

1. Бак З. Химическая защита от ионизирующей радиации. Пер. с англ. М., Атомиздат, 1968.
2. Гейнцман Я. И., Савенко С. Вестн. рентгенол. и радиол., 1936, 2.
3. Козлов В. А. Радиобиология, 1965, 6.
4. Саксонов П. П., Шашков В. С., Сергеев П. В. Радиационная фармакология. М., Медицина, 1976.
5. Сироткин В. М., Гурьянов В. А., Третьяков В. К. Казанский мед. ж., 1967, 2.
6. Шамбуров А. Д. Сирингомелия. М., Медицина, 1961.

Поступила 15 ноября 1980 г.

УДК 616.89—008.441.13—008.447

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

Доц. Д. М. Менделевич, А. А. Муравьев

Кафедра психиатрии (зав.— доц. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. На основании обследования по специально разработанной авторами методике 325 больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии, выделено 88 человек, поведение которых на протяжении всего периода воздержания может рассматриваться как гиперкомпенсаторное. В зависимости от того, в каких областях общественно-трудовой деятельности проявляется гиперкомпенсаторное поведение, оно характеризуется определенными особенностями. Показана положительная роль этого поведения в профилактике рецидива алкоголизма.

Ключевые слова: алкоголизм, ремиссия.

Библиография: 4 названия.

Социальная адаптация больного алкоголизмом является основной целью терапевтических и реабилитационных программ в практической наркологии и критерием их эффективности. Изучение этого явления особенно актуально в период длительного воздержания больного от алкоголя в связи с редукцией грубых психопатологических расстройств [1].

Нами изучена социальная адаптация 325 больных алкоголизмом, находившихся в ремиссии. Наряду с клиническим психопатологическим обследованием применяли разработанный авторами совместно с Л. Д. Никольской метод шкальной оценки социальной адаптации больных алкоголизмом [3]. Составлены отдельные шкалы для характеристики каждой из наиболее важных сфер отношений больного с обществом. По шкале семейно-бытовых отношений оценивались внутрисемейные связи, материальное положение, содержание досуга, по шкале трудовой деятельности — профессиональная пригодность, трудовая дисциплина, отношения в трудовом коллективе, по шкале общественных отношений — общественное окружение, морально-этический уровень общественной активности.

В процессе обследования было обнаружено, что снижение уровня адаптации в какой-либо одной сфере деятельности иногда сопровождается повышением адаптационной активности в других сферах. Так, в ответ на нарушение семейных отношений может развиваться чрезмерная общественная деятельность или несвойственное ранее больному трудолюбие. По этим признакам была выделена группа больных в 88 человек, уровень социальной адаптации которых по одной или нескольким шкалам превышал средний, соответствующий достаточной адаптации в обществе здоровой личности (или полноценной компенсации страдающего алкоголизмом).

Оказалось, что частота этого явления, названного нами социальной гиперкомпенсацией, находится в прямой зависимости от продолжительности ремиссии. Так, в группах больных с ремиссией длительностью до 1 года, от 1 года до 3 лет, от 3 до 5 лет и более 5 лет гиперкомпенсаторное поведение наблюдалось соответственно у 14 из 136 (10,3%), у 26 из 93 (27,9%), у 28 из 58 (48,3%) и у 20 из 38 (52,6%).

Такая зависимость социальной гиперкомпенсации от длительности воздержания от алкоголя объясняется не тем, что компенсаторные формы поведения появляются на больших сроках ремиссии. Гиперкомпенсацию можно обнаружить уже в первые месяцы «безалкогольного существования». Суть этой зависимости заключается в том, что лица в состоянии ремиссии, но без гиперкомпенсаторных проявлений, чаще дают рецидив алкоголизма, поэтому в группе обследованных с ремиссией в 5 и более лет процент лиц с социальной гиперкомпенсацией оказался значительно выше.

