

Алкоголизм молодых женщин с девиантным поведением (клинико-психологический, социальный и терапевтический аспекты)

- ОВЧИННИКОВ С.В.** врач психиатр-нарколог Наркологической клинической больницы №17 Департамента здравоохранения г. Москвы
- ЦЫГАНКОВ Б.Д.** д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии
ФПДО ГОУ высшего профессионального образования
"Московский государственный медико-стоматологический университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" (ГОУ ВПО МГМСУ Росздрова), Москва
- ШАМОВ С.А.** д.м.н., профессор, зав. учебной частью кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии
ФПДО ГОУ ВПО МГМСУ Росздрова, Москва
- СТАРКОВА И.В.** к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии
ФПДО ГОУ ВПО МГМСУ Росздрова, Москва

Женский алкоголизм является биологической (соматопсихической) и личностной патологией, обусловленной: а) дисгармонией возрастного и психического развития; б) наследственно-преморбидной отягощенностью; в) высокой уязвимостью женского организма к воздействию внешнесредовых факторов, но особенно к токсическому воздействию алкоголя в раннем возрастном периоде. Формирование стадий женского алкоголизма происходило на фоне нарастающей декомпенсации психического состояния в структуре: а) активизации личностных (девиантных) и типологических истеро-возбудимых и истеро-неустойчивых расстройств — «пускового» фактора алкоголизации; б) аффективных расстройств (эмоционально-тревожных и, особенно, депрессивных «спутников» алкоголизма); в) глубинно-личностных расстройств (ущемленных, фрустрационных комплексов «защитных механизмов алкогольной анозогнозии»); г) нарастающей прогредиентности — психоорганического синдрома и психической незрелости.

Введение

Женский алкоголизм, особенно молодого возраста, является угрожающей проблемой современности, что обусловлено его ростом, омоложением, отягощением репродуктивной функции [4, 5, 7]. Так, с 1970 г. во всех экономически развитых странах, в том числе и в России, стал отмечаться интенсивный рост женского алкоголизма, приведший к его преобладанию по тяжести над мужским [17—19]. Более того, с 1980 г. выявлено его «омоложение» — рост у несовершеннолетних женского пола [4, 5, 13, 15].

Наряду с ростом женского алкоголизма отмечается и его низкая выявляемость: преимущественно на стадии формирования клинических признаков и синдрома зависимости или в связи с вынужденной (принудительной) госпитализацией для лечения, в том числе по поводу алкогольных психозов [4, 5, 6, 9, 14].

Исходя из актуальности тематики, целью нашего исследования являлось:

а) выделение факторов биологической предрасположенности (наследственной и преморбидной), социосредовых (микросредовых), вызывающих патохарактерологическое развитие и девиантные формы поведения;

б) изучение особенностей формирования алкоголизма с учетом типологической и девиантной структуры личности;

в) разработка наиболее адекватных методов коррекции алкоголизма: медикаментозной профилактики и психопрофилактики.

Материалы исследования

Клинико-психологическим методом обследовано 116 женщин возраста 18—25 лет (средний возраст — 22,18 года). У 76 женщин (основная группа — ОГ) алкоголизм сочетался с девиантным поведением, у 40 женщин (контрольная группа — КГ) — без признаков подобного поведения.

Методы исследования

1) клинико-психопатологический с использованием разработанной карты: «клинико-социологическое обследование» (для оценки возрастного и патохарактерологического развития, выделения девиантных форм поведения);

2) клинико-динамический с ведением историй болезни (для изучения формирования алкоголизма и его медикаментозной коррекции);

3) экспериментально-психологический с использованием тестов:

- а) М. Гамильтона (HDRS-21);
- б) К.Л. Шмишека;
- в) Г. Айзенка ЕРJ;
- г) «Исследование ценностных ориентаций» Е.А. Левада (1961); Б.В. Зейгарник (1965), Б.И. Бежанишвили (1967), С.Я. Рубинштейн (1970);
- д) «Уровень притязаний» Р. Норре (1930), Б.В. Зейгарник (1965), С.Я. Рубинштейн (1958, 1970);
- е) самооценки Т. Дембо (С.Я. Рубинштейн, 1970, Т.М. Габроян, 1972).

