

ли полностью исчезли у 16 человек, стали значительно реже у 4. Улучшения не наступило у одной больной, которая страдает гипертонической болезнью и остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Таким образом, эффективное лечение болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, сочетающейся с головными болями, свидетельствует об их прямой зависимости.

УДК 616.61—002.3—053.2—085.837.3.

Н. А. Соловьева (Казань). Влияние ультразвука на функциональное состояние почек при лечении хронического дисметаболического пиелонефрита у детей

Мы изучали влияние ультразвука на функциональное состояние почек, дисметаболические нарушения, процессы мембранолиза при лечении хронического пиелонефрита у детей. Обследовано 27 детей в возрасте от 5 до 14 лет с хроническим вторичным дисметаболическим пиелонефритом, обусловленным гипероксалурией в сочетании с гиперкальциемией в активной фазе процесса. Функциональное состояние почек определяли по клубочковой фильтрации, экскреции кальция и фосфора, аммиака и титруемой кислотности. Характер и степень дисметаболических нарушений оценивали по выведению с мочой оксалатов, кальция, мочевой кислоты. О процессах мембранолиза судили по выведению с мочой этаноламина и диеновых конъюгатов.

Общепринятое лечение (режим, диета, антибактериальная терапия, десенсибилизирующие препараты, комплекс витаминов) получали 10 детей контрольной группы. У 17 детей основной группы в комплекс лечения включали ультразвук. Воздействие ультразвуком интенсивностью 0,05—0,2 Вт/см² на поясничную область (до 2 мин на каждое поле) производили от аппарата УЗТ-101, площадь излучателя 4 см², режим импульсный, длительность импульса — 4 мс, методика лабильная, способ контактный; контактная среда — вазелиновое масло. Курс лечения — 10 процедур. Больных обследовали до лечения, а затем повторно через 10—12 дней.

Анализ полученных результатов показал, что использование ультразвука в комплексе лечения хронического пиелонефрита у детей оказывало существенное положительное влияние на функцию почек. Так, клубочковая фильтрация повысилась на 29,5%, выведение фосфатов с мочой уменьшилось на 39,5%, выведение аммиака повысилось на 17,5%. В контрольной группе эти показатели существенно не изменялись. Применение ультразвука уменьшило также выведение оксалатов с мочой на 33% (в контрольной группе — увеличение на 6%). Экскреция кальция и уратов от показателей контрольной группы существенно не отличалась. На фоне лечения ультразвуком отмечались достоверное уменьшение выведения этаноламина и тенденция к снижению количества диеновых конъюгатов в моче. В контрольной группе эти показатели существенно не изменялись.

Больные переносили процедуры хорошо, побочного действия не выявлено. Самочувствие и настроение больных заметно улучшились, болевой синдром исчезал к 3—4-й процедуре.

Таким образом, включение ультразвука в комплекс лечения хронического дисметаболического пиелонефрита у детей способствует улучшению клинико-лабораторных показателей и функционального состояния почек, уменьшению дисметаболических нарушений, а также стабилизации клеточных мембран, что оказывает положительное влияние на течение воспалительного процесса.

ЛЕКЦИЯ

УДК 616.89—008.441.13—085.851

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

И. А. Классен

Республиканский наркологический диспансер (главврач — Л. Д. Никольская) МЗ ТАССР

В последние годы при лечении больных хроническим алкоголизмом более широко используются биологические методы и психотерапия. Поиски новых методов лечения объясняются, с одной стороны, актуальностью проблемы терапии хронического алкоголизма в наркологии, а с другой — снижением терапевтической эффективности традиционных сенситизирующих методов лечения. В этой связи психотерапевтические методы находят все более широкое применение, так как именно с их помощью возможно преодоление у больных алкоголизмом такого феномена, как анозогнозия, а затем формирование у них установки на полное воздержание от употребления алкоголя. В настоящее время в отечественной практике при проведении психотерапии больных хроническим алкоголизмом отмечается тенденция к использованию комплекса методик с акцентом на групповые формы работы. Делаются попытки совместить коллективные методы психотерапии, которые обладают преимущественно взаимного влияния больных друг на друга, с максимально индивидуализирован-

ным подходом и охватом каждого члена психотерапевтической группы, исходя из личностных свойств преморбидного больного, свойств болезненного развития личности, особенностей микро-социального окружения больного, ценностных ориентаций личности.

