

Различия больных алкоголизмом в объемах потребления алкоголя: причины и смысл

КОРОЛЬКОВ А.И. аспирант отделения клинических исследований алкоголизма
АЛЬТШУЛЕР В.Б. д.м.н., профессор, руководитель отделения клинических исследований алкоголизма
КРАВЧЕНКО С.Л. к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения клинических исследований алкоголизма

ФГУ Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития России,
119002, Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3

Использование специального метода ретроспективного подсчета объемов алкоголя, потребленного больными алкоголизмом 2-й стадии на протяжении предшествовавшего временного квартала, позволило выделить среди них группы условно «много» и условно «мало» пьющих мужчин и женщин. Сравнение этих групп обнаруживает существенные преморбидные и клинические различия — в семейной отягощенности алкоголизмом, в изначальных личностных особенностях больных, в симптоматике острой алкогольной интоксикации, алкогольного абстинентного синдрома (ААС), патологического влечения к алкоголю (ПВА), в структуре алкогольной деградации личности, в гендерном аспекте. Найденные различия могут служить основой для патогенетических предположений и для разработки дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: объемы потребляемого алкоголя, наследственность, преморбид, клиника алкоголизма, алкогольная деградация

Актуальность исследования

Злоупотребление алкоголем является одновременно и этиологическим фактором, и главнейшим проявлением алкоголизма. Это утверждение лишь на первый взгляд может показаться трюизмом, избитой истиной. На деле же двойственная роль, которую играет потребление спиртного в судьбе больного алкоголизмом, послужила основанием для разногласий в оценке перспектив и даже целей лечения. С одной стороны, стало аксиомой, что размеры злоупотребления алкоголем полностью определяются клиническими закономерностями алкоголизма [13] и поэтому самостоятельного интереса не представляют. Но есть и не столь твердые мнения, которые допускают возможность спонтанных ремиссий [15, 19, 20, 25], выражающихся в уменьшении размеров злоупотребления алкоголем. Предусматривается даже восстановление способности «нормально» потреблять алкоголь [12, 13, 26], т.е. исчезновение симптома утраты контроля — «патогномичного» признака алкоголизма [1]. Подобные взгляды допускают ведущую роль разных жизненных обстоятельств, а также изначальных природных свойств больных алкоголизмом в происхождении индивидуальных различий среди них в размерах злоупотребления алкоголем [17, 21].

Клинический опыт заставляет предположить, что в действительности обе эти концепции взаимно дополняют одна другую. Особенно это касается законо-

мерностей женского алкоголизма, клиника которого, а вместе с ней и тяжесть алкогольной интоксикации, очень часто отражают влияние психотравмирующих факторов. В то же время не подлежит сомнению наличие подчас огромных различий между больными в общем объеме потребляемого алкоголя. Здесь необходимо подчеркнуть, что речь идет не об изменениях толерантности к алкоголю как проявлении клинической динамики алкоголизма (нарастание в течение 1—2-й стадии, снижение в 3-й стадии), а о некой константе, характеризующей индивидуальное потребление спиртного в рамках одной — развернутой — стадии заболевания.

С учетом разных взглядов на это явление взвешенная оценка его важна для определения прогноза и программы терапии больных алкоголизмом.

Цель и задачи исследования

Все сказанное с неизбежностью ставит вопрос о клинических и преморбидных особенностях условно «много» и условно «мало» пьющих больных алкоголизмом. Изучение этого вопроса и стало целью нашего исследования. Для достижения поставленной цели необходимо решить ряд задач.

1. У находящихся на стационарном лечении больных алкоголизмом определить объем потребляемого ими этанола, в целом, и в динамике на протяжении 3 мес., предшествовавших госпитализации.

2. Выделить в контингенте больных, по отдельности среди мужчин и женщин, группы условно «мало» и условно «много» пьющих.

3. В пределах выделенных групп изучить преморбидные особенности больных: возраст, склад характера, алкогольная наследственность, перенесенные заболевания.

4. Изучить клинические параметры алкоголизма у больных выделенных групп: возраст начала злоупотребления алкоголем, скорость формирования болезни, давность заболевания, характер алкогольного опьянения, особенности основных синдромов — ПВА, ААС, алкогольной деградации.

5. Определить характер соматоневрологической патологии у больных выделенных групп.

Пациенты и методы исследования

С целью определить количество больных, необходимое для статистического анализа, использовалась компьютерная программа «статистический калькулятор» с доверительной вероятностью 95%. В результате этого из 350 больных, поступивших на стационарное лечение, была сформирована выборка, состоящая из 190 больных (90 мужчин и 100 женщин) алкоголизмом 2-й стадии.

В контингент исследования не включались лица, одновременно страдающие другими психическими заболеваниями, а также тяжелыми декомпенсированными соматическими заболеваниями.

