

Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным поведением

ДМИТРИЕВА Т.Б.

д.м.н., профессор, академик РАМН, директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) им. В.П.Сербского, Москва

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, Москва

ТУЗИКОВА Ю.Б.

к.м.н., с. н. с. Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, Москва

Рассматривается проблема взаимосвязи различных форм асоциального поведения больных алкоголизмом с клиническими проявлениями заболевания, а также личностными особенностями пациентов. Установлено, что характер клинической картины алкоголизма коррелирует с выраженностью асоциальных тенденций в меньшей степени, чем личностные особенности больных. Была обнаружена глубокая взаимосвязь социальных характеристик больных со степенью прогрессивности алкоголизма и длительностью ремиссий. Успехи в лечении пациентов напрямую зависят от характера имеющихся у них социальных установок.

Отрицательным социальным последствием алкоголизма посвящено большое число научных работ [6, 9, 11, 12, 13, 17, 18, 19]. В них приводятся доказательства того, что высокая распространенность алкоголизма неблагоприятным образом влияет на уровень жизни населения той или иной страны. Это касается показателей эффективности экономики, травматизма, преступности, состояния здоровья населения, устойчивости семей, а также основных тенденций демографического характера.

Между тем, проблеме взаимосвязи различных форм асоциального поведения больных алкоголизмом с клиническими проявлениями заболевания, а также личностными особенностями пациентов почти не уделялось внимания, не предлагались индивидуализированные терапевтические схемы, позволяющие косвенно смягчить выраженность асоциального поведения больных.

В данной работе была предпринята попытка решить указанные задачи. Обследовано 200 больных алкоголизмом мужчин, проходивших в 2002—2004 гг. лечение в наркологическом отделении ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. У всех пациентов была вторая стадия алкоголизма. Их возраст находился в интервале 25—50 лет.

При изучении больных использовалась специальная карта обследования, которая содержала свыше 300 вопросов общего, клинического и социально-психологического характера. В настоящей статье приведены результаты анализа данных лишь по 15 наиболее характерным параметрам. Их описание дано в табл. 1.

Таблица разделена вертикальной чертой на 2 столбца. В левом столбце представлены так называемые группообразующие признаки, свидетельствующие об асоциальном поведении больных¹. Правый столбец содержит перечисление так называемых признаков сравнения, к которым относятся некоторые преморбидные характеристики больных, а также клинические особенности развившегося у них алкоголизма. При анализе полученных данных каж-

дый группообразующий признак был сопоставлен со всеми признаками сравнения.

Группообразующие признаки асоциального поведения:

первый — семейное положение обследуемого. Проживание обследуемого в первом браке считалось социально более позитивным явлением, чем во втором или последующих браках, а также вне брака;

второй — участие обследуемого в материальном обеспечении семьи. Естественно, чем меньшим было такое участие, вплоть до положения иждивенца (при отсутствии тяжелого физического заболевания), тем ближе поведение обследуемого было к асоциальному;

третий — отношение обследуемого к работе или учебе. На одном, позитивном в социальном плане полюсе, была активная заинтересованность обследуемого в результатах своего труда (учебы), на другом, негативном полюсе, — стремление уклониться от своих обязанностей;

четвертый — склонность обследуемого к агрессивным действиям. Чем выше она была, тем более асоциальным считалось поведение обследуемого (больные, совершившие преступление, в данное исследование, как отмечалось выше, не включались).

Признаки сравнения делились на 2 группы: преморбидные особенности и клинические проявления алкоголизма.

Первую группу параметров, характеризующих преморбидные особенности обследуемых, было шесть.

В качестве первого параметра фигурировали конфликты в семье (имеются в виду их наличие и частота за весь период до формирования алкоголизма).

Два следующих признака (гипер- и гипоопека в семье) оценивались исходя из традиционных критериев [4].

В число учитываемых параметров был включен также уровень образования обследуемых.

