

STUDIU CLINICO-STATISTIC ASUPRA ALCOOLISMULUI *

dr. Gh. Grecu, dr. C. Csíky, dr. Marta Bara

Consumul de alcool la anumite ocazii este consfinţit de obiceiuri, obiceiuri care în unele situaţii sînt considerate chiar reguli nescrise ale oamenilor, încă din cele mai vechi timpuri. Aceste obiceiuri o dată depăşite şi în special atunci cînd consumul de alcool devine un scop în sine, se ajunge de fapt la alcoolismul cronic ca boală psihosocială, moment ce se situează la limita dintre adolescenţă şi vîrsta medie. Deci, propaganda antialcoolică, respectiv prevenirea alcoolismului trebuie orientată în primul rînd spre populaţia tînără.

Riscul de a deveni alcoolic se cifrează în cele mai diferite zone de pe glob la maximum 5—6⁰/₀. Aparent acest risc este foarte mare, dar numărul alcoolicilor va depinde în bună parte de aspectul şi eficienţa măsurilor de psihoprofilaxie, realizate printr-o educaţie adecvată încă din copilărie.

În general, alcoolul este consumat în cantităţi enorme, iar numărul alcoolicilor este atît de mare încît alcoolismul este considerat azi, de cei mai mulţi autori, drept o „pandemie toxică”. Sub aspectul sănătăţii publice în S.U.A., de exemplu, alcoolismul este situat pe locul 4 ca gravitate, fiind întrecut de afecţiunile cardiovasculare, bolile mintale şi cancer. Dar nu trebuie uitat nici faptul că alcoolul ocupă un loc considerabil în patologia bolilor psihice şi somatice.

După ce *Sutton* (1831) a descris „delirul tremens”, fără să-i fi presupus etiologia alcoolică, lucru făcut de *Rouyer* (1819), şi în special după ce *Magnus Huss* în 1852, a introdus termenul de „alcoolism” foarte mulţi autori s-au ocupat şi se ocupă de problema alcoolismului. Puţinele criterii cnumerate mai sus precum şi o creştere relativă a cazurilor de alcoolism cronic internate în ultimii ani în clinica noastră, credem că motivează abordarea acestei lucrări.

Material şi metodă

La baza acestei lucrări stau observaţiile clinico-statistice efectuate asupra unui număr de 1690 bolnavi, internaţi în perioada 1960—1972 în Clinica de psihiatrie din Tîrgu-Mureş, pentru alcoolism cronic, complicaţii psihotice ale acestuia şi, într-un procentaj foarte redus, pentru dipsomanii şi beţii patologice. În prelucrarea statistică aceşti bolnavi au fost repartizaţi după mediul de provenienţă, sex, stare civilă, vîrstă, profesie, băuturi alcoolice preferate, motivaţia consumului repetat de alcool, diagnostic, tratament şi număr de reinternări.

* Lucrare comunicată la U.S.S.M., Filiala Mureş, Secţia de neurologie, psihiatrie şi neurochirurgie, la 21 XII 1972

Rezultate

În perioada cuprinsă între 1960—1972 au fost internați în clinica noastră, un număr de 1690 bolnavi cu variate complicații ale alcoolismului cronic, constituind 11,2% din numărul total al bolnavilor internați în acest interval de timp.

Repartizind bolnavii după mediul social din care provin constatăm că 59,5% sînt din mediul urban și 40,5% din cel rural, în timp ce, privind sexul, bărbații reprezintă un procentaj de 91,8% față de 8,2% înțilnit la femei.

În raport cu starea civilă am obținut următoarele date: căsătoriți 61,3%, necăsătoriți 14,1%, divorțați 13,2%, separați 8,8% și văduvi 2,6%.

E și firesc ca marea majoritate a acestor bolnavi să fie căsătoriți, avînd în vedere că alcoolizarea cronică se întîlnește de obicei la vîrsta medie, dar în același timp trebuie să remarcăm faptul că în familiile lor conflictele și stările tensionale se țin țanț, ceea ce se deduce și din procentajul de 22% al celor divorțați și separați.

Privind vîrsta, procentajul cel mai ridicat de 61,8% este cuprins între 31—50 de ani, de unde apoi descrește lent, progresiv spre cei doi poli ai existenței, ajungînd la 0,9 între 71—80 de ani, și 1,4% între 11—20 de ani.

