

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР  
ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В. М. БЕХТЕРЕВА

На правах рукописи

РАХМАНОВ  
Вагиф Мамедович

УДК 616.89.891:616.8—009.851:  
616.28—008.1  
ИПС 0523, 052507, 080609

ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ  
БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСЕНСОРНЫМИ  
НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА, ОСЛОЖНЕННЫМИ  
ВТОРИЧНЫМИ НЕВРОТИЧЕСКИМИ  
И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Специальности: 14.00.18 — Психиатрия  
14.00.04 — Болезни уха, горла и носа

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Ленинград  
1989

Автореферат.

Сдано в набор 11.07.89 г. Подписано в печать 11.07.89 г. БТ 30268. Формат  
60x84/16.. Бумага писчая. Гарнитура литературная. Печать высокая. Печ. л. 4.  
Кр.-отт. 1. Тираж 100 экз. Заказ № 7169. Заказное. Бесплатно.  
Городская типография, 320070, г. Днепропетровск, ул. Серова, 7.

щие повысить уровень их медицинской и социально-трудовой реабилитации.

#### **Задачи исследования.**

1. Изучить состояние слуха и особенности личности глухих и слабослышащих больных, влияние психотравмирующих факторов и нервно-психических расстройств на их слуховое восприятие.

2. Определить влияние психотерапевтических воздействий на аудиометрические показатели и слуховое восприятие.

3. Предложить клиническую группировку функциональных нарушений слуха.

4. Разработать методы психотерапии больных с нейросенсорным нарушением слуха, показания к их применению, определить степень эффективности в лечебно-реабилитационных программах.

5. Изучить взаимоотношения глухих и слабослышащих больных в семье, возможное воздействие болезни ребенка на нервно-психическое состояние других членов семьи и их влияние на эффективность лечения и социально-трудовую реабилитацию пациентов.

6. Разработать психокоррекционные мероприятия, направленные на активизацию речевого общения больных детей, исключение отрицательного психологического отношения к слухопротезированию.

**Научная новизна.** Описаны вторичные нервно-психические расстройства у больных с нейросенсорной тугоухостью и глухотой. Выявлены различные формы функциональной недостаточности слуха и дана их группировка. Впервые систематизированы субъективные ощущения больных с нейросенсорным нарушением слуха в процессе гипнотерапии. Разработан метод психотерапии, позволяющий существенно улучшить слуховое восприятие, внимание, уменьшить вторичные невротические и неврозоподобные расстройства и повысить уровень социально-трудовой реабилитации больных. Разработана методика восстановления взаимоотношений в семьях, имеющих детей, страдающих нейросенсорным нарушением слуха, что существенно как для терапевтического прогноза эффективности лечения пациентов, так и для повышения уровня социальной адаптации других членов семьи. Предложенная методика аудиометрического обследования больных в состоянии гипнотического сна позволяет более достоверно определять резервы слуха и характер его нарушений. Разработан новый «Способ лечения нарушений слуха», позволяющий улучшить слуховое восприятие путем дозированного исключения участия зрительного анализатора в речевом общении, а также создано «Устройство для регистрации движения век», с помощью которого можно определить глубину гипнотического состояния больных. Новизна этих предложений подтверждена авторскими свидетельствами на изобретение № 1114418 и № 1316657.

**Теоретическое и практическое значение работы.** Результаты проведенного исследования способствуют дальнейшему развитию сурдопсихиатрии, сурдопсихотерапии, сурдопсихологии, позволяют теоретически обосновать основные принципы и методы психотерапии в

системе реабилитации больных с нейросенсорными нарушениями слуха.

Непосредственное практическое значение имеет разработанная классификация функциональных форм нарушения слуха; методика определения их в гипнотическом состоянии; невербальный способ гипнотерапии; методика привлечения родителей к совместной работе с врачом в семьях с детьми, страдающими нейросенсорными нарушениями слуха; комплекс психотерапевтических мероприятий, используемый в ходе сурдопедагогических занятий при слухопротезировании.