Помимо общеизвестного клинико-психопатологического метода, основанного на данных анамнеза и статуса больных, для более объективной оценки этих данных использовались методы, позволяющие внести в исследование элемент измерения. К ним относятся, в первую очередь, разработанный L. Sobell и M. Sobell [23, 24] и неоднократно валидизированный другими исследователями [6, 11, 16, 18] календарный метод ретроспективного определения ежедневного объема потребленного алкоголя (Timeline Followback — TLFB) в пересчете на 100%-ный этанол. Этот метод, по данным его авторов, позволяет охватить исследованием предшествующий период длительностью от 1 до 24 мес. При использовании метода TLFB больному предлагается календарь, относящийся к изучаемому периоду времени; в этом календаре помечаются те даты общественной и личной жизни больного (государственные и религиозные праздники, памятные события, невзгоды, утраты, обретения и т.п.), которые неминуемо связаны с приемом спиртного (до, во время и после них), что дает возможность восстановить в памяти размеры и длительность потребления алкоголя, приуроченные к помеченным датам. При этом больного просят указать наибольшие и наименьшие количества выпитого спир-

тного в определенные дни, что побуждает его признать у себя высокий уровень потребления. Отдельно предлагается отметить отрезки времени, когда больной полностью воздерживался от алкоголя или ежедневно пил. В нашем исследовании мы ограничили применение метода TLFB предшествующим периодом в 1 квартал.

Полученные на основе календарного метода данные показывают индивидуальный уровень потребления алкоголя у каждого конкретного больного. В целом контингенте больных обнаруживаются как самый высокий, так и самый низкий уровни потребления, а форма статистического распределения величин — нормальная. Для дальнейшего анализа показатели мужчин и женщин по отдельности с помощью статистической процедуры перцентилей были поделены на три равновеликие части. Это позволило выделить среди больных подгруппы условно «мало», «средне» и «много» пьющих.

В итоге оказалось, что потребление алкоголя за целый квартал «мало» пьющими мужчинами составило от 4,5 до 9,9 л 100%-ного этанола, «средне» пьющими — от 10,0 до 13,7 л и «много» пьющими — от 13,8 до 19,5 л. Для женщин аналогичные квартальные показатели «мало», «средне» и «много» пьющих составили соответственно от 1,0 до 4,3 л, от 4,4 до 12,3 л и от 12,4 до 20,1 л.

Здесь сразу же обращает на себя внимание примечательный факт: если «мало» пьющие женщины сильно уступают «мало» пьющим мужчинам в объеме потребляемого алкоголя, то «много» пьющие женщины превосходят в этом отношении «много» пьющих мужчин. В последующем проводилось сопоставление по всем преморбидным и клиническим параметрам двух контрастирующих подгрупп — «мало» и «много» пьющих мужчин (по 30 больных в каждой подгруппе) и женщин (по 33 больных в каждой подгруппе).

Для определения количественных соотношений между интенсивностью хронической алкогольной интоксикации и зависимостью от алкоголя использовалась методика измерения силы и структуры патологического влечения к алкоголю [3], хотя она касается только дискретных, т.е. имеющихся в данное время, обострений ПВА. Но благодаря тому, что больные находились в стационаре достаточно длительное время, у нас появилась возможность непосредственно наблюдать симптоматику обострений ПВА и применить для выявления межгрупповых клинических различий именно эту методику.

Методы статистического анализа зависели от конкретных задач работы и осуществлялись при помощи статистического пакета SPSS 17 for Windows (параметрические критерии — Т-тест и непараметрические критерии — Манна—Уитни, Уилкоксона, χ^2).

Результаты исследования

Методом TLFB было установлено, что потребление алкоголя на протяжении последнего месяца, предшествовавшего госпитализации, отличается заметным снижением дозировок спиртного, особенно в группе «много» пьющих, что связано, вероятно, с накопившимися последствиями тяжелого пьянства — как социальными, так и биологическими, — которые, в конечном итоге, заставили больного обратиться за лечебной помощью (табл. 1).

В процессе исследования обнаружились существенные индивидуальные различия между больными в объеме потребляемого алкоголя — в пересчете на 100%-ный этанол. При этом суточное потребление алкоголя в выделенных нами группах условно «мало» и условно «много» пьющих, если его определять в процессе обычной анамнестической беседы, не обнаруживает четких количественных различий между группами. В то же время использование метода TLFB показало весьма существенные межгрупповые различия. В соответствии с задачами исследования изложение его результатов будет относиться по отдельности к больным мужчинам и женщинам.

Объемы потребления алкоголя и клиника алкоголизма у мужчин

Сопоставление данных преморбидного периода в группах «мало пьющих» и «много пьющих» мужчин отражено в табл. 2.

