

К типологии женского алкоголизма: особенности заболевания у пациенток с эпилептоидными чертами характера

АЛЬТШУЛЕР В.Б.
ШТЫРКОВ А.Г.

д.м.н., профессор, рук. отделения клинических исследований алкоголизма ННЦ наркологии МЗ РФ, Москва;
аспирант ННЦ наркологии МЗ РФ, Москва.

Клинически определены и экспериментально-психологически верифицированы эпилептоидные черты характера в группе больных алкоголизмом женщин. Сопоставление с группой синтонно-гипертимных пациенток показало, что наличие эпилептоидных черт характера делает менее благоприятным клинический прогноз заболевания и указывает на необходимость биологически ориентированной терапии. Обсуждаются критерии диагностики эпилептоидности.

Введение

Женский алкоголизм изучается в основном в его социально-психологических и демографических аспектах; при этом не подвергается сомнению и даже не обсуждается общепринятый взгляд на женский алкоголизм как особо тяжелый и злокачественный. Но есть и другие точки зрения. Так, например, С. Cloninger [1, 2], Т. Vabog и соавторы [3], выделяя два основных, по их мнению, типа алкоголизма, подчеркивали, что более тяжелый тип, характеризующийся ранним началом злоупотребления алкоголем, патологическим преморбидом, безремиссионным течением и значительными негативными социальными и биологическими последствиями, в большинстве случаев является “привилегией” мужчин, отчего он назван “мужским”.

Много внимания уделялось личностным и характерологическим особенностям больных, как факторам, определяющим тип течения и тяжесть алкоголизма [4–11]. Однако найденные при изучении мужских контингентов закономерности нельзя безоглядно экстраполировать на женскую популяцию. В частности, нуждается в специальном изучении вопрос об особенностях алкоголизма у женщин с различными типами характера.

Особый интерес представляют симптоматика и течение алкоголизма у женщин с эпилептоидными чертами, или эпилептоидным складом характера. Он объясняется, с одной стороны, данными о значительной роли эпилептиформных нарушений в клинике алкоголизма [12] и о наличии определенного родства между эпилептоидией и эпилепсией [13, 14], а с другой стороны, прямой связью патологического влечения к алкоголю с пароксизмальной активностью в лимбических структурах мозга [15]. Все это дает основание предположить, что упомянутая выше пароксизмальная активность (“хронический эпилептогенез” [15]), а вместе с ней и патологическое влечение к алкоголю отличаются сравнительно большой силой у больных с эпилептоидным характером.

Но есть и другая сторона этого вопроса. В ряде исследований [7, 8] было установлено, что алкоголизм у стенических личностей (а к ним относятся и эпилептоидные) протекает сравнительно благоприятно, что ставит под сомнение возможную негативную роль эпилептоидного характера у больных алкоголизмом. Следовательно, необходимо изучить важнейшие клинические параметры алкоголизма (прогредиентность, причины и тяжесть рецидивов, силу и структуру патологического влечения к алкоголю,

особенности алкогольной деградации) у женщин с эпилептоидным складом характера. Это может пролить свет и на более общую проблему типологии женского алкоголизма.

Выделение эпилептоидного типа характера базируется, по аналогии с пизоидами и циклоидами, на сходстве его с психическими особенностями соответствующего заболевания, в данном случае — эпилепсии. Среди этих психических особенностей назывались, в первую очередь, торпидность и взрывчатость. Названные два качества, хотя они и выступают в ассоциированной паре, сильно разнятся по своему клиническому значению. Дело в том, что они рассматриваются, как правило, вне пределов нормальных вариаций характеров, иными словами, в рамках эпилептоидной психопатии; последняя, как и другие психопатии экзпансивно-стенического полюса, характеризуется прежде всего антисоциальными тенденциями [16], которые реализуются как раз наличием взрывчатости. Это усиленно подчеркивал П.Б. Ганнушкин [13] в ярком описании эпилептоидной психопатии. Однако сам П.Б. Ганнушкин вовсе не был уверен в своей правоте и предоставил будущим исследователям выявление подлинных соотношений между взрывчатостью и торпидностью у эпилептоидов, что и было сделано его выдающимся учеником Е.К. Краснушкиным [14]. В своей работе “К проблеме эпилептоидной психопатии” он присоединяется к мнению многих других психиатров о том, что эпилептоид “в массе не только не преступник, но и не психопат”. Если взрывчатость является носителем психопатической антисоциальности, то психическая ригидность служит основой “гиперсоциальности” [17], тем самым выводя эпилептоидов (или многих из них) за рамки психопатических личностей. Именно психическая торпидность (“брадитонность”, по выражению Е.К. Краснушкина) является качеством, специфичным для многих нормальных личностей, обладающих признаками эпилептоидов. То же относится не только к эпилептоидам, но и к их нозологическому прототипу — эпилептикам, которые характеризуются, в первую очередь, “брадипсихией” [18] и при этом нередко, по мнению Кгаерлин Е. [19], скромностью, привязчивостью, миролюбием, прямодушным и отзывчивостью, т.е. социально-позитивными качествами.