Теоретической основой для такой психотерапии явилось учение о функциональных механизмах сознания личности, в частности самосознания. Самосознание рассматривается как психическая функция, участвующая в процессах самоуправления личности, ее деятельности, и, следовательно, в психотерапии усилия врача должны направляться на улучшение этих функций.

Самосознание в психической деятельности личности — это сложный, развернутый во времени процесс познания самого себя путем соотнесения единичных и многочисленных образов в целостное представление о себе и формирования понятия о себе как субъекте, отличным от других. На первом уровне самосознание имеет своим истоком самопознание, которое складывается как бы из системы знаний «Я и другие», а затем, по мере развития личности, — из системы «Я и Я». В процессе роста личности и ее деятельности, сравнения ее результатов с ожидаемыми образуются второй уровень самосознания личности — самооценка, которая может быть адекватной или неадекватной истинной ценности личности и приводить к недооценке или переоценке собственной личности. Самопознание и самооценка личности включаются в регуляцию поведенческих актов. На первом этапе самоуправление личности осуществляется путем управления непосредственным течением поведенческого акта, а на втором, высшем — действием самоконтроля.

У больных хроническим алкоголизмом нарушаются процессы самопознания, адекватного реальности самовосприятия, способность к критическому самонаблюдению [5]. Представление о своем «Я» изменяется в сторону переоценки или недооценки реальной ситуации, нарушаются отношения с окружающими. В основе этих расстройств в сфере высшей психической деятельности лежит вначале механизм психологической защиты, актуализированное патологическое влечение, а затем все более явное повреждающее действие алкоголя на мозг человека. В механизмах самопознания появляются расстройства в первую очередь в системе отношений «Я и Я» и прежде всего своего социального «Я». Поскольку алкогольная личность вращается в среде себе подобных, в результате неосознанного переноса психологии этой среды на себя самопознание личности становится все более примитивным по типу «Я и другие». Сформированная установка на употребление алкоголя все чаще определяет деятельность, направленную на удовлетворение патологической потребности.

Согласно концепции Д. Н. Узнадзе [4] относительно самоуправления, установка обуславливает психологическую деятельность личности на двух уровнях: импульсивном, низшем, проявляющемся в сиюминутном удовлетворении актуализированной потребности (потребности в алкоголе), и высшем, основанном на разуме, активном сознании, воле, логике и мышлении. У больных алкоголизмом деятельность подчинена патологической установке, вызванной актуальной болезненной потребностью на его низшем, импульсивном уровне. Поэтому ассоциативные процессы у больных хроническим алкоголизмом приобретают такую качественную метаморфозу, которая исключает активную саморегуляцию поведения, подавляет сознательную работу личности, ставящей перед собой цель изменить в себе что-то, развить положительные черты характера. Страдает самокритика, глубокое и адекватное реальности осознание своих слабостей, субъективных трудностей, тех или иных своих психологических особенностей. Высшие ассоциативные процессы приобретают такую качественную особенность, как отсутствие сличения эффекта с намерением, недостаточность «предпусковой деятельности», нарушения в «опережающей» функции сознания, происходит перестройка иерархии мотивов, потребностей и поведения [1].

У больных хроническим алкоголизмом в трезвом состоянии определяются специфическое снижение моторной функции памяти, способность к восприятию, умозаключениям и зрительно-пространственному абстрагированию [6]. Тем не менее психотерапия больных алкоголизмом должна быть направлена прежде всего на улучшение функции самосознания, в частности на осознание больным своей патологической установки так, чтобы присутствовал «элемент витальности» [2]. Само собой разумеется, что работа врача должна опираться на активное стремление больного к участию в психотерапевтическом процессе, которое требует достаточной личностно-интеллектуальной и социальной сохранности больного.