Обращает на себя внимание существенно более высокая степень наследственной отягощенности алкоголизмом среди «мало» пьющих мужчин (алкоголизм отца), что ставит вопрос о причинах и смысле столь неожиданного факта. С другой стороны, «много» пьющих отличает более заметное место негативных средовых влияний в периоде детства (воспитание без отца, различные фрустрации), что контрастирует с меньшей ролью генетических влияний.

Имеются также определенные различия в преморбидных характерологических особенностях больных. Так, среди «много» пьющих оказалось существенно больше лиц с чертами неустойчивости и эксплозивно-

сти, а среди «мало» пьющих — эпилептоидных и психастенических личностей.

Травмы головы у мужчин, гораздо чаще отмеченные в анамнезе «много» пьющих больных, и язвенную болезнь желудка у «мало» пьющих трудно с уверенностью отнести к преморбидному периоду, поскольку их можно расценить как следствие начавшегося заболевания. «Мало» пьющие отличаются резким преобладанием процента лиц, в анамнезе которых — язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Забегая вперед, отметим, что то же самое имеет место у больных и в момент обследования, в картине соматоневрологической патологии. Согласно результатам ряда исследований [4, 6, 7], это может свидетельствовать о запущенности и тяжести алкоголизма. Отсюда, в частности, следует, что обозначение «мало пьющие» вовсе не обязательно подразумевает доброкачественный характер алкоголизма у соответствующих больных.

Переходя к симптоматике алкоголизма, легко заметить связь объема потребления алкоголя с клиникой алкогольного опьянения: у «мало» пьющих мужчин преобладают эйфорические состояния, у «много» пьющих — агрессия. Кроме того, амнестические нарушения в структуре опьянения (палимпсесты и тотальные амнезии) имеются у всех «много» пьющих больных, в то время как у «мало» пьющих они встречаются лишь в незначительном проценте.

Как и следовало ожидать, «много» пьющие больные отличаются гораздо большей продолжительностью ААС. При этом среди клинических вариантов ААС у таких больных преобладает психопатологический, а наиболее частыми проявлениями в его составе являются депрессия, страх, элементарные галлюцинации, эмоциональная лабильность. «Мало» пьющие больные характеризуются более равномерным распределением психопатологических и повышением пропорции висцеральных расстройств в структуре ААС; в числе психических нарушений у них резко выделяется тревога, а среди висцеральных — рвота, жидкий стул, сердечные аритмии, стенокардия.

Таблица 1

Средние дозы потребленного алкоголя¹, по данным теста TLFB, у всех мужчин и женщин, больных алкоголизмом (M±m)

Период времени до начала исследования	Мужчины, N=90	Женщины, N=100	p
Квартал	11,5±0,9	9,2±0,9	н/д
1-й месяц квартала	3,8±0,3	3,3±0,3	н/д
2-й месяц квартала	3,8±0,3	3,4±0,3	н/д
3-й месяц квартала	2,9±0,3	2,5±0,3	н/д

Примечание: ¹ — литры 100%-ного спирта; н/д — различия недостоверны

Сопоставление подгрупп «мало» и «много» пьющих мужчин (данные приведены в процентах либо в форме $M \pm m$)

Показатель	Мало пьющие N=30	Много пьющие N=30
Данные преморбидного периода		
Наследственность по алкоголизму	66,7	33,3 *
Алкоголизм отца	53,3	36,7 *
Алкоголизм матери	0	0
Условия воспитания		
Полная семья	93,3	66,7 *
Без отца	6,7	26,7 *
Фрустрации	0	13,3 *
Преморбидные особенности характера		
Неустойчивость	16,7	20,0
Истеричность	26,7	6,7 *
Эксплозивность	10,0	30,0 *
Психастеничность	13,3	0 *
Болезни, перенесенные до начала алкоголизма		
Травмы головы	0	20 *
Язвенная б-нь	20,0	3,3 *
Клиника алкоголизма		
Возраст начала сист. злоупотребления алкоголем	26,7±0,6	24,4±0,9
Возраст формирования 1-й стадии	32,5±0,7	29,2±1,0
Возраст формирования 2-й стадии	35,3±0,8	32,0±1,1
Предпочитаемый алкогольный напиток		
Пиво	0	0
Вино	0	6,7
Водка (или другой 40% алкоголь)	93,3	86,6
Разные	6,7	6,7
Вариант опьянения		
Эйфория	46,7	20,0 *
Агрессия	26,7	50,0 *
Алкогольные амнезии		
Палимпсесты	13,3	66,7 ***
Тотальные	0	33,3 ***
Длительность ААС в днях	2,3±0,8	3,5±0,4 **
Вариант ААС		
Психопатологический	53,3	66,7 *
Висцеральный	46,7	33,3
Церебральный	0	0
Выраженность компонентов патологического влечения к алкоголю		
Аффективный компонент	1,1±0,7	2,3±1,0 *
Идеаторный компонент	0,6±0,2	1,3±0,9
Поведенческий компонент	0,3±0,1	1,1±0,6 *
Суммарный балл ПВА	2,2±0,1	6,1±3,4 *