При анализе полученных результатов были использованы валидные задачам исследования статистические методы.

Результаты исследования

Проведенное исследование показало, что формирование алкоголизма у женщин основной группы проходило на «почве» биологической (наследственно-преморбидной) отягощенности и негативных семейно-средовых воздействий, что создавало патогенетические предпосылки для развития основной патологии — психического дизонтогенеза (по В.В. Ковалеву, 1979) и его последствий с диспропорциональностью развития и отклоняющимся поведением, в частности девиантным.

Наследственная отягощенность по линии родителей в ОГ:

- алкоголизмом — 54,8—57,7% (в КГ — 32,5%);
- пограничными психическими расстройствами (из числа аффективных, личностных, психосоматических) — до 100%.

У матерей этих женщин в периоды беременности, родов и раннем послеродовом были выделены патогенные факторы:

- а) психотравматизация во время беременности (в ОГ — 83,8%; в КГ — 22,5%);
- б) периодическая (или частная) алкоголизация — 61,2% и 15% соответственно;
- в) осложненные роды — 40,8% и 20%;
- г) прохладное отношение матери к ребенку в послеродовом периоде и в последующем — 51,6% и 15%;
- д) искусственное вскармливание — 55% и 22,5%;
- е) высокая частота экзогенных вредностей (и простудных заболеваний дыхательных путей — ОРВИ, гриппа) — до 100%.

Наряду с указанным в обеих группах были выявлены дефекты воспитания и средовое неблагополучие:

- а) воспитание в неполных семьях (ОГ — 42,1% и КГ — 35%);

- б) воспитание без отца (26,3% и 27,5%);
- в) воспитание вне семьи (23,6% и 15%);
- г) гипоопека (57,8 и 55%);
- д) ужесточенное воспитание (25% и 25%);
- е) неблагоприятная микросреда — до 100% в обеих группах;
- ж) психотравматизация (72,3% и 45%);
- з) алкогольное окружение (61,8% и 65%).

У женщин основной группы с раннего возраста (3—4 года) обнаруживались признаки патохарактерологического развития в форме неспецифических (истерических) реакций — капризности, упрямства и других. С 5—6 лет отмечались усложнение и учащение этих реакций (структурирование) с переходом на личностный регистр. Это означало, что с этого возрастного периода уже отчетливо определился полярный тип личностного реагирования: по истериковозбудимому (ИВ) — активно-протестному и по истеронеустойчивому (ИН) — пассивно-протестному. Запускался механизм патотипологического (девиантного) поведения и реагирования в форме:

- а) эмоциональной неустойчивости (до 100% в обеих группах);
- б) повышенного эгоизма (до 100%);
- в) раннего непослушания, противодействия мерам воспитания, упрямого стремления добиваться своих требований (до 100%);
- г) активных реакций протеста (ИВ — 52,6%);
- д) повышенной психомоторики (ИВ — 60,5%);
- е) пассивных реакций протеста (ИН — 80,6%).

Нами прослежено, что формирование девиантного поведения оформлялось типологическими механизмами личности.

Дальнейшее усложнение эмоционально-протестного реагирования и усиление форм девиантного поведения отмечено со времени учебы в школе. Этому также способствовал низкий профессиональный, культурный и нравственный уровень родителей (до 100%). В этот период выявлена склонность:

- а) к ранней эмансипации, преимущественно в группе ИВ — 39 чел. (33,6%); ИН — 8 чел. (6,9%);
- б) трудновоспитуемость в школе с нежеланием учиться — 48 чел. (63,1%) в обеих группах;
- в) прекращение учебы с уходом из школы — 28 чел. (36,8%).