К пятому признаку относились расстройства личности (их наличие и выраженность). При диагностике расстройств личности использовались критерии, принятые в современных руководствах для врачей психиатров [14, 15]. Следует, однако, отметить, что сопоставление расстройств личности и асоциального поведения больных (оно будет проводиться далее в настоящей статье) является не совсем корректным. Это связано с тем, что диагностика некоторых видов расстройств личности основывается, в числе прочих критериев, на выраженности социальной дезадап-

¹ Под асоциальными понимались такие поступки, которые нарушают общественные нормы поведения и причиняют ущерб окружающим людям. Применительно к изученным больным речь не шла о преступлениях, т.е. деяниях, предусмотренных Уголовным кодексом РФ. Ни один из пациентов не привлекался за совершенные действия к уголовной ответственности.

Структура сравниваемых групп признаков асоциального поведения и клинических проявлений у больных алкоголизмом

Группообразующие признаки (на момент обследования)	Признаки сравнения
<p>Семейное положение: проживает в первом браке, во втором или последующих браках, вне брака.</p> <p>Роль в материальном обеспечении семьи:</p> <p>0 — определяет семейное благосостояние 1 — зарабатывает одинаково с женой 2 — зарабатывает меньше жены 3 — находится на иждивении других.</p> <p>Отношение к работе или учебе:</p> <p>0 — активная, творческая заинтересованность 1 — простая исполнительность 2 — пассивное отношение 3 — активное стремление уклониться от обязанностей.</p> <p>Выраженность агрессии:</p> <p>0 — нет 1 — мысли 2 — слова 3 — действия.</p>	<p><i>Преморбидные особенности</i></p> <p>Конфликты в семье: 0 — отсутствовали; 1 — редкие; 2 — частые.</p> <p>Гиперопека в семье: 0 — отсутствовала; 1 — была.</p> <p>Гипоопека в семье: 0 — отсутствовала; 1 — была.</p> <p>Образование: 0 — незаконченное среднее; 1 — среднее; 2 — незаконченное высшее; 3 — высшее.</p> <p>Расстройства личности: 0 — условно гармоничная личность; 1 — акцентуации; 2 — умеренно выраженные расстройства; 3 — резко выраженные расстройства.</p> <p>Органические психические расстройства: интегративный показатель (критерии см. в тексте).</p> <p><i>Клинические характеристики алкоголизма (на момент обследования)</i></p> <p>Выраженность первичного патологического влечения к алкоголю: 0 — выявить не удалось; 1 — обсессивное; 2 — компульсивное.</p> <p>Выраженность абстинентного синдрома: 0 — отсутствуют; 1 — легкая; 2 — тяжелая.</p> <p>Выраженность изменений личности, обусловленных алкоголизмом: 0 — отсутствие изменений; 1 — заострение преморбидных особенностей; 2 — алкогольная деградация.</p> <p>Степень прогрессивности алкоголизма: 1 — низкая; 2 — средняя; 3 — высокая.</p> <p>Максимальная длительность ремиссии в месяцах.</p>

тации. Последняя включает в себя, как известно, склонность к асоциальному поведению. Учитывая значимость расстройств личности для наркологических заболеваний, этот признак был, тем не менее, оставлен в перечне.

К шестому параметру относится психоорганический синдром (его наличие и выраженность). Использовался интегративный показатель, основанный на трех видах критериев. К ним относились: перенесенные в преморбидном периоде экзогенно-органические вредности, особенности раннего развития пациентов и наличие (до формирования алкоголизма) признаков органических психических и неврологических расстройств. Патология у изученных больных ограничивалась остаточными явлениями органического поражения головного мозга, диагностируемыми в соответствии с принятыми критериями [2, 10]. Больных с текущими органическими заболеваниями среди обследованных лиц не было.

Во вторую группу признаков сравнения входили клинические проявления алкоголизма на момент обследования. К ним, в первую очередь, относились патологическое влечение к алкоголю и абстинентный синдром. Их диагностика основывалась на критериях, принятых в современных руководствах и монографиях для врачей наркологов [1, 8, 16].