Показатель	Мало пьющие N=30	Много пьющие N=30
Нравственно-этическое снижение		
Эгоизм	6,7	46,7 **
Лживость	13,3	40 *
Позерство	0	26,7 **
Циничность	6,7	40,0 **
Интеллектуально-мнестическое снижение		
Ослабление фиксации памяти	0	20,0 *
Нарушение концентрации внимания	6,7	30,0 *
Снижение критики	13,3	40,0 *

Наблюдение в стационаре позволило выявить особенности клинических проявлений первичного патологического влечения к алкоголю (ПВА) в зависимости от объема потребляемого алкоголя. Количественная оценка выраженности и структуры первичного ПВА показала, что в группе «много» пьющих мужчин резко преобладает над другими — идеаторным и поведенческим — аффективный компонент ПВА, особенно эмоциональная лабильность, сопровождающаяся яркими мимическими реакциями при беседе о спиртном. Похожие соотношения между компонентами ПВА имеются в группе «мало» пьющих, однако суммарная оценка тяжести синдрома влечения в двух этих группах больных сильно различается и составила соответственно 6,1 и 2,2 балла.

Обнаружились определенные различия как в поведенческом, так и в идеаторном компонентах синдрома ПВА. Обращает на себя внимание значимое преобладание «много пьющих» больных по выраженности идеаторного компонента ПВА. Как известно [2], к идеаторному компоненту относятся различные мнения, суждения, убеждения и сомнения, касающиеся злоупотребления алкоголем у данного больного. Эти суждения могут быть алкоголь-позитивными (аргументы в пользу пьянства) и алкоголь-негативными (сомнения и опасения не устоять перед алкогольными соблазнами).

Среди идеаторных проявлений ПВА у «много» пьющих гораздо чаще встречаются защита своего «права» пить и мнение о невозможности полной трезвости. Такая симптоматика указывает на принадлежность к генерализованному (сверхценному или паранойальному) варианту ПВА. У «мало» пьющих больных идеаторный компонент ПВА выражается неуверенностью трезвеннических планов, сомнениями в своей способности устоять перед соблазнами, отстраненными и предметными описаниями тяги к спиртному, что характеризует парциальный (обсессивный) вариант ПВА [1]. Среди поведенческих нарушений у «много» пьющих существенно чаще отмечены уклонение от лечения, протесты против лечения, конфликтность, требования преждевременной выписки, враждебность к лицам, навязывающим трез-

вость. У «мало» пьющих больных поведенческие проявления ПВА значительно чаще проявлялись просьбами о более «радикальном» лечении, что соответствовало отмеченным выше идеаторным проявлениям ПВА у таких больных.

Структура и распространенность алкогольной психической деградации у больных, составивших контингент исследования, показаны в табл. 3. Судя по приведенным данным, нравственно-этические компоненты деградации преобладают у «много пьющих» больных, что отражает силу и доминантные свойства ПВА. Как и следовало ожидать, токсикогенная симптоматика деградации, проявляющаяся в интеллектуально-мнестическом снижении, тоже преобладает у «много пьющих» больных.

Объемы потребления алкоголя и клиника алкоголизма у женщин

Изучение преморбидных и клинических особенностей больных в пределах двух выделенных групп («мало» и «много» пьющие) среди женщин (табл. 3) обнаружило заметные отличия от мужчин по многим параметрам.

Так, если среди мужчин в группе «мало» пьющих наследственная отягощенность алкоголизмом, в целом, как уже было отмечено, встречается вдвое чаще, чем в группе «много» пьющих, то среди женщин наблюдается противоположное. При этом соотношения резко меняются, когда они касаются только наследственной отягощенности по линии матери: «мало» пьющие женщины по данному признаку сильно превосходят «много» пьющих, среди которых, наоборот, почти втрое чаще отмечена наследственная отягощенность алкоголизмом по линии отца.

Больные женщины разнятся от мужчин соотношениями объема потребляемого алкоголя с некоторыми особенностями преморбидного характера. Так, если у мужчин эпилептоидные и истерические черты характера чаще встречались у «мало» пьющих, то у женщин те и другие преобладали у «много» пьющих. В то же время среди больных обоего пола психастениче-

Сопоставление подгрупп «мало» и «много» пьющих женщин (данные приведены в процентах либо в форме $M \pm m$)