Осознание больным своего состояния, социального положения, «перспектив» последующей алкоголизации в социальном, нравственном и медицинском аспектах, изменений в собственной личности, возникших в результате заболевания, и в целом собственной личности и будет в конечном счете коррекцией и реконструкцией отношений больного к своему пьянству, самому себе, своей семье, ближайшему социальному окружению, своему будущему. Такая психотерапия, идущая от нозоцентрического принципа к социоцентрическому, улучшает и стимулирует функции самоуправления личности при хроническом алкоголизме.

Групповые методы психотерапии в этом отношении являются наиболее перспективными, так как они опираются на привычную для больных форму общения и обмена мнением по принципу «Я и другие». Рассудочная коллективная психотерапия стимулирует больных к постоянному, а затем все более привычному самоанализу. По мнению В. Е. Рожнова [3 в], система комплексной психотерапии алкоголизма должна включать психические воздействия как для выработки эмоционально-отрицательной, тошнотно-рвотной условной реакции на вкус и запах алкоголя, так и для привития трезвеннических установок, психологического отвращения к алкоголю и тем последствиям, к которым неизбежно приводит злоупотребление им.

Основными принципами в построении реабилитационных программ во всех методах психотерапевтического воздействия являются, с одной стороны, принцип апелляции к личности больного, а с другой — воздействие на его микросоциальное окружение.

Принцип индивидуального личностного подхода, индивидуализации лечения на разных этапах терапии большого алкоголизма в настоящее время наиболее перспективный, но в то же время и трудоемкий. Психотерапия больных алкоголизмом складывается из индивидуальной психотерапии, на диагностическом этапе которой изучаются личность больного, ее типологическая структура, микросоциальное окружение, система отношений с микросредой на производстве и в быту, особенности личностных реакций, поведения, жизненных ценностей, социальных ориентаций. Выясняется система взглядов больного на интоксикацию алкоголем, искренность стремлений к трезвенничеству, отношение больного к пребыванию в лечебном учреждении и методам лечения. Анализируются ошибочные суждения относительно себя и болезни, истинные мотивы, толкающие больного к лечению. В конечном итоге определяется уровень интеллекта, состояния эмоционально-волевой сферы, социальной и личностной сохранности.

На этапе индивидуальной психотерапии, носящей преимущественно диагностический характер, проводится принципиально важный прием — установление максимально доверительных контактов. Одновременно врач стремится путем анализа истории развития, востания больного составить себе представление о его личностно-психологических качествах до заболевания и в процессе развития, об особенностях патохарактерологических сдвигов, клиники заболевания и его течения. Использовать полученные данные в групповых сеансах следует таким образом, чтобы у больных не создавалось впечатления обезличенности суждений о тех или иных проявлениях болезни у них.

В беседах подобного типа врач должен установить, какой вид психотерапевтического воздействия из применяемого комплекса может быть наиболее адекватным состоянию больного; какой вид терапии, в том числе медикаментозной, наиболее показан. В одних случаях больной предпочитает гипносуггестивную психотерапию, в других — рациональную индивидуального плана, в третьих — коллективную. У больных с астеническими и шизоидными особенностями наиболее эффективен метод индивидуальной психотерапии рационального плана с обсуждением эмоционально-значимых переживаний личности и ее социально-психологических проблем, особенностей их адаптации в обществе, семье и других сферах, а также мотивов употребления алкоголя на этапе бытового пьянства и болезни в целом.

На больных с синтонными качествами положительное действие с целью преодоления анозогнозии оказывает коллективная психотерапия в бодрствующем и гипнотическом состоянии. При истерических и эпилептоидных особенностях более действенной является эмоционально-стрессовая гипнотерапия по В. Е. Рожнову [3 б] в комплексе с другими методами; при неустойчивых чертах характера, инфантилизме преимуществ того или иного метода не обнаружено. Трезвость больных в таких случаях всецело зависит от микросоциальной среды и влияния лидеров. Главным условием в достижении трезвости является для них помещение в среду с социально-положительными ориентациями.

