремиссий в группах женщин с разной прогрессивностью алкоголизма

Длительность ремиссий	ВПА, % n	МПА, % n	P
3 мес. и более	30,6% 73	26,0% 46	0,297
6 мес. и более	18,5% 44	16,9% 30	0,686
1 г и более	18,5% 44	26,6% 47	0,050
2 г и более	16,4% 39	10,2% 18	0,041
3 г и более	5,9% 14	6,8% 12	0,718
Более 3 лет	10,1% 24	13,6% 24	0,222
Всего:	100,0% 238	100,0% 177	

столько мало, что не имело самостоятельной статистической значимости.

Дальнейший сравнительный анализ касался длительности терапевтических ремиссий у 591 больной (80,2% всех лечившихся).

Распределение женщин из групп ВПА и МПА в соответствии со сроками терапевтических ремиссий приведено в табл. 7.

Примечателен сам факт наличия сравнительно большого числа длительных терапевтических ремиссий у больных алкоголизмом женщин. Длительность ремиссий свыше 1 года отмечена у 50,9% больных группы ВПА и у 57,2% больных группы МПА, что противоречит распространенному мнению о “злокачественности” и малой курбельности женского алкоголизма [11, 30, 31]. Единственным отличием между группами больных с разной прогрессивностью оказалось статистически достоверное преобладание в группе ВПА ремиссий длительностью свыше 2 лет (16,4% против 10,2%), а в группе МПА — длительностью свыше 1 года (26,6% против 18,5%). При внешне умеренной разнице в приведенных цифрах статистический анализ позволяет увидеть определенные тенденции: доброкачественное течение болезни у пациенток с ВПА в виде преобладания ремиссий длительностью свыше 2 лет говорит о том, что быстрое становление алкоголизма не всегда является основанием для пессимистического прогноза и высокопрогрессивная болезнь может иметь сравнительно благоприятный, с длительными ремиссиями, характер [2].

Наблюдаемые различия между группами ВПА и МПА нуждаются в анализе причин, определяющих длительность ремиссий. Одной из главных характеристик лече-

Таблица 8

Корреляционные соотношения (r) между формой лечения и длительностью ремиссий у женщин с разной прогрессивностью алкоголизма

Форма лечения	ВПА		МПА	
	Длительность ремиссий			
	1 год	2 года	1 год	2 года
Амбулаторное	0,347**	0,403**	0,383**	0,413**
Стационарное	0,351**	0,400**	0,505**	0,480**
Амбулаторное и стационарное	0,652**	0,655**	0,721**	0,756**

\*\* — коэффициент корреляции r достоверен при P < 0,01

ния больных алкоголизмом, наравне с его содержательной частью, является форма проводимой терапии — стационарная или амбулаторная. Данные, приведенные в табл. 8, позволяют судить о степени зависимости терапевтических ремиссий длительностью 1 и 2 года от формы лечения (учитывалась кратность применения данной формы лечения) в группах женщин с различной прогрессивностью алкоголизма. Коэффициент корреляции характеризовал силу связи между признаками, достоверность коэффициента корреляции изучаемой, выборочной, совокупности позволяла судить об уровне его значимости по отношению к генеральной совокупности.

Обращает на себя внимание следующее: а) коэффициенты корреляции между различными формами лечения и ремиссиями продолжительностью 1 и 2 года были одинаково достоверны в группах ВПА и МПА, б) коэффициент корреляции оказался наиболее высоким при сочетании амбулаторного и стационарного видов лечения в сравнении с их изолированным применением. Эти данные свидетельствуют о том, что достижение длительных ремиссий у больных алкоголизмом женщин не зависит от прогрессивности заболевания и возможно при различных организационных формах лечения. Однако наиболее часто длительные ремиссии возникают при сочетанном применении указанных форм. По-видимому, именно чередующееся адекватно конкретной клинической ситуации применение разных форм лечения способствует повышению эффективности терапевтической ремиссии. О том же говорят клинические наблюдения, согласно которым благоприятное течение алкоголизма у женщин зависит не только от длительности пребывания в стационаре, но и от

Таблица 9

Качество ремиссий у женщин с разной прогрессивностью алкоголизма и длительностью ремиссий 1 и 2 года