Показатель	Мало пьющие, N=33	Много пьющие, N=33
Данные преморбидного периода		
Наследственность по алкоголизму	33,3	51,5 *
Алкоголизм отца	18,2	42,4 *
Алкоголизм матери	30,3	9,1 *
Преморбидные особенности характера		
Неустойчивость	9,1	27,3
Истеричность	15,2	36,4
Эксплозивность	12,1	33,3
Психастениченность	27,3	6,1*
Болезни до начала алкоголизма		
Травмы головы	33,3	33,3
Гепатиты	30,3	9,1 *
Язвенная болезнь	25,0	0 **
Клиника алкоголизма		
Возраст начала систематического злоупотребления алкоголем	29,2±2,0	30,2±2,7
Возраст формирования 1-й стадии	32,5±2,5	32,5±2,6
Возраст формирования 2-й стадии	35,3±2,1	35±2,6
Алкогольный напиток		
Пиво	54,5	21,2 *
Вино	9,1	9,1
Водка (или другой 40%-ный алкоголь)	36,4	69,7 *
Вариант опьянения		
Эйфория	33,3	33,3
Агрессия	6,1	30,3 *
Тоска	6,1	0
Дисфория	42,4	27,3
Алкогольные амнезии		
Нет	12,5	6,1
Палимпсесты	81,3	57,6 *
Тотальные	6,1	36,4 **
Вариант ААС		
Психопатологический	33,3	45,5
Висцеральный	63,6	48,5
Церебральный	3,0	6,1
Симптомы патологического влечения к алкоголю		
Протесты против лечения	13,9	0 *
Уклонение от лечения	25,0	0 *
Конфликтность	12,1	0 *
Требование досрочной выписки	13,9	0
Враждебность к лицам, навязывающим трезвость	12,1	0 *
Защита "права" пить	26,7	8,8 *
Просьбы о дополнительном лечении	12,1	24,2
Жалобы на "тягу" к алкоголю	12,1	20,6
Неуверенность трезвеннических планов	11,1	48,5 **
Пафос в осуждении пьянства	58,3	33,3 *

Таблица 3 (окончание)

Показатель	Мало пьющие, N=33	Много пьющие, N=33
Нравственно-этическое снижение		
Эгоизм	91,7	67,6 *
Циничность	24,2	6,3 *
Легкомыслие	60,6	36,4 *
Раздражительность	57,6	33,3 *
Притупление чувства родительского долга	27,3	9,1 *
Паразитический образ жизни	0	24,2 **
Сексуальная распущенность	0	9,1 *
Безразличие к судьбе	5,5	42,4 **
Интеллектуально-мнестическое снижение		
Ослабление фиксационной памяти	39,4	66,7 *
Сужение кругозора	36,4	63,6 *
Несообразительность	0	20,6 **
Противоречивость суждений	12,1	33,3 *
Снижение критики	12,1	39,4 *

ские личности относились исключительно к «мало» пьющим.

Перенесенными в прошлом соматическими заболеваниями в большей степени характеризуются «мало» пьющие женщины; это болезни печени и язвенная болезнь желудка. У «много» пьющих того и другого пола количественно выделялись травмы головы.

Основные клинко-динамические параметры алкоголизма — возраст начала систематического злоупотребления алкоголем, возраст становления симптома утраты количественного контроля (начало 1-й стадии заболевания), возраст формирования ААС (начало 2-й стадии) — в выделенных нами группах больных существенно не различались, хотя у «много» пьющих мужчин можно было заметить тенденцию к более раннему возрасту возникновения названных клинических сдвигов.

Симптоматика алкогольного опьянения в соотношении с объемами потребления алкоголя мужчинами и женщинами характеризуется определенными различиями: у «мало» пьющих мужчин преобладает эйфория, у «мало» пьющих женщин — дисфория. Но у «много» пьющих больных того и другого пола чаще всего нет различий в симптоматике опьянения, она преимущественно окрашена агрессией. При этом амнестические нарушения в картине опьянения (палimpseсты, тотальные амнезии) у мужчин свойственны в основном «много» пьющим, у женщин — обеим группам больных в равной степени.

Возможно, указанные различия отчасти связаны с особенностями потребляемых алкогольных напитков. С одной стороны, «много» пьющие женщины, как сказано выше, несколько не уступают мужчинам в общем объеме потребляемого алкоголя и практически

не отличаются от «много» пьющих мужчин по симптоматике опьянения, хотя в их алкогольном «рационе» заметное место занимает пиво (его предпочитают свыше 20%), чего не отмечалось у мужчин. С другой стороны, «мало» пьющие мужчины сильно отличаются от «мало» пьющих женщин не только симптоматикой опьянения (см. выше), но и структурой потребления алкоголя (у мужчин почти исключительно водка, у женщин чаще всего пиво).