Repartizarea alcoolizatorilor în raport cu profesia ne-a dat următoarele relații procentuale: muncitori 38,7%, cooperatori agricoli 28%, funcționari 15,9% (din care 0,16% militari), pensionari 5,4%, intelectuali 4,6% (din care învățători și profesori 3,1%, ingineri 0,8% și medici 0,6%), casnice 4,2%, ospătari 2,1% și frizeri 1,1%.

Interesindu-ne de băuturile preferate, am observat că 42,3% consumau țuică, vodcă, sîlboviță (bături alcoolice concentrate); 21,2% preferau coniacul, romul, vinul și ocazional țuica; 17,1% nu făceau nici o distincție între băuturi (consumau de toate); 16,1% recurgeau mai ales la vin și bere, în timp ce numai 2,4% preferau lichiorurile.

Referitor la motivația începutului și a continuării consumului repetat de alcool, investigațiile noastre au relevat faptul că 25,8% atribuie aceste conflictele familiale; 17,6% — dorinței de a înlătura oboseala și setea; 7,5% beau pentru singe (informație greșită) și în special pentru creșterea potenței sexuale; 7,3% datorită anturajului în care au intrat la o vîrstă mai tînără și la care s-au acomodat repede; 6,5% pentru noile senzații sau extazul produs de alcool; 5,7% din cauza divorțului (dar în marea lor majoritate erau alcoolici și înainte de divorț); 5,6% motivează prin conflictele la locul de muncă (conflicte care erau o consecință directă a alcoolizării lor cronice, ajungînd astfel la o scădere a capacității de muncă intelectuală și fizică precum și la alte abateri de la disciplină); 5,5% consumau băuturi alcoolice pentru a deveni mai curajoși (în special cei timizi și cu complexe de inferioritate); 4,5% din cauza unor îmbolnăviri somatice ale căror simptome se atenau la alcool; 4% din cauza infidelității; 3,1% din cauza pierderii sau îmbolnăvirii unor persoane dragi; iar 2,1% din cauza unor dorințe impulsive.

Din cei 1690 bolnavi suferind de o intoxicație alcoolică de durată și intensitate variabilă, un procentaj de 69,1% s-au internat pentru alcoolism cronic, fără tulburări psihice de aspect psihotic (internîndu-se în majoritatea cazurilor la solicitarea aparținătorilor sau a colectivului de muncă): 11,7% cu delir tremens; 7,8% cu predelir; 2,4% cu reacții para-

noide; 2,3⁰/₀ pentru beție patologică; 1,9⁰/₀ cu depresii; 1,1⁰/₀ cu halucinoză alcoolică; 1⁰/₀ pentru dipsomanie; 0,9⁰/₀ cu epilepsie alcoolică; 0,6⁰/₀ cu demență alcoolică; 0,4⁰/₀ cu sindrom Korsakov; 0,4⁰/₀ cu delir acut și 0,3⁰/₀ cu encefalopatie Gayet-Wernicke.

În privința tratamentului relevăm faptul că tuturor bolnavilor li s-a aplicat o psihoterapie rațională, alături de care, în funcție de starea sănătății psihosomatice, bolnavii au primit și o medicație adecvată (vitamine în diferite combinații, psihotrope, antibiotice, microtransfuzii de sînge integral sau perfuzii cu diferite combinații medicamentoase, antiepileptice și chiar electroșocuri (în cazuri de sindrom halucinator paranoid remanent). Paralel cu obținerea unor raporturi bune și ameliorarea stării de sănătate psihosomatică, pregăteam bolnavii pentru cura de dezobișnuire. În scopul dezobișnuirii am aplicat la 92,3⁰/₀ din bolnavi, 4 metode diferite la baza cărora au stat Metronidazol la 0,8⁰/₀, Miorelaxin la 12,5⁰/₀, Apomorfină la 13⁰/₀ și Antalcoolul la 66⁰/₀, ultima metodă fiind mai „sigură” și de preferat. De menționat că la 7,7⁰/₀ din bolnavii alcoolici nu am aplicat nici o metodă de dezobișnuire, deoarece starea lor psihosomatică era grav alterată, sau pentru faptul că li s-au aplicat în repetate rînduri asemenea tratamente fără nici un rezultat.