Методы и материал исследования

С учетом всего сказанного мы ограничились исследованием женщин, больных алкоголизмом, не относящихся к психопатическим личностям эпилептоидного типа, но

характеризующихся, главным образом, психической ригидностью, поскольку она выражает специфическую особенность эпилептоидной психики. Остальные же черты характера, традиционно приписываемые эпилептоидам, на самом деле являются своего рода “производными” от ригидности (тщательность, обстоятельность, консерватизм, настойчивость, постоянство, несговорчивость, аккуратность, педантичность, злопамятность и другие) и встречаются далеко не всегда.

Статистическая обработка данных исследования проводилась с использованием компьютерной программы STATISTICA 5.77 FOR WINDOWS и универсальных статистических характеристик: s — стандартное отклонение, P — уровень достоверности различий в сравниваемых группах (достоверность при $P < 0,05$). Для выяснения уровня достоверности различий использовались методы χ^2 -квадрат (для дискретных параметров) и t -критерий Стьюдента (для непрерывных параметров).

Были изучены 233 пациентки в возрасте от 20 лет до 61 года (в среднем $39,70 \pm 8,16$ года). Все они проходили лечение в отделении клинических исследований алкоголизма ННЦ наркологии МЗ РФ. Из них 118 пациенток составили основную группу и 115 — группу сравнения, сопоставимые по клиническому и демографическим параметрам. Общие численные характеристики обеих групп приведены в табл. 1.

Основная группа включала в себя женщин, больных алкоголизмом, в структуре характера которых имелись эпилептоидные черты — доминирующие или в сочетании с другими чертами.

В группу сравнения были включены женщины, больные алкоголизмом и обладающие стеническими чертами характера без специфических эпилептоидных черт, — с синтонными и близко примыкающими к ним гипертимными чертами характера либо с их сочетанием. Выбор типа характера для сравнения с эпилептоидами определялся наличием явно выраженных стенических черт в сочетании с хорошей приспособляемостью и гибкостью (последнее особенно важно в целях противопоставления эпилептоидам). Таким требованиям в полной мере отвечает только та подгруппа синтонных личностей, которая в классификации Kretschmer E. [20] названа *энергичными*

практиками: они, как правило, отличаются инициативностью, хорошей приспособляемостью к окружающему, коммуникабельностью, легко справляются с различными трудностями, решительны и уверены в себе, обязательны, добросовестны и честлюбивы, порой раздражительны, гневливы при встрече с противодействием со стороны других людей.

Особую объективность всем полученным данным придает то обстоятельство, что выявление и накопление материала происходило в течение сравнительно длительного времени (1988—2002 гг.) разными врачами с применением специальной карты, составленной с расчетом получить информационно избыточную и универсальную базу данных, что исключило возможность “подгонки” изначальных сведений к задачам какого-либо конкретного исследования.

В дальнейшем мы провели специальное исследование 60 женщин, больных алкоголизмом, с более тщательной и объективной верификацией личностно-характерологических черт эпилептоидного типа. Дополнительное комплексное психологическое тестирование этих пациенток включало следующие тесты:

1) опросник ММИЛ (адаптированный вариант теста ММРП [21]);

2) электронная экспертная система ТИПОЛОГ (диагностика типа высшей нервной деятельности (ВНД) и ее отдельных составляющих), составленная в соответствии с методикой определения типа ВНД, разработанной Первомайским Б.Я. с соавт. [22, 23];

3) 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (вариант “С”) [24].