Пропорции клинических вариантов ААС в выделенных группах больных существенно не меняются при сопоставлении мужчин с женщинами. Это касается и соотношения конкретных симптомов внутри клинических вариантов ААС. Следует отметить еще раз, что «мало» пьющие больные — как мужчины, так и женщины — превосходят «много» пьющих по частоте висцеральных расстройств в структуре ААС. В то же время церебральная симптоматика (головная боль, головокружение) чаще наблюдается у «много» пьющих мужчин и у «мало» пьющих женщин. Иными словами, ААС у «мало» пьющих женщин в целом отличается большей тяжестью. Это утверждение, надо признать, выражает лишь тенденцию и не является достоверным.

Наблюдение за больными в ходе стационарного лечения обнаружило ряд особенностей первичного ПВА, отличающих женщин от мужчин, если при этом учитывать количество потребляемого алкоголя. Наиболее яркие отличия видны в рамках поведенческого компонента ПВА. Они заключаются в том, что у «мало» пьющих женщин значительно чаще имеются признаки генерализованного (сверхценного или паранойального) варианта ПВА, среди которых — уклонение от лечения, протесты, конфликтность, враж-

дебность к лицам, навязывающим трезвость, защита своего «права» употреблять спиртное и др. В то же время, у «много» пьющих женщин чаще отмечались жалобы на тягу к алкоголю, просьбы о дополнительном лечении, неуверенность трезвеннических планов в сочетании со смакованием алкогольной тематики в разговорах, излишний пафос в осуждении пьянства и другие признаки парциального (обсессивного) варианта ПВА. Все это находится в явном контрасте с реальным объемом потребления алкоголя и подлежит дальнейшему анализу.

При изучении структуры алкогольной деградации у женщин в соотношении с объемами потребления алкоголя были получены довольно неожиданные результаты, отличающиеся от соответствующих данных у мужчин. Это касается, прежде всего, нравственно-этических компонентов деградации. Оказалось, в частности, что среди «мало» пьющих женщин значительно чаще, чем среди «много» пьющих, встречаются такие черты, как эгоизм, циничность, легкомыслие, раздражительность и черствость в отношении с близкими, притупление чувства родительского долга. Все эти свойства отражают деформацию личности, связанную с доминированием патологического влечения к алкоголю, т.е. с его преобладанием среди других интересов и мотивов поведения. В то же время такие проявления нравственно-этического снижения, как паразитизм, безразличие к своей судьбе, неряшливость и т.п., были гораздо чаще отмечены у «много» пьющих женщин, что, по-видимому, больше связано с действием самого алкоголя как токсичного вещества, вызывающего общий психический упадок. Таким образом, различия в симптоматике и структуре психической деградации между женщинами и мужчинами видны, в основном, в группе «мало» пьющих. Они связаны, скорее всего, с тем, что «мало» пьющие женщины поглощают в несколько раз меньше алкоголя, чем «мало» пьющие мужчины, т.е. гораздо в меньшей степени испытывают на себе токсическое действие алкоголя.

Несколько иные результаты дало изучение интеллектуально-мнестических компонентов алкогольной деградации, которые по своей природе являются в основном токсикогенными. Здесь, как и следовало ожидать, в группе «много» пьющих женщин чаще, чем у «мало» пьющих, отмечены ослабление фиксации памяти, несообразительность, непоследовательность суждений, снижение критики, сужение умственного кругозора. Похожие соотношения отмечены и у мужчин. Причина наблюдаемого сходства коренится, по-видимому, в том, что «много» пьющие женщины потребляют алкоголь в таких же количествах, как мужчины, и даже больше, о чем было сказано выше.

Заключение

Использованный нами календарный метод ретроспективного определения ежедневного объема потребленного алкоголя позволил выделить в контингенте изученных больных алкоголизмом группы условно «много» и условно «мало» пьющих. Сопоставление этих групп, отдельно мужчин и женщин, по преморбидным и клиническим параметрам обнаружило существенные межгрупповые различия.

Оказалось, что «мало» пьющие мужчины, как ни странно, вдвое превосходят «много» пьющих по степени наследственной отягощенности алкоголизмом. Среди женщин аналогичные соотношения касаются только тех, у кого наследственность отягощена алкоголизмом по материнской линии. У «много» пьющих женщин втрое чаще обнаруживалась наследственная отягощенность алкоголизмом по линии отца. Такие факты явно перекликаются с результатами исследований [8—10, 14, 22], благодаря которым было установлено, что генетическим фактором риска алкоголизма для женщин является алкоголизм матери, а не отца. Можно предположить, следовательно, что у мужчин риск заболевания алкоголизмом реализуется в основном через наследственную отягощенность по отцовской линии и касается в большей степени «мало» пьющих больных. У женщин он реализуется двумя путями — по материнской и по отцовской линии; на первом пути этот риск касается «мало» пьющих, на втором — «много» пьющих.