С возраста 9—10 лет девиантные формы поведения и реагирования сочетались с началом алкоголизации, что постепенно заостряло патохарактерологические ресурсы личности, формировало динамические сдвиги (реакции, кризовые состояния — периодические обострения).

Окончательная стабилизация патохарактерологической структуры личности проходила в основной

группе в период критического возрастного сдвига — пубертата при постоянном нарастании алкоголизации.

При формировании стадий алкоголизма установлено следующее: донозологический период формирования алкоголизма, начавшийся в раннем возрасте (9—10 лет), был непосредственно связан с преморбидной (наследственной) отягощенностью и ранним патохарактерологическим развитием. Определяющее («пусковое») значение при формировании мотивов алкоголизации в этот период имели механизмы взаимосвязи дисгармонической (девиантной) структуры личности (также возрастной незрелости) и воздействия средовых (микросредовых) алкогольно-провоцирующих факторов. Так, если при первых употреблении алкоголя (в группе ИВ — $10 \pm 2,3$ года; ИН — $10,4 \pm 1,4$ года; в КГ — $13,7 \pm 1,6$ года; $p > 0,01$) и эпизодических (ИВ — $11,8 \pm 1,0$ года; ИН — $12,1 \pm 1,9$ года; КГ — $13,4 \pm 1,1$ года) доминировала мотивация личностного фактора: подражания, утверждения себя, поиска сочувствия или поддержки, то, уже на стадии систематического пьянства (ИВ — $14,3 \pm 1,3$ года; ИН — $14,6 \pm 1,2$ года; КГ — $15,5 \pm 1,1$ года) субъективные ощущения опьянения фиксировались за счет возникновения состояний комфорта, эйфории. Возникало желание повторения этих состояний с увеличением дозировок.

На стадии донозологического периода были уже выделены признаки ранней прогрессивности в форме:

а) появления симптомов зависимости от алкоголя (стойкого влечения, стремления к достижению эйфории): в ОГ — до 100%; в КГ — 34,4%;

б) снижения количественного контроля (ОГ — 16 чел.; 21%; КГ — 5,2%);

в) снижения ситуационного контроля (ОГ — 37 чел.; 48,6%; КГ — 5,2%);

г) роста толерантности в 2—3 раза (ОГ — 74 чел.; 97,3%; КГ — 16,4%);

д) появления измененных форм опьянения в результате алкогольной интоксикации в форме: возбудимых (ОГ — 22 чел.; 28,9%); эйфорических (дурашливости; ОГ — 37 чел.; 48,6%); расторможенных (психомоторных; ОГ — 37 чел.; 48,6%); дисфорических (ОГ — 24 чел.; 31,5%); тормозимых (релаксирующих; ОГ — 20 чел.; 26,3%); сопорозных (глубокий сон; ОГ — 14 чел.; 18,4%); амнестических (ОГ — 10 чел.; 17,1%);

е) нарастания пассивного образа жизни (бездеятельности, стремления к удовольствиям; ОГ — 54 чел.; 71%).

В контрольной группе указанные признаки алкоголизации были единичными.

Первая стадия алкоголизма сформировалась в основной и контрольной группе в возрасте 15—16 лет и характеризовалась усложнением мотивов алкоголиза-

ции, значительной выраженностью симптоматики, безремиссионным течением и возрастанием степени интоксикации.

Основные структурные признаки этой стадии в форме:

а) навязчивого, без борьбы мотивов, неодолимого влечения к алкоголю (потребности снимать состояния нарастающего дискомфорта) (ОГ — 96,7%; КГ — 47,5%);

б) утраты количественного контроля (ОГ — 64,4%; КГ — 47,5%);

в) утраты ситуационного контроля (ОГ — 76,3%; КГ — 45%);

г) алкогольно-зависимых форм поведения — сужение круга интересов (ОГ — 89,4%; КГ — 90%);

д) сближения по девиантным интересам (ОГ — 81,5%);

е) появления более токсических измененных форм опьянения (ОГ — 100%; КГ — 45%) по типу: тотальных амнезий (ОГ — 55,2%; КГ — 17,5%); палимпсестов (ОГ — 44,7%; КГ — 72,5%); легких постинтоксикационных состояний (ОГ — 52,6%; КГ — 30%); доминирования эйфории над релаксацией (ОГ — 84,2%; КГ — 70%); углубления и удлинения дисфории (ОГ — 43,4%; КГ — 15%); усиления аффективной (эксплозивной) неустойчивости (ОГ — 53,9%; КГ — 20%);

ж) более выраженного изменения личности по алкогольному типу со снижением социального статуса (ОГ — до 100%; КГ — 65%).

Средняя длительность первой стадии была короткой: в группе ИВ — $8,2 \pm 2,1$ мес., ИН — $11,9 \pm 1,4$ мес.; в КГ — $16,3 \pm 0,8$ мес.; $p > 0,01$).

По клиническим проявлениям и динамике в первой стадии выявлен значительный рост прогрессивности (злокачественности) алкоголизма в контрольной группе, несмотря на более позднее начало алкоголизации: почти все показатели повысились, а некоторые, такие, как навязчивое влечение к алкоголю, алкогольно-зависимые формы поведения (сужение круга интересов) и измененные формы опьянения (палимпсесты), превысили показатели основной группы. Эти данные свидетельствуют о высокой степени токсичности алкоголя для подростков женского пола и молодых женщин. У всех женщин на этой стадии алкоголизма отмечался выраженный синдром алкогольной анозонозии.

Во второй стадии алкоголизма, сформировавшейся в ранний возрастной период (в обеих группах — 16,2 года, в КГ — 16,9 года) отмечалось наиболее выраженное прогрессирование алкогольной симптоматики вследствие роста прогрессивности (сдвига патологии на более органический уровень поражения), преобладания органической симптоматики над личностными проявлениями и нарастания токсических

последствий алкоголизации. Клинические симптомы этой стадии были наиболее заостренными, структурно выраженными. Они оформлялись устойчивой анозогнозией (неосознаваемым влечением к алкоголю). Наиболее достоверными были следующие симптомо-синдромы:

а) усиление влечения к алкоголю до неосознаваемого, без борьбы мотивов, импульсивного (в ОГ — до 100%; в КГ — 72,5%);

б) переход на постоянную алкоголизацию («эксцессы» и псевдозапой трансформируются в перемежающееся и постоянное пьянство) — во всех группах до 100%;

в) усложнением измененных форм опьянения до степени выраженных (субпсихотических) с возникновением полиморфного (соматопсихического) абстинентного синдрома, сдвигом реагирования на уровень эксплозивного (аффективно-дисфорического), проявляющегося по полярному типу — активно- (или пассивно-) протестному (до 100% во всех группах);

г) более выраженное «заострение» личности по алкогольному типу, «сужение и нивелирование» личностного статуса в социуме (в ОГ — до 100%; в КГ — 45%);

д) алкогольно-стимульный «запуск» девиантных форм поведения и реагирования (в ОГ — до 100%).

Изучение клинической структуры и динамики формирования алкоголизма у женщин основной группы, в сравнении с контрольной, показало, что алкоголизм у них характеризовался признаками более высокой прогрессивности, злокачественного (ускоренного, безремиссионного) течения. В контрольной группе отмечалось более благоприятное течение алкоголизма, что, по нашему мнению, было связано с отсутствием какой-либо патологии поведения.

В основной группе формы девиантного поведения, по мере нарастания алкогольной интоксикации (формирования алкоголизма), становились все более частыми, отягощенными, сочетались с сексуальной расторможенностью, беспорядочностью:

В группе ИВ:

а) устойчивые лидерские тенденции, стремление подавлять других, склонность к аффективным формам реагирования, конфликтам, агрессивности — 68,8%;

б) уходы из школы — 25%;

в) мелкие кражи — 28,9%;

г) приводы в милицию — 34,2%;

д) ранняя девиантная алкоголизация (с целью стигматизации) — 52,6%;

е) уходы из дома (семьи) — эмансипированные формы поведения — 59,2%;

ж) вовлечение в сексуальные эксцессы — 32,8%.

В группе ИН:

а) легкая вовлекаемость в девиантные группы с мотивацией оценки («защиты») — до 100%;

б) реакции пассивного протеста (истеро-невротические, астено-субдепрессивные) — до 100%;

в) уходы из семьи — 10,5%;

г) мелкие кражи — 15,7%;

д) приводы в милицию — 11,8%;

е) мотивация сексуального удовлетворения — 26%.

Девиантные структуры личности, сформировавшиеся с раннего возраста, мы рассматриваем как «осевые» (патобиологические, врожденно-приобретенные) механизмы реагирования. На всех этапах возрастного развития они вызывали патогенное (декомпенсирующее, дезадаптирующее) воздействие на личностные структуры [2, 3, 10], а также алкогольно-«пусковое» [1, 4, 11, 12, 16].

По обобщающим результатам клинико-психологического исследования и оценки психического состояния у всех женщин с алкоголизмом были выделены полиморфные непсихотические расстройства:

а) в форме осевого психоорганического синдромо-комплекса, включающего в себя симптомы нарастающего психического (органического) инфантилизма в форме незрелости со снижением волевых побуждений, критической самооценки и высших чувств (эмоционально-нравственных, этических), с переключением на деятельность с низким уровнем мотивации (сугубо эгоистическую, или паразитическую);

б) глубинно-личностные расстройства, включая активизацию: ущемленных (фрустрационных) комплексов, повышенных притязаний, не вытесненных ранее стрессовых (психотравмирующих) переживаний и других, которые, как известно, формируют при алкоголизме подсознательные (защитные) механизмы отреагирования в форме алкогольных комплексов — неосознаваемого влечения к алкоголю с анозогнозией, алкогольной рационализацией и проекцией (обоснованием алкоголизации оправдательными причинами). Эти данные подтверждены результатами психологического исследования уровня притязаний, самооценки и ценностных ориентаций.

На стадии сформировавшегося алкоголизма наряду с психоорганическим синдромом выделены и коморбидные (факультативные) расстройства в форме:

1) манифестации патотипологических проявлений. У истеро-возбудимых выявлялся устойчивый симптомокомплекс в форме ярко выраженного стенического радикала со стремлением к лидерству, самоутверждению, проявления себя силовыми методами с повышенной эмоциональностью, возбудимой активно-протестной формой реагирования (100%). У истеро-устойчивых выявлялись комплекс: неуверенности, не-

решительности, тревожной мнительности, раннего самолюбия, упрямства, капризности, истеричности, повышенной внушаемости, стремления к опеке, сочувствию, сочетанием повышенных притязаний с боязнью оказаться несостоятельными; а также склонность к реакциям пассивной защиты с целью привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие к пассивно-оборонительным реакциям протеста или пролонгированному аффективному отреагированию;

2) аффективных расстройств, проявляющихся тревогой (чаще беспредметной), эмоциональной неустойчивостью (возбудимостью), в силу органического «фона» — преобладание эксплозивно-дисфорических реакций в состоянии опьянения;

3) субдепрессивных расстройств (по нашему мнению, «спутника» женского алкоголизма), которые проявлялись клинически:

а) внешне видимыми, очевидными, субъективно переживаемыми (до 70%);

б) «скрытыми» — проявляющимися симптомами разных заболеваний, соматических «масок» (до 30%);

4) навязчивых феноменов, отражающих фиксацию на ощущениях эйфории, стимулирующих влечение к алкоголю.

По результатам экспериментального исследования установлено, что показатели тревоги и депрессии по тестам Цунга и Гамильтона у женщин ОГ и КГ оказались на достоверно высоком уровне.

Наряду с указанным для этих женщин в силу их высокой тревожности, сенситивности, подозрительности характерен и шаблонный стиль жизни с преобладанием субъективизма, неудовлетворенности, безразличия, ревности во всем, склонности к интерпретациям, разочарованиям и т.п., что создавало частые конфликты (конфронтации) в сфере межличностных отношений.

Исходя из того, что женский алкоголизм является для общества угрожающей проблемой в связи с его интенсивным ростом, малой эффективностью медикаментозного лечения, единственной возможностью для решения этой проблемы может быть только внедрение государственной программы борьбы с алкоголизмом, в том числе разработка закона «О наркологической помощи населению России».

Эта программа должна включать следующие мероприятия:

а) первичную профилактику алкоголизма женщин и психопрофилактику;

б) законодательное запрещение средствам массовой информации рекламы жестокости, агрессии, вседозволенности, сексуальной свободы и других негативных воздействий, стимулирующих алкоголизацию;

в) активизацию антиалкогольной (антинаркотической) пропаганды в разных сферах деятельности человека, особенно в учебно-воспитательных учреждениях, начиная с дошкольного возраста.

Первичная профилактика женского алкоголизма предусматривает:

а) диспансеризацию женщин — будущих матерей, с подросткового возраста (для медико-генетического контроля и оздоровления);

б) подготовку молодых женщин (девушек) для вступления в брак и к будущей беременности. Для оздоровления, снятия негатива: фрустрации, перенесенных стрессов и других проблем, лечения гинекологических заболеваний;

в) подготовку беременных женщин к родам по программе перинатальной психотерапии (выявления в период беременности экстремальных стрессов, алкоголизации, курения, а также негативного отношения к будущему ребенку);

г) выявление депрессий в период беременности и послеродовых.

Наиболее адекватным (патогенетическим) методом профилактики и лечения алкоголизма, особенно женского, является психоаналитическая (трансровая) психотерапия, центрированная на социально-значимых особенностях психики женщины, в частности на потребности в общении, взаимной эмпатии, самореализации (биологической, личностной) и самоутверждении.

Для лечения женского алкоголизма нами адаптирована комплексная методика, нацеленная на оберегание биологически уязвимого организма женщины, страдающей алкоголизмом. Использовались лекарственные средства с учетом:

а) их наименьшей токсичности;

б) применения сочетания различных лекарственных групп;

в) использования дифференцированных дозировок: повышенных при клинически выраженной симптоматике, пониженных при компенсированной с переходом на минимальные дозы, при которых клинически отмечался более устойчивый лечебный эффект.

Основные лекарственные средства (антидепрессанты, нейролептики и транквилизаторы) назначались по принципу купирования симптомов «мишеней». При подборе лекарственных средств мы обязательно использовали антидепрессанты.

Их назначение мы обосновывали тем, что депрессивные, субдепрессивные проявления при алкоголизме, по данным большинства авторов, являются постоянными «спутниками», они могут быть:

а) первичными (психогенными, эндогенными);

б) вторичными (за счет алкогольной интоксикации);

в) скрытыми (конверсионными) в форме разнообразных синдромов (в том числе аффективных).

По клиническим признакам

• в группе истеро-возбудимых были выделены признаки депрессии:

а) дистимической (характерологическая дистимия);

б) связанной с менструальной функцией (предменструальной дисфории);

в) дисфорической, обусловленной аффективной неустойчивостью;

г) невротической;

• в группе истеронеустойчивых:

• а) апатической (по механизмам фрустрации, или «пассивной защиты»);

• б) астенической (с повышенной истощаемостью);

• в) тревожной (невротической);

• г) истерической (по механизму инфантильной защиты).

Из числа корректоров депрессий нами использовались: миансерин (леривон), мапротилин (людиомил), ципрамил (циталорам), моклобемид (аурикс), дулоксетин (симбалта).

Для купирования абстинентно-постабстинентных расстройств: а) в остром периоде: один из транквилизаторов: диазепам (реланиум), феназепам, клоназепам, гидроксизин (атаракс), алпрозолам + один из препаратов общебиологического действия (глицин, мексидол, метадоксин (метадоксил)); б) в постабстинентном периоде: "мягкий" нейролептик + один из транквилизаторов + один из антидепрессантов.

Для снятия истеро-возбудимой аффективности (рас- торможенности) использовались: перидиазин (неулеп- тил), труксал (хлорпротиксен), клоназепам, феназепам, миансерин (леривон), глицин, мексидол; истеро-неустой- чивой аффективности (сенситивной заторможенности) — сульпирид (эглонил), перфеназин (этаперазин), тио- ридазин (сонапакс), гопантеновая кислота (пантогам), гамма-аминобутировая кислота (аминалон), глутамино- вая кислота, пирацетам. Указанные лекарственные сред- ства назначались в форме отдельных монопрепаратов (транквилизатора, нейролептика или антидепрессанта) — в уменьшенных дозах, с учетом индивидуальной пере- носимости и лечебного эффекта, остальные использова- лись как дополнительные (метаболического или биоло- гического действия).

Для проведения профилактического (противореци- дивного) лечения были рекомендованы следующие ле- карственные средства, которые назначались после вы- писки из стационара: миансерин (леривон), циталорам (ципрамил), миртазапин (ремерон), дулоксетин (сим- балта), перфеназин (этаперазин), перидиазин (неулеп- тил), глицин, мексидол, гамма-аминобутировая кислота

(аминалон), карбамазепин (финлепсин). Схема лечения: антидепрессанты, или нейролептики, сочетались с пре- паратами общебиологического действия, или ноотро- пом, в дозе — 50% суточной. При нарушениях поведе- ния использовались: перидиазин (неулептил) или (пер- феназин) этаперазин.

При условии регулярности приема отмечался до- статочный лечебный эффект. Рецидив алкоголизации зарегистрирован был в 28 случаях из 76 (35,8%), причем обусловленный только внешнесредовыми (си- туационными) причинами.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм // Лекции по нарколо- гии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 116—134.
2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б. Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным по- ведением // Наркология. — 2005. — №5. — С. 43—47.
3. Эмановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения): Учебное пособие. — М.: Академия, 2003. — 288 с.
4. Иванец Н.Н. Симптомы и синдромы при алкоголизме // Лекции по наркологии, 2-е изд-е / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 76—90.
5. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1983. — Вып. 8. — С. 1222—1228.
6. Киржанова В.В. Динамика заболеваемости наркологиче- скими расстройствами в Российской Федерации в 1991—2001 годах // Наркология. — 2002. — №1. — С. 2—7.
7. Кирпиченко А.А. Некоторые особенности социально-пси- хологического статуса женщин с алкогольной зависимостью // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — №2. — С. 94—98.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М.: Ме- дицина, 1979. — 608 с.
9. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболева- ний // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С. 8—32.
10. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. — Л., 1991. — 304 с.
11. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
12. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные рас- стройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.
13. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. — Архангельск: АГМА, 1999. — 306 с.
14. Соколова Е.П. Клиническая симптоматика алкоголизма у женщин молодого возраста и некоторые подходы к его терапии // Вопросы наркологии. — 1995. — №1. — С. 50—53.
15. Ураков И.Т., Власова И.Б. Возрастные аспекты началь- ного этапа формирования женского алкоголизма // Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте. — М., 1982. — С. 51—53.
16. Шайдукова Л.К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин: Автореф. дисс. на соискание ученой сте- пени д.м.н. — М., 1996.
17. Hamilton M.A. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. — 1960. — Vol. 23. — P. 56—63.
18. Lausberg H. Alkoholismus bei Frauen. Jnaugural. — Dis- sertation. — Bonn, 1975. — 96 p.
19. Winocur G., Rimmer J., Reich T. Alcoholism // Brit. Jo- un. Psychiat. — 1971. — Vol. 118. — P. 525—531.