Результаты исследования

Психологическое тестирование

А. На диаграмме (рис. 1), отражающей результаты тестирования по программе ТИПОЛОГ, можно видеть, что ВНД этих пациенток имеет следующие свойства:

1) большая сила возбуждения, торможения и нервных процессов вообще (каждый показатель составляет более 70% из 100 возможных в данном тесте);

2) явная склонность процесса возбуждения к инертности (инертность 77—82%, подвижность 53—58%);

Таблица 1

Общая характеристика исследованных пациенток

Параметры		Группы		Всего	
		Основная	Сравнения		
Численность (n)		118	115	233	
Возраст (лет)	На момент обследования	Минимум	20,00	23,00	
		Максимум	61,00	60,00	
		Средний	$40,47 \pm 8,09$	$38,91 \pm 8,18$	$P > 0,05$
	Начала систематического злоупотребления алкоголем	$28,14 \pm 8,31$	$27,95 \pm 7,88$	$P > 0,05$	
	Формирования ПВА	$32,34 \pm 8,46$	$32,09 \pm 7,88$	$P > 0,05$	
Давность заболевания (лет)		$8,25 \pm 5,72$	$6,82 \pm 4,92$	$P > 0,05$	
Стадия алкоголизма		I	1 (0,85%)	14 (12,17%)	$P < 0,05$
		I—II	10 (8,47%)	24 (20,87%)	$P < 0,05$
		II	98 (83,05%)	70 (60,87%)	$P < 0,05$
		II—III	8 (6,78%)	6 (5,22%)	$P > 0,05$

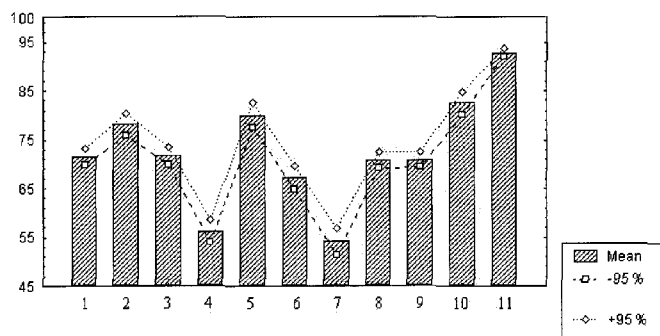


Рис. 1. Данные по шкалам теста TIPOLOG (средние значения (Mean) с доверительными интервалами соответственно -95% и +95%): 1 — сила нервных процессов; 2 — сила процесса возбуждения; 3 — сила процесса торможения; 4 — подвижность процесса возбуждения; 5 — инертность процесса возбуждения; 6 — подвижность процесса торможения; 7 — инертность процесса торможения; 8 — выраженность свойств 1-й сигнальной системы; 9 — выраженность свойств 2-й сигнальной системы; 10 — искренность; 11 — адекватность самооценки

3) умеренно выраженное преобладание подвижности процесса торможения (инертность 51—56%, подвижность 64—69%);

4) равновесие обеих сигнальных систем.

Б. Личностный портрет пациенток характеризуется диаграммами на рис. 2 и 3. Из данных по шкалам личностного теста ММИЛ (рис. 2), видно, что:

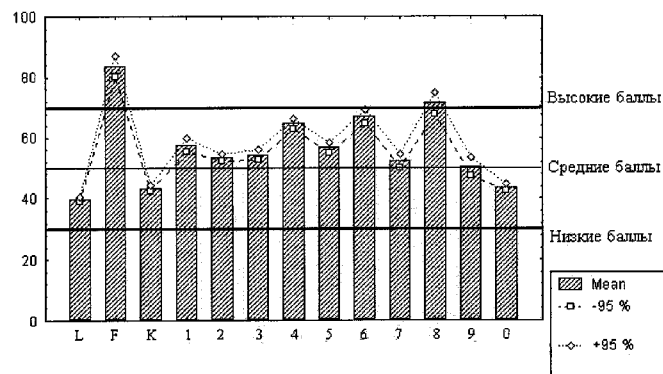


Рис. 2. Результаты обследования больных алкоголизмом по шкалам личностного теста ММИЛ (средние значения (Mean) с доверительными интервалами соответственно -95% и +95%).

