

крайне неблагоприятные показатели распространенности АПП, и в том числе цирроза печени во Франции. Во-вторых, доминирующая роль именно потребления алкоголя, а не других факторов в низкой смертности от болезней сердца нуждается в доказательствах.

#### 11.8.4. Другие последствия злоупотребления алкоголем

Помимо поражения нервной системы, печени, поджелудочной железы и сердечнососудистой системы, систематическое употребление алкоголя способствует развитию болезней желудочно-кишечного тракта. Самое раннее и наиболее распространенное гастроэнтерологическое заболевание у лиц, злоупотребляющих алкоголем, - алкогольный гастрит.

Поражение слизистой желудка и тонкого кишечника и нарушение всасывания пищи (*синдром мальабсорбции*) рассматривается в качестве одной из главных причин алиментарного дефицита тиамина и других важных компонентов пищи, лежащего в основе алкогольной болезни мозга.

Систематическое злоупотребление алкоголем приводит к нарушениям почечной функции, эндокринным расстройствам, сексуальным дисфункциям и другим патологическим состояниям.

Злоупотребление алкоголем нередко способствует обострению кожных заболеваний. В частности, отмечена отчетливая связь между алкогольными эксцессами и обострением псориаза (Львов, 2005).

#### 11.9. Тендерные различия при алкоголизме и алкогольной болезни. Проблема женского алкоголизма

Опыт многолетнего опыта наблюдения и лечения больных алкоголизмом обоих полов позволяет утверждать, что представление о злокачественном течении и «неизлечимости» женского алкоголизма относится к области клинических мифов. Ранее сходные мнения по этому вопросу высказывались В. Б. Альшутером (1999) и другими авторитетными исследователями алкоголизма.

Несмотря на неправомерность бытующих представлений о половых различиях в прогрессивности и курбельности алкоголизма, отличия между мужчинами и женщинами в паттернах употребления алкоголя, а также мотивах, лежащих в основе этого употребления, все же существуют.

Вероятно, половые особенности алкоголизма в определенной степени объясняются особенностями психологических механизмов расстройств влечений у женщин и мужчин. В этом смысле большой интерес представляют результаты исследования (Goldbloom et al, 1992), показавшего, что у 30% женщин с алкогольными проблемами в ходе психодиагностического тестирования выявляются признаки нарушений пищевого поведения, а у 27% женщин, обратившихся за помощью в связи с расстройствами пищевого влечения, тем же путем выявляются симптомы алкогольной зависимости.

Считается, что существенная особенность алкоголизма у женщин — более высокая, чем у мужчин, степень психологического неблагополучия. Женщины чаще, чем мужчины, объясняют пристрастие к алкоголю неудовлетворенностью своей жизнью, в том числе проблемами взаимоотношения с лицами противоположного пола. Необходимо заметить, что подобные наблюдения относятся к категории клинических впечатлений практических специалистов и нуждаются в статистической проверке.

С. В. Савельева (2006) высказывает предположение, что впечатление о психологическом своеобразии женского алкоголизма может объясняться особенностями реакций женщин на стресс. По ее мнению, женщинам в большей мере свойственны аффектированные реакции на незначительные, с точки зрения мужчин, происшествия и житейские неурядицы, и связанная с этим тенденция к формированию психогенных психопатологических образований.

Выделяют (Zuckerman, 1995) выделяет такие аспекты проблемы женского алкоголизма, как более выраженные физиологические эффекты этанола, более высокая, чем у мужчин, частота злоупотребления, связанного с эмоциональными переживаниями, и затрудненный характер получения медицинской помощи.

Отмечена связь между тяжестью алкогольной зависимости у женщин и перенесенным в детском или подростковом возрасте сексуальным или физическим насилием (Hurley, 1991; Swettetal., 1991).

Можно высказать предположение, что половые различия в клинических проявлениях алкоголизма определяются не столько закономерностями развития и течения болезни, сколько отличиями мужской и женской психологии. Кроме того, определенную роль могут играть половые различия гормональных профилей и недостаточное обезвреживание этанола у женщин на этапе пресистемного метаболизма, что сказывается не столько на течении алкоголизма, сколько на опережающем развитии (характерном не для всех случаев) проявлений алкогольной болезни.

Можно предположить, что в распространенности женского алкоголизма определенную роль играют культурально обусловленные представления о роли женщины в семье и обществе и ограничивающее влияние среды. В традиционалистских странах низкие (по сравнению с европейскими странами) общие эпидемиологические показатели злоупотребления алкоголем сопровождаются исчезающе малой распространенностью женского алкоголизма.

А. Ю. Егоров (2005), характеризуя возрастные особенности алкоголизма, большое значение придает фактору одиночества у пожилых пациентов. Несомненная заслуга автора — выделение такого типологического варианта болезни, как «вдовый алкоголизм».

Возрастные и половые особенности клинических проявлений и течения алкоголизма подробно рассмотрены А. Ю. Егоровым в специальной главе настоящего руководства.

Чрезвычайно интересен и далек от разрешения вопрос о тендерных соотношениях при алкогольном поражении нервной системы. Известно, что эти соотношения значительно различаются при разных формах металкогольных расстройств: например, алкогольная полиневропатия наблюдается с примерно одинаковой частотой у мужчин и женщин с некоторым перевесом в сторону последних, тогда как алкогольная дегенерация мозжечка у мужчин встречается в 3,6 раза чаще, чем у женщин (Дамулин. 2005).

Труден для понимания феномен реверсии тендерных соотношений при корсаковском психозе, происшедшей в течение последнего столетия. Примечательно, что среди шести пациентов, клинические наблюдения которых рассмотрены С. С. Корсаковым (1889) в статье о токсической психической церебропатии, было пять женщин и один мужчина. А. Я. Кожевников (1891) описывает случаи развития алкогольного паралича у пяти больных, в числе которых было две женщины. Е. Bleuler (1920), не приводя точных количественных данных, сообщает о значительном преобладании женщин среди больных с корсаковской болезнью.

Е. Bleuler (1920) объясняет более высокую частоту корсаковского психоза у женщин в эпоху его клинической деятельности пристрастием слабого пола к ликерам, добавляя.

что «ликеры, как известно, причиняют неврит». Роль особых этиологических факторов в данном вопросе, как и вообще в вопросах металкольных психозов, представляется нам сомнительной. Единственным типом металкольных психических расстройств, где можно предполагать действие особой (эндемичной) причины мозгового поражения, является, по нашему мнению, болезнь Маркиафавы—Биньями. Однако наиболее примечательно в приведенном E. Bleuler пассаже недвусмысленное указание на явное преобладание женщин среди больных с корсаковским психозом, что соответствует данным других современных ему исследователей.

Современные авторы, напротив, указывают на более высокую частоту развития корсаковского психоза у мужчин (Шумский, 1999; Иванец, Винникова, 2002). Уже R. Wyss (1967) сообщает крайне редком развитии металкольных психозов у женщин. Авторы этой главы, наблюдавшие достаточно большое количество случаев корсаковского психоза, располагают лишь единичными наблюдениями женщин, страдающих хроническими формами корсаковской болезни.

Известно, что алкогольная энцефалопатия развивается у женщин опережающими темпами по сравнению с мужчинами. Последнее принято объяснять, наряду с другими причинами, отсутствием или недостаточным количеством в женском организме алко-гольдегидрогеназы желудочной локализации. Благодаря этому концентрация этанола в крови и, следовательно, его нейротоксическое и висцеротоксическое влияние у женщин выше, чем у мужчин, при равных принятых внутрь количествах спиртных напитков (Hobbs et al., 1996). В то же время, несмотря на относительно раннее развитие энцефалопатии у женщин, тяжелые металкольные когнитивные нарушения у мужчин развиваются достоверно чаще. Вопрос о причинах отмеченного резкого изменения тендерных соотношений при алкогольных энцефалопатиях, происшедшего со времен С. С. Корсакова, очевидно, относится к кругу далеких от разрешения вопросов металкольной церебральной патологии.

#### 11.10. Супружеский алкоголизм

На протяжении последних четырех десятилетий в зарубежных научных публикациях обсуждается тема алкоголизма в семье. Интерес к проблеме алкоголизма и супружества неслучаен: он обусловлен пониманием роли супружеского партнера в формировании и прогнозе алкоголизма у обследованных пробандов, расширением возможностей семейной психотерапии. Авторы рассматривают три варианта «алкогольной супружеской пары»: алкоголизмом страдает муж; алкоголем злоупотребляет жена; оба супруга больны алкоголизмом.

Обсуждение первого варианта семей (алкоголизмом страдает супруг) велось в направлении выделения личности супруги больного, определения специфических черт характера «жены алкоголика». В рамках известной теории «нарушенной личности» высказывалось предположение, что женщины с определенным типом личности склонны избирать в мужья потенциальных «алкоголиков» для удовлетворения подсознательного чувства самоутверждения, поэтому они потворствуют употреблению алкоголя мужьями. Согласно этой теории, у «жены алкоголика» имеются психологические проблемы и, когда муж пытается бросить пить, жена саботирует это решение.

Теория, относящаяся к разряду системных, рассматривает семью как систему с взаимодействующими в ней элементами. Утверждается, что пьянство одного из членов семьи устойчиво только из-за гомеостатического равновесия семейной системы, подкрепляющего это пьянство. Доминирующее поведение жен больных рассматривалось

некоторыми авторами как проявление механизма борьбы (coping) за сохранение стабильности. С этих позиций игнорирование женой попыток изменения алкогольной ситуации в семье расценивается не как акт женского самоутверждения, а как проявление понимания ею независимости и неподчинения мужа, стремление вернуть стабильность.

Это подтверждается рядом работ, в которых обследовались супружеские пары в период абстиненции и острой интоксикации мужа. Попытка анализа взаимоотношений супругов в эти периоды косвенно доказывала положение о том, что пьянство стабилизирует ситуацию в семье, высвобождая агрессию и перераспределяя доминирование. Описаны отношения между «алкогольными» и «неалкогольными» супружескими парами. Эти исследования показали, что в «алкогольных» парах отношения были более конкурентными, шла постоянная борьба за первенство в семье, способность кооперирования ради общих целей была снижена.

Особую ценность представляют работы, где систематически на протяжении длительного времени изучалось взаимодействие «супругов-алкоголиков» в семьях, дискуссионных группах и в лабораториях семейного взаимодействия. Обнаружено, что в алкогольных семьях адаптация ухудшается в «сухие» периоды, сохраняясь в период злоупотребления алкоголем. Описывая эти колебания уровня адаптации и объясняя их с точки зрения теории «гомеостатического равновесия», авторы подчеркивают, что адаптация в таких семьях — патологическая.

Другое направление в исследовании жен больных касалось попыток выявления у них невротических расстройств как результата действия постоянного стресса в условиях проживания с больными алкоголизмом. Предполагалось, что должна существовать связь между пьянством мужей и уровнем психопатологической симптоматики у их жен: чем больше муж злоупотребляет алкоголем, тем больший стресс должна испытывать жена. Однако многие исследователи не обнаружили такой зависимости. Было доказано, что появлению пограничных расстройств у «жен алкоголиков» препятствует новое адаптивное поведение в виде реакций дистанцированно<sup>TM</sup>, «атакующего поведения», защиты мужа, корпоративного поведения, активизации деятельности вне семьи. Общий итог большинства обзоров и исследований таков: нет единого класса «алкогольных жен» с общими чертами характера, отсутствуют какие-либо психические расстройства у этой категории женщин, однако их адаптивное поведение в условиях проживания с больными мужьями весьма противоречиво.

Обсуждение второго варианта семей (страдает алкоголизмом жена) велось в рамках поисков особенностей супругов таких жен, обнаружения у них психических отклонений. Информация о мужьях женщин, злоупотребляющих алкоголем, извлекалась из докладов, клинических наблюдений, неспецифических источников и имела определенные противоречия. Так, в литературе указывались противоречивые данные: что эти мужья отличались доминирующим поведением, что мужья обладали пассивными чертами характера. В некоторых работах мужей, злоупотребляющих алкоголем, женщин оценивали как эмоционально недоступных, замкнутых. Напротив, исследования в условиях госпиталя с помощью трех шкал — «отчуждения», «дискомфорта» и «беззащитности» обнаружили высокие значения по шкале беззащитности и низкие — по шкале «аутизма». Изучение спектра нервно-психических расстройств среди супругов больных женщин обнаружило в 50% случаев наличие алкоголизма, в 14% — психических заболеваний, в 10% — соматических расстройств. Высокий уровень психических расстройств среди этого контингента был подтвержден рядом других авторов.

Интересно выяснить обстоятельств начала злоупотребления алкоголем женщинами. Оказалось, что средняя продолжительность злоупотребления алкоголем женщинами

составляла 5,9 года, а продолжительность замужества — 13,8 года, т. е. большинство женщин стали злоупотреблять спиртным в период супружества. Показано, что женщины, страдающие алкоголизмом, испытывают больше затруднений в семейной жизни, чем «мужчины-алкоголики», т. к. мужа менее терпимы к пьянству жен. Подчеркивается, что «жены алкоголиков» часто оказывают положительное влияние при попытке преодоления алкоголизма мужьями, в то время как мужа «женщин-алкоголичек» - плохая им поддержка. Если эти мужчины не являются психически больными, соматически беспомощными или также больными алкоголизмом, то разрыв происходит по их вине в десять раз чаще, чем в семьях, где алкоголизмом страдают мужчины.

Отдельное место занимают работы по изучению ассортативности алкогольных браков. Этот термин имеет двоякий смысл: с одной стороны, имеется в виду накопление алкоголизма у ближайших пробандов, а с другой стороны, — создание брачного союза между мужчиной и женщиной — будущими больными алкоголизмом. По данным различных авторов, супружеские пары, страдающие алкоголизмом, составляют от 25 до 40% алкогольных семей. Некоторые исследователи утверждают, что ассортативность браков среди «мужчин-алкоголиков» в пять раз ниже, чем среди женщин, другие исследователи эти данные не подтверждают. Расхождение во взглядах вызвано, прежде всего, методологическими различиями. Практически во всех исследованиях их объектом являлись женщины, страдающие алкоголизмом; авторы четко выявили наличие алкоголизма у пробанда, однако критерии оценки заболевания у Супругов были неоднородными.

Так, одни авторы определяли алкоголизм у супругов, если они употребляли алкоголь более двух раз в неделю, другие — если пьянство приносило психологический дискомфорт в течение не менее пяти лет, третьи — при развитии нарушений здоровья, семейных отношений, появлении фактов попрапия законов. Иные исследователи довольно точно определяли алкоголизм у супругов обследованных женщин, но постановка диагноза у самих женщин вызывала сомнения, т. к. последние употребляли алкоголь в психотравмирующих ситуациях развода с «мужьями-алкоголиками».

Велик процентный разброс и в отношении ассортативности алкогольных браков среди женщин, злоупотребляющих алкоголем. Данные различных авторов резко разнятся. Исследования также показывают, что злоупотребляющие алкоголем супруги росли в «деструктурированных» семьях: в родительских семьях каждого из супругов алкогольной пары обнаружен высокий уровень алкоголизма, депрессий, самоубийств. Выявление истинных показателей частоты алкогольных браков позволит избежать либо искусственного раздувания проблемы и связанных с ней научных спекуляций, либо неоправданного ее игнорирования.

Другая актуальная проблема — связь пьянства и семейной адаптации. Особый интерес вызывают случаи парного супружеского злоупотребления алкоголем. Высказанное предположение о возможности удовлетворительной семейной адаптации при высоком уровне алкоголизации супругов не столь парадоксально, как кажется на первый взгляд. Косвенным подтверждением его правомерности служит работа Zweben по исследованию 87 алкогольных супружеских пар. Автором использовались четыре опросника: с помощью первых двух выявились связи между семейной адаптацией и алкоголизмом (характеристика сексуальной жизни, ведущая роль в семье, финансы, быт, работа, свободное время); с помощью двух других регистрировалось алкогольное поведение супруга (алкогольная бессонница, неучастие в семейных делах, неудовлетворительная личная гигиена, агрессивность и ревность). Оказалось, что адаптация в семьях, где оба супруга страдали алкоголизмом, была более удовлетворительной (вернее, удовлетворяющей обоим супругам), чем во второй категории семей.

Несколько особняком стоят работы, посвященные изучению мнения общества о мужчинах и женщинах, злоупотребляющих алкоголем. В целом общественное мнение больше осуждает «женщин-алкоголиков», чем мужчин. Так, некоторые авторы пишут о «двойном стандарте» по отношению к женщинам и мужчинам, злоупотребляющим алкоголем. Это вызвано массовым негативным восприятием отступления пьющей женщины от принятого стереотипа чисто женского поведения. Отдельные высказывания, что женский алкоголизм не более патологичен, чем мужской, но лишь кажется таковым из-за общественного неприятия, отражают попытки отделить миф от реальности. Стигматизация (дословно «наложение клейма») в наибольшей степени касается одиноких пьющих женщин, в наименьшей — «мужчин-алкоголиков»; к супружеским парам общественное мнение более терпимо, но и здесь отношение к супругам неодинаково. Мужья женщин, злоупотребляющих алкоголем, в общественном мнении стоят выше, чем «жены алкоголиков». «Женщины-пьяницы» особенно негативно оцениваются по шкалам «эгоизм» и «моральность». Такое нелицеприятное общественное мнение сказывается на низкой самооценке женщин, злоупотребляющих алкоголем. Опрос показал, что мужья «женщин-алкоголиков» в общественном мнении не отвечают за пьянство своих жен, а жены мужчин-алкоголиков рассматриваются как «невротички, не вызывающие симпатии» и отвечающие за пьянство мужей.

В завершение краткого обзора следует отметить, что ряд исследований по данной проблематике представлен в кратком изложении вследствие исчерпанности вопроса (например, изучение особенностей личности «жен алкоголиков»). Другие проблемы еще только концептуально оформляются (изучение «супругов-алкоголиков»). В целом возможности и перспективы проведения исследований в этой области весьма значительны.

#### **11.10.1. Клинико-типологические особенности супружеских пар, страдающих алкоголизмом**

В последние годы исследование алкоголизма, как некоего унифицированного заболевания, все более дифференцируется, выделяется «женский», «подростковый» алкоголизм, «алкоголизм в пожилом возрасте» и т. д. В соответствии с социобиологической природой заболевания изучение алкоголизма претерпевает определенный сдвиг: индивидуально-личностная проблема постепенно перерастает в парно-групповую, коллективную, и в литературе появляются понятия «семейного алкоголизма», «супружеского алкоголизма», «алкогольной семьи». На наш взгляд, эти тенденции связаны не только с изучением больного как части единой системы «человек—среда», но и с этнокультуральными традициями семейно-коллективных форм употребления алкоголя в ряде регионов. В данном случае речь пойдет о супружеском алкоголизме.

Супружеский алкоголизм — проблема малоизученная и достаточно актуальная. Его рост, вероятно, косвенно связан с ростом женского алкоголизма. Для более четкого отграничения понятия «супружеского алкоголизма» от ряда других необходимо еще раз уточнить дефиниции.

«*Семейный алкоголизм*» — наличие алкоголизма у родителей и детей, переход «родительских» форм употребления алкоголя к детям, что обусловлено не только наследственно-биологическими факторами, но и средовыми-семейными.

«*Алкогольная семья*» — наличие алкоголизма у одного из супругов, возникновение у другого супруга «психологической созависимости»; алкогольные проблемы становятся стержневыми и определяют поведение и деятельность всей семьи.

«Супружеский алкоголизм» — наличие алкоголизма у обоих супругов, возникновение «психобиологической созависимости», трансформация заболевания из индивидуально-личностного в парно-групповое-супружеское.

Нами выделены следующие клинко-типологические разновидности семей: алко-гольно-социопатическая, алко-гольно-невротическая, алко-гольно-олигофреноподобная.

*Алко-гольно-социопатический тип* характеризуется грубым нарушением социально-общественных норм поведения. Формирование брачной пары в большинстве случаев происходило в алко-гольной среде (дворовые, уличные компании по месту жительства). Для этих пар была характерна обоюдная ранняя алко-голизация, быстрое формирование измененных форм опьянения, изначальное стремление к групповым формам употребления алко-голя, нарушение поведения в состоянии опьянения с психопатоподобными проявлениями. При небольшом супружеском и алко-гольном стаже социопатия у супруга (мужа) проявлялась в виде чисто поведенческих нарушений — возбудимости, агрессивности, нетерпимости к любому контролю, демонстрации своей неподчиняемости, оппозиционности поступков, что вело к асоциальности в быту (публичным цинично-бранным высказываниям, разрушительным действиям, гетероагрессии в виде хулиганства с применением силы, принуждением супруги к половому контакту).

Поведение супруги (жены) также по форме было психопатоподобным, однако с преобладанием истероидного компонента: женщина придавала зрелищность семейным скандалам, стремилась «делать все на миру», т. е. привлечь зрителей к ссорам, бурно выражала свое негодование (кричала, рыдала, созывала соседней). Примечательно, что сексуальная активность супругов не снижалась: половые эксцессы чередовались с алко-гольными или даже сопровождалась ими. Сексуальные отношения принимали «борцовский» характер с элементами насилия, агрессивно-садистическими тенденциями. Вместе с тем ошибочным было бы полагать, что алко-голизация являлась только способом решения половых проблем супругов, механизмом сексуальной адаптации. Подобный стиль половых отношений, так же как алко-голизация, был закономерным следствием всего психологического (погранично-патологического) облика супругов, среди которых преобладали психопатические личности неустойчивого, возбудимого круга. Отдельные истероидные черты у женщин не были истинными истерическими, где в основе лежат глубокие эгоцентрические установки. В характере женщин преобладали незрелость, внушаемость. Они легко «обучались» мужьями психопатоподобным стереотипам поведения, свободно индуцировались ими, демонстрировали похожие асоциальные черты.

При большом алко-гольном стаже патология поведения распространялась на общественно-трудовую сферу: супруги совершали противоправные действия, прерывали общественно-трудовую деятельность, переставали интересоваться вопросами быта, не выполняли воспитательных функций. В тяжелых случаях отмечался богатый криминальный анамнез, тунеядство, лишение родительских прав. Семья утрачивала замкнутые контуры, превращаясь в притон, т. к. супруги-алко-голики теряли свои социальные роли. Совместное употребление алко-голя объяснялось супругами желанием «поднять настроение», «скрасить жизнь», «продлить молодость», они пили «для куража», «от скуки», «для бодрости», а совместная алко-голизация изначально обставлялась в виде «гулянок», «загулов» и т. д. Алко-голь был допинговым средством, преобладала эйфоризирующе-стимулирующая мотивация пьянства.

*Алко-гольно-невротический тип* характеризуется сочетанием алко-голизма и психогений. Эти семьи можно было бы назвать «проблемными», но проблемы возникали не из-за нарушения социальной адаптации, которая даже при длительном злоупотреблении

сохранялась, а из-за межличностных внутрисемейных отношений. Последние либо изначально были стрессовыми, либо становились таковыми в результате злоупотребления алкоголем одним из супругов.

При изначальных нарушениях семейных отношений, когда семейная дисгармония была первичной и характеризовалась наличием постоянных конфликтов, алкоголь служил супругам средством устранения постконфликтного напряжения, облегчая коммуникации и смягчая сексуальные контакты. Внешняя тематика конфликтов была разнообразной и касалась распределения супружеских ролей, способа ведения хозяйства, финансовых вопросов, воспитания детей, продвижения по службе. Однако постоянной была тема неудовлетворительных половых отношений. Обсуждение этого вопроса велось с позиций обвинения в половой несостоятельности, попираания достоинства супруга без выдвигания конструктивных предложений улучшения сексуально-психологического климата семьи. В последующем при употреблении алкоголя наблюдался парадоксальный на первый взгляд феномен: несмотря на возникновение у супругов серьезной проблемы — алкоголизма, отношения в семье временно улучшались. Это объясняется тем, что супруги консолидировались на алкогольной почве: исчезал психологический диссонанс при совместном употреблении алкогольных напитков, появлялась «взаимовыручка» при абстинентных явлениях.

Совместная алкоголизация была вызвана стремлением «расслабиться», «поднять настроение», «отвлечься», «улучшить отношения», «найти общий язык» в случаях, когда семейный невроз был первичным. Алкоголь служил средством для снятия постконфликтного напряжения и улучшения межличностного взаимодействия, т. е. преобладали релаксационно-коммуникативные мотивы его употребления. Сексуальная дисгармония, отмечавшаяся ранее, либо исчезала, либо переставала быть стрессогенной. Однако по мере утяжеления клинической картины алкоголизма, появления запойных форм пьянства, согласованность, достигнутая на начальных этапах, исчезала, заменяясь более грубой дисгармонией.

В случаях, когда нарушения семейных отношений были вторичными, связанными с алкоголизмом одного из супругов, картина была несколько иная. Причиной невротических расстройств становился алкоголизм мужей, но инициаторами невротического стиля отношений были «непьющие» жены, боровшиеся на начальных этапах с пьянством мужей. Причины последующей алкоголизации жен были разными: ощущение безысходности ситуации, своеобразный психологический надлом, реакция протеста («хуже не будет», «назло ему»), стремление наказать мужа собственным пьянством и т. д. Алкоголизм мужей изменял психологический облик их жен, систему ценностей: появлялись патологические формы реагирования, одной из которых становился поздний женский алкоголизм. Таким образом, в этих случаях преобладала сугубо личностная мотивация пьянства. Примечательно, что при серьезном злоупотреблении алкоголем женой у супруга-алкоголика прогрессивность заболевания заметно снижалась.

*Алкогольно-олигофреноподобный тип* характеризуется «недоразвитостью» у супругов всех сфер: интеллектуальной, мыслительной, эмоциональной, а также восприятия. Минимальный словарный запас, преобладание в лексиконе нецензурных слов-связок, отсутствие знаний, узкий кругозор, банальность, трафаретность мышления, своеобразная эмоциональная упрощенность, т. е. отсутствие сложных эмоций — печали, грусти, иронии, изначально грубый, проалкогольный юмор, легкость актуализации низших эмоций, неформленность высших эмоций и влечений — вот далеко не полная характеристика супругов. Олигофреноподобные черты наиболее выпукло проявлялись у мужей, в меньшей мере — у жен. Последние были бездуховными, социально пассивными,



внушаемыми, порой суеверными, часто слабовольными и зависимыми, оправдывающими бытовое определение «недалеких». Отсутствие невротических, психопатических черт или даже каких-либо акцентуаций характера не дает права называть эти пары гармоничными. Отмечалась своеобразная деструктурированность — отсутствие смысловой наполненности, глубокого содержания поступков, упрощенность мотивов, примитивность побуждений.

Начальная алкоголизация в такой семье была вызвана подчинением определенным стандартам, соблюдением алкогольных традиций. Употребление алкоголя женами практически всегда накладывалось на пьянство мужей и во многих случаях было вынужденным (уговоры, принуждение супруга). Однако основная причина начальной алкоголизации жен — наличие пассивно-зависимых черт в характере женщин, способствующих облегченному принятию алкогольной «программы».

Исследование супругов, имеющих определенный алкогольный стаж, показывает наличие феномена «ложной деградации», когда больные алкоголизмом супруги казались рано деградировавшими личностями, хотя предпосылки алкогольных изменений личности отмечались уже в начале злоупотребления алкоголем. Мотивы совместной алкоголизации отличались от предыдущих: «для порядка», «как положено», «уважить родственников», «не ударить лицом в грязь». А отдельно у женщин: «чтобы не рассердить мужа», «чтобы ему меньше досталось», «чтобы не было скандала», следовательно, здесь преобладала псевдотрадиционная и адаптационная мотивация.

Вместе с тем не все мотивы совместной алкоголизации можно было выявить анкетным методом и путем прямого опроса. Существовала скрытая мотивация. Так, в алко-гольно-социопатических семьях алкогольные эксцессы у супругов сопровождались половыми: сексуальные взаимоотношения принимали «борцовский» характер с элементами насилия, агрессивными-садистическими тенденциями. Идеи ревности, хулиганские действия, взаимное рукоприкладство не являлись препятствием для сексуального контакта. В алко-гольно-невротических семьях нередко в конфликтных высказываниях супругов звучала тема неудовлетворительных половых взаимоотношений, обвинения в сексуальной несостоятельности.

В дополнение к клинко-феноменологическому методу исследования мы использовали экспериментально-психологический. Нами был применен тест диагностики межличностных отношений, созданный Т. Лири, Г. Лефорджем, Р. Сазеком в 1954 г. и предназначенный для исследования представления субъекта о себе и своем идеальном «Я», для изучения взаимоотношений в малых группах и выявления преобладающего отношения к окружающим.

Для представления основных социальных ориентации Т. Лири разработал условную схему в виде круга, разделенного на секторы. Было протестировано 65 замужних женщин, страдающих алкоголизмом и находящихся в браке с больными алкоголизмом мужчинами. Всех респондентов условно разделили на две группы. К 1-й относились 30 пациенток, начавших злоупотреблять спиртным до вступления в брак с мужем, также злоупотреблявшим алкоголем. Ко 2-й группе отнесены 35 больных, у которых алкоголизм сформировался после замужества под влиянием внутрисемейных факторов (чаще всего алкоголизации мужей). В анкетах предлагалось оценить собственные личностные качества и качества супруга. Были получены следующие результаты тестирования.

У преобладающего числа больных (93,8%), независимо от типа формирования алкогольной супружеской пары, отмечались экстремально высокие показатели, свидетельствующие о нарушении межличностной адаптации. Кроме того, межличностная адаптация отличалась в двух выделенных группах. Так, в 1-й группе у 76,7% преобладала тен-

денция совпадения личностных профилей супругов, причем были более выражены числовые значения таких «положительных» октант, как «дружелюбие», «альтруистичность», что может свидетельствовать о большей гармоничности взаимоотношений у лиц, изначально сформировавших алкогольную брачную пару.

Во 2-й группе у 74,3% доминирующие октанты у мужа и жены различались по типу антагонизма, наиболее часто выраженного у 54,3% на оси «доминирование—подчинение». Пациентки характеризовали себя более положительно, чем своих супругов, которым приписывались такие качества, как агрессивность, эгоизм, авторитарность.

Таким образом, исследование супружеского алкоголизма с применением теста Л при выявило неоднородность изменений межличностной адаптации в супружеских парах. Улиц, злоупотреблявших алкоголем до формирования семьи, отмечалась более удовлетворительная супружеская адаптация в период брака, чем у пар, чей алкоголизм сформировался в период супружества.

### 11.10.2. Концептуальные модели супружеского алкоголизма

Несмотря на теоретически малую вероятность возникновения алкоголизма сразу у обоих партнеров, такие случаи в практике довольно часты. Вероятно, здесь наблюдается не просто совпадение заболевания у супругов, а взаимное влияние, усиление.

При наличии супружеского алкоголизма нами выдвинуты три концептуальные модели его формирования: 1) изначальный выбор будущего супруга-алкоголика женщиной, вышедшей из «алкогольной родительской семьи»; 2) алкоголизация супругов как проявление патологической семейной адаптации; 3) явление спаивания одним супружеским партнером, страдающим алкоголизмом, другого— интактного.

Рассмотрим возможные варианты формирования алкогольных супружеских пар.

#### 1. Выбор супругов — этап формирования алкогольной брачной пары.

Проблема выбора супружеского партнера, страдающего алкоголизмом, широко дискутировалась с середины 1940-х гг. Существуют следующие гипотезы, предложенные в англо-американской литературе (о них речь шла выше).

«*Гипотеза Нарушенной Личности*», согласно которой женщина — будущая жена алкоголика — неадекватная, зависимая личностью, ищущая в браке возможность реализации неосознаваемых потребностей. Эта гипотеза считает основой «алкогольного брака» совпадение у супругов личностных проблем, своеобразную «закомплексованность» будущих супругов. «*Гипотеза Доминирующей Личности*» приписывает «женам алкоголиков» склонность к доминированию, подсознательное стремление к закреплению пороков у мужа для сохранения лидирующих позиций в семье. В «*Гипотезе Декомпенсации*» предполагается, что при попытке мужа-алкоголика прекратить пьянство у жены наступает личностная декомпенсация, и поэтому она подсознательно саботирует стремление супруга начать трезвую жизнь.

В этих представлениях основной акцент делался на процессе выбора супруга, основанного на индивидуально-личностных проблемах женщин. Не учитывались личный противоалкогольный опыт (или опыт их родителей), а также их участие в системе парного взаимодействия «муж-алкоголик — жена».

Вместе с тем наряду с семьями, где страдает алкоголизмом только один супруг, существует множество семей, в которых оба супруга больны алкоголизмом. Возникший термин «ассортативность» алкогольных браков имеет двоякий смысл. Напомним, ассортативность браков по какому-либо заболеванию (например, алкоголизму) — это накопление случаев данного заболевания у родственников каждого из супругов. Более

широкий психологический смысл термина заключается в подсознательном выборе супружеских партнеров по алкогольному признаку. Возникли даже представления о том, что выбор супруга-алкоголика женщиной осуществляется в результате подсознательного отрицания жесткого холодного поведения матери и сочувствия мягкому, безвольному отцу-алкоголику. В этой гипотезе делается попытка включения индивидуума в систему семейных (в данном случае родительских) отношений. Можно предположить, что существующие модели семейного патологического реагирования, унаследованные взрослыми детьми алкогольных пробандов, становятся базой для переноса алкоголизма в следующие поколения.

Наконец, в «Системных теориях», развитых Р. Steinglass с коллегами, утверждалось, что семейные процессы и «алкогольная система» взаимосвязаны: супружеская пара отвечает на пьянство в форме, адекватной для семьи. При обследовании 250 больных алкоголизмом женщин клинико-психопатологическим, анкетным, экспериментально-психологическим методами была выделена группа из 65 пациенток, мужа и сожители которых страдали алкоголизмом. Основным критерием выделения этих пар было совместное проживание с мужем (сожителем), ведение общего хозяйства, выполнение как минимум двух семейных функций, к их числу относились хозяйственная, материальная, духовная, воспитательная, сексуальная. Была также выделена другая группа пациенток (92 человека), в прошлом состоявших в браке с больными алкоголизмом, а в настоящее время одиноких. Удалось выявить довольно однотипные предпосылки формирования алкогольных супружеских пар.

1. Выбор супруга с алкогольными привычками вследствие расширения диапазона приемлемости употребления алкоголя, снижения сопротивления алкоголизации. При клинико-психопатологическом исследовании женщин было замечено, что во многих случаях пациентки нормативно оценивали начальные проявления заболевания у мужей в периоде создания будущей семьи. В этих случаях прослеживались довольно широкий диапазон приемлемости употребления алкоголя, низкая сопротивляемость алкоголизации.

Для подтверждения эмпирических наблюдений был изучен рейтинг признаков алкоголизма, выявленный у 129 обследованных женщин. Для контроля была подобрана группа из 60 женщин, не злоупотребляющих алкоголем. Исследование показало, что в основной группе к болезненным проявлениям относились выраженные алкогольные признаки и последствия заболевания — длительные запои, алкогольные психозы, лечение в наркологическом диспансере. Вместе с тем потеря контроля над выпитым, короткие запои, абстинентный синдром к облигатным признакам алкоголизма в большинстве случаев отнесены не были.

Столь широкий диапазон приемлемости употребления алкоголя косвенно обусловлен добрачным сосуществованием женщин рядом с родителями-алкоголиками либо проживанием в проалкогольном микросоциуме. Характерно, что женщины не оказывали сопротивление алкоголизации даже на ранних этапах формирования семьи, переноса стереотипы из родительской семьи в супружескую.

Широкий диапазон приемлемости употребления алкоголя проявлялся и в легкости принятия алкогольной программы женщинами. Нередко они сами были вовлечены в атмосферу алкогольного времяпровождения, охотно поддавались уговорам мужей при совместном употреблении спиртных напитков, послушно исполняли алкогольные ритуалы, все более расширяя круг причин алкоголизации, переходя на совместное систематическое употребление алкоголя.

2. Выбор супруга с алкогольными привычками из алкогольного окружения. Для этой социально обусловленной причины взаимного выбора супругов характерно зако-

номерное увеличение частоты алкогольных браков в условиях алкогольной среды. Число супружеских партнеров, выбранных женщинами непосредственно из родительского окружения, было невелико. Превалировал выбор из других алкогольных сред. Вместе с тем «родительское санкционирование» алкогольных браков имело место во многих случаях: одобрение вызывали претенденты, отвечавшие алкогольным ожиданиям родителей и родственников.

В 23 случаях отмечался ранний супружеский алкоголизм, развивавшийся на фоне родительского. Прогрессирующее течение заболевания у молодой брачной пары обуславливалось поддержкой и стимуляцией одного или обоих родителей, злоупотребляющих алкоголем. Так, возникали связи «тесть—зять», «свекровь—сноха» с обоюдной алкоголизацией, впоследствии перераставшие в супружеско-родительский алкогольный союз. Созданию подобных тандемов способствовала материальная зависимость молодой пары, бытовые условия. В этих случаях перенос стереотипов употребления алкоголя в сформировавшуюся семью был обусловлен алкогольными потребностями родителей; «спаивание» осуществлялось не только в отношении отдельных лиц, но и семьи в целом.

3. Выбор супруга с алкогольными привычками в результате сформировавшихся у женщин стереотипов супружеского поведения. Опрос больных показал, что, несмотря на злоупотребление алкоголем, отец оставался лицом, значимым для женщин, и это являлось косвенной причиной выбора супруга по «отцовскому признаку». Так, 18 женщин отметили наличие явного сходства черт характера, поведения в целом, жизненных установок между отцом и супругом, однако главное сходство заключалось в алкогольных привычках. Подобный «позитивный образ отца» и перенос его на будущего супруга был важен при заключении ранних браков, что связано, вероятно, с отсутствием глубокой деградации личности у отцов обследованных женщин на этом этапе. У 16 больных отец был «негативно значимым лицом», женщины отвергали идею выбора супруга по этому признаку вследствие выраженных алкогольных изменений личности, тяжелых социально-биологических последствий алкоголизма у отца. У наблюдаемых женщин обеих категорий проалкогольные стереотипы супружеского поведения сохранялись. Наблюдались не только расширение диапазона и приемлемости алкоголя, снижение порога сопротивления алкоголизации, но и ее поощрение, создание набора проалкогольных «мужских» черт (словесные формулы типа: «он мог всех перепить», «умел пить» и т. д.). В этих случаях отказ мужчины от употребления алкоголя воспринимался как признак нездоровья, показатель определенной дефектности, отклонения от сложившегося норматива.

4. Выбор супруга с алкогольными привычками в соответствии с родственными чертами характера. В процессе изучения алкогольных семей было выявлено частое сходство характера у обоих супругов: непостоянство и неустойчивость, легковесность и потворство своим желаниям, плохая прогнозируемость поступков, недобросовестность, слабый контроль своих эмоций, отсутствие глубоких интересов. Эти черты описаны в литературе Э. Е. Бехтелем у т. н. «преалкогольных личностей». У 26 женщин эти черты были детерминированы психопатическими расстройствами. У супругов обследованных женщин также было высоко содержание психопатий. Эти лица формировали алкогольно-социопатические семьи. Характерно, что преалкогольные черты характера были значимы в первом браке и отмечались у молодых супружеских пар. В 34 случаях сожительства, т. е. при формировании повторных союзов с лицами, злоупотребляющими алкоголем, выбор основывался не только на общих теперь уже алкогольных изменениях личности, но и на общности алкогольных ценностных ориентиров. При развернутом, клинически детерминированном заболевании у женщин выбор супруга был более

определенным и менее зависел от бессознательных мотивов, был обусловлен конкретными алкогольными установками.

##### 5. Алкоголизация супругов как проявление патологической семейной адаптации.

При изучении вышеописанных супружеских пар было обнаружено, что у супругов из этих семей возникали сходные мотивы алкоголизации, которая часто была обоюдной, совместной. Так, в алкогольно-социопатических семьях преобладала эйфоризирующе-стимулирующая мотивировка пьянства: алкоголь служил привычным допинговым средством. В алкогольно-невротических семьях, когда «семейный невроз» был первичным, преобладала релаксационно-коммуникативная мотивировка употребления алкоголя супругами: алкоголь становился средством устранения постконфликтного напряжения, улучшения межличностного взаимодействия. В случаях, когда нарушения семейных отношений были вторичными, связанными с алкоголизмом одного из супругов, мотивы алкоголизации другого супруга характеризовались как сугубо личные. Наконец, в алкогольно-олигофреноподобных семьях преобладала псевдотрадиционная и адаптационная мотивировка: супруги употребляли спиртные напитки для сохранения и укрепления алкогольных традиций, а женщины — для улучшения семейных отношений.

На «адаптационную общность» алкогольных супружеских пар указывают исследования, изучающие факторы стабильности подобных семей. В наших исследованиях «действующих алкогольных семей» (ДАС) и «распавшихся алкогольных семей» (РАС) с помощью «Формализованной истории болезни» было обнаружено определенное сходство клиники заболеваний у супругов в ДАС и расхождение — в РАС. Это относилось к ряду биологических и личностно-психологических параметров. Удалось обосновать вывод о конкордантности течения алкоголизма и изменений личности у супругов, особой «алкогольной гармонии» — новой адаптации семьи в условиях злоупотребления алкоголем обоими супругами. Факторы нестабильности и распада алкогольных семей — дискордантность течения заболевания у супругов, несоответствие их психологического (психопатологического) облика, что вело к супружескому диссонансу и дезадаптации.

Возвращаясь к выделенным типам алкогольных супружеских пар, необходимо отметить, что в первом браке и при небольшом супружеском «стаже» особое значение имел процесс выбора супруга по аналогичным алкогольно-психологическим параметрам. Так, в группе алкогольно-социопатических семей с длительностью брака в 5–10 лет социопатия проявлялась в поведенческих расстройствах: асоциальное™, бурных психо-патоподобных эксцессах, введении в супружеские отношения элементов насилия. Супруги изначально обладали психопатическими чертами истерического, возбудимого типов. При длительности брака свыше 10 лет психопатизация супругов сочеталась с истинными социопатическими проявлениями.

Наличие алкогольно-невротических семей — это одно из подтверждений возможности формирования алкоголизма сразу у обоих супругов, связанной с патологической семейной адаптацией. Было бы ошибкой утверждать, что причиной алкоголизма являются лишь неудовлетворительные супружеские отношения, однако в этой группе больных внешнеситуационная психогенная «канва» алкоголизма проступала наиболее отчетливо. Муж и жена употребляли алкоголь не только для разрешения конфликтов, но и при затруднениях психологического и сексуального порядка, т. е. в качестве средства, улучшающего сексуально-психологическую адаптацию супругов. При наличии алкоголизма у одного из супругов (чаще у мужа) у второго супруга могут развиваться различные отклонения в виде невротизации, психопатизации, психосоматизации. Одной из форм нарушения психологической адаптации у женщин с переходом на патологическую становилась реакция с алкоголизацией, при недостаточной биологической защите перераставшая в алкоголизм.

б. Явление «спаивания» как возможность формирования супружеского алкоголизма.

У женщин, страдающих алкоголизмом, состоящих в браке с больным алкоголизмом в настоящее время или в прошлом, был выявлен т. н. феномен «спаивания» — принуждения к выпивке мужьями-алкоголиками. Этот феномен отмечался только в начале употребления алкоголя женщинами, когда у их супругов уже была сформирована алкогольная зависимость. Наряду со стремлением гармонизировать супружеские отношения, консолидироваться на алкогольной почве, создать в лице жены собутыльника, существовала и другая, не всегда осознаваемая мотивация «спаивания».

Здесь уместно вспомнить концепцию «патологизирующих ролей» в семье, оказывающих психотравмирующее действие на ее членов. Спаивание жены мужем — мал ко голиком, — вероятно, одна из форм подобных «ролей». При наличии у мужа патологического влечения к алкоголю, несовместимого или мало совместимого с его нравственными представлениями, возникает фрустрация. Для ее компенсации супруг старается создать такой же порок у других членов семьи, т. к. на фоне злоупотребляющей жены этот дефект не столь заметен. В результате спаивания негативный социальный облик переходит к другому члену семьи, тем самым смещается негативное отношение, перераспределяются семейные роли.

Исследование пациенток, состоявших в прошлом в браке с больными алкоголизмом, установило, что при возникновении алкоголизма у них и утяжелении клинической картины у супругов этих женщин (инициаторов злоупотребления) прогрессивность алкоголизма снижалась, исчезали или уменьшались негативные последствия алкоголизации. У других пациенток, подвергшихся спаиванию, и в настоящее время проживающих с больными алкоголизмом мужьями, отмечалась конкордантность течения заболевания, своеобразная алкогольная адаптация: супруги совместно употребляли алкоголь, при утяжелении состояния оказывали друг другу помощь, одинаково относились к семейным функциям (либо игнорировали, как в алкогольно-социопатических семьях, либо компенсаторно усиливали, как в алкогольно-олигофреноподобных семьях).

Таким образом, выявленный в алкогольных семьях феномен «спаивания», вероятно, представляет собой неосознаваемую попытку перераспределения внутрисемейных ролей, в результате чего возникают *дискордантно-дисгармоничные семьи* с тенденцией к распаду и *конкордантно-дисгармоничные семьи* с патологической алкогольной адаптацией.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что частота супружеского алкоголизма обусловлена наличием всех трех моделей формирования «алкогольной супружеской пары»: изначальным выбором супруга, патологической адаптацией супругов в процессе совместного проживания, а также явлением «спаивания» одного супруга другим, страдающим алкоголизмом.

В заключение хотелось бы отметить, что проблемы супружеского алкоголизма крайне актуальны в России, где традиционно развиты групповые и коллективные формы употребления алкоголя. Проблематика супружеского алкоголизма еще далеко не исчерпана и требует дальнейшего исследования.

#### 11.11. Алкоголизм в позднем возрасте

В среднем и пожилом возрасте имеются свои особенности алкоголизма. В отечественной литературе этому вопросу уделяется существенно меньше внимания, чем, например, раннему или женскому алкоголизму. С одной стороны, известно, что, согласно популяционным исследованиям, в пожилом возрасте количество потребляемого ал-

коголя наименьшее из всех совершеннолетних возрастных групп (Tivis, Brandt, 2000). С другой стороны, еще по данным отечественных исследований 1970-х гг., среди госпитализированных по поводу алкоголизма в психиатрические больницы лица старше 60 лет составили 5,4-10% (Пятов, Шумский, 1983). По последним данным НИЦ наркологии, если на возрастную группу 40-59 лет приходится пик синдрома зависимости от алкоголя, то в группе 60 лет и старше численность лиц с зависимостью от алкоголя уже в 6 раз ниже, хотя по абсолютному значению превосходит показатели распространенности других наркологических расстройств. Те же закономерности наблюдаются в отношении употребления алкоголя с вредными последствиями. Если обратиться к данным по первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в различных возрастных группах (т. е. к численности впервые обратившихся), то и здесь синдром зависимости от алкоголя и алкогольные психозы поражают в наибольшей степени возрастную группу 40-59 лет, а опиоидная наркомания и токсикомания — группу 20-39 лет. Именно среди мужчин старшей возрастной группы чаще встречается совместное потребление алкоголя и транквилизаторов (Косарева, 2005).

Алкоголизм в пожилом возрасте является третьим по распространенности психиатрическим диагнозом и встречается у 3% населения старше 65 лет (Ticehurst 1990). Согласно данным американских исследователей, алкоголем злоупотребляют 2-10% пожилых людей. Если учесть, что в США люди в возрасте 65 лет и старше составляют 12% населения, то число пожилых алкоголиков оказывается весьма внушительным. Алкоголь — это самое распространенное ПАВ, употребляемое пожилыми людьми. При этом употребление ПАВ и алкоголя, в частности, пожилыми людьми остаются наименее изученными вопросами, что, по мнению американских авторов, связано с двумя причинами:

1) по крайней мере 80% пожилых людей страдают хотя бы одним хроническим заболеванием (в два раза чаще, чем люди до 65 лет), а обычный пожилой человек имеет три заболевания, для лечения которых ему выписывается в среднем 8 лекарственных препаратов. Составляя всего 12% населения США, пожилые люди потребляют 30% всех выписываемых врачами лекарств и 70% лекарств, отпускаемых без рецепта;

2) процесс старения сопровождается личностными изменениями, вследствие чего люди в возрасте 65 лет и старше особенно склонны к неправильному употреблению лекарств. Кроме того, в пожилом возрасте действие на организм ПАВ оказывается более сильным и сложным вследствие старения организма, наличия в нем скрытой патологии, а также по причине приема нескольких лекарственных средств. Поэтому, по оценкам специалистов, в США 15% из 25 млн пожилых людей страдают пристрастием к употреблению лекарственных веществ.

В поздней возрастной группе встречаются два типа алкоголиков: одни начали пить еще в молодости, другие — в старости; во втором случае, как правило, к алкоголю прибегают в связи с реакцией на социальный или какой-либо иной стресс (Zimberg, 1978; 1983). М. Г. Пятов и Н. Г. Шумский (1983) подчеркивают, что в первом случае речь идет об алкоголизме в позднем возрасте, а во втором — собственно об алкоголизме позднего возраста. По австралийским данным, лица с алкоголизмом позднего возраста составляют 1/3 среди всех алкоголиков старше 65 лет (Ticehurst, 1990).

Такое разделение оказалось оправданным. Как показало недавнее немецкое исследование, эти группы отличаются друг от друга не только по возрасту начала потребления этанола (Wetterling, Veltrup, John, Driessen, 2003). Всего было обследовано 268 человек, госпитализированных для проведения детоксикации, которые были разделены на три группы: 1) с началом злоупотребления алкоголя до 25 лет (51 человек — 19%); 2) от 25 до 45 лет (172 человека — 64,2%); 3) после 45 лет (45 человек — 16,8%). Критериям хрониче-

ского алкоголизма по МКБ-10 в первой группе соответствовали 94,1 %, в то время как в третьей (позднее начало злоупотребления) — только 62,2%. В третьей группе, по сравнению с первой, достоверно слабее были следующие характеристики: вовлеченность в у-алкоголизацию, потеря контроля над приемом алкоголя, тяга к спиртному. Реже встречалась и коморбидная психиатрическая патология. Кроме того, у лиц с поздним началом злоупотребления было достоверно меньше детоксикаций в анамнезе, а также редкие и менее продолжительные запои. Ремиссии, наоборот, были более продолжительными. Авторы делают вывод, что в целом злоупотребление алкоголем в позднем возрасте приводит к менее выраженным последствиям, чем, если оно начинается до 25 лет.

В другом исследовании у больных алкоголизмом с поздним началом отмечалось меньшая импульсивность поступков, агрессивность и стремление к поиску новых ощущений по сравнению с пациентами, чей алкоголизм начался в первой половине жизни (Dom, Hulstijn, Sabbe, 2005).

Справедливости ради следует отметить, что эта точка зрения высказывалась еще в середине XX в. Так, F. Bronish в 1958 г. писал: «Если регулярное употребление алкоголя начинается после 50 лет, то психическая зависимость может не возникнуть и через 15 лет». Сходные идеи высказывал и Ch. Mueller (1969), считавший, что алкоголизм позднего возраста — это «проблемный» алкоголизм в том смысле, что чаще всего он провоцируется такими явлениями, свойственными возрасту, как изоляция, разочарованность, неудовлетворенность прошлым и настоящим, озлобленность, физический и психический дискомфорт. Им, по мнению автора, заболевают в основном мужчины, ранее умеренно пившие, и одинокие женщины. В связи со снижением влечения и интолерантностью поздний алкоголизм развивается замедленно и ограничивается симптомами I стадии.

Вместе с тем мнения разных авторов по поводу течения алкоголизма позднего возраста также противоречивы. Так, Э. А. Бабаян и М. Х. Гонопольский (1987) утверждают, что в пожилом возрасте стадии алкоголизма формируются быстро. За 3–4 года развивается похмельный синдром, понижается толерантность, изменяется личность. К этому времени анамнез больного отягощен рядом соматических заболеваний. У пожилых людей чаще встречаются судорожные припадки, психозы. Течение алкоголизма всегда более злокачественное, с быстрым темпом развития и неблагоприятным прогнозом. Согласно наблюдениям И. Г. Уракова и В. В. Куликова (1973), лиц, начинающих злоупотреблять спиртным после 50 лет, формирование «осевых симптомов» алкоголизма ускорено.

В. Б. Альтшулер (1999) согласен с тем, что в пожилом возрасте алкоголизм развивается на фоне разнообразной соматической отягощенности, что приводит к утяжелению симптоматики постинтоксикационных и абстинентных расстройств, появлению органической окраски клинической картины и быстрому развитию алкогольной психической деградации. Прекращение профессиональной деятельности, потеря друзей и близких, одиночество пожилого человека также неблагоприятно сказываются на прогнозе заболевания. Вместе с тем, по мнению автора, патологическое влечение к алкоголю в пожилом возрасте у многих больных характеризуется сравнительно небольшой интенсивностью. В этих условиях сдерживающую роль играют опасения за здоровье, тягостные состояния похмелья, снижение толерантности к алкоголю. Это способствует мотивации, успешно конкурирующей с патологическим влечением к алкоголю. В результате формирование алкоголизма и его дальнейшее течение отличается медленными темпами. Таким образом, заключает автор, «одни и те же обстоятельства обуславливают весьма разные варианты течения алкоголизма в пожилом возрасте». Благоприятное течение заболевания отмечается у преморбидно-стеничных лиц при малой наследственной отягощенности.



Американские авторы, проведя десятилетнее лонгитюдное исследование на выборке из 1291 человека пожилого возраста, имевших алкогольную зависимость, обнаружили, что снижение кратности и количества потребления алкоголя, продолжительность ремиссий положительно коррелировали с утяжелением соматических симптомов. Вместе с тем стрессовые ситуации приводили к усилению потребления алкоголя (Moos, Schutte, Brennan, Moos, 2004).

Авторитетный американский исследователь болезней зависимости М. [Sciiik.it](http://Sciiik.it) (2000) считает, что течение алкоголизма у пожилых пациентов в принципе сходно с таковым в молодом возрасте, хотя имеются важные исключения: 1) возможно, у 1/3—1/2 мужчин и женщин, зависимых от алкоголя в возрасте 50-60 лет, не отмечается прогрессивного усиления зависимости после 40 лет; 2) вероятно, пожилые люди с алкоголизмом менее зависимы от влияния родственников-алкоголиков, чем лица молодого возраста, страдающие алкоголизмом; 3) у пожилых людей чаще отмечаются соматические проблемы, вызванные алкоголизмом, и реже — проблемы с полицией, работой и случаи насилия, чем среди «молодых алкоголиков».

Практически все авторы подчеркивают, что в значительной степени на клинику и течение алкоголизма позднего возраста оказывают влияние факторы, связанные со старением, прежде всего — соматическое неблагополучие. В целом лица с поздним алкоголизмом реже имеют семейные/генетические предпосылки для развития этого недуга, т. к. при наличии таких факторов риска алкоголизм проявляется ранее. Кроме того, пожилые люди, страдающие алкоголизмом, чаще принадлежат к более высокому социально-экономическому слою общества, чем те, у кого симптомы алкоголизма проявляются в более молодые годы. У «пожилых алкоголиков» чаще отмечается органическое поражение головного мозга (Finlayson, Hurt, Davis, Morse, 1998).

По мнению А. В. Надеждина (2002), в последнее время к неблагоприятным соматическим факторам, свойственным пожилому возрасту, присоединилась и алиментарная недостаточность, приводящая к более токсическому поражению ЦНС при алкоголизме. В связи с этим в последние годы чаще отмечаются факты «галопирующего» течения алкоголизма у стариков. Нарастающая цереброваскулярная недостаточность в сочетании с токсическим действием алкоголя и алиментарной недостаточностью приводят к быстрому формированию корсаковского синдрома разной степени выраженности, характеризующего исход хронического алкоголизма. Действительно, постепенное формирование психического и физического маразма, аналогичное таковому у больных со старческим слабоумием, становится одним из исходов позднего алкоголизма. Это состояние было описано французским психиатром XIX в. О. Форелем термином «*dementia alcoholicosenilis*».

М. Г. Пятов и Н. Г. Шуйский (1983) отмечают, что в отдельных наблюдениях ускоренного развития алкоголизма во второй половине жизни речь идет о вторичном, или симптоматическом, алкоголизме. У лиц 45-60 лет это чаще всего наблюдается при неглубоких затяжных депрессиях и исподволь развивающемся шизофреническом процессе. В более позднем возрасте развитие алкоголизма может быть также обусловлено мягким атрофическим процессом с затянувшимся психопатоподобным дебютом, поэтому алкоголизм, развившийся во второй половине жизни, особенно тяжел и требует выявления основного заболевания.

Среди клинических особенностей алкоголизма в позднем возрасте В. Б. Альтшулер (1999) отмечает дисфорические и эксплозивные состояния в опьянении, обилие дизэнцефальных расстройств в структуре абстинентного синдрома, аффективные нарушения: тревожно-депрессивные проявления, эмоциональную лабильность, слезливость, ипо-

хондричность, мнестические расстройства при отсутствии явных признаков нравственно-этического снижения.

В развернутой — II стадии болезни — возникают продолжительные запои с литическим окончанием, или больной постоянно потребляет небольшие дозы алкоголя. Характерны амнезии и палимпсесты опьянения. Абстинентный синдром пролонгирован во времени с явлениями тревожно-депрессивного аффекта и ипохондрическими переживаниями. Похмельный синдром затягивается на 5-7 дней, после чего больные могут пить ежедневно в незначительных дозах. При ежедневном пьянстве толерантность снижена больше. Нередко, когда проходят симптомы опьянения, эти лица испытывают отвращение к алкоголю. Алкогольные эксцессы усиливают проявления как различных сопутствующих алкоголизму соматических заболеваний, в позднем возрасте наблюдающихся у большинства больных, так и заболеваний, непосредственно с алкоголизмом не связанных.

Американские исследователи изучали, как персональные факторы риска (степень самореализации в предыдущей жизни, принадлежность к мужскому полу, отсутствие супружеского партнера, раннее начало алкогольных проблем и копинг-стратегия избегания) наряду с внешними факторами риска (негативные жизненные события, хронические стрессы, пример пьющих друзей) влияют на течение алкоголизма в пожилом возрасте. Оказалось, что усугубляют алкоголизацию в этом возрасте такие персональные факторы, как недостаточная самореализация, принадлежность к мужскому полу и копинг-стратегия избегания, а из внешних факторов — негативные жизненные события, стрессы, связанные с супружескими отношениями и здоровьем, и влияние пьющих друзей (Brennan, Moos, Mertens, Brennan, Moos, Mertens, 1994). Сходные результаты были получены в итальянском исследовании: оказалось, что принадлежность к мужскому полу, разочарование в своих доходах, а также сниженные когнитивных функций связаны с возникновением алкогольных проблем в пожилом возрасте (Geroldi, Rozzini, Frisoni, Trabucchi, 1994).

Исследовались также особенности влияния стрессовых факторов на поздний алкоголизм в тендерном аспекте. Все больные алкоголизмом пожилого возраста чаще сообщали о негативных жизненных событиях, хронических стрессах и дефиците социального общения, чем это делали умеренно выпивающие пожилые люди. При этом мужчины-алкоголики упор делали на стрессы, связанные с финансами и друзьями, а также на недостаточную помощь со стороны детей и других родственников. В отличие от мужчин, женщины обращали большее внимание на негативные жизненные события, трудности с мужьями и недостаточную помощь с их стороны (Brennan, Moos, 1990).

В более поздней работе те же авторы отметили различные личностные характеристики и жизненные события, имевшиеся у женщин и мужчин с поздним алкоголизмом. Проанализировав результаты интервью со 183 женщинами и 476 мужчинами, авторы пришли к выводу, что в позднем возрасте женщины по сравнению с мужчинами сталкиваются с меньшим количеством проблем, связанных с алкоголизацией. Они чаще параллельно с алкоголем употребляют ПАВ, у них более выражены депрессивные переживания, и они реже обращаются за квалифицированной медицинской помощью. Из стрессоров у женщин на первом месте стоят проблемы в семье, а у мужчин — финансовые проблемы. Вместе с тем именно женщины сообщили о большей поддержке со стороны детей, более дальних родственников и друзей, чем это отмечалось у мужчин (Brennan, Moos, Kim, 1993). По данным американских авторов, пожилые женщины чаще злоупотребляют алкоголем, чем молодые.

Собственные клинические наблюдения позволяют выделить ряд особенностей позднего алкоголизма у женщин, на наш взгляд в значительной степени связанных с демографической ситуацией в России. По данным Госкомстата РФ, средняя продолжитель-

ность жизни мужчин составляет около 59 лет, а женщин — около 73 лет, т. е. на 14 лет больше. Кроме того, существует еще и разница в возрасте вступления в брак: у мужчин он традиционно выше. Так, по данным Госкомстата на конец XX в., средний возраст вступления в первый брак мужчины составил 24,4 года, а женщины — 22,2 года. Таким образом, на настоящий момент в России среднестатистическая женщина проживает в положении вдовы не менее 15 лет.

Нами специально изучались особенности алкоголизма у женщин в возрасте от 43 до 76 лет, начавших злоупотреблять алкоголем во второй половине жизни после (или на фоне) психотравмирующей ситуации. Во всех случаях психотравмой были длительная болезнь, закончившаяся смертью, или внезапная смерть мужа (постоянного сожителя) либо разрыв отношений с мужем (постоянным сожителем). Иными словами, во всех случаях причиной алкоголизма называлась ситуация эмоциональной утраты.

Согласно критериям МКБ-10, у всех женщин степень алкоголизации достигала выраженности F10.1 — синдром зависимости, а у части отмечалось F 10.3 — состояние отмены, т. е. признаки алкоголизма II стадии. Длительность злоупотребления алкоголем на момент обращения за помощью находилась в пределах от 1 до 8 лет (средняя продолжительность 3,3±1,2 года), средняя продолжительность формирования синдрома зависимости составила 1,8± 1,1 года. Это свидетельствует о высокопрогредиентном формировании симптомов алкогольной зависимости у женщин обследованной группы. Толерантность отличалась сравнительно невысокими показателями и составила в среднем 100-150 мл чистого этанола. Рост толерантности на фоне развития заболевания был в целом незначительным.

Систематическая алкоголизация у вдов начиналась либо на фоне действующей психотравмы, либо в течение первого года после смерти (ухода) супруга. Большинство алко-голизировались преимущественно в одиночку, меньшинство — в компании близких друзей или родственников.

Всем обследованным предлагалось оценить основные причины алкоголизации по 5-балльной шкале. Женщины должны были оценить в баллах от 1 (минимальное значение) до 5 (максимальное значение) актуальность возможной причины их алкоголизации (табл. 5).

Таблица 5

Результаты самооценки причин алкоголизации у женщин с поздним (вдовьим) алкоголизмом

№	Причина алкоголизации	Средний балл
1	Одиночество	4,8
2	Плохое настроение	4,7
3	Плохое физическое самочувствие	3,1
4	Ощущение беспокойства	2,7
5	Бессонница	2,6
6	Недостаток внимания со стороны детей, родственников	3,1
7	Финансовые проблемы	2,1
8	Проблемы с жильем	1,3
9	За компанию с подругами (родственниками)	1,9
10	Профессиональная неудовлетворенность	1,1
11	Иная причина (вписать)	2,1

Как видно из полученных данных, на первом месте у женщин оказались причины, связанные с состоянием эмоциональной утраты: одиночество, депрессия, тревога, бессонница, а также плохое физическое самочувствие, вызванное, возможно, не только коморбидной соматической патологией, но и собственно реактивной депрессией. Социальные стрессоры (жилье, финансы, работа), о важности которых пишут западные исследователи, в обследованной группе среди причин алкоголизации играли менее важную роль. Высокая оценка причины «Недостаток внимания со стороны детей, родственников» не может рассматриваться только как влияние социального стрессора, но также отражает сниженный эмоциональный фон с характерными идеями малоценности, ненужности и т. д. В п. II чаще всего вписывались причины, так или иначе характеризующие состояние эмоциональной утраты: «безысходность», «тягостные воспоминания», «попытки заглушить угрызения совести» и т. д.

Полученные данные свидетельствуют, что особенности позднего женского алкоголизма в России позволяют говорить о «*вдовьем алкоголизме*». Ведущий фактор его возникновения — ощущение эмоциональной утраты, связанное с преждевременной смертью (уходом) супруга или сожителя. О значимости ощущения одиночества как фактора риска женского алкоголизма во всех возрастных группах уже сообщалось. В США, где продолжительность жизни мужчин и женщин достаточно высока и сопоставима по продолжительности, также имеет место усиление алкоголизации до проблемного уровня в позднем возрасте, что связывают с фактором одиночества, однако это касается и женщин, и мужчин (Brennan, Moos, Kim, 2001).

Как показывают зарубежные исследования, устойчивость ремиссии у лиц с поздним алкоголизмом зависит от ряда факторов. Прежде всего, от ухода от созависимых отношений с супружеским партнером. Важную роль в становлении ремиссии играют желание обращаться за помощью, а также поддержка и доброжелательное отношение со стороны друзей (Schutte, Brennan, Moos, 1994). Десятилетнее изучение спонтанных ремиссий у лиц с алкоголизмом пожилого возраста по сравнению с умеренно пьющими той же возрастной группы показало, что предикторами устойчивой ремиссии являются: 1) принадлежность к женскому полу; 2) меньшее количество и позднее начало проблем, связанных с алкоголизацией; 3) друзья, поощряющие отказ от алкоголизации; 4) снижение объема и кратности употребляемого алкоголя. Угрозу рецидива вызывают депрессии, стрессоры, связанные со здоровьем и финансами, использование ПАВ, фиксация на копинг-стратегиях избегания, меньшая социальная поддержка со стороны друзей. По данным авторов, спонтанные ремиссии у проблемно пьющих лиц пожилого возраста отмечаются в 30% случаев, что выше, чем у лиц с ранним началом алкоголизма (Schutte, Byrne, Brennan, Moos, 2001). При лечении алкоголиков с поздним началом заболевания антидепрессантом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина флювоксамином более устойчивые ремиссии отмечаются чаще, чем у пациентов с ранним началом алкоголизма (Chick, Aschauer, Hornik, 2004).

Таким образом, можно говорить, что алкоголизм в позднем возрасте характеризуется следующими особенностями:

1. Алкоголизм в позднем возрасте — самая распространенная форма химической зависимости в этой возрастной группе.
2. Наблюдается исходная гетерогенность группы, которую составляют лица с ранним началом алкоголизма и продолжающие злоупотребление во второй половине жизни, а также лица с собственно поздним алкоголизмом.
3. Возникновение позднего алкоголизма в большей степени связано с социально-психологическими факторами, нежели с наследственной предрасположенностью.

4. Поздний алкоголизм — менее злокачественный, чем при раннем его начале.
5. Алкоголизм в позднем возрасте протекает на фоне соматической и органической мозговой патологии, что неоднозначно влияет на его течение и прогноз.
6. Существуют тендерные различия позднего алкоголизма, связанные с большей ролью фактора одиночества в его генезе у женщин.
7. Из-за специфики российской демографической ситуации (средняя продолжительность жизни женщин превышает мужскую на 14 лет) среди женщин второй половины жизни приходится сталкиваться с феноменом «вдовьего» алкоголизма, где факторы состояния эмоциональной утраты и одиночества играют основную роль.

#### 11.12. Распознавание злоупотребления алкоголем в общей клинической практике

Больные алкоголизмом при обращении в наркологическую (или психиатрическую) клинику обычно стремятся смягчить представление врача о тяжести своего недуга. Пациенты приуменьшают частоту употребления алкоголя и дозы принимаемых спиртных напитков, игнорируют психическую зависимость от алкоголя, пытаются объяснить систематические выпивки влиянием ситуационных факторов и необходимостью «снять стресс». Это может объясняться наличием своего рода психологической защиты личности от осознания болезни либо отсутствием установки на лечение и воздержание от приема алкоголя. В тех же случаях, когда больные алкоголизмом обращаются за помощью в клиники общего профиля в связи с соматическими нарушениями, злоупотребление алкоголем, как правило, полностью скрывается.

Достоверность анамнеза не всегда повышается при получении т. н. «объективных данных» от родственников больных. Это объясняется многими причинами. В ряде случаев родственники не располагают достоверной информацией, иногда бывают не критичны к злоупотреблению алкоголем их близкими в связи с высоким уровнем терпимости некоторых социокультурных групп населения к потреблению спиртного (особенно если сами родственники страдают алкоголизмом). Иногда члены семьи стыдятся существующей у пациента привычки к выпивке и поэтому пытаются ее скрыть.

По данным международной статистики, висцеральные проявления злоупотребления алкоголем обнаруживаются у каждого десятого пациента общей клинической сети (Мухин и др., 2001). Это позволяет считать, что не менее 10% пациентов относится к группе риска развития осложнений основного заболевания или возникновения острых алкогольных расстройств, и своевременное распознавание злоупотребления алкоголем имеет большое значение.

Выявление тех или иных признаков злоупотребления алкоголем позволяет предполагать наличие у больного алкоголизма. Однако диагноз последнего может быть установлен только специалистом. Поэтому врачи общей практики вправе констатировать в медицинских документах (или предполагать) лишь злоупотребление алкоголем, но не алкоголизм как болезнь.

Необходимость выявления различных форм злоупотребления алкоголем специалистами в области внутренних болезней и врачами других специальностей определяется следующими основными причинами. Во-первых, определение истинной причины висцеральных поражений позволяет назначать больному этиопатогенетически обоснованное лечение. Во-вторых, констатация злоупотребления алкоголем позволяет проводить верную тактику ведения пациента в стационаре и предотвращать внутрибольничный прием спиртных напитков. Предотвращение употребления спиртных напитков, в свою