Третьим признаком являлись наличие и выраженность изменений личности. Имеются в виду такие аномальные личностные особенности, которые сформировались не в преморбидном периоде, а к моменту обследования, т.е. на относительно отдаленных этапах течения алкоголизма [5, 8]. Характерологические сдвиги в этих случаях проявлялись в форме заострения преморбидных особенностей, сопровождающихся неглубокими аффективными, психо-

патоподобными и неврозоподобными расстройствами. В относительно небольшом числе наблюдений проявлялись более тяжелые изменения личности в форме алкогольной деградации с отчетливым интеллектуально-мнестическим снижением (когнитивными расстройствами).

Четвертой изучаемой характеристикой алкоголизма являлась прогрессивность заболевания, которая в соответствии с принятыми критериями оценивалась исходя из сроков формирования зависимости от спиртных напитков и длительности перехода от начальной стадии алкоголизма к средней [7].

Наконец, в качестве последнего, пятого, изучаемого признака фигурировала длительность ремиссии. Устанавливалась максимальная продолжительность ремиссий (периодов полного воздержания от спиртных напитков), которые имели место в анамнезе у большинства обследованных пациентов.

Для оценки связи между измеряемыми параметрами рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена [3]. Данный показатель является прямым аналогом коэффициента корреляции Пирсона, но вычисленного по рангам, а не по исходным наблюдениям. Статистика коэффициента Спирмена предполагает, что рассматриваемые переменные измерены как минимум в порядковой шкале, иными словами, наблюдения ранжированы. Порядковые переменные позволяют ранжировать объекты, указав, какие из них в большей или меньшей степени обладают качеством, выраженным данной переменной.

В табл. 2 приведены результаты изучения взаимосвязи между социальными характеристиками больных на момент обследования и их преморбидными особенностями.

Таблица 2

Взаимосвязь между социальными характеристиками больных алкоголизмом и их преморбидными особенностями (N = 200)

Социальные характеристики	Семейное положение	Роль в материальном обеспечении семьи	Отношение к работе или учебе	Выраженность агрессии
В преморбидном периоде				
Конфликты в семье	R = 0,155 P<0,05	R = 0,160 P<0,05	R = 0,009 P>0,05	R = 0,184 P<0,05
Гиперопека в семье	R = 0,081 P>0,05	R = 0,062 P>0,05	R = 0,032 P>0,05	R = 0,064 P>0,05
Гипоопека в семье	R = 0,638 P>0,05	R = 0,212 P>0,05	R = 0,218 P<0,01	R = 0,063 P>0,05
Образование	R = 0,205 P<0,05	R = 0,093 P>0,05	R = 0,045 P>0,05	R = 0,067 P>0,05
Расстройства личности	R = 0,241 P<0,01	R = 0,387 P<0,01	R = 0,436 P<0,01	R = 0,225 P<0,01
Органические расстройства	R = 0,124 P<0,01	R = 0,223 P<0,01	R = 0,344 P<0,01	R = 0,205 P<0,01

Примечание: R – коэффициент Спирмена, P – достоверность различий между группами (P<0,05 – различия достоверны, P<0,01 – различия высокостепенны)

Как видно из таблицы, конфликты в семье, имевшие место в преморбидном периоде, достоверно связаны с социальными характеристиками пациентов на момент обследования. Чем реже возникали конфликты в семье, тем более благоприятным было семейное положение пациента к моменту обследования и выше его роль в материальном обеспечении семьи. Особо следует отметить тот факт, что для больных алкоголизмом, выросших в спокойной семейной обстановке, агрессивное поведение было менее характерным, чем для пациентов, воспитывавшихся в атмосфере конфликтов. Отношение к работе или учебе не имело достоверной связи с частотой конфликтов в семье.

Следующие две характеристики (гипер- и гипоопека в семье) в детском и подростковом возрасте в соответствии с приведенными здесь данными заметно не влияли на формирование асоциального поведения в последующем. Исключение составляет лишь показатель, характеризующий взаимосвязь между гипоопекой и отношением обследуемых к работе или учебе. При гипоопеке деловые качества больных алкоголизмом, проявляемые на момент обследования, были достоверно ниже, чем у тех пациентов, которым в детстве уделялось много внимания.