Содержание и направленность наблюдаемых нами гиперкомпенсаторных тенденций можно классифицировать следующим образом: семейно-бытовая гиперкомпенсация, трудовая гиперкомпенсация, общественная гиперкомпенсация.

Чаще всего социальная гиперкомпенсация проявлялась в сфере общественных отношений (39 больных). Сверхактивная общественная жизнь этих больных носила демонстративный характер. Больные становились неуместно инициативными, подчеркнуто ревностно выполняли общественные поручения. Эти лица по своей инициативе избирались в общественные органы (местком, товарищеский суд, комитет ДОСААФ и т. п.); самозабвенно выступали на собраниях, вносили свои предложения, критиковали, охотно участвовали в любом общественном начинании; демонстрировали сверхлояльность или становились моралистами; стремились быть признанным примером для окружающих. Некоторые находили смысл своего существования в приобщении к «избранному», влиятельному или высокоинтеллектуальному окружению, испытывая при этом неудовлетворенность общением с равными.

Трудовая гиперкомпенсация отмечена у 27 больных. Такие лица, в прошлом неплохие работники, после периода длительного повторного лечения постепенно становились педантичными, сверхобязательными, требовали от окружающих строжайшей дисциплины. Их чувство чрезмерной ответственности порой вызывало насмешки коллег-служивцев. Многие из этих больных стремились к гиперкомпетентности, независимо от сложности и трудности дел, демонстрируя свою способность и деловитость. Нередко такие лица становились чересчур завышенными в оценке мнения коллектива, подчеркивали свою солидарность, активно сотрудничали с администрацией.

Гиперкомпенсация в сфере семейно-бытовых отношений (22 больных) часто выражалась в страстной увлеченности каким-либо занятием: самодеятельно занимались литературой, туризмом, рыбной ловлей, рукоделием, коллекционированием и т. п. Как правило, на подобные увлечения уходила большая часть свободного времени больных. В этой группе наблюдались также лица с чрезмерной заинтересованностью материальным достатком и устройством быта, с гипертрофированной хозяйственностью, домовитостью, со стремлением к накопительству. Иногда такие больные усиленно притязали на роль образцового семьянина, подчеркивали свою любовь, преданность, самоотверженность в отношениях с родными.

Чаще всего гиперкомпенсация наблюдалась в одной из сфер общественной деятельности больного и была частичной на фоне «нормального» или несколько сниженного общего уровня социальной адаптации. Иногда гиперкомпенсация в двух выделенных сферах сочеталась со средней или сниженной компенсацией больных в третьей сфере общественной деятельности.

Устойчивость гиперкомпенсаторных проявлений находилась в определенной зависимости от их широты и глубины. Чем больше диапазон и поверхность гиперкомпенсаторной адаптации, тем отчетливее проявляется ее негибкость, гротескность, нежизнеспособность и, как следствие этого, нестойкость.

Описанные формы гиперкомпенсации не всегда совпадали с теми видами адаптации и свойствами личности, которые отмечались у больных до развития алкоголизма. Новая форма адаптации проявлялась в процессе болезни и наиболее ярко обнаруживалась в ремиссии.

Ко времени медикаментозного прерывания запоя гиперкомпенсация практически уже сформирована и привлекается личностью больного для собственной и общественной реабилитации. В ремиссии этот механизм социально-психологической адаптационной подсистемы начинает работать в полную силу, перекрывая реальный ущерб настолько, что создается впечатление избыточности, карикатурности, искусственности социального поведения больных.