Характеристика ремиссии	Длительность ремиссии					
	1 год (n = 128)			2 года (n = 82)		
	ВПА n = 44	МПА n = 47	P	ВПА n = 39	МПА n = 18	P
Колебания настроения	40,9 %	21,3 %	0,044	33,3 %	16,7 %	0,197
“Алкогольные” сновидения, диссомнии	20,5 %	23,4 %	0,736	12,8 %	11,1 %	0,856
Размышления о спиртном	47,7 %	27,7 %	0,005	17,9 %	11,1 %	0,514
Эпизоды потребления алкоголя	13,6 %	8,5 %	0,437	17,9 %	5,6 %	0,215

противорецидивной терапии на послегоспитальном этапе в условиях амбулаторной помощи и антиалкогольных сообществ [29, 37].

Другая сторона проблемы эффективности лечения алкоголизма связана с качеством ремиссии, обусловленным различным рода отрицательными психологическими факторами [39], либо с обострением патологического влечения к алкоголю (“алкогольные” сновидения, диссомнии, размышления о спиртном, эпизоды употребления алкоголя [10]).

В табл. 9 представлены характеристики качества ремиссий продолжительностью 1 и 2 года у больных женщин с ВПА и МПА. При этом у одной больной могло быть два и более признаков, поэтому их суммарное количество превышает число больных.

Ни одну из длительных терапевтических ремиссий в целом нельзя было назвать качественной. В продолжение односторонней ремиссии наихудшие показатели качества были в группе ВПА. У этих пациенток, в сравнении с группой МПА, значительно чаще отмечены колебания настроения (40,9% против 21,3%) и размышления о спиртном (47,7% против 27,7%). Эпизоды потребления алкоголя (“срывы”), не повлекшие за собой рецидив болезни, в незначительной мере встречались в обеих группах больных (13,6% против 8,5%).

Картина психопатологической симптоматики, характеризующая более длительную, двухгодичную, ремиссию, сильно отличалась от таковой при ремиссии в 1 год. Во-первых, она практически по всем показателям включала заметно меньшее количество различных расстройств как в группе ВПА, так и в группе МПА. Во-вторых, обе подгруппы больных алкоголизмом значимо не различались между собой в средних показателях, что уравнивало больных с высокой и малой прогрессивностью по качеству ремиссии продолжительностью 2 года.

Таким образом, группа ВПА имела худшие показатели качества ремиссии (длительностью 1 год), что вполне согласуется с наличием в ней большого числа лиц с премобидно неустойчивыми чертами характера и легко актуализирующимся ПВА [12, 13] и объясняет меньшее число непродолжительных ремиссий в 1 год, но не преобладание длительных двухлетних, в сравнении с группой МПА (табл. 7). Более длительные ремиссии у женщин характеризовались сглаживанием межгрупповых различий в отношении прогрессивности и значительным затуханием выраженности психопатологических расстройств в обеих подгруппах — ВПА и МПА. Эти не полностью редуциро-

ванные психические нарушения в виде эмоциональной нестабильности и персистенции элементов синдрома ПВА, тем не менее, потенциально опасны, так как при определенных условиях становятся источником рецидива болезни [36, 38].

Как известно, основными психопатологическими формами первичного ПВА являются генерализованная и парциальная формы [1] или близкие к ним неосознаваемая и осознаваемая [10]. Они характеризуют степень охваченности больного влечением к алкоголю, отсутствие или наличие критики, наиболее выпукло характеризуются поведенческой составляющей ПВА и определяют клиническую картину рецидива.

Анализ данных табл. 10 показывает заметное различие между изучаемыми группами. В числе больных с ремиссией 1 год пациентки группы ВПА достоверно опережали группу МПА преимущественным наличием генерализованных форм ПВА: паранойальное — 13,6% против 2,1%, пассивное непротивление — 36,5% против 17%. Напротив, парциальная форма ПВА преобладала в группе МПА у больных с ремиссией 2 года (38,9% против 12,8%). Следует также отметить определенное сходство между больными женщинами с ремиссиями разной длительности: тенденцию к превалированию генерализованного ПВА над парциальным независимо от степени прогрессивности алкоголизма. Это напоминает поведение большинства женщин (66%), внезапно отказавшихся от продолжения поддерживающего лечения, которое L. Kaskutas [29] охарактеризовал как отрицательное отношение к терапии. В качестве иллюстрации автор привел высказывания больных о том, что им “надоели разговоры о пьянстве”, “моей ноге здесь больше не будет”, “все слишком плохо” и т.п.