Уровень образования больных относительно мало влиял на их социальные характеристики. Исключение составило семейное положение. Чем более благоприятным оно было, тем выше у обследованных оказался уровень образования.

Расстройства личности имели четкую связь со всеми установленными на момент обследования социальными характеристиками больных алкоголизмом. Различия были высокостепенными. Больные с расстройствами личности реже сохраняли семьи, хуже обеспечивали близких и самих себя в материальном плане, чаще уклонялись от выполнения своих обязанностей на работе или в учебном заведении, отличались более высокой агрессивностью.

Последним представленным в табл. 2 признаком было наличие в преморбидном периоде органических психиче-

ских расстройств. Если они имели место, ухудшались все параметры, характеризующие социальное положение больных алкоголизмом на момент обследования. Это касалось семейного положения, способности обеспечивать семью, отношения к работе и учебе, выраженности агрессии. Различия по всем признакам оказались высоко достоверными.

Была также изучена взаимосвязь между социальными характеристиками больных алкоголизмом и клиническими особенностями заболевания (табл. 3).

Приведенные в таблице данные показывают, что выраженность основных симптомокомплексов алкоголизма (патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома) была относительно мало связана с социальными характеристиками больных. Наркологам хорошо известно, что существует много пациентов с весьма тяжелыми состояниями такого рода, отнюдь не склонных к асоциальному поведению. И, наоборот, больные с легкими клиническими проявлениями алкоголизма достаточно часто нарушают нормы общественного поведения.

Исключение составили лишь некоторые параметры. Так, при резко выраженном влечении к алкоголю семейное положение больных было хуже. Тяжесть абстинентного синдрома не коррелировала с показателями семейного положения, но оказалось связанной с отношением к работе или учебе. При значительной выраженности этого синдрома трудоспособность пациентов была ниже, чем у больных с более легкими абстинентными состояниями.

Связь социальных характеристик с изменениями личности, обусловленными алкоголизмом, оказалась весьма тесной. Глубина алкогольных изменений личности была большей при неспособности больного обеспечить семью материально и негативном отношении к работе или учебе. Пациенты с выраженными изменениями личности оказались также более склонными к совершению агрессивных действий.

Была обнаружена глубокая взаимосвязь между степенью прогрессивности алкоголизма и социальными ха-

Взаимосвязь между социальными характеристиками больных алкоголизмом и клиническими особенностями заболевания (N = 200)

Клинические особенности	Социальные характеристики	Семейное положение	Роль в материальном обеспечении семьи	Отношение к работе или учебе	Выраженность агрессии
Выраженность первичного патологического влечения к алкоголю		R = 0,272 P<0,01	R = 0,136 P>0,05	R = 0,136 P>0,05	R = 0,018 P>0,05
Выраженность абстинентного синдрома		R = 0,077 P>0,05	R = 0,115 P>0,05	R = 0,184 P<0,01	R = 0,091 P>0,05
Выраженность алкогольных изменений личности		R = 0,058 P>0,05	R = 0,368 P<0,01	R = 0,3198 P<0,01	R = 0,225 P<0,01
Степень прогрессивности заболевания		R = 0,272 P<0,01	R = 0,386 P<0,01	R = 0,286 P<0,01	R = 0,187 P<0,05
Максимальная длительность ремиссии		R = 0,252 P<0,01	R = 0,293 P<0,01	R = 0,206 P<0,01	R = 0,120 P>0,05

Примечание: R — коэффициент Спирмена, P — достоверность различий между группами (P<0,05 — различия достоверны, P<0,01 — различия высокодостоверны)

рактическими характеристиками больных. У пациентов с высокой прогрессивностью заболевания достоверно чаще, чем у больных с относительно медленным течением алкоголизма, выявлялись все формы асоциального поведения в семейной и в производственной сферах.

Была также установлена взаимосвязь социальных характеристик больных алкоголизмом с длительностью ремиссий. Чем больше у пациентов проявлялось асоциальное поведение, тем более короткими были у них ремиссии. Это относилось к семейному положению, роли в материальном обеспечении семьи и отношению к работе (учебе). Исключение составил лишь показатель выраженности агрессии. У лиц со склонностью к насильственным действиям ремиссии не отличались большей продолжительностью по сравнению с теми больными, у которых отсутствовали агрессивные тенденции.

Полученные данные свидетельствуют о том, что асоциальное поведение больных алкоголизмом зависит в первую очередь от особенностей их личности. В формировании же личности важную роль играют некоторые преморбидные факторы. К ним относятся: семейное окружение, влияние экзогенно-органических вредностей и наличие расстройств личности.

Характер клинической картины алкоголизма коррелирует с выраженностью асоциальных тенденций в меньшей степени, чем личностные особенности пациентов. Тем не менее, тяжесть проявлений основных симптомокомплексов заболевания имеет связь с некоторыми социальными параметрами, в частности с семейным положением и трудоспособностью больных.

Следует отметить тот важный факт, что успехи в лечении пациентов напрямую зависят именно от характера имеющихся у них социальных установок. При негативных установках результаты терапии хуже, чем при позитивных.

Авторами настоящего сообщения была предложена терапевтическая схема, позволяющая уменьшить асоциальные тенденции у наркологических больных. В рамках данной терапевтической схемы оказалось целесообразным применять ряд специфических методик, направленных

на смягчение асоциальных тенденций, в первую очередь агрессии.

С этой точки зрения эффективными оказались некоторые психофармакологические препараты, а именно, нейролептики (неулептил, соннапакс, галоперидол в небольших дозах, пипортил), обладающие свойствами корректоров поведения². Они позволяли заметно смягчить агрессивную настроенность больных. Но при этом «перегруженность» нейролептиками оказалась столь же нежелательной, как и «недогруженность» ими. В первом случае социальная адаптация больных нарушалась в связи с развивающимися у них пассивностью, неспособностью выполнять свои повседневные обязанности. С точки зрения улучшения социальной адаптации, важным оказалось более широкое применение некоторых других видов психофармакологических средств (ноотропов, антидепрессантов), а также активирующих препаратов, не относящихся к психофармакологическим средствам.

Предложен ряд психотерапевтических приемов, которые следует применять при склонности наркологических больных к асоциальному поведению. Оказалось необходимым учитывать некоторые личностные особенности пациентов при проведении индивидуальной рациональной психотерапии. В первую очередь, имеются в виду больные алкоголизмом с возбудимыми, истеро-возбудимыми и эпилептоидными личностными особенностями. Преодолеть негативное отношение к окружающим в этих случаях можно было лишь при осторожном отношении к темам, ущемляющим самолюбие больных. Поощрение пациентов, фиксация внимания на позитивных сторонах их поведения должны были сочетаться с твердостью в принципиальных вопросах (относящихся, в частности, к перспективам достижения воздержания от алкоголя).

Использовалась также специально направленная групповая интерперсональная психотерапия, которая позво-

² Указанные медикаменты назначались только при условии выполнения необходимых деонтологических требований к проведению процедур такого рода, в частности после получения информированного согласия больного.

ляла смягчить агрессивную настроенность больных, улучшить их отношение к выполнению своих обязанностей в семье и на производстве. Такие эффекты достигались в первую очередь при преодолении психологической защиты, сопровождающейся негативным отношением к окружающим. Благоприятное влияние на поведение больных оказывала вербализация негативного опыта и получение в этот момент эмоциональной поддержки со стороны партнеров по группе (так называемая десенситизация). Наконец, активное участие пациентов в групповых дискуссиях позволяло вносить коррекцию в их искаженное самосознание. Больные начинали более реалистично оценивать себя и свои возможности, что, в свою очередь, позволяло видоизменить в лучшую сторону характер их взаимоотношений с окружающими людьми.

Очень важную роль, особенно с точки зрения возможности уменьшить агрессию больных, проявляемую по отношению к близким людям, играла семейная психокоррекция. Оказалось, в частности, что некоторые стороны поведения членов семьи больных алкоголизмом парадоксальным образом поддерживают злоупотребление пациентами спиртными напитками (так называемая созависимость). Изменение поведения всех членов семьи, постепенное изживание накопившихся обид и неверных представлений друг о друге позволяли, наряду с повышением эффекта от лечения, уменьшить вероятность совершения больными асоциальных поступков.

Для части больных, особенно для лиц молодого возраста с глубокими личностными дефектами, эти меры оказывались недостаточными. Сколько-нибудь стойкие позитивные сдвиги могли быть достигнуты лишь в условиях длительного (свыше 6 мес.) пребывания больных в реабилитационных центрах. Проводимые в таких учреждениях активное социальное воздействие и жесткий трудовой режим позволяют смягчить морально-этические дефекты, негативное отношение пациентов к общественно-полезному труду и другие социально детерминированные негативные стороны их личности.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
2. Вандыш-Бубко В.В. Судебно-психиатрическая экспертиза органического психического расстройства: Руководство по судебной психиатрии/ Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А.Ткаченко. — М.: Медицина, 2004. — С. 192—207.
3. Гублер В.Е., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. — Л.: Медицина, 1973. — 156 с.
4. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск: Изд-во Томского ун-та, 1994. — 310 с.
5. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кулагина Н.Е., Пищикова Л.Е. Злоупотребление психоактивными веществами: клинические и правовые аспекты. — М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003. — 317 с.
6. Заиграев Г.Г. Общество и алкоголь. — М., 1992. — 198 с.
7. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Вопросы классификации наркологических заболеваний: Руководство по наркологии/ Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т.1. — С. 189—197.
8. Иванец Н.Н. Симптомы и синдромы при алкоголизме// Лекции по наркологии/ Под ред. Н.Н.Иванца. 3-е изд. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 76—90.
9. Кирпиченко А.А. Алкогольная зависимость у женщин с асоциальным поведением// Медицинские и психологические проблемы алкогольной и наркотической зависимости. — Витебск, 2002. — С. 30—40.
10. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
11. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты): Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1990. — 527 с.
12. Оруджев Н.Я. Дезадаптация лиц с наркологическими заболеваниями: Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 2002. — 38 с.
13. Сидоров П.И. Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ: Руководство по социальной психиатрии/ Под ред. Т.Б.Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001. — С. 219—232.
14. Смулевич А.Б. Расстройства личности (психопатии): Руководство по психиатрии. — М.: Медицина, 1999. — Т.2. — С. 558—606.
15. Шостакович Б.В. Клинические варианты расстройств личности (психопатические расстройства)// Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. — С. 189—216.
16. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М, 2001. — 327 с.
17. Guze S.B., Walfram E.D. Delinquency, Social Maladjustment and Crime: The Role of Alcoholism // Dis. Nerv. Syst. 1968. — Vol. 29, № 4. — P. 238—243.
18. Lenke L. Alcohol and Criminal Violence Time Series Analyses in a Comparative Perspective. — Stockholm: Almqvist and Wiksell, 1990. — 336 p.
19. Rice R.D. The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence// Alcohol Health and Research World. — 1990. — № 17. — P. 10—18.

CORRELATION BETWEEN CLINICAL MANIFESTATIONS OF THE ALCOHOLISM AND ASOCIAL BEHAVIOUR

DMITRIEVA T.B. Academician, RAMS. Professor, Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
 IGONIN A.L. MD. PhD., professor, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
 TUZIKOVA J.B. cand.med.sci., senior researcher, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

It is considered problem of correlation between different forms of the asocial behavior by alcohol addicts and clinical manifestations of the disease, as well as patients' personal particularities. It is convincingly shown that nature of the clinical picture of the alcoholism is connected with asocial trend to a lesser extent than personal particularities of patients. Deep correlation social features with degree of gradient of alcoholism and duration of remissions was discovered. The successes in treatment by addicted patients are directly dependent on their social attitudes.