Cu toate eforturile și metodele utilizate rezultatele nu au fost cele scontate, iar vindecările au atins doar 33⁰/₀, dar și dintre cei vindecați o parte, după intervale de 1—2 ani și chiar mai mult, au reluat consumul de băuturi alcoolice. Schematic, rezultatele obținute se prezintă astfel: ameliorați 60,5⁰/₀, vindecați 33⁰/₀, agravați 1,1⁰/₀ și decedați 0,9⁰/₀.

Referitor la numărul curelor de dezobișnuire putem releva că 45,5⁰/₀ au făcut o singură cură, 24,2⁰/₀ două cure, 12,1⁰/₀ trei cure, 9,7⁰/₀ patru cure, 7,4⁰/₀ cinci cure, 3,8⁰/₀ șase cure. De obicei, acolo unde prima cură nu a avut o eficacitate de mai mulți ani și de fapt acolo unde ele se repetă la intervale scurte de timp, am putea spune că în multe cazuri ele sînt aproape inutile.

Cu privire la cei decedați (0,9⁰/₀) majoritatea au făcut abuzuri cronice și excesive de băuturi alcoolice, motiv pentru care, la internare, prezentau o alterare profundă biologică și psihică (trezind o parte din ei din delirul tremens în delirul acut, sau prezentînd o encefalopatie Gayet-Wernicke).

Discuții

Enumerarea rezultatelor obținute prin studiul clinico-statistic efectuat asupra celor 1690 de bolnavi internați între 1960—1972 în clinica noastră cu diagnosticul de alcoolism cronic, variate complicații ale acestuia sau alte manifestări paroxistice ale consumului de alcool, relevă în mod foarte pregnant faptul că alcoolul ocupă un loc important în etiologia bolilor psihice de multe ori extrem de grave. În acest sens e demn de remarcat afirmația lui Darwin că „nu există cauză de suferință, de boală și de mizerie mai puternică decît alcoolismul”. Și într-adevăr, dacă luăm în considerare atît urmările directe ale alcoolismului asupra consumatorilor lui (scăderea capacității de muncă fizică și intelectuală, leziunile diferitelor organe și țesuturi), cît și influențele patologice asupra urmașilor, numeroasele accidente, delictе, crime, violuri, sinucideri etc., ele ne scot în evidență marea importanță a alcoolismului în ceea ce privește

locul semnificativ pe care-l ocupă în seria problemelor medicosociale de actualitate. Dar mai trebuie amintit că pe lângă fiecare alcoolic suferă în medie încă 6—7 persoane.

În familiile alcoolicilor viața este dezmembrată, conflictuală, cu multe lipsuri materiale și spirituale, în urma cărora suferă mai mult copiii care pot prezenta o retardare psihică, un deficit de adaptare și învățare, iar o parte din ei (după unii autori 52%) devin alcoolici. Un alt procent din copii prezintă numeroase maladii psihice (oligofreni, comportamentali, psihopați, isterici etc.) și neurologice (epilepsie etc.) sau de altă natură. De fapt alcoolicul, prin comportamentul și neglijarea obligațiilor sale familiale și profesionale, contribuie din plin la dezorganizarea familiei și la perturbarea activității grupelor în care activează; în același timp nu trebuie să uităm faptul că alcoolismul lezează și dezvoltarea psihosomatică a descendenților. De fapt numărul celor 1690 de alcoolici tratați în ultimii 13 ani în clinica noastră, nu reflectă o situație reală a alcoolismului cronic în județul Mureș, deoarece în studiul nostru au intrat numai acei bolnavi care s-au internat din proprie inițiativă sau la insistențele aparținătorilor și ale colectivului de muncă, pentru efectuarea unor cure de dezobișnuire, cât și cei care la un moment dat au prezentat unele complicații psihotice, pentru care au fost internați de urgență.