**Выводы**

1. Анализ структурно-временных характеристик периода от начала злоупотребления алкоголем до возникновения ААС позволил разработать критерии прогрессивности женского алкоголизма. Они составляют: до 3 лет — высокая прогрессивность, свыше 3 лет до 7 лет — средняя прогрессивность, свыше 7 лет — малая прогрессивность.

2. Предыспонирующими факторами, обуславливающими прогрессивность алкоголизма у женщин, являются врожденные физиологические характеристики пола (сила половой конституции) и неустойчивые черты характера.

Таблица 10

Частота вариантов ПВА у больных с разной прогрессивностью алкоголизма и разной длительностью терапевтических ремиссий (в %)

Варианты ПАВ	Ремиссии 1 год (n = 128)			Ремиссии 2 года (n = 82)		
	ВПА n = 44	МПА n = 47	P	ВПА n = 39	МПА n = 18	P
Паранойальное	13,6 %	2,1 %	0,041	2,6 %	0	0,497
Сверхценное	38,6 %	46,9 %	0,433	51,3 %	38,9 %	0,388
Пассивное непротивление	36,5 %	17,0 %	0,037	33,3 %	22,2 %	0,398
Навязчивое	6,8 %	17,0 %	0,138	12,8 %	38,9 %	0,026
Фобическое	4,5 %	17,0 %	0,059	0	0	1,0
Всего:	100,0 %	100,0 %		100,0 %	100,0 %	

3. Прогрессиентность не оказывает прямого влияния на срок терапевтической ремиссии: более длительные ремиссии возможны у больных с ВПА, и наоборот. По этой причине высокая прогрессиентность алкоголизма не является отрицательным прогностическим признаком и синонимом злокачественного течения болезни.

4. Качество длительных терапевтических ремиссий у женщин зависит как от прогрессиентности алкоголизма, так и от длительности ремиссионного периода и имеет клиническую динамику. При ремиссии в течение года ее качество хуже у больных ВПА. С удлинением срока воздержания от алкоголя качество ремиссии у больных ВПА улучшается и к исходу двухлетнего периода трезвости не отличается от качества ремиссий у больных МПА.

5. Длительность терапевтических ремиссий у женщин увеличивается при сочетанном применении стационарного и амбулаторного лечения.

Любая классификация алкоголизма, независимо от количества факторов, лежащих в ее основе, в методологическом отношении должна соответствовать основным требованиям [39, 40]: определять индивидуальный риск заболеть алкоголизмом, быть значимой для диагноза, прогнозировать течение и исход болезни, способствовать построению эффективных терапевтических программ, формулировать клинические вопросы для перспективных научных исследований.

Разрабатываемая типология женского алкоголизма, основанная на *количественных* различиях прогрессиентности, имеет определенный лечебно-практический и научно-исследовательский интерес, так как удовлетворяет ряду условий, предъявляемых к систематикам такого рода.

С точки зрения повседневной клинической практики, проделанная часть работы над типологией женского алкоголизма позволяет решить или конкретизировать ряд вопросов: а) определить "группу риска" высокой прогрессиентности алкоголизма среди женщин, злоупотребляющих алкоголем; б) проводить структурный диагноз алкоголизма у женщин, характеризуя скорость его формирования; в) объективизировать прогноз качества терапевтической ремиссии, что способствует выработке оптимальных схем терапевтических программ с целью стабилизации ремиссии, что профилактики рецидива женского алкоголизма.

Кроме того, предлагаемая типология указывает направления дальнейших клинических исследований прогрессиентности женского алкоголизма, которые заключаются в изучении ее *качественной* стороны: влияния на различные варианты динамики социального, соматоневрологического и психического статуса больных.

### Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: "Имидж", 1994. — 216 с.
2. Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии / Под ред. член-корр. РАМН Н.Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С. 203—232.
3. Боро М.П., Табачников С.И. Обоснования и оценка эффективности лечения алкоголизма у женщин в условиях психиатрического стационара // Актуальные вопросы наркологии: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. — Харьков, 1985. — С. 123—124.
4. Власова И.Б. Формирование и динамика алкоголизма у женщин молодого возраста: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1988. — 156 с.
5. Ганнушкин П.Б.. Избранные труды / Под ред. проф. О.В. Кербикова. — Ростов-на-Дону: "Феникс", 1998. — 416 с.
6. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. — М.: "Триада-Х", 1999. — 266 с.
7. Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия. — М.: "М.", 1989. — 495 с.
8. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: "М", 1965. — 319 с.
9. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма // Алкоголизм: Руководство для врачей. — М.: "М", 1983. — С. 75—149.
10. Иванец Н.Н., Нойман И. Алкоголизм // Руководство по психиатрии. Т. 2 / Под ред. Г.В. Морозова. — М.: "М.", 1988. — С. 113—143.
11. Иванец Н.Н. Савченко Л.М. Типология алкоголизма. — М.: Российский благотворительный фонд "НАН", 1996. — 47 с.
12. Короленко Ц.П., Тимофеева А.С., Донских Т.А. Женский алкоголизм, варианты течения, принципы терапии // 5-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. Т. 2. — М., 1985. — С. 75—77.
13. Кравченко С.Л. Соотношение преморбидных факторов и прогрессиентности алкоголизма у женщин // Вопросы наркологии. — В печати.
14. Позняк В.В. Алкоголизм у женщин: клинико-генетические аспекты: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1991. — 25 с.
15. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — Л.: "М", 1971. — 368 с.
16. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: "М.", 1988. — 288 с.
17. Сексопатология / Под ред. Г.С. Васильченко. — М.: "М.", 1990. — 574 с.
18. Соколова Е.П. Клиническая симптоматика алкоголизма у женщин молодого возраста и некоторые подходы к его терапии // Вопросы наркологии. — 1995. — № 1. — С. 50—53.
19. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М.: "М.", 1973. — 384 с.
20. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. — М.: "М.", 1977. — 166 с.
21. Шульга А.И., Сонник Г.Т., Егорова Е.В., Лукашенко И.А. О лечении хронического алкоголизма у женщин // Акт. пробл. наркологии: Тезисы докл. обл. науч.-практ. конф. — Харьков, 1987. — С. 113—115.
22. Шумский Н.Г. Алкоголизм у женщин // Руководство по психиатрии Т. 2 / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: "М.", 1983. — С. 271—274.
23. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. — М.: "М.", 1990. — 416 с.
24. Acker C. Neuropsychological deficits in alcoholics: the relative contributions of gender and drinking history // British J. Addict. — 1986. — Vol. 81. — P. 395—403.
25. Babor T., Hoffman M., Del Boca F., Hesselbrock V., Meyer R., Dolinsky Z., Rounsaville B. Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity // Archives of General Psychiatry. — 1992. — Vol. 49. — P. 599—608.
26. Gomberg E. Women and alcohol: Psychosocial aspects. // Pitman D., White H. (eds.): Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined. — New Brunswick, NY: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1991. — P. 263—284.
27. Gomberg E. Women's drinking practices and problem from a lifespan perspective // Howard J., Martin S., Mail P. et al. (eds.) Women and alcohol: Issues for prevention research. — NIAAA Research Monograph No. 32: US Government print. off, 1996. — P. 185—214.
28. Holubowicz O. The roles of life events and support networks in the aetiology of female alcohol dependence // Australian Alc./Drug. Rev. — 1983. — Vol. 1. — P. 40—44.
29. Kaskutas L. What do women get out of self-help? Their reasons for attending women for sobriety and Alcolic Anonymous // J. Subst. Abuse Treatment. — 1994. — Vol. 11. — P. 185—195.
30. Kendler K., Neale M., Heath A., Kessler R., Eaves L. Twin-family study of alcoholism in women // Amer. Journ. Psychiatry. — 1994. — Vol. 151. — P. 707—715.
31. Merikangas K. The genetic epidemiology of alcoholism // Psych. Med. — 1990. — Vol. 20. — P. 11—22.