Касаясь возможных причин различий в размерах злоупотребления алкоголем, необходимо добавить, что и у мужчин, и у женщин среди «мало» пьющих больных гораздо чаще встречается различная соматическая патология, особенно язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Об этом говорят данные анамнеза и статуса в сочетании с характерной структурой ААС: у «мало» пьющих резко выражен висцеральный компонент ААС, отражающий состояние соматической «почвы» и играющий роль своеобразной «лакмусовой бумажки». Возможно, что действие фактора наследственной отягощенности алкоголизмом встретило у «мало» пьющих препятствие в виде соматогенного снижения толерантности к алкоголю, которое могло быть следствием самого заболевания алкоголизмом. Отсюда, в частности, вытекает, что сравнительно малый уровень потребления алкоголя — при одной и той же стадии заболевания — вовсе не означает доброкачественный характер алкоголизма.

У женщин, независимо от объемов потребляемого алкоголя, симптоматика острой алкогольной интоксикации сближается с картиной алкогольного опьянения у «много» пьющих мужчин по наличию дисфорически окрашенного настроения и амнестических нарушений, что придает ей органический оттенок. Иными слова-

ми, то, что у мужчин характерно лишь для «много» пьющих, у женщин относится ко всем больным, включая и «мало» пьющих. Следовательно, «мало» пьющие женщины реагируют на алкоголь так же, как «много» пьющие мужчины, что свидетельствует о большей чувствительности женского организма к острой алкогольной интоксикации.

Остается неясным вопрос о причинах различий между мужчинами и женщинами в структуре синдрома первичного ПВА, обнаруженных при сопоставлении «много» и «мало» пьющих больных. Эти различия сводятся к тому, что у «много» пьющих больных мужчин идеаторный и поведенческий компоненты ПВА в совокупности образуют генерализованный (сверхценный, паранойяльный) вариант ПВА, а у «мало» пьющих — парциальный (обсессивно-фобический). Среди женщин, как ни странно, имеет место нечто диаметрально противоположное: у «мало» пьющих — гораздо чаще наблюдается генерализованный вариант ПВА, у «много» пьющих — парциальный вариант. Возможные объяснения такому клиническому феномену, почерпнутые в ходе общения с больными, лежат не столько в клинической, сколько в психологической плоскости. «Мало» пьющие женщины склонны защищаться от общественного осуждения, ссылаясь на небольшие количества потребляемого алкоголя, а «много» пьющие испытывают на себе всю тяжесть очевидных социальных последствий женского пьянства, причиняющих невзгоды и побуждающих искать помощь. Что же касается мужчин, то «мало» пьющие отличаются от «мало» пьющих женщин тем, что потребляют алкоголь в несколько раз больших количествах, которые вполне достаточны для того, чтобы испытывать угрызения совести и другие невзгоды; это особенно касается психастенических личностей, к которым чаще относились «мало» пьющие мужчины.

Использование метода ретроспективной количественной оценки объемов потребляемого алкоголя создало возможность более глубоко проникнуть в структуру алкогольной деградации личности в ее нозологически специфичных нравственно-этических компонентах. Удалось, в частности, разделить признаки морально-этического снижения на 2 группы. Одна из них — это те, которые связаны преимущественно с токсическим действием алкоголя, т.е. являются токсикогенными (паразитические тенденции, неряшливость, безразличие к своей судьбе и т.п.). Другая группа — это симптоматика, отражающая доминирование ПВА в мотивационной сфере больного даже при относительно малом объеме потребляемого алкоголя (эгоизм, циничность, черствость, легкомыслие, притупление чувства родительского долга). Различия в этих сопоставлениях между мужчина-