Обсуждая полученные результаты, можно предположить, что компенсация собственной малоценности, наблюдающаяся в процессе активного алкоголизма, направлена на оправдание объективного дефекта личности, субъективно осознаваемого и переживаемого больными как чувство вины перед окружающими. Ощущение произвольности, сознательности злоупотребления спиртными напитками имеет социальное происхождение. Так же социально обусловлено и чувство вины с вытекающими из него тенденциями к самооправданию. Ц. П. Короленко (1978) отметил отсутствие характерного для алкоголизма комплекса неполноценности у коренных жителей Крайнего Севера в тех случаях, когда они жили в привычной для себя обстановке. После переезда на жительство в город у многих больных появлялось чувство стыда и развивались компенсаторные реакции с подчеркиванием личных достоинств и возможностей. Не исключено, что эти же механизмы лежат в основе псевдоальтруистического поведения больного алкоголизмом, в его сверхобязательности, сверхоткровенности, со-

седствующей с лживостью и бахвальством, панибратством и алкогольным юмором.

Выявленные нами формы социальной гиперкомпенсации больных алкоголизмом в период ремиссии отражают новую адаптацию в обществе новой дефектной личности, ибо «вновь приобретаемая адаптация никогда не бывает простым возвращением к прошлому» [1].

Зависимость проявлений гиперкомпенсации от многих социальных факторов указывает на то, что явление это скорее психологическое, нежели органическое. Речь идет в большей степени об индивидуальной, субъективно переживаемой малопенности и в меньшей степени — о социальной дефектности как таковой, несмотря на их взаимозависимость. Таким образом, социальная гиперкомпенсация превращается в форму спонтанной реабилитации. Она приспособливает, хотя и своеобразно, больного алкоголизмом к новой трезвой жизни.

Окрашенная в псевдоальтруистические тона, гиперкомпенсация по сути своей положительное явление, несмотря на то, что эта форма самореализации не устраняет внутриспсихического конфликта [4].

Среди различных форм социальной адаптации во время длительных ремиссий при алкоголизме гиперкомпенсация встречается наиболее часто, что необходимо учитывать при лечении и реабилитации этой группы больных. Следует также помнить, что социальная гиперкомпенсация — этот рубец на месте глубоких застаревших алкогольных ран — приковывает к себе внимание окружающих, и это подчас вторично ранит больного. В таких случаях необходима психотерапевтическая работа не только с пациентом, но и с его окружением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. В кн.: Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., Медицина, 1976. — 2. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л., Медицина, 1978. — 3. Менделевич Д. М., Никольская Л. Д., Муравьев А. А. Оценка социальной адаптации больных алкоголизмом (методические рекомендации). Казань, 1979. — 4. Свердлов Л. С. В кн.: Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977.

Поступила 29 апреля 1980 г.

УДК 616.351—006.6:616.428—073.75

ДИНАМИЧЕСКИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КОНТРАСТИРОВАННЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

А. М. Файзуллин

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. М. Ф. Мусин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и отделение ангио-лимфографии (руководитель — проф. А. Ф. Цыб) НИИ медицинской радиологии АМН СССР

Реферат. С целью изучения диагностической ценности динамического рентгенологического контроля и наблюдения было обследовано с помощью лимфографии 126 больных, страдающих раком прямой кишки. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов после первичного лимфографического исследования было установлено у 20 (15,9%) больных. После динамического рентгенологического наблюдения, включающего и повторную лимфографию, метастазы в регионарных лимфатических узлах выявлены у 24 (19%) обследованных. Определены наиболее целесообразные сроки для производства контрольных снимков и повторной лимфографии.

Ключевые слова: прямая кишка, рак, регионарные лимфоузлы, лимфография. 1 иллюстрация. 1 таблица. Библиография: 3 названия.

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в хирургическом лечении рака прямой кишки, пятилетняя выживаемость больных остается еще достаточно низкой — от 35,8% до 60%. Одной из основных причин неудовлетворительных результатов лечения больных являются метастазы в регионарные лимфатические узлы [3]. Между тем лимфатические узлы, кроме паховых, недоступны пальпации. Значительно расширяет диагностические возможности метод прямой лимфографии, который позволяет получить изображение паховых, подвздошных и поясничных лимфатических узлов. Частота лимфографически выявленных метастазов составляет 42,8% [2].