

усугублял расстройство гемодинамики: РИ уменьшался до 0,35—0,45, коэффициент асимметрии нарастал до 68%. При длительном активном удерживании головы в этой позиции на реовазограммах появлялась венозная волна. Инфильтрация мышцы новоканном сопровождалась почти полной нормализацией нарушенной гемодинамики: РИ — 0,76, асимметрия уменьшалась до 13%. Прием нитроглицерина вызывал параллельное нарастание РИ с обеих сторон, появление постоянной венозной волны.

Лопаточно-реберный синдром описан у больных шейным остеохондрозом, особенно часто он обнаруживается у лиц с постуральными нарушениями — «круглая», «плоская» спина [5, 6]. Основной признак — боль, локализующаяся в начале болезни в области медиального верхнего угла лопатки. Интенсивность и периодичность болей зависит от степени физической активности мускулатуры плечевого пояса, особенно в условиях профессиональных перегрузок. Часто в месте прикрепления мышцы определяется хруст при пальпации и при движении лопаткой, в конечном итоге появляются и органические изменения в поднимающей лопатку мышце. Тянущие, простреливающие вниз по лопатке боли испытываются постоянно, иногда ломающая боль появлялась в дельтовидной мышце. Обнаруживались чрезвычайно болезненные миопатозы в месте прикрепления мышц к медиальному верхнему углу лопатки, пальпация нередко вызывала сильную отраженную простреливающую боль в кисть. Согласно нашим наблюдениям, лишь при тонических формах кривошеи плечо на стороне лица приподнято. Клонические гиперкинезы постуральными изменениями не сопровождалась. При электромиографическом исследовании мышц, прикрепляющихся к медиальному углу лопатки, игольчатыми электродами обнаруживалась постоянная электрическая активность мышц на стороне приподнятого плеча. Установка головы прямо в поворот в «трудную» сторону сопровождалась опущением плеча и значительным падением электрической активности указанных мышц. Одновременно происходил подъем другого плеча навстречу поворачивающейся голове. При этом регистрировалась значительная электрическая активность как в ГКСМ, так и в мышцах противоположной стороны, прикрепляющихся к медиальному углу лопатки. Этот важный факт свидетельствует, что патологическая установка головы происходит при содружественной деятельности этих мышц. При синергическом сокращении создается двойной момент силы; поэтому происходит не только поворот, но и наклон ее кзади и в противоположную сторону. При фиксированном плечевом поясе при тех же условиях происходит наклон и разгибание головы, — ретроколлиз.

У 2 больных в результате длительной стойкой кривошеи (более 5 лет) наступила деформация гортани (определено ларингоскопией). Такие больные жаловались на охриплость голоса и удушье, усиливающиеся при нарастании выраженности гиперкинеза.

Таким образом, изменения стволовых структур мозга, реализующиеся на периферии тоническим сокращением мышц по типу кривошеи, сопровождаются и вторичными локальными миодистрофическими синдромами. В свою очередь эти вторичные сдвиги, приобретая свойства периферического регулирующего фактора, способствуют закреплению этой патологической позы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анищенко Г. Я. Спастическая кривошея. Автореф. канд. дисс., М., 1975.
2. Давиденков С. Н. Многоотомное руководство по неврологии. М., Медицина, 1960, т. 7.
3. Заславский Е. Ч. Клиническая медицина, 1976, 5.
4. Петелин Л. С. Экстрапирамидные гиперкинезы. М., Медицина, 1970.
5. Mitchell A. A. a. o. N. G. J. Med. 1950, 50, 1353.
6. Nattziger H. Surg. Gynec. Obstet., 1937, 64, 49.

Поступила 5 ноября 1979 г.

УДК 616.89—008.441.13

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ

И. А. Классен

Кафедра психиатрии (зав. — доктор мед. наук Д. Г. Еникеев) Казанского ГИДУВА им. В. И. Ленина, Республиканский наркологический диспансер МЗ ТАССР (главрач — Л. Д. Никольская)

Реферат. У 136 больных алкоголизмом изучено формирование патологического влечения к алкоголю. Показано, как употребление спиртного вначале носит «символический характер», позднее опосредовано стремлением к эмоциональным контактам

со средой, затем становится мотивом потребности, в последующем приобретает характер страсти, определяющей мотивы поведения и включающей в свою структуру компоненты психологического, психического и физического плана.