ми и женщинами определяются, по-видимому, особенностями ПВА, о чем было сказано выше. Следует, однако, признать, что вопросов здесь гораздо больше, чем ответов на них, т.е. исследование нуждается в продолжении.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
2. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 260 с.
3. Альтшулер В.Б., Чередниченко Н.В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992. — №3—4. — С. 14—17.
4. Здорик Ф.А. Формирование, клиника и терапия алкоголизма у дни с язвенной болезнью: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1990.
5. Крупицкий Е.М., Руденко А.А., Бураков А.М., Цой-Подосенин М.В., Славина Т.Ю., Гриненко А.Я., Звартау Э.Э., Кристалл Д.Х. Сравнительная эффективность применения препаратов, влияющих на глутаматергическую нейротрансмиссию, для купирования алкогольного абстинентного синдрома // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2009. — №1. — С. 37 — 43.
6. Понизовский П.А. Когнитивные расстройства и соматическая анозогнозия у больных алкогольной зависимостью: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2007.
7. Сущенко М.А. Клинические и лабораторно-инструментальные критерии патологии гастродуоденальной зоны при алкогольной болезни: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Саратов, 2009.
8. Bohman M., Cloninger R., Sigvardsson S., von Knorring A. The genetics of alcoholism and related disorders // J. Psychiatr. Res. — 1987. — Vol. 21. — P. 447—552.
9. Bohman M., Sigvardsson S., Cloninger C. Maternal Inheritance of Alcohol Abuse: Cross-fostering Analysis of Adopted Women // Arch. Gen. Psychiatry. — 1981. — Vol. 38. — P. 965—969.
10. Cadoret R., Riggins-Caspers K., Yates W.R. Gender effects in gene-environmental interactions in substance abuse // Frank E. (ed.). Gender and Its Effects on Psychopathology. — Washington, DC: American Psychiatric Press. — 1999. — P. 257—280.
11. Domingos N., Lambaz R., Aguiar P., Chick J. Effectiveness of Sequential Combined Treatment in Comparison with Treatment as Usual in Preventing Relapse in Alcohol Dependence // Alcohol & Alcoholism. — 2008. — Vol. 43. — P. 661—668.
12. Dawson D., Grant B., Stinson F., Chou P., Huang B., Ruan W. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001—2002 // Addiction. — 2005. — Vol. 100, №3. — P. 281—292.
13. Edwards G. A later follow-up of a classic case series: D.L. Davies's 1962 report and its significance for the present // J. Stud. Alcohol. — 1985. — Vol. 46. — P. 181—190.
14. Haver B. Female alcoholics V: the relationship between family history of alcoholism and outcome 3-1 years after treatment // Acta psychiatr. Scand. — 1987. — Vol. 76. — P. 21—27.
15. Heather N., Robertson I., Mcpherson B., Allsop S., and Fulton A. Effectiveness of a controlled drinking self-help manual: one year follow-up results // British Journal of Clinical Psychology. — 1987. — Vol. 26. — P. 279 — 287.
16. Hoepfner B., Stout R., Jackson K., Barnett N. How good is fine-grained Timeline Follow-back data? Comparing 30-day TLFB and repeated 7-day TLFB consumption reports on the person and daily level // Addict. Behav. — 2010. — Vol. 35, №12. — P. 1138—1143.

17. Kosok A. The Moderation Management programme in 2004: What type of drinker seeks controlled drinking? // *International Journal of Drug Policy*. — 2006. — Vol. 17. — P. 295—303.
18. Midanik L., Hines A., Barrett D., Paul J., Crosby M., Stall R. Self-Reports of Alcohol Use, Drug Use and Sexual Behavior: Expanding the Timeline Follow-Back Technique // *J. Stud. Alcohol*. — 1998. — Vol. 59. — P. 681—689.
19. Popham R.E., Schmidt W. Some factors affecting the likelihood of moderate drinking by treated alcoholics // *J. Stud. Alcohol*. — 1976. — Vol. 37. — P. 868—882.
20. Robertson I. Is controlled drinking possible for the severely dependent problem drinker? // *British Journal of Addiction*. — 1987. — Vol. 82. — P. 273 — 274.
21. Scog O., Duckert F. The development of alcoholics' and heavy drinkers' consumption: a longitudinal study // *J. Stud. Alcohol*. — 1993. — Vol. 54. — P. 178—188.
22. Sigvardsson S., Bohman M., Cloninger C.. Replication of the Stockholm Adoption Study of alcoholism. Confirmatory cross-fostering analysis // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1996. — Vol. 53. — P. 681—687.
23. Sobell L.C., Sobell M.B. Alcohol consumption measures // J.P. Allen, M. Columbus (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*. — Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995. — P. 55—73.
24. Sobell L.C., Sobell M.B. Timeline followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption // R.Z. Litten, J. Allen (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods*. — New Jersey: Humana Press, 1992. — P. 41—72.
25. Sulkunen P. Alcohol consumption and the transformation of living conditions: a comparative study / Smart R., Glaser F., Israel Y., Kalant H., Pophan R., Schmidt W. (eds) // *Research advances in alcohol and drug problems*. — Vol. 7. New York: Plenum. — 1983. — P. 247—297.
26. Vaillant G., Hiller-Sturmhofel S. The natural history of alcoholism // *Alcohol Health & Research World*. — 1996. — Vol. 20, №3. — P. 152—161.

DIFFERENCES IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM IN THE CONSUMPTION OF ALCOHOL. THE CAUSES AND MEANING

KOROLKOV A.I., ALTSHULER V.B., KRAVCHENKO S.L.

The use of the special method of retrospective quantitative estimation of alcohol consumption in alcoholic patients has made possible to mark out the groups of relatively hard drinking and relatively low drinking male and female patients. The comparison of these groups has revealed substantial pre-morbid and clinical differences incl. family alcoholism loading, initial personality traits, symptoms of acute alcohol intoxication, alcohol withdrawal syndrome, craving for alcohol, alcohol personality degradation, gender aspects. The differences which were found can serve as a base for pathogenetic hypotheses and for the development of treatment-rehabilitation programs.

Key words: quantities of alcohol consumed, heredity, pre-morbid, clinic of alcoholism, alcohol personality degradation