

ЖЕНСКИЙ И ПОДРОСТКОВЫЙ АЛКОГОЛИЗМ

Кафедра психиатрии, наркологии и
клинической психологии.

АГМА

- В прошлом женский алкоголизм был несчастьем лишь ряда винодельных стран.
- После окончания второй мировой войны женский алкоголизм проявляет тенденцию к росту во всех высокоразвитых странах.
- Соотношение мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом по разным данным колеблется от 2,2 : 1 до 16 : 1.
- Наиболее низок процент Ж.А. в сельской местности 21 : 1.
- Следует учитывать, что имеющиеся данные не отражают истинной картины не только потому, что официальная статистика наркоманий всегда не соответствует действительному положению вещей

- Рост Ж.А. объясняется как повышением экономической и моральной независимости женщин, так и еще одним следствием эмансипации: в условиях современного общества женщина не защищена стенами дома от жизненных трудностей и напряжений.
- «Алкоголизм - расплата за эмансипацию».

- Итальянские ученые, исследовав 174 алкоголички пришли к выводу, что Ж.А. столь отличен от мужского, что можно предположить психогенетическую автономность женского алкоголизма.
- Считается, что у женского алкоголизма, значительно чаще выделяются психопатологические нарушения преморбида, однако обследованные женщины пациентки частной клиники - в 42% случаев страдали выраженными психическими нарушениями.

- По всей видимости более правомерно считать причиной женского алкоголизма сочетание личностных особенностей с внешними причинами и стрессом. По мнению итальянских психиатров « начало ж.а. имеет основу в высокоэмоциональных событиях».
- Портнов и Пятницкая считают: «Пьющая женщина - несчастная женщина». Причинами начала злоупотребления являются потеря детей, вдовство, разводы, одиночество.

- Второй момент - доступность спиртных напитков (буфетчицы, официантки и т.д.) уместна параллель с морфинизмом медиков.
- И третий момент - Как показывают отечественные и зарубежные исследования серьезным фактором риска развития алкоголизма у женщин, в.т.ч. и в молодом возрасте является влияние супружеского партнера, злоупотребляющего алкоголем.
- Давно известен факт, что у многих женщин, страдающих алкоголизмом, до 70% мужей также злоупотребляют алкоголем, т.е. вынужденное спаивание.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- *Наследственность. Особенно это относится к отягощенности алкоголизмом матери: у мужчин она составляет 5%, а у женщин 22%.*
- *Еще одной особенностью женского организма является менструальный цикл, который включает предменструальное напряжение, предрасполагающее к употреблению алкоголя. Алкоголь снимает предменструальное напряжение, действуя успокаивающе; в результате может возникнуть привыкание и зависимость. Кроме того, в предменструальном периоде усиливается всасывание алкоголя из желудочно-кишечного тракта в кровь. Поэтому алкоголь, принятый в пересчете на массу тела действует на женщин сильнее, оказывая более сильный токсический эффект.*
- *Различия в химических константах и активности ферментов у мужчин и женщин. Так содержание воды в женском организме меньше, чем в мужском на 10%. Концентрация спирта у женщин всегда будет выше, чем у мужчин, что также усиливает токсический эффект. В норме соотношение потребляемого спиртного женщинами и мужчинами находится в пропорции 3 : 4, что связано половыми различиями по содержанию воды. В случае, если доза выпитого алкоголя у женщины начинает приближаться к мужской, у нее формируется алкоголизм.*

- Большинство исследователей уверены, что ж.а. протекает злокачественнее.
- Толерантность к спиртному у женщин достаточно четко зависит от возраста. В период наибольшей активности жизнедеятельности она превышает таковую у мужчин. В дальнейшем она начинает снижаться и женщина пьет на уровне невысокой толерантности, что ошибочно расценивается как интолерантность.
- Влечение долгое время остается обсессивным, компульсивность проявляется лишь с развитием абстинентного синдрома.
- Утрата количественного контроля затруднительно оценивается из - за низкой толерантности. Однако ситуационный контроль у женщин сохраняется дольше чем у мужчин.
- **«Женский алкоголизм начинается с одиночества, а мужской им заканчивается».**

- В отличие от мужчин, у женщин проявляется большая склонность к депрессивным состояниям в силу нейрофизиологических особенностей мозга.
- Сами переживания могут быть примерно одинаковы, но при этом, например, чувство грусти у женщин «включает» нейроны на площади мозга в восемь раз большей, чем у мужчин.
- Главная сложность заключается в том, что представительницы слабого пола, боясь осуждения окружающих, попадают к врачу, когда болезнь уже запущена.