Перестроить больного можно только при соблюдении следующих принципов психотерапии: массивности, рациональности, коррекции, воспитания, стимуляции и длительности. Кроме того, психотерапия больных алкоголизмом должна быть патогенетической, то есть вскрывать внутренние мотивации личности на этапе первоначального приобщения к спиртному и на этапе систематического пьянства и злоупотребления. С больным следует обсудить все возможные ситуации, которые привели его к алкоголизму, и проанализировать поведение личности в патологической среде с акцентом на таких параметрах личности, как морально-нравственные и социальные нормы, личностные качества, общечеловеческие ценности в сравнении с личностными, нервно-психическое здоровье. Следует применять прием сравнения настоящего состояния и положения больного и его изначального, когда перед ним раскрывался весь мир его надежд и устремлений. Важно проследить, как в процессе пьянства личность теряет свою ценность, формируя таким образом чувство сожаления у больного по поводу утерянных перспектив. В совместных поисках выхода из создавшегося положения надо поддерживать больного и помочь ему восстановить свой социальный статус.

Многим врачам трудно представить себе динамику психотерапевтического процесса; они склонны к авторитарному воздействию на больного, совершенно исключают личность больного и его переживания из сферы обсуждений, считая, что это лечение должно проводиться быстро. Практика же доказывает, что с больными алкоголизмом работа должна вестись длительно, непрерывно и планомерно, по пути накопления знаний о болезни и себе, по пути расширения кругозора и интересов. Надо помнить о том, что у больных алкоголизмом имеются специфические расстройства в интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой и социальной сферах.

Не следует пресекать такой важный аспект психотерапевтического контакта, как конфронтация суждений в противовес врачу, ибо в противном случае беседы будут непродуктивными, усилия врача окажутся тщетными. Врач должен создавать доверительную обстановку, вызывать у больного нужные эмоции, всемерно исключая пассивное поведение в группе. Однако давая возможность больному поспорить, высказаться по сути той или иной проблемы, необходимо так руководить процессом групповой психотерапии, чтобы больные сами пришли к запрограммированной врачом цели обсуждения. Контакты в последующем ведутся таким образом, чтобы недоверие и отчуждение к врачу в процессе откровенного, искреннего диалога и уважения к личности перерастали в доверие и симпатию, давая больным возможность раскрываться. Именно с этого этапа и начинается процесс психологической перестройки личности. Все перечисленные выше принципы являются основополагающими при современной, центрированной на больном психотерапии.

Исходя из задач рациональной психотерапии больные должны осознать свое заболевание и сформировать трезвенническую установку на полное воздержание от употреблений алко-

голя. Достижение этой цели осуществляется при обсуждении в групповом или индивидуальном сеансе психотерапии основных симптомов заболевания, имеющих место у больных, участвующих в психотерапевтическом процессе. Основное место в обсуждении отводится симптому патологического влечения к алкоголю. Анализируются психологические, психические и «физические» аспекты влечения к алкоголю, состояние так называемого психологического дискомфорта, сны на алкогольную тему. Затем рассматриваются клинико-психологические аспекты становления и развития патологического влечения, которые вычленились у больных в группе.

На этапе бытового пьянства следует показывать, что прием спиртного носит символический характер, не является самоцелью, служит задачам реализации других программ, связан с традиционными моделями употребления, принятыми в обществе и микросоциальной среде.