**Внедрение результатов исследования.** Полученные результаты внедрены в деятельность Лаборатории развития речи НИИ дошкольного воспитания АПН СССР, Республиканского (УССР, Киев) детского сурдологического центра, Лаборатории физиологии и патологии слуха и сурдологического отделения Ленинградского НИИ по болезням уха, горла, носа и речи МЗ РСФСР, Республиканского научно-практического психотерапевтического сурдоневрологического центра МЗ УССР (г. Днепропетровск). Материалы работы вошли в методические рекомендации «Применение психотерапии для улучшения слухового восприятия больных с нейросенсорным нарушением слуха» (МЗ СССР, 1986), «Организация лечебной помощи больным с нейросенсорным нарушением слуха на курорте» (Харьковский территориальный совет по управлению курортами профсоюзов, 1987).

Для внедрения в практику предложено помимо 2 изобретений 23 рационализаторских предложения.

**Структура и объем работы.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, указателя литературы и приложения. Работа изложена на страницах машинописного текста, содержит 21 таблицу и 9 рисунков. Библиография включает отечественных и иностранных источников.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Методы исследования.** Для решения указанных выше задач в качестве основных были использованы клинико-психопатологический, психологический и аудиометрический методы исследования. Кроме того, проводилось неврологическое обследование больных, определялось состояние внутренних органов и ЛОР-органов (при необходимости с привлечением высококвалифицированных консультантов).

**Психологический метод.** С целью изучения психических процессов — внимания и памяти — использовались таблицы Шульте, методика по запоминанию геометрических фигур Ф. Е. Рыбакова, метод пиктограммы А. Р. Лурия. Особенности мышления определялись путем сравнения предметов и понятий по признакам сходства и отличия, объяснения смысла пословиц, метафорических выражений. Наличие и тип акцентуаций характера исследовалась с помощью Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО)

А. Е. Личко. Особенности личности взрослых изучались с помощью Многопрофильного личностного опросника (ММР1) в модификации Ф. Б. Березина и М. П. Мирошникова.

Аудиометрический метод. Исследования проводились в звукоизолированной камере при уровне шума не более 30 дБ на аудиометре МА-31 (ГДР). Методика включала проведение пороговой тональной аудиометрии с подачей звуковых сигналов по воздушной и костно-тканевой проводимости, надбрюговой тональной аудиометрии, в частности определение дифференциального порога восприятия силы звука (тест Люшера) и чувствительности к малым приращениям интенсивности (*sisi*). С диагностической целью определяли уровень слухового дискомфорта в диапазоне частот 125—8000 Гц по воздушной звукопроводимости при интенсивности сигнала 90—110 дБ. Проводились также камертональные исследования (опыт Ринне, Federichchi, Вебера) и ультразвуковое исследование (по Б. М. Сагаловичу). Для определения разборчивости речи применяли речевую аудиометрию по таблицам Г. И. Гринберга и Л. Р. Зиндера, а также определение разборчивости шепотной и разговорной речи на «голосе» уха и со слуховым аппаратом. Для выявления соотношения органического и функционального компонентов в структуре нарушения слуха у исследованных больных была разработана оригинальная методика аудиометрического обследования больного в бодрствующем состоянии, во время гипнотического сна и при выходе из него. После погружения в гипнотический сон проводились «отрицательное» или «положительное» внушения (ухудшение или улучшение слуха). Если после внушений восприятие соответственно повышается или понижается, то можно делать вывод о наличии у больного, помимо органического поражения, определенных функциональных наслоений. Если гипнотизация больного затруднена, применяют другой метод обследования: регистрируют аудиограмму сначала в спокойной обстановке, затем — после создания отрицательных и положительных эмоций. Различие в показателях этих исследований свидетельствует о наличии функционального нарушения слуха.

**Общая характеристика обследованных больных.** Клиническому и специальному исследованию подвергнуто 179 больных. Статистическая обработка полученных данных и корреляционный анализ результатов проведены на алгоритмическом языке FORTRAN — IV для ЭВМ ЕС-1035. Общее же число больных, изученных для ответа на все вопросы, поставленные в настоящем исследовании, составило 750 человек.

Среди исследованных больных было 18 детей дошкольного возраста (4—7 лет), 103 — школьного возраста (8—16 лет), 58 — в возрасте от 17 до 48 лет; мужчин — 85, женщин — 94.