Б.М. ГУЗИКОВ И А.А. МЕЙРОЯН [1988] ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ ВАРИАНТА ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН.

- Первый вариант – алкоголизм, развивающийся без каких-либо значительных нарушений психики в преморбиде и не вызывающий их даже при большой длительности заболевания.
- Женщин с этим вариантом алкоголизма отличают медленное формирование симптомов болезни (от 7 до 20 лет и более), незначительные, практически незаметные изменения в интеллектуально - мнестической сфере, сохранность морально-этических ценностей, способность длительное время после начала систематической алкоголизации выполнять свои семейные обязанности, не снижать свой производственный статус.
- Первые проявления злоупотребления алкоголем им обычно удается скрыть, нередко они алкоголизируются в одиночестве.
- Члены семьи, как правило, первыми обнаруживают у них симптомы зависимости от алкоголя и долгое время скрывают этот факт от окружающих, помогают больным лечиться под другим, более приемлемым для репутации семьи диагнозом либо анонимно.
- У таких больных нередко возникают спонтанные ремиссии. Лечение в наркологическом учреждении воспринимается ими и их родственниками как крайняя мера, оказывающая сильное психотравмирующее воздействие и на тех, и на других.
- Больные обычно активно включаются в лечебный процесс, особенно эффективный при использовании методик индивидуальной, групповой и семейной психотерапии.

- **Второй вариант** — алкоголизм, сочетающийся с выраженными аффективными расстройствами, не достигающими, однако, уровня психопатологии.
- Женщины с этим вариантом алкоголизма имеют в преморбиде существенные аффективные нарушения — эмоциональную лабильность, импульсивность, тревожность, сенситивность, ригидность аффекта, депрессивность, комплекс эмоциональных реакций, связанных с демонстративным поведением. Алкоголизация усиливает проявления этих нарушений.
- Симптомы алкоголизма формируются, как правило, в среднем темпе — от 5 до 7 лет.
- Зависимость от алкоголя такие больные пытаются во многих случаях объяснить эмоциональными нарушениями и при первых обращениях за помощью считают, что не обходимо прежде лечить эти нарушения, тогда исчезнет потребность в алкоголизации.
- Семейные конфликты на почве алкоголизации нередко усугубляются из-за особенностей эмоционального реагирования больных.
- При этом варианте чаще, чем при первом, женщины теряют мужей, что снижает уровень их социального положения.
- Для эффективного лечения психотерапия должна сочетаться с назначением медикаментозных средств, купирующих аффективные нарушения.
- Прогноз ремиссий благоприятен при отсутствии крайне выраженных аффективных расстройств.

- **Третий вариант** – алкоголизм у личностей с асоциальным поведением, импульсивностью и психопатическими чертами личности – почти всегда сопровождается аффективными нарушениями разной степени выраженности.
- Женщины с этим вариантом алкоголизма, как правило, рано приобщаются к алкоголю.
- В большинстве случаев симптомы болезни у них формируются в короткие сроки – от 1 до 3–4 лет, а возраст начала болезни не превышает 30 лет.
- Психопатические и истерические черты усугубляют процесс социально-психологической дезадаптации. Построить семью им обычно не удастся либо она быстро распадается. Для них типичны частые смены места работы, увольнения за прогулы и пьянство на рабочих местах, снижение в социальном плане, правонарушения.
- На лечение такие женщины попадают по принуждению родственников и соседей, из-за угрозы административных наказаний, для избежания приводов в милицию; за редким исключением, лечатся формально.
- Положительные результаты лечения зависят от числа повторных госпитализаций, массивной психотерапевтической работы, наличия систематического контроля за поведением больных вне наркологического учреждения, более рационального трудоустройства.

- Разумеется, любая типология больных имеет известную долю условности, поскольку те или иные варианты могут смешиваться.
- Мозаичность увеличивается также из-за разнообразия личностных особенностей и социально-психологических условий функционирования, совокупность которых в каждом случае образует неповторимую внутреннюю картину болезни [Гузиков Б.М., Мейроян А.А., 1988].
- И все же рассматриваемая схема вариантов течения алкоголизма у женщин может быть полезной для дифференцированного проведения реабилитационных мероприятий.