Ключевые слова: алкоголь, патологическое влечение, хронический алкоголизм.

Мы изучали симптом влечения к алкоголю у больных, леченных различными психотерапевтическими методами. Эта группа насчитывала 136 человек (все — лица мужского пола, возраст от 18 до 60 лет). У 5 больных была диагностирована I стадия хронического алкоголизма и у 131 — II стадия; из числа последних 36 человек были с рецидивом заболевания. На психотерапевтическое лечение подбирали в основном больных с достаточным сохраненным интеллектом, с определенными способностями к самосознанию и самоанализу, с относительно сохраненными социальными связями и отношениями, с появившимися побуждениями к лечению, с установкой на психотерапевтическое лечение в группе. Степень сохранности эмоционально-волевых качеств была разной.

Нами установлено, что интенсивность влечения в группе изученных больных в I—II и начале III стадии алкоголизма во всех его сложных проявлениях по мере углубления болезненного процесса имеет тенденцию к нарастанию. Влечение к спиртному может, во-первых, носить разную степень осознаваемости его больным; во-вторых, быть различным по эмоциональной окраске, «эмоциональному заряду»; в-третьих, быть различным по качеству.

На этапе употребления спиртного, обусловленного общепринятыми моделями, традициями среды, само по себе употребление алкоголя не являлось самоцелью. В этой стадии большее значение для личности имели следующие программы: любопытство, самоутверждение, подражание и т. д. Испытанное приятное ощущение эйфории, улучшение контактов, межличностных отношений, возможность реализации других программ, осуществляемых с помощью алкоголя, постепенно пробуждали потребность, стремление к повторению подобных ситуаций. Нередко приобщение к спиртному являлось вполне сознательным, целенаправленным актом для снятия, к примеру, комплексов неполноценности, ущербности, в силу тех или иных характерологических отклонений, имеющихся или мнимых, преувеличенных физических недостатков.

По мере приобщения к спиртному состояние опьянения, эйфории ассоциировалось в сознании пьющего с удовольствием от спиртного, удовлетворение же потребностей порождало эмоциональные реакции удовольствия или неудовольствия, и эмоции приобретали таким образом положительную или отрицательную окраску. Этому способствовала и сложившаяся в сознании личности «модель алкоголизма». Несомненно, что это предполагаемое удовольствие было предопределено своеобразной психической подготовкой. Эмоции отражали активную форму потребностей, и в этом виде ее можно расценить как влечение к тому, что необходимо для ее удовлетворения (алкоголю). Таким образом, эмоции были тесно связаны с влечением, мотивами потребностей, что обуславливало мотивы поведения. Если моральные, этические, социальные «ограничители» не были на высоком уровне и у личности не были сформированы весомые цели и задачи в жизни, то в процессе дальнейшего потребления у такой личности прием спиртного становился желательным, мотивы сопротивления постепенно угасали, появлялось влечение к спиртному.

Следовательно, эмоции тесно связаны с влечением, мотивами потребностей, что обуславливает мотивы поведения.

В начале влечение и его реализация были возможны только в привычной среде, чаще на фоне «благоприятных» факторов: бездеятельности, праздности, скуки и проч. Постепенно начинали формироваться межличностные отношения, связанные с удовлетворением этой потребности. Личность на этом этапе не была способна сознавать влечение как таковое, тем более как болезненное. Вне контактов с привычной средой они испытывали «тоску», «скуку», жизнь им казалась менее привлекательной, трудно было оставаться в пределах семьи, появлялась раздражительность и нетерпимость к обычной обстановке, где фактор приема спиртного ограничивался или исключался. Появлялось стремление к общению с той средой, где возможен прием алкоголя: «хочется поговорить, раскрыться», «успокоить нервы» и т. п. Таким образом, мотивация этих порывов внешне была вполне приемлемой и больные при этом действительно верили, что это так, но где-то подсознательно они надеялись на то, что эта встреча произойдет на фоне приема алкоголя. Итак, заблаговременно формировалась готовность к приему спиртного. В дальнейшем все более расширялось злоупотребление (имеется в виду частота и способы его удовлетворения). Появлялась тенденция к выдвиганию

в оправдание пьянства целой системы «оправдывающих» ситуаций, которые якобы способствовали приему алкоголя (имеется в виду система «алкогольных алиби»). К этому времени относится начало диссоциации внутрисемейных отношений. Чем выше меры воздействия со стороны семьи, чем больше факторов, подавляющих личность извне, тем, зачастую, выраженнее сопротивление; хотя оно и не носило явно осознаваемого характера, больному тем не менее было трудно встать на позицию критического взгляда на самого себя со стороны.

В данном случае можно говорить о неосознанном включении механизмов психологической защиты. Каждая личность, будет ли это ею осознаваться или нет, стремится хотя бы в глазах окружающих быть социальной. В дальнейшем влечение приобретает такие формы, что даже случайные ситуационные моменты побуждали к приему спиртного. Завязывались случайные связи: задачи, цели, интересы жизни подавлялись все возрастающим влечением, страстью к спиртному. Влечение, достигшее значительной силы, следует назвать страстью. Теперь, на этом этапе, жизненные напряжения могли быть «разрешены» только в случае приема спиртного. Стимулы, задерживающие пьянство, влечение к спиртному, приобретали кратковременный характер, стимулы же, побуждающие влечение, проявлялись все настойчивее и длительнее. Все в меньшей степени больным были свойственны мотивы борьбы, влечение становилось все более выраженным.

При формировании абстинентного синдрома больные в большинстве случаев уже могли определить в себе наличие влечения. В психологической интерпретации больных это звучало как ощущение «внутренней тяги» или как физиологической потребности («жажда», «сосет» и т. п.). Больные отмечали также неопределенные ощущения телесного или психического происхождения. К этому времени хорошо определялись и внешние симптомы зависимости — при упоминании о спиртном происходило оживление мимики, двигательных реакций, оживлялась речь, повышалось настроение. Однако во многих случаях осознание «тяги» и «влечения к спиртному» не ассоциировалось с их болезненным характером, эмоционально не переживалось на должном уровне. Затем мотивы борьбы уступали влечению настолько, что исчезало и желание сопротивляться этому влечению. Этот момент мы расценивали как этап компульсивности влечения; проявлялась она всегда после первых доз спиртного и в похмельном состоянии.

Однако не всегда еще каждый прием спиртного означал неконтролируемость питания, здесь играли роль и определенные задержки. Крайним вариантом выраженной зависимости от спиртного следует считать ее проявление в период, свободный от алкоголизации, на фоне обычных жизненных ситуаций. Были больные, для которых один вид, запах спиртного исключал способность к сопротивлению, к анализу своих ощущений, поведения, к волевому управлению своими действиями. Возникла тотальная (физическая и психическая) зависимость. На этом этапе запой заканчивались физическим и нервнопсихическим истощением больного. По восстановлении определенного уровня психофизиологического состояния организма компульсивный характер влечения вновь включался в мотивы потребности, осознание болезненности влечения могло присутствовать полностью, но зачастую внутренних волевых ресурсов для самостоятельного выхода из болезни могло уже и не быть.

Поступила 8 мая 1979 г.

УДК 616.89:615.851.3

ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ В ЗАГОРОДНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Д. А. Абрамов

*Ижевская загородная психиатрическая больница Министерства здравоохранения
Удмуртской АССР (главрач — Д. А. Абрамов)
Научный руководитель — проф. В. Н. Белоусова*

Реферат. Обобщен опыт внедрения комплексных реабилитационных мероприятий при лечении психически больных в загородной психиатрической больнице. Показаны экономический эффект трудовой терапии и ее особенности в сельской местности. В результате реабилитационных воздействий уменьшается длительность пребывания душевнобольных на стационарном лечении. Внедрение реабилитации повышает экономическую эффективность использования коечного фонда.