На переходном этапе к I стадии хронического алкоголизма уже возникает патологическое влечение, которое проявляется в стремлении личности к общению со средой, где приемы спиртного опосредованы «улучшением» эмоциональных контактов, возможностями по самораскрытию личности и ее тенденций, «приятностью» растормаживающих, релаксирующих эйфорических состояний. В I стадии хронического алкоголизма появляется непосредственное стремление к получению раскрепощающего, расслабляющего эффекта от алкоголя с привлечением все менее значимых для их реализации ситуаций, постепенным замещением общезначимых человеческих ценностей потребностями алкогольной личности. Затем показывается, как влечение к алкоголю во II стадии алкоголизма включается в структуру потребностей личности, проявляется в неконтролируемости употреблений, в психическом дискомфорте при отрыве от спиртного, отходе от социальных позиций. Обсуждаются система алкогольных «алиби», особенности мышления у больных алкоголизмом и их зависимость от актуализированного влечения к алкоголю. В последующих сеансах с больными анализируются другие симптомы заболевания. На этом этапе применяется психотерапевтический прием анонимного обсуждения историй болезни больных; детализируются симптомы заболевания, приводятся мотивы злоупотребления алкоголем, примеры деградации личности в интеллектуальном и социальном планах.

Поскольку больные алкоголизмом склонны обвинять в своем пьянстве окружающих и некритичны в собственных оценках, то второй по важности задачей психотерапии становится осознание больными качеств собственной личности, особенно тех, которые способствуют формированию и развитию алкоголизма применительно к той или иной личностной структуре больного. С этой целью на обсуждение группы представляются истории болезни с различными личностными характеристиками, в которых ярко демонстрируются их связи со злоупотреблением алкоголем. Важно в такой психотерапии показать, как социально-приемлемые мотивы деятельности и потребности постепенно отодвигаются на задний план и замещаются патологической потребностью в алкоголе.

На этапе выраженной активности больных в группе следует прибегать к приему зеркала. С историей болезни больного, находящегося в группе, врач знакомит окружающих в интерпретации больного с характерными для последнего сознательным или неосознанным смягчением тех или иных проявлений болезни, затушевыванием нарушенных социальных связей, демонстрацией своих лучших качеств и т. п. Одновременно врач дает объективную информацию о больном, его пьянстве, поведении, полученную от семьи больного и родственников. В одних случаях демонстрация историй болезни производится с разоблачающих позиций, в других — для проведения коллективного анализа личности и выяснения причин алкоголизации, заключенных, конечно, в самой личности. Такой психотерапевтический прием вызывает откровенное, критичное обсуждение со стороны членов психотерапевтической группы, что имеет решающее значение для процесса перестройки личности больного, который узнает себя в данной истории болезни. Беседа направляется врачом в такое русло, чтобы можно было обсудить возможности возвращения больного к трезвости, а в связи с этим и неправильные установки больного с целью их коррекции. Процесс психотерапии строится таким образом, чтобы больной смог посмотреть на себя глазами других членов группы, определить свой путь как патологический, осознать произошедшую перестройку в своей собственной личности и выработать активную установку на трезвость. В сеансах психотерапии больных следует научить самоконтролю, постоянному самоанализу своего нервно-психического статуса, умению выйти из состояния психологического дискомфорта, анализировать патологические ситуации, в которых может возникнуть влечение к алкоголю. Больной должен понять свои уязвимые места, субъективные трудности, степень своей зависимости от окружающей среды с целью их преодоления.

Непременным условием психотерапии больных алкоголизмом является семейная психотерапия, которая проводится с целью выяснения семейных взаимоотношений, характеров членов семьи, отношения к больному и его заболеванию с последующей их коррекцией. Члены семьи больного должны осознать наличие болезни у больного, понять особенности его личности и проявлений заболевания для своевременного выявления его изменившегося состояния. Их следует познакомить с наиболее вероятными факторами, способными спровоцировать рецидив заболевания у больного.

Успешная реабилитация больных зависит от связей с производством, создания оптимальных условий для деятельности личности. Для решения данных задач необходим тесный контакт с промышленным врачом-наркологом. Последующее динамическое наблюдение предусматривает лечение возникающих астеноневротических расстройств, дальнейшую коррекцию межличностных отношений. При этом важным условием продолжительных ремиссий у больных алкоголизмом является длительный контакт с врачом-психотерапевтом.

В систему комплексной психотерапии алкоголизма включена гипносуггестия по методике эмоционально-стрессовой гипнотерапии [За—б]; с целью выработки эмоционально-отрицательного отношения к алкоголю, тошнотно-рвотных реакций на алкоголь, перестройки личностных мотиваций и поведения.