În general, alcoolismul devine boală la orice consumator, indiferent de vîrstă, doză și durata de alcoolizare, în momentul în care apar tulburări de sănătate sau ale relațiilor sociale, iar alcoolismul cronic se caracterizează prin consumarea sistematică, ca o necesitate, a unor băuturi alcoolice (din ce în ce mai concentrate) și în cantități variate (chiar fără stări de ebrietate evidente) care vor duce treptat la degradarea psihică și somatică. Trăirea acestor senzații de necesitate a consumului de alcool este legată de unele modificări intime în biochimia celulară și tocmai din acest motiv apare dependența individului față de alcool, moment de la care reîntoarcerea este foarte grea. Ca un semn complementar, observat de noi foarte frecvent în alcoolismul cronic, îl constituie imposibilitatea acestor bolnavi de a-și păstra băuturile alcoolice (vinul sau țuica) din producție proprie pentru un timp mai îndelungat, ce ar corespunde unui consum rațional, deoarece ei nu se pot stăpîni sau opri pînă nu termină băuturile respective. În acest sens se poate afirma că ei sînt niște hedoniști egocentriți cu un caracter slab (lipsit de voință). La 20,4% obișnuința s-a instalat repede, datorită consumului de băuturi alcoolice cu scopul de a-și înlătura oboseala și setea, cât și pentru creșterea bunei dispoziții și a potenței sexuale. De obicei dependența toxicomană se instalează mai repede la indivizii cu o structură psihică fragilă, la timizi, sensibili, psihopați, la cei cu traumatisme craniocerebrale, la unii din bolnavii psihici în perioada de debut sau de stare, cât și la cei cu stări epileptoide și impulsive. În acest sens se poate presupune că cele de mai sus ar constitui o grupă de factori favorizanți ai alcoolismului cronic. De fapt intoxicația cronică cu alcool are efecte nocive asupra celor mai variate organe și în special asupra sistemului nervos (care au dus la numeroase stări confuzo-onirice, crize epileptiforme, sindroame Korsakov, demențe alcoolice etc.). Tocmai aceste leziuni complexe și variate au determinat ca la 24% dintre alcoolicii studiați personalitatea psihică să se tocească treptat, scăzînd în același timp și capacitatea de adaptare, de muncă, de rezistență, de răspundere față de familie, societate și profesie, rămînîndu-le doar o sin-

gură preocupare axată asupra modului în care să-și procure băutura preferată.

Mulți autori vorbesc de existența unor factori ereditari pe care nu-i putem accepta în mod general, deoarece din descendenții unor părinți alcoolici numai o parte devin alcoolici în timp ce o altă parte sînt anti-alcoolici convingi. Deci, educația are un rol extrem de important în prevenirea alcoolismului cronic.

Cu toate că alcoolul constituie un agent etiologic de mare importanță în imbolnăvirile psihice și în stimularea delicvenței (violente, răniri, loviri, furturi, delikte sexuale, excrocherii, abuz de încredere, incendii, sinucideri, omucideri etc., acte ce se pot întîlni atît în alcoolismul acut — beția simplă și patologică —, cît și în cel cronic, mai ales în stările psihotice), putem afirma că tocmai partea cea mai importantă scapă de sub influența și controlul medicului. Această parte se referă la factorii generali de incurajare a producției de băuturi alcoolice, la ușurința cu care se pot procura aceste băuturi, la consimțămîntul și obișnuința colectivă plină de îngăduință și scuze față de manifestările incipiente ale alcoolismului (mai ales la tineri). De fapt această toleranță socială este mai puțin indulgentă față de femeile alcoolice. În schimb la marea majoritate a femeilor observate de noi alcoolismul a produs mult mai de timpuriu și mai profunde degradări psihosomatice decît la bărbați.

În general, pentru a obține rezultate mai evidente prin terapia de dezalcoolizare, e bine să se efectueze de la început o selecție prealabilă a cazurilor, pe baza unui bilanț psihologic și biologic, a unei anchete sociale, ținînd seama și de antecedentele eredocolaterale și personale, vechimea alcoolismului, rezultatul curelor anterioare și altele, pentru a evita curele inutile, pe care le-am întîlnit destul de frecvent, făcîndu-le de multe ori numai pentru insistențele repetate ale aparținătorilor. Cu toate acestea în cazul în care recidivele sînt mai îndepărtate, acceptăm repetarea curei, pentru că a obține o abstenență completă cu o durată de peste un an, noi o considerăm drept succes.