1) умеренно повышены показатели по шкале 4 (“импульсивность”) — в пределах 63—66 баллов (что означает стеничную, активную личностную позицию, выраженность эмоциональных проявлений, императивные способы воздействия на окружающих, стремление к экстремальным видам деятельности);

2) умеренно повышены показатели по шкале 6 (“ригидность”) — в пределах 65—69 баллов (что означает стремление к точности и конкретности, нелюбовь к неопределенным ситуациям); кроме того, подобное повышение характерно для людей с акцентуацией эпилептоидного типа [21].

Из диаграммы, представленной на рис.3 (данные по шкалам 16-факторного личностного теста Р.Б. Кеттелла), следует, что имеют место:

1) низкий показатель по шкале “В” (3—4 стена), что означает низкую подвижность мышления со склонностью к конкретности, образности и буквальности понимания;

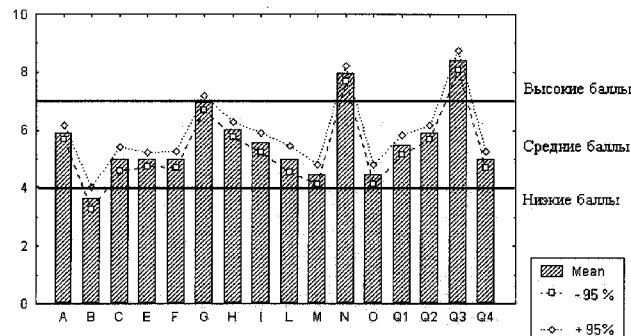


Рис. 3. Результаты обследования больных алкоголизмом по шкалам 16-факторного личностного теста Р.Б.Кеттелла (средние значения (Mean) с доверительными интервалами соответственно -95% и +95%).

2) сочетание высоких показателей по шкале G (7—8 стен) и по шкале Q3 (8—9 стен). Шкала “G” отражает выраженность у индивидуума совестливости, моральных качеств, ответственности, обязательности и т.п. Шкала Q3 отражает степень контроля сферы желаний и мотиваций. Исходя из сказанного данное сочетание означает развитое чувство ответственности, долга, любовь к точности и порядку (порой доходящую до абсурда), стойкость моральных принципов (какой бы “знак” они ни имели), хороший самоконтроль при любой деятельности;

3) высокий показатель по шкале N (отражает способности индивидуума в плане пронизательности, изощренности ума, честолюбия) — около 8 стен, что означает корректность, вежливость в поведении, разумность и рационализм, планомерность и упорядоченность в любой деятельности, хитрость.

Таким образом, как данные исследования ВНД, так и данные исследования личностного портрета говорят о достаточной и приемлемой для настоящего исследования точности клинической диагностики эпилептоидного характерологического типа у пациенток основной группы.

Клинические данные

Сопоставление сведений о наследственности выявило достоверное ($P < 0,05$) преобладание основной группы по отягощенности алкоголизмом родителей (50,00% против 37,39%) а также сестер и братьев пациенток (20,86% против 8,70%).

Как видно из табл. 1, по давности заболевания обе группы достоверно не различаются. С учетом этого обстоятельства достоверное преобладание в основной группе лиц с более тяжелыми и поздними стадиями алкоголизма следует расценивать как тенденцию эпилептоидных пациентов к более быстрому продвижению в направлении к третьей стадии заболевания. Такая тенденция находится в резком контрасте с данными, говорящими об отсутствии значимых различий между обеими группами больных по скорости формирования начала болезни, т.е. ее прогрессивности в узком смысле слова. Следовательно, если эпилептоидные пациентки по скорости формирования начала заболевания не отличаются от синтонно-гипертимных, то по скорости дальнейшего развития алкоголизма они их опережают.