Таким образом, психотерапия больных алкоголизмом должна быть активной, динамичной, комплексной и индивидуальной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь Б. С. // Психологический анализ изменений личности при алкоголизме.— М., Медицина, 1974.— 2. Завилянская Л. И. // В кн.: Понятия установки и отношения в медицинской психологии.— Тбилиси, 1970.— 3. Рожнов В. Е. // а) Физиологические особенности гипнотического состояния различной глубины и гипнотерапии алкоголизма.— Автореф. докт. дисс.— М.—1956.— б) Руководство по психотерапии.— М., Медицина, 1974.— в) В кн.: Проблемы общей и судебной психиатрии.— Материалы симпозиума психиатров социалистических стран.— М., 1981.— 4. Узнадзе Д. Н. // Психологические исследования.— М., Медицина, 1966.— 5. Чернико Т. К. // В кн.: Понятия установки и отношения в медицинской психологии.— Тбилиси, 1970.— 6. Echhart M. T., Parker E. S. et al. // Biol. Psychiatry.— 1979.— Vol. 14.— P. 943—954.

Поступила 22.09.86.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 329.021

ВИКТОР АЛЕКСЕЕВИЧ ПЕРИМОВ. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ

Р. Г. Петрова

*Кафедра истории КПСС (зав.— заслуж. деят. культуры РСФСР, доц. В. Г. Саркин)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени
С. В. Курашова*

В. И. Ленин придавал огромное значение формированию у трудящихся исторического сознания, патриотизма, пролетарского интернационализма. Осмысление современности неминуемо без обращения к революционным традициям, людям, чья жизнь была отдана народу. Сходка студентов Казанского университета 4 (16) декабря 1887 г., где В. И. Ленин и другие молодые люди впервые вступили на путь революционной борьбы — незабываемая страница истории.

В пролетарский период революционного движения массовые антиправительственные выступления студентов, по выражению В. И. Ленина, приняли характер «общего пожара», охватившего все высшие учебные заведения страны. Причины такого нарастания студенческого протеста коренились в социально-экономических противоречиях действительности конца XIX века. В условиях нарастающей классовой борьбы в России жизнь демократической части студентов, полная лишений, не могла не порождать среди них ненависти к существующему строю. В условиях полицейской опеки учащаяся молодежь сохраняла свои организации — землячества.

В 1887 г. в Казанском университете существовали Симбирское, Самарское, Казанское, Уфимское и другие землячества [5, 6]. 1887/1888 учебный год начался в университете с появления в столах аудиторий записок следующего содержания: «Студенты, хорошо понимающие современные деморализующие условия университетской жизни, желающие и ныне быть последовательными в своих действиях, приглашаются засвидетельствовать перед обществом о своем пренебрежении к холопскому празднику (5 ноября). Большая часть студенчества уже изъявила свое согласие. Просим извещать незнающих». В результате актовый зал 5 ноября 1887 г., как и в 1886 г., вновь «блистал отсутствием студентов» [4]. 28 ноября 1887 г. студент-медик А. Шаровский получил письмо, в котором сообщалось об избииении полицейей студентов Московского университета. На собрании университетских судей была назначена сходка на 4 или 5 декабря. 4 декабря 1887 г. в 12 часов дня в актовом зале университета состоялась революционная сходка, собравшая 350 студентов. Они потребовали решительной демократизации университетского устава. Узнав о возможности ввода войск и во избежание кровопролития, студенты покинули актовый зал. Уходя со сходки, Владимир Ильич Ульянов вместе с другими 98 студентами положил на стол свой входной билет. Среди них был и студент 4-го курса медицинского факультета Виктор Перимов. Расправа над студентами не заставила себя долго ждать. Исключению, увольнению из Казанского университета, различного рода репрессиям подверглось более половины участников сходки. Поэтому в списках студентов университета второго полугодия 1887 г. Виктор Алексеевич Перимов не значится [8].