În terapia de dezalcoolizare am ținut seama în primul rînd de tipul personalității și apoi am apelat întotdeauna la factorii de mediu (familiali, ai colectivului de muncă și chiar ai organizațiilor din care alcoolul face parte), cerîndu-le să ne ajute în vederea consolidării reușitei noastre terapeutice. Dar, în primul rînd, am pornit de la fiecare caz în parte, demonstrînd alcoolicului că nu este vorba de un tratament la care el să rămîină pasiv, ci de o colaborare activă, motiv pentru care el trebuie să accepte și să dorească cura. Bineînțeles că pentru a ajunge la această înțelegere se cerea o muncă destul de perseverentă și în special o psihoterapie rațională. Nu vom descrie aici modul în care am practicat cele 4 variante ale curei de dezalcoolizare (pe care le recomandăm să se efectueze numai în spital) încredințînd în plus unui membru din familie sau din colectivul de muncă sarcina ca în fiecare zi (de preferat dimineața) timp de 1—2 ani să administreze alcoolicului o tabletă de Antalcol.

Se recomandă ca atît familia cît și colectivul de muncă să exercite asupra alcoolicului o supraveghere blindă și o stimulare psihologică, prin care bolnavul să-și poată găsi resursele necesare în vederea echilibrării și cîștigării independenței față de alcool. În sfîrșit, consultațiile periodice pe bază de dispensarizare, vizitele asistențelor sociale la domiciliu și la locul de muncă, punerea la curent și a medicilor de la locul de muncă al

alcoolicului, cît și prin ajutorul colectivului de muncă și al organizațiilor politico-economice, putem spera că pe viitor vom avea rezultate mult superioare și de durată. Dar pentru acest lucru credem că ar fi bine să se dea o atenție și mai mare luptei contra alcoolismului cronic, printr-o propagandă susținută prin presă, radio, TV etc. și prin trasarea unor sarcini permanente organizațiilor și conducerii întreprinderilor și instituțiilor de a combate alcoolismul.

Pe baza acestei propagande antialcoolice se va ajunge cu siguranță la crearea unei opinii publice dezaprobativă față de alcoolici. Un alt aspect, ce credem că este necesar să se rezolve în cel mai scurt timp, se leagă de faptul că indivizii cu stări de ebrietate, cînd devin conflictuali și conturbă liniștea, sînt aduși de organele de miliție direct în clinica de psihiatrie (majoritatea, peste 90% noaptea), unde prin starea lor de agitație deranjează bolnavii din secție. Pentru a nu se mai repeta asemenea acțiuni și scene care neliniștesc o secție întreagă, recomandăm ca pe lângă fiecare Direcție județeană de miliție să se organizeze o cameră special amenajată pentru ca acești indivizi să fie reținuți și îngrijiți pînă la trezire, și abia pe urmă, cînd sînt treji să fie amendați și să se stabilească dacă acceptă dezalcoolizarea sau alte tratamente și măsuri de protecție a familiei etc. În acest sens credem că s-ar organiza o protecție socială mai eficientă.

Concluzii

1. Alcoolismul cronic cu complicațiile sale ridică numeroase probleme de terapie care, oricît de judicios ar fi aplicate, încă nu rezolvă recăstigare independentă individului față de alcool, decît într-un procentaj redus de 33%.

2. Pe lângă cele de mai sus un alt aspect important îl ocupă profilaxia alcoolismului, în acest scop e indicat ca din fragedă copilărie și în special din școala elementară să se introducă în sistemul educațional și unele probleme mai importante legate de combaterea alcoolismului și de corectarea unor idei greșite întîlnite încă și azi în rîndul populației (vinul dă viață, face sînge, crește potența sexuală, alcoolul este aliment, berea este piine lichidă ș. a.).

3. În general, în combaterea alcoolismului este necesar să se ducă o campanie sanitar-educativă cu caracter permanent, prin care să se demonstreze în mod convingător în masa populației că excesul și consumul sistematic de băuturi alcoolice sînt nocive atît pentru individul alcoolic, cît și pentru familia și descendenții săi. Prin această propagandă antialcoolică trebuie să se urmărească pe lângă transmiterea cunoștințelor legate de efectele secundare ale intoxicației acute sau cronice, în primul rînd reducerea consumului de alcool prin schimbarea concepțiilor și obiceiurilor greșite, fără a cere populației o renunțare completă și definitivă la băuturi alcoolice.

4. O altă problemă extrem de importantă o constituie înființarea serviciilor de sănătate mintală, în cadrul cărora să existe posibilități de dispensarizare și dezalcoolizare ca acești bolnavi după ce li s-a efectuat cura de dezobșnuire să fie observați în familie și la locul de muncă, făcîndu-li-se cu fiecare ocazie o psihoterapie rațională, stimulativă, în vederea echilibrării personalității lor.