- Ленгранд выразился так: « женщин лечить от пьянства так же сложно как врачей и психопатов».
- По его данным комбинированная терапия апоморфином и эспералем в сочетании с психотерапией 59% пациентов оказалась безрезультатной и только 19% воздержались от алкоголя к концу года лечения.

ЛЕЧЕНИЕ

- Действительно, лечение этих больных сложная и многоплановая задача.
- Вначале им необходимы полные обследования для определения соматоневрологического состояния. Весь комплекс исследований имеет ещё и психотерапевтическое значение, ведь больные должны понять, какой урон они принесли своему организму и психике.
- Кроме препаратов, которые подавляют влечение к алкоголю (транквилизаторы) достаточно часто необходимы ноотропные препараты, антидепрессанты, витаминные комплексы, препараты для очистки и поддержания функций печени.
- Достаточно часто при тщательном обследовании выявляется эпилептическая готовность и активность и здесь будут обязательны противосудорожные средства.
- Карбомазепин, из этой группы, ещё и снижает тягу к алкоголю, что является немаловажным дополнением. Всегда требуется консультации и курации гинекологов. Психотерапия начинается сразу при поступлении на лечение.

АЛКОГОЛИЗМ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ)

- Алкоголизм, формирующийся в подростковом и юношеском возрасте (от 13 до 18 лет), обычно называют ранним алкоголизмом.
- Считается, что в этом возрасте клинические проявления алкоголизма развиваются быстрее, чем у взрослых, а болезнь протекает более злокачественно.
- Анатомо-физиологические особенности организма в период возрастных кризов, пубертатный период являются своеобразной благоприятной почвой, на которой алкоголь может обусловить быстрое развитие болезни.
- Большое значение имеют степень алкоголизации и формы употребления спиртных напитков, в частности частота, дозы, концентрация алкоголя, реакция организма на его прием [Бабаян Э.А., Гонопольский М. Х., 1987].

- В организме ребенка или подростка алкоголь прежде всего проникает в кровь, печень, мозг.
- В связи с незрелостью центральной нервной системы она наиболее уязвима для действия этанола. Результатом такого действия является нарушение дифференцирования и созревания нейронов, вследствие чего страдает личность подростка, нарушаются логическое абстрактное мышление, интеллект, память, эмоциональное реагирование.
- При воздействии алкоголя поражаются практически все системы организма подростка.
- Согласно статистике, 5–7% отравлений у детей приходится на долю алкогольных интоксикаций.
- Явления опьянения у детей и подростков развиваются быстро и могут завершиться оглушенностью и даже комой. Артериальное давление и температура тела повышаются, уровень глюкозы в крови, количество лейкоцитов падают. Кратковременное возбуждение, вызванное приемом алкоголя, быстро переходит в глубокий интоксикационный сон, нередко судороги, даже летальный исход. Иногда регистрируют психические нарушения с бредом и галлюцинациями.

Основными психологическими мотивами употребления алкоголя в детском, подростковом и юношеском возрасте считают:

- ⊙ психологическое подражание,
- ⊙ уменьшение или снятие астенических проявлений (состояний)
- ⊙ деформацию личности со склонностью к употреблению спиртных напитков.

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ.

- На первом, начальном, этапе происходит своеобразная адаптация (привыкание) к алкоголю. Большое значение при этом имеет микросоциальная среда, особенно семья, школа, сверстники. Продолжительность этого периода составляет до 3–6 мес.
- Второй этап характеризуется относительно регулярным приемом спиртных напитков. Растут доза, кратность приема алкоголя. Меняется поведение подростка. Данный период продолжается до 1 года. Считается, что прекращение употребления алкоголя в этот период может дать хороший терапевтический результат.

- На третьем этапе развивается психическая зависимость, которая может длиться в течение нескольких месяцев или лет.
- Подросток сам является активным пропагандистом приема алкогольных напитков в любое время, в любых количествах и любого качества.
- Теряется количественный и ситуационный контроль.
- Толерантность возрастает в 3~4 раза. Появляются многодневные, недельные, иногда постоянные употребления спиртных напитков.
- Это начальная стадия хронического алкоголизма.