Другим важным критерием являются ремиссии алкоголизма — их число и продолжительность. В основной группе среднее число ремиссий на одну больную было невелико (как правило, не более двух). В группе сравнения продолжительность каждой ремиссии была несколько меньше, но их общее количество было больше; спонтан-

ных ремиссий не встречалось. Изучение среднего отношения суммарной продолжительности ремиссий к давности заболевания в каждой группе выявило достоверно большее значение этого показателя в основной группе (25,50% ($s = 26,71$) против 11,49% ($s = 16,32$) в группе сравнения ($P < 0,05$), что говорит о благоприятной тенденции.

Особый интерес представляет сравнение указанных двух групп больных женщин по структурным особенностям трех основных клинических синдромов алкоголизма [25–27].

Патологическое влечение к алкоголю (ПВА)

По объективным данным (наблюдение непосредственно в период лечения больных в стационаре), у пациенток основной группы аффективные нарушения в структуре ПВА отмечались достоверно ($P < 0,05$) чаще (59,49% против 44,35% в группе сравнения). Субъективные объяснения причин “срывов” ремиссий пациентками основной группы также указывают на большую роль эмоциональных нарушений у них. Так, достоверно ($P < 0,05$) чаще в этой группе встречались ссылки на “плохое настроение” (в 16,52% случаев против 6,96%), на переживания в связи с неприятностями (в 24,77% случаев против 9,57%).

Полученные данные позволяют заключить, что при наличии epileptoидных черт у женщин, больных алкоголизмом, у них усиливается аффективный компонент ПВА, что в значительной мере отодвигает на задний план рационально-идеаторные компоненты синдрома ПВА (суждения, размышления, взгляды, сомнения, аргументация, касающиеся алкоголя).

Следует также отметить, что, вопреки ожиданиям, не было выявлено достоверных межгрупповых различий в частоте встречаемости пароксизмального варианта ПВА [12]. Причина этого состоит, видимо, в том, что, несмотря на отмеченное выше родство между epileptoидией и epileпсией, “приступные” механизмы более свойственны именно epileпсии, а указанное сходство касается лишь ряда устойчивых, константных личностных черт, имеющих у epileptoидов. Epileptoидные черты личности не являются непосредственным отражением каких-либо приступообразных событий в хроническом пароксизмальном процессе, локализованном в лимбических структурах головного мозга и служащем патогенетической основой ПВА, и, следовательно, как бы не предполагают дополнительной “пароксизмальности” в клинических проявлениях ПВА. Вместе с тем, выявленное выше преобладание у epileptoидных пациенток в структуре ПВА аффективных нарушений свидетельствует о том, что у них все же имеется определенная неустойчивость в деятельности “эмоционального мозга”, включающего лимбические структуры.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС)

Достоверных различий обеих групп по частоте встречаемости в них симптомов ААС, составляющих его нейровегетативный, висцеральный и церебральный компоненты, не установлено. Что же касается психопатологического компонента ААС, то у больных основной группы достоверно чаще ($P < 0,05$) проявляются параноидная настроенность и идеи отношения (33,91% против 20,87% в группе сравнения).

Алкогольная деградация личности (АДЛ)

Картина АДЛ, как известно, состоит из двух больших групп симптомов, отражающих соответственно интеллектуально-мнестическое и морально-этическое снижение.

Интеллектуально-мнестическое снижение, несомненно, является непосредственным следствием токсического воздействия на головной мозг алкоголя и продуктов его метаболизма, что дополняется алкогольной патологией печени, негативно влияющей на состояние головного мозга больных алкоголизмом [28]. По своему характеру оно лишено нозологической специфичности.

В противоположность этому, морально-этическое снижение в основном является выражением, поведенческим аспектом ПВА, которое служит носителем нозологической специфики алкоголизма как психического заболевания [12].

В спектре проявлений интеллектуально-мнестического снижения (табл. 2) в основной группе достоверно ($P < 0,05$) чаще отмечались снижение репродуктивной памяти (26,72% против 14,78%), а также утрата логической последовательности и целенаправленности в мышлении (4,42% при полном отсутствии такового в группе сравнения).

В картине морально-этического снижения больных (табл. 2) обнаружилось следующие достоверные различия ($P < 0,05$): в основной группе чаще имели место лживость, эмоциональное огрубление, раздражительность, а достоверно реже — хроническая эйфория.

Как видно из приведенных данных, пациентки с epileptoидным складом характера отличаются большей выраженностью морально-этического снижения; что же касается интеллектуально-мнестического снижения, то и оно в некотором отношении выражено больше, чем в группе сравнения. Следовательно, наличие epileptoидных личностных черт так или иначе связано с большей силой и устойчивостью ПВА, которое деформирует нравственный облик больных алкоголизмом и утрирует его нозологическую специфику. Кроме того, более сильное ПВА реально ведет к более тяжелой алкогольной интоксикации, которая, в конечном счете, сказывается в сравнительно неблагоприятной динамике болезни.

Представляет определенный интерес, что у больных основной группы обнаружилась достоверно ($P < 0,01$) большая частота возникновения алкогольных психозов (7,08% против 2,74% в группе сравнения), причем основную роль здесь играют алкогольные делирии (4,42% против 0,91% в группе сравнения). Возможно, с этим согласуется отмеченное выше преобладание основной группы больных по выраженности психопатологического компонента ААС. Объяснение этих фактов требует дополнительного исследования.

Заключение

Таким образом, при сопоставлении двух групп личностей с чертами характера стенического полюса — синтонно-гипертимных и epileptoидных — установлено, что алкоголизм у женщин с epileptoидными чертами характера отражает влияние противоположных тенденций. С одной стороны, заболевание подчиняется закономерностям, присущим стеническим личностям вообще и заключающимся в сравнительно невысокой прогрессивности (небольшая скорость формирования начала болезни) и большей продолжительности ремиссий. С другой стороны, дальнейшее течение алкоголизма характеризуется большей силой ПВА, большей тяжестью проявлений АДЛ и ускоренным продвижением к более тяжелым стадиям.

Признаки АДЛ в исследованных группах
(достоверность различий на уровне $P < 0,05$)

Нравственно-этические признаки АДЛ				Интеллектуально-мнестические признаки АДЛ			
Признак	Группы		Достоверность	Признак	Группы		Достоверность
	Основная	Сравнения			Основная	Сравнения	
Раздражительность	43,47%	29,57%	$P < 0,05$	Ослабление репродуктивной памяти	26,72%	14,78%	$P < 0,05$
Эмоциональное огрубление	36,84%	22,61%	$P < 0,05$	Утрата логической нити и целенаправленности в мышлении	4,42%	0,00%	$P < 0,05$
Лживость	30,7%	18,26%	$P < 0,05$	Сужение умственного кругозора	40,00%	39,13%	$P > 0,05$
Хроническая эйфория	0,89%	7,83%	$P < 0,05$	Застревание на мелочах и примерах	22,81%	13,91%	$P > 0,05$
Приглушение чувства профессионального долга	38,26%	41,74%	$P > 0,05$	Ослабление фиксационной памяти	17,86%	18,26%	$P > 0,05$
Приглушение чувства родительского долга	29,31%	39,13%	$P > 0,05$	Неопределенность и противоречивость суждений	17,54%	12,17%	$P > 0,05$
Эгоизм (эгоцентризм)	21,93%	12,17%	$P > 0,05$	Неспособность обобщать и выделять главное	7,96%	14,78%	$P > 0,05$
Легкомыслие	15,93%	20,87%	$P > 0,05$	Несообразительность и бесплодность	5,36%	8,70%	$P > 0,05$
Безразличие к судьбе (опущенность, равнодушие, апатия)	8,04%	10,43%	$P > 0,05$	Истощаемость с "отказными" реакциями	6,25%	1,73%	$P > 0,05$
Паразитические тенденции	12,39%	4,35%	$P > 0,05$				
Неряшливость	8,85%	4,34%	$P > 0,05$				
Позерство	6,19%	3,48%	$P > 0,05$				
Сексуальная распущенность	4,42%	6,09%	$P > 0,05$				

Список литературы

1. Cloninger C.R. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism // Science. — 1987. — Vol. 236. — P. 410—416.
2. Cloninger C.R., Bohman M., Sigardsson S. Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men // Arch. Gen. Psychiatry. — 1981. — Vol. 38. — P. 861—868.
3. Babor T.F. et al. Types of alcoholics, I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability // Arch. Gen. Psychiatry. — 1992. — Vol. 49. — P. 599—608.
4. Иванец Н.Н. Результаты изучения роли личностного фактора в клинике алкоголизма // Тез. Докл. III Всесоюз. науч.-практ. конф. по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и токсикоманий. — М., 1980. — С. 73—76.
5. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1983. — Т. 8. — С. 1222—1227.
6. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Р.-на-Д.: Феникс, 2000. — 539 с.
7. Малышко Т.В. Алкоголизм у женщин с преобладанием преморбидных черт характера стенического и астенического круга (клиника, терапия, прогноз): Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1987. — 16 с.
8. Трубочанинова О.Н. Хронический алкоголизм у больных с преморбидными чертами характера стенического круга: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1982. — 19 с.
9. Небаракова Т.Н. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными чертами характера астенического круга: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1978. — 16 с.
10. Новиков Е.М. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными характерологическими чертами истерического круга: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1978. — 15 с.
11. Amark C. A study in alcoholism // Acta Neurol. Psychiatr. Scandinavia. — Stockholm, 1951. — S. 129—163.
12. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
13. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — 122 с.
14. Краснушкин Е.К. К проблеме эпилептоидной психопатии // Проблемы эпилепсии. — М., 1936. — С. 49—64.
15. Ballenger J.S., Post R.M. Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes // Brit. Journ. Psychiatr. — 1978. — Vol. 133. — P. 1—14.
16. Смудевич А.Б. Расстройства личности (психопатии) // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 558—602.
17. Mauz F. Die Veranlagung zu Krampfanfällen. — Leipzig: Thieme, 1937. — 68 s.
18. Кронфельд А.С. Деменция и эпилепсия // Проблемы теоретической и практической медицины. — М., 1938. — Т. 8. — С. 138—147.

19. Kraepelin E. Psychiatria. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. — Leipzig: Barth, 1903. — Teil 7. — Bd. 4.
20. Kretschmer E. Medizinische Psychologie. — 3-e Aufl. — Leipzig: Thieme, 1926. — 273 s.
21. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: Методическое руководство. — М., 1990. — 75 с.
22. Первомайский Б.Я., Антропов Ю.А., Ялдыгина А.С. и др. Некоторые данные определения типа высшей нервной деятельности у человека // Проблемы патологии высшей нервной деятельности, соматических нарушений, клиники и терапии психозов. — Киев, 1965. — С. 101—105.
23. Первомайский Б.Я. Методика определения типа высшей нервной деятельности человека // Вопросы клиники, патофизиологии и лечения психических заболеваний. — Луганск, 1964. — Вып. 6. — С. 48—54.
24. Елисеев О.В. Практикум по психологии личности. — СПб.: Питер, 2001. — 560 с.
25. Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 435 с.
26. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — 2-е изд. — Л.: Медицина, 1973. — 368 с.
27. Стрельчук И.В. Об основных синдромах алкоголизма // Патогенез, клиника и лечение алкоголизма: Тез. докл. — М., 1976. — С. 229—231.
28. Абдуллаев Т.Ю., Альтшулер В.Б. Клинические особенности алкоголизма у больных с патологией печени // Вопросы наркологии. — 2001. — № 1. — С. 33—41.

TO THE PROBLEM OF TYPOLOGY OF FEMALE ALKOHOLISM: THE PECULIARITIES OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH EPILEPTOID PERSONALITY TRAITS

ALTSHULER V.B. Head of the Department of clinical studies of alcoholism,
National Research Center of Narcology, Moscow

SHTYRKOV A.G. postgraduate researcher,
National Research Center of Narcology, Moscow

Personality traits of epileptoid type are clinically determined and experimentally verified in the group of female alcoholic patients. The comparison with the group of syntonous-hyperthymic alcoholic patients has shown that epileptoid features influence negatively on the clinical prognosis of the disease. It also suggests the necessity of biologically oriented therapeutic approach. The diagnostic criteria of the epileptoidness are discussed.