5. Pentru a obține rezultate terapeutice mai importante și de durată, este necesar ca pe lângă clinică și medic, să fie mobilizate și alte forțe sociale, ca de exemplu: familia, colectivul în care lucrează, organizațiile de masă și conducerile întreprinderilor, cooperativelor sau instituțiilor din care fac parte, cit și organele de stat în sarcina cărora cade asigurarea protecției sociale.

6. Alcoolismul cronic constituie o problemă de mare actualitate practică. Datorită numeroaselor sale implicații psihosomatice și sociale, trebuie să i se acorde o importanță deosebită.

Sosit la redacție: 4 mai 1973.

Bibliografie

1. Aronson H., Gilbert A.: Arch. gen. Psychiat. (1963), 8, 235;
2. Bailey M. B.: Quart. J. Stud. Alc. (1961), 22, 81;
3. Blane T. H., Barry H., Barra Jr.: Brit. J. Psychiat. (1971), 119, 657;
4. Cahalan D., Cisin I.: Quart. J. Stud. Alc. (1968), 29, 130;
5. Christopher, Ross F. J.: Brit. J. Psychiat. (1971), 118, 75;
6. Franks C. M.: Alcohol, Alcoholism and Conditioning. Ed. Pergamon, Press, New York, 1960;
7. Glatt M. M.: Brit. J. Addict. (1967), 62, 35;
8. Grecu Gh., Csiky K., Csiky Cs., Făgărășanu M.: Neurol., Psihiat. și Neurochir. (1970), 6, 481;
9. Hohlov K. L., Sireisikov B. B.: J. Nevropat. i Psihiat. (1972), 73, 6, 897;
10. Jellinek E. M.: The Disease Concept of Alcoholism. Ed. New Haven, Conn: College and University Press, 1960;
11. Kessel N., Walton H.: Alcoholism. Ed. Penguin Books, London, 1965;
12. Kardos Gy., Tóth A.: Idegyógy. Szle. (1970), 23, 1, 17;
13. Lieberson A. I.: Psychiat. Quart. (1971), 45, 574;
14. Lincoln Williams: Alcoholism a manual for practitioners. Ed. Livingstone, Ltd. Edinburgh and London, 1956;
15. Mackay: Quart. J. Stud. Alc. (1961), 22, 124;
16. Mayfield G. D., Coleman L. L.: Dis. Nerv. Syst. (1968), 29, 467;
17. Moore, Robert A.: Amer. J. Psychiat. (1971), 128, 5, 638;
18. Nylander I.: Acta paed. Scand. (1960), 49, suppl. 121;
19. Pitts F., Winokur G.: J. Psychiat. Res. (1966), 4, 37;
20. Rae B. J., Drewery J.: Brit. J. Psychiat. (1972), 120, 615;
21. Rathod N. H., Gregory E., Blows D. Thomas G. H.: Brit. J. Psychiat. (1966), 112, 683;
22. Rimmer J., Chambers D.: Amer. J. Orthopsychiat. (1969), 39, 760;
23. Rittson B.: Brit. J. Psychiat. (1971), 118, 79;
24. Rosenberg M. C.: Brit. J. Psychiat. (1969), 115, 181;
25. Saavedra A. y., Mariategui J.: Rev. de Neuro-Psiquiatria (1967), 30, 1, 3;
26. Sherfey M. J.: Psychopathology and character structure in chronic alcoholism. In: Die-thelm O., Etiology of chronic alcoholism, Ed. Thomas, Springfield, 111, 1955, 16;
27. Schuckit M., Rimmer J., Winokur G.: Brit. J. Psychiat. (1971), 119, 663;
28. Sielicka M.: Polish. Med. Weekly (1907—1909), 16, 11961;
29. Thompson N. G.: Acute and chronic Alcoholic Conditions. In: American Handbook of Psychiatry, II. Ed. Silvano Arieti, Ed. Basic Book, New York, 1967, 1203;
30. Wieser S.: Fortschr. Neurol. Psychiat. (1962), 30, 169;
31. Wieser S.: Fortschr. Neurol. Psychiat. (1965), 33, 349;
32. Winokur G., Reicht T., Rimmer J., Pitts F.: Arch. Gen. Psychiat. (1970), 23, Aug. 104.