- Четвертый этап определяется как хроническая стадия.
- Сформирован абстинентный синдром, преимущественно с преобладанием психического компонента.
- Иногда абстинентный синдром выражен слабо, в форме вегетативно-соматических нарушений.
- Абстиненция менее продолжительна, чем у взрослых, наступает после приема больших доз алкоголя.

- На пятом этапе, развитие алкоголизма соответствует закономерностям, описанных для взрослых.
- Существенным отличием является быстрое формирование слабоумия (деменции).
- Дети, страдающие алкоголизмом, быстро опускаются, становятся асоциальными, грубыми, дисфоричными, сексуально расторможенными, интеллектуально деградированными, с грубыми нарушениями эмоций.

- ⊙ Алкоголизм у подростков формируется в среднем в течение 3–4 лет.
- ⊙ Абстинентный синдром появляется спустя 1–3 года после начала постоянного употребления алкоголя.
- ⊙ Отличительная особенность раннего алкоголизма — его большая зависимость от преморбидных особенностей, в частности от типа акцентуации .
- ⊙ При эпилептоидном типе быстро нарастают эксплозивность, злобность, склонность сочетать алкоголь с другими дурманящими средствами (ацетон, клей), употреблять суррогаты. Нередко присоединяются гашишизм.

1. Раннее начало алкоголизации в асоциальной подростковой среде.

- Средний возраст первого значимого опьянения в исследованиях авторов составил 13,1 года.
- Некритичное, терпимое или откровенно снисходительное отношение к употреблению спиртных напитков со стороны родителей и родственников.

- ◎ 2. Высокая «социально-нравственная» толерантность к пьянству в силу злоупотребления спиртными напитками в семье и в компании, что приводит к быстрой утрате значения противодействия микросоциальной среды, т.е. угасают и без того несовершенные социальные защитные механизмы.

- 3. Своеобразие алкогольного опьянения у подростков, проявляющееся кратковременной эйфорией, быстрым наступлением депрессивно-злобного аффекта, психомоторным возбуждением, различной глубиной выключения сознания, что провоцирует асоциальное поведение в период интоксикации.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА.

4. Групповой характер потребления алкоголя само- и взаимоиндукция, в развитии ранних проявлений алкоголизма:
 - ⊙ формы потребления и опьянения, зависимости, подавления защитных биологических и социальных механизмов.
5. Подростки, больные алкоголизмом, отличались изначально большей (в 2–3 раза) суточной переносимостью алкоголя и невысокой кратностью увеличения толерантности.
 - ⊙ В начальной стадии алкоголизма сохраняется лабильность уровня толерантности, проявляющаяся ее снижением при воздержании, что, видимо, свидетельствует о сохранности компенсаторных механизмов.

6. Резкое сужение круга активной социальной жизни до проблем и интересов алкогольной компании, учащение и утяжеление криминогенных форм поведения в опьянении.

- Алкоголизация вплетается в единый блок асоциального поведения, являясь его неизбежной составной частью.

7. У подростков встречались два варианта количественного контроля:

- а) позитивный (алкоголизация продолжалась до комфортного состояния — «уже хорошо и больше не хочу»)
- б) негативный (до дискомфорта — «уже плохо и больше не могу»). Второй вариант прогностически менее благоприятен.

- 8. Ранние попытки (с 15,5 года) утреннего приема спиртного (17,2%) в алкогольной компании («индуцированное похмелье»), потенцирующее истинные биологические механизмы формирования физической зависимости.
- 9. Частое сочетание ранней алкоголизации со злоупотреблением лекарственными препаратами, суррогатами этанола и средствами бытовой химии (39% во II стадии, 14,4% в I стадии алкоголизма).

- 10. Употребление ординарных крепких спиртных напитков и прием алкоголя в больших дозах, приводящих к сопорозным и коматозным опьянениям, ускоряющим появление энцефалопатического синдрома.
- Абсолютное большинство подростков, больных алкоголизмом, обнаруживает полную анозогнозию (отсутствие критики к своему состоянию), связанную с возрастными особенностями отношения к своему здоровью и личностной измененностью.

- ⦿ Таким образом, ранняя алкоголизация выступает, как правило, индикатором социально-психологической несостоятельности личности, бедности и неразвитости ее нравственно-этической сферы, является признаком дефицита социально значимого поведения, носит в широком смысле компенсаторный характер, создавая только иллюзию деятельности и самодостаточности.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ.