

ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

КИРПИЧЕНКО Ан.А.

*Витебский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии и наркологии*

Резюме. Исследованы нарушения интеллектуально-мнестических функций по методике Равена (шкала прогрессивных матриц) женщин с алкогольной зависимостью. Установлена прогрессивность изменений у женщин в зависимости от тяжести психических расстройств. Дегградация личности отмечена у испытуемых в возрасте 50 лет, имеющих детей, не работающих или выполняющих неквалифицированный труд.

Ключевые слова: *алкогольная зависимость, женщины, методика Равена, дегградация личности.*

Abstract. The intellectual and amnesic disorders of women with alcohol dependence were studied using the method of Raven (progressive matrix scale). The progression of changes depending on the severity of psychic disturbances was determined in them. Degradation of personality was noted in 50-year-old women, who had children, were either unemployed or performed unskilled labour.

Как показывает постоянное клиническое наблюдение за пациентками, страдающими алкогольной зависимостью, большую роль в развитии признаков интеллектуально-мнестических изменений личности играют исходные данные конституции человека и окружающей социальной среды. Заострение преморбидных свойств под влиянием алкогольной интоксикации играет определенную роль, если патологический процесс развивается в молодом возрасте. В этом случае заостряются черты личности астенического, эксплозивного, истерического, дистимического и синтонного круга [6]. Причем эти изменения присущи пациентам обоего пола – мужчинам и женщинам, с той лишь разницей, что у женщин наблюдаются изменения психической деятельности с преобладанием в клинической картине эмоционально окрашенной симптоматики. Это вызывает сложность в дифференциальной диагностике клинической картины, так как наблюдаются чаще комбинированные синдромы: истеро-

возбудимый, астено-депрессивный, истеро-депрессивный. Учитывая, что алкогольная зависимость у женщин формируется преимущественно во второй половине жизни, фактически в позднем возрастном периоде, их преморбидные свойства личности играют второстепенную роль. Однако под влиянием хронической алкогольной интоксикации у них проявляются агрессивные поступки, назойливая откровенность, стремление к клевете, цинизм, эмоциональное огрубение. Но в первую очередь, из-за непрекращающейся алкогольной интоксикации у данных женщин развивается фактически необратимое формальное нарушение способностей – снижение памяти на текущие события и уменьшение интеллектуальных возможностей. Таким образом, накладываются отпечатки на основные симптомы дегградации, которые выделены многими авторами в виде двух групп признаков: первая группа – психопатологические расстройства и вторая группа – интеллектуально-мнестические изменения личности. Вторая группа синдромов алкогольной дегградации женщин представляет собой сложную симптоматику психоорганических расстройств, развивающуюся чаще всего у лиц, страдающих со-

Адрес для корреспонденции: 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии - Кирпиченко Ан.А.

путствующим склерозом сосудов головного мозга и алкогольной энцефалопатией. В последнем случае при патологоанатомических исследованиях мозга обнаруживаются признаки атрофии лобного отдела и верхних участков височной области. Отмечается и ряд других признаков патологоанатомической патологии [5]. В то же время, по мнению Р. Телле [10], симптоматика интеллектуально-мнестических расстройств на удивление хорошо редуцируется в том случае, если пациентка придерживается воздержания от приема алкоголя. В прогрессирующих случаях интеллектуально-мнестическая патология прогрессирует и может наступить самая тяжелая ее степень – деменция (синдром Корсакова, галлюцинозы, делирий, бред ревности и даже верхний геморрагический полиэнцефалит Гайя-Вернике).

Целью исследования явилось определение уровня интеллектуально-мнестических изменений пациенток с алкогольной зависимостью, так как подобные расстройства накладывают серьезный отпечаток на всю клиническую картину алкогольной болезни и тесно связаны с прогнозом заболевания.

Методы

Всего исследовано 120 человек, из них 60 женщин, страдающих алкогольной зависимостью, и 60 практически здоровых лиц (студентки 5 курса и работницы клинической больницы). Возраст женщин с алкогольной зависимостью составлял от 40 лет и старше в 41,66% случаев (табл. 1). У большинства лиц преобладало среднее и среднее специальное образование (70%). Имели детей 68,33% женщин. Мно-

Таблица 1

Сравнительная характеристика социального положения испытуемых женщин с алкогольной зависимостью

Социальное положение		Число в абсолютных цифрах	% к общему количеству испытуемых
Возраст	до 30 лет	19	31,67
	от 30 до 40 лет	16	26,67
	от 41 до 50 лет	18	30,00
	от 51 года и старше	7	11,66
Образование	базовое	14	23,33
	среднее	11	18,33
	среднее специальное	31	51,67
	высшее	4	6,67
Семейное положение	разведена	17	28,33
	замужем	20	33,33
	живет одна	10	16,67
	гражданский брак	6	10,00
	прочие	7	11,67
Дети	не имеет детей	18	30,00
	имеет детей	41	68,33
	лишена родительских прав	1	1,67
Проживание	город	50	83,33
	село	10	16,67
Трудовая деятельность	работает	27	45,00
	не работает	33	55,00
	квалифицированный труд	20	33,33
	неквалифицированный труд	40	66,67
	увольнение по статьям КЗОТ	4	6,67
	смена места работы более 3-х раз	32	53,33

гие испытуемые не работали (55%) или выполняли неквалифицированный труд (66,67%). 53,33% женщин более трех раз меняли место работы. У большинства исследованных женщин начало болезни развивалось в возрасте от 16 до 40 лет - 93,33% (табл. 2). Многие пациентки перенесли алкогольные психозы (83,33%), из них по два и более психоза отмечалось в 26,67% случаях. Все пациентки лечились стационарно, в том числе по два и более раза – 53,33% случаев.

Для изучения интеллектуально-мнестических расстройств у испытуемых женщин нами

была предпринята попытка применить метод исследования интеллекта по Векслеру [13], однако данный метод оказался в нашей ситуации неработоспособным, так как абсолютное большинство испытуемых женщин не смогло решить применяемые тесты данной методики [2]. Аналогичные трудности мы испытали и при использовании аналитического теста для исследования интеллекта R. Meili [12]. Поэтому для решения поставленных задач нами были использованы таблицы Равена (шкала прогрессивных матриц),

Таблица 2

Некоторая клиническая характеристика алкогольной зависимости у испытуемых женщин

		Число в абсолютных цифрах	% к общему количеству испытуемых
Возраст начала заболевания	до 16 лет	6	10,00
	с 16 до 25 лет	31	51,67
	с 26 до 40 лет	19	31,67
	с 41 до 50 лет	4	6,66
	старше 50 лет	0	0
Длительность запоя	до 7 дней	37	61,67
	свыше 7 дней	14	23,33
	ежедневное употребление	9	15,00
Толерантность	возрастает	6	10,00
	«плато»	36	60,00
	снижается	8	13,33
	до 250 мл 40%алкоголя	15	25,00
	до 500мл 40%алкоголя	33	55,00
свыше 500мл 40% алкоголя	12	20,00	
Соматические заболевания	терапевтические	10	16,67
	неврологические	14	23,33
	венерические	8	13,33
	гинекологические	7	11,67
Психотические расстройства	отсутствовали	10	16,67
	один психоз	27	45,00
	два психоза	12	20,00
	три и более психоза	4	6,67
	делирий	10	16,67
	галлюциноз	38	63,33
	прочие	2	3,33
Лечение	одна госпитализация	28	46,67
	две госпитализации	12	20,00
	три и более госпитализаций	20	33,33
	в местах лишения свободы	2	3,33
Ремиссия	отмечалась	19	31,67
	не отмечалась	41	68,33

при этом принималось во внимание, что включенные в тест задания оценивают три основных психических процесса: мышление, восприятие, внимание [2]. Считалось, что с помощью теста Равена исследователи судят не только об интеллекте, но и о способности человека к планомерной систематизированной интеллектуальной деятельности. Тест состоит из 60 таблиц (5 серий). В каждой серии таблиц содержатся задачи нарастающей трудности. Характерно и усложнение типов заданий от серии А к серии Е. Обследуемым предстояло выполнить 60 заданий, фигуры и рисунки образцов которых расположены не случайно, а соответствуют определенной закономерности. Правильное решение каждого задания оценивается в 1 балл, а затем подсчитывается общее число баллов по всем таблицам и по отдельным сериям. Полученный общий показатель рассматривается как индекс интеллектуальности умственной производительности. Суммарный показатель по специальной таблице переводится в процентный. По специаль-

ной шкале различают 5 степеней интеллектуального уровня: 1 степень (более 95%) – особо высокий интеллект; 2 степень (75-94%) – интеллект выше среднего; 3 степень (25-74%) – средний интеллект; 4 степень (5-24%) – интеллект ниже среднего и 5 степень (ниже 5%) – интеллектуальный дефект.

Результаты

По результатам проведенных исследований степень 5 (интеллектуальный дефект) установлена в 1,67% случаев; интеллект ниже среднего (степень 4) установлен в 40,00% испытуемых. В контрольных случаях 4 и 5 степени интеллектуальной недостаточности не установлены (табл. 3). Степень 3 (средний интеллект) установлена у испытуемых в 45,00%, у контроля – в 33,33% случаев. Интеллект выше среднего выявлен в 13,33% у испытуемых (степень 2) и 61,67% в контрольных случаях. Высоко развитый интеллект (степень 1) у испытуемых не установлен

Таблица 3

Сравнительная характеристика интеллектуально-мнестических изменений у женщин с алкогольной зависимостью и здоровых лиц (в процентах)

		Итоговый интеллектуальный показатель, %	Задания					Процент от общего количества исследованных
			А	В	С	Д	Е	
Степень 1 Высоко-развитый интеллект	Контроль	95,00	100,00	100,00	100,00	94,67	80,33	5,00
	Пациентки	—	—	—	—	—	—	—
Степень 2 Интеллект выше среднего	Контроль	82,81	91,89	95,43	79,92	83,78	63,27	61,67
	Пациентки	85,50	100,00	95,00	82,625	77,00	73,62	13,33
Степень 3 Средний интеллект	Контроль	61,85	70,80	72,10	55,95	70,35	39,90	33,33
	Пациентки	43,11	76,81	50,63	36,89	33,07	18,67	45,00
Степень 4 Интеллект ниже среднего	Контроль	—	—	—	—	—	—	—
	Пациентки	15,875	29,83	17,75	7,50	12,50	11,12	40,00
Степень 5 Интеллектуальный дефект	Контроль	—	—	—	—	—	—	—
	Пациентки	10,00	50,00	0	0	0	0	1,67

вовсе, у контрольных - в 5% случаев. Следует отметить, что по мере исследования от задания типа А до задания Е, т.е. по мере их усложнения, степень интеллектуальной недостаточности возрастала. Наиболее выраженная степень интеллектуальной недостаточности отмечалась среди лиц, перенесших неоднократно алкогольные психозы (делирий, галлюциноз и другие).

Анализируя клиническую картину исследованных пациенток, результаты экспериментально-психологических исследований, можно полагать, что наибольшие изменения личности по алкогольно-органическому типу наблюдались у лиц с ниже среднего интеллектуально-мнестическим снижением в возрасте около 45-50 лет. Для среднего уровня интеллекта (степень 3) характерно было преобладание психопатоподобных, эмоционально возбудимых, истероформных и других изменений. Возраст испытуемых соответствовал от 30 до 50 лет. Показатели, соответствующие интеллекту выше среднего, были связаны в основном с начальными показателями развития алкогольной зависимости. Характерна была астено-депрессивная, неврозоподобная симптоматика с выраженным гриппическим синдромом. Возраст испытуемых являлся относительно молодым (до 30 лет).

Обсуждение

Проведенные исследования показывают, что алкогольная зависимость у женщин так же, как и у мужчин, склонна к прогрессивному течению. Особо выраженная клиническая прогрессивность отмечается у женщин в позднем возрасте.

Как известно, понятие прогрессивности психического заболевания было введено в клиническую практику А. В. Снежневским [11]. Он выдвинул гипотезу о двух широких понятиях в клинической психиатрии – *nosos* и *pathos*. «*Nosos* – болезненный процесс, динамическое текущее образование; *pathos* – патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или порок отклонения развития. *Nosos* и *pathos* не разделены жесткой границей» [11]. И. В. Давыдовский утверждал: «*Pathos* и *nosos* не тождественны» [3]. Патологические механизмы включают в себе лишь возможность патологического процесса (патокинез). Алкогольные ин-

токсикации вызывают прогрессивно обусловленные стойкие сдвиги личности. Единство *pathos* (стойкие изменения) и *nosos* (развитие процесса) обнаруживают при многих психических заболеваниях. Необходимо учитывать относительную специфичность клинической симптоматики, которая, тем не менее, не исключает специфических проявлений болезненной зависимости. Самым главным и самым тяжелым признаком алкогольной болезни является патологическая зависимость, будь то она психическая (начальный этап) или физическая (манифестация болезни). Это стойкий синдром, крайне резистентный к терапии и сохраняется у пациенток на всю жизнь. Даже спустя годы после воздержания он может проявиться в виде рецидивов при отсутствии реального потребления алкоголя (*flash-back*). Все остальные признаки этой патологии, начиная от синдрома отмены и заканчивая алкогольными психозами и алкогольной деградацией личности, описываемые в данной работе, являются видоизменяющимися в зависимости от прогрессивности или регрессивности процесса. Применяемые методы лечения или воздержания способствуют их обратному развитию. Патологическое влечение остается, то затухая в процессе лечения, то вновь манифестируя.

Как известно, в организме существует «эндогенная опиатная система», которая играет большую роль в регуляции различных нейрохимических процессов [1]. Клиническая картина различных форм зависимостей схожа. Главным является принцип развития патологического влечения, синдрома преодолемого или трудно преодолимго, вокруг которого «наращиваются» все остальные многочисленные признаки заболевания. Хотя каждое вещество или даже действие, которое способно вызывать зависимость, имеет общее патогенетическое звено, оно способно наслаиваться на этот общий механизм, оставляя после себя каждый раз следовую реакцию, видоизменяясь, превращаясь в непреодолимую патологическую силу зависимости. Стержневым синдромом на всем протяжении формирования зависимости является аффективная патология [9], тесно связанная по Павловской терминологии с безусловнорефлекторной деятельностью, передающейся как известно по наследству. В процессе развития болезни под влиянием «второго удара» [8] происходит оживление старых болезненных сле-

дов, оставшихся от средств, вызывающих зависимость. Этому способствует склонность следовых явлений к универсальной генерализации, что приводит к возврату болезни [4]. Причем нервным клеткам при повторном приступе приходится переносить не только раздражение очередного удара, но и оживление старых следов, что вызывает еще большее углубление болезни. Присоединение какого-либо соматического или церебрального заболевания способствует развитию в клинической картине необычных симптомов, и болезнь принимает атипичное, иногда более затяжное течение. В связи с тем, что нервные следы раздражения фиксируются в различных функциональных структурах мозга, в том числе и «в подкорковых областях головного мозга» [7], можно думать о возможности передачи следов болезни по наследству, через следы, образующиеся в сфере «безусловных рефлексов». Это соответствует точке зрения ряда ученых о передаче признаков алкогольной зависимости по наследству, существованию биологической предрасположенности к развитию этого заболевания.

Выводы

1. Исследования интеллектуально-мнестических функций показывают, что степень деградации личности у женщин с алкогольной зависимостью соответствует тяжести имеющихся у испытуемых психических расстройств. Патологические изменения обнаруживаются чаще у лиц в пожилом возрасте (около 50 лет), не имеющих детей, не работающих или выполняющих неквалифицированный труд.

2. Наличие в клинике испытуемых алкогольных психозов усугубляет интеллектуально-мнестические расстройства, чаще достигающие 3 и 4 уровней по шкале Равена.

3. Психические расстройства, относящиеся к психопатоподобным нарушениям, сопровождаются менее выраженными интеллектуально-мнестическими изменениями личности и соот-

ветствуют 3 уровню интеллектуальной недостаточности. Подобные изменения наблюдаются у испытуемых относительно молодого возраста и сохраняющие определенный социальный статус.

4. У большинства испытуемых (62,50% - 75,10%) в результате проводимых лечебно-профилактических мероприятий наблюдались кратковременные ремиссии (от 3 до 6 месяцев). У женщин с интеллектуально-мнестическим снижением 4 степени употребление алкоголя имело характер «перемежающегося пьянства» с наличием постоянного патологического влечения.

Литература

1. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). /Лекции по наркологии. М.: «Нолидж», 2000. – 448 с.
2. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Т., Медицина. 1976. - 326 с.
3. Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине (этиология). М., Медицина. 1962.
4. Кирпиченко А. А. О следовых явлениях у больных шизофренией. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. М., Медицина, 1966, вып. 11. - С.1672-1676.
5. Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. /Под редакцией и с предисловием проф. Д. Д. Федотова/. М., Медицина. 1967. – 832 с.
6. Лекции по наркологии. /Изд. второе, перер. и расшир./ Под ред. члена-корр. РАМН, проф. Н. Н. Иванца. – М.: «Нолидж», 2000. – 448 с.
7. Майоров Ф. П. Физиологические теории сновидений. М. – Л., 1951. - 45 с.
8. Сперанский А. Д. Элементы построения теории медицины. М. – Л. 1935, с. 232.
9. Скугаревская Е. И. Эмоции и алкоголизм. Минск, «Вышэйшая школа». 1987. – 121 с.
10. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. /Пер. с нем. Г. А. Обухова. – Минск, «Вышэйшая школа», 1999. – 496 с.
11. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. /Под ред. А. В. Снежневского. – М., Медицина, 1962. – 400 с.
12. Meili R. Podrecznik diagnostyki psychologicznej. Warszawa, 1969.
13. Wechsler D. Manual for the Wechsler adult intelligence scale. New York, 1955.

Поступила 06.11.2002 г.
Принята в печать 10.04.2003 г.