Анализ анамнестических данных показал, что у 107 обследованных больных нарушение слуховой функции возникло в первые два года жизни, т. е. в доречевой период. У 66 человек нарушение слуха было связано с приемом ототоксических антибиотиков, у 5 — с

наследственными факторами, у 8 — с родовой травмой, у 43 — с перенесенными гриппом, менингитом, скарлатиной, краснухой, пневмонией, у 4 — с гемолитической желтухой новорожденных, у 17 — с паротитом, отитом, дизентерией, у 4 — с черепно-мозговой травмой, влиянием шума, у 7 — с заболеваниями матери во время беременности, у 24 — этиология заболевания осталась невыясненной, психические травмы отмечены у 1 больного. У большинства пациентов (95%), кроме нарушения слуха, были выявлены пограничные нервно-психические расстройства. У детей до 6—7 лет они отмечались в виде эмоциональных нарушений, нарушений поведения, речи, моторных и вестибулярных расстройств, вредных привычек и др.

У некоторых больных старше 7 лет обнаруживались истерические формы реагирования, особенно у девочек, а также депрессивные расстройства с суициальными высказываниями. У ряда больных под влиянием неблагоприятной окружающей микросреды отмечалось патологическое развитие личности, чаще тормозного типа.

В клинической картине неврозов доминировали выраженные эмоциональные и сомато-вегетативные расстройства. В возникновении неврозоподобных состояний основную роль играла органически-резидуальная патология головного мозга, способствующая нарушению слуха. Отрицательное воздействие оказывали и проводившиеся ранее лечебные мероприятия, в частности, чрезмерное применение ототоксических и некоторых других препаратов. Наблюдались психо-органические и церебрастенические симптомы. Клиническая картина отличалась большим своеобразием,rudиментарностью симптоматики, четкой связью с этиологическим фактором, моносимптоматикой с преобладанием сомато-вегетативных расстройств, отсутствием значительных переживаний, связью клинических проявлений со структурой личности. Возникновению неврозов и неврозоподобных расстройств способствовало также поведение окружающих, особенно родителей (чрезмерная озабоченность, суеверие, суициальные высказывания матери и т. д.), особенности характера пациента, тип окружающей среды, в которой он находится (дома, в спецсаду, школе), степень потери и сохранности слуха, другие соматические и неврологические нарушения, физическая ослабленность, возраст и т. п.

Среди обследованных были диагностированы следующие формы неврозов: из 550 детей — невроз страха у 11%, неврастения — у 4%, депрессивный невроз — у 3%; из 200 взрослых — депрессивный невроз у 21%, неврастения — у 8%, ипохондрический невроз у 5%, невроз навязчивости у 4%, истерический невроз у 3%, невроз страха у 3%. При аудиометрических обследованиях у всех этих больных было выявлено несоответствие показателей речевой и тональной аудиометрии. При депрессивном неврозе наблюдалась гипоакутизия, при неврастении — гиперакутизия. Диагностировано два варианта проявления истерического невроза: а) истерическое усиление расстройств слуха органического генеза; б) истерический невроз и

временная потеря слуха на фоне психотравмирующих ситуаций у лиц, которые ранее имели нормальный слух. В первом случае слух резко снижался, другая истерическая симптоматика была маловыражена, больные фиксировали внимание на потере слуха. Во втором случае из-за резкой потери слуха истерическая симптоматика внешне была значительно выраженной, больные «обвиняли» во всем ситуацию, которая привела к потере слуха.

При неврозе страха дети боялись бесконечных консультаций и инъекций, испытывали страх перед человеком в белом халате, у взрослых с фобическими расстройствами преобладал страх полной глухоты, прогрессирования заболевания, страх перед незнакомой обстановкой, в которой они могут что-то не услышать.

При неврозе навязчивости больные фиксировали внимание на недостатках слуха, стремились к излишне частым уточнениям диагноза, повторным исследованиям, лечебным процедурам, с готовностью выполняли все мероприятия, предотвращающие потерю слуха.

При ипохондрическом неврозе больные жаловались на шум в ушах, чувство распирания, онемения, холода, тепла, пульсации вокруг и внутри ушей и другие ощущения, приобретавшие иногда характер сенестопатических и ипохондрических жалоб.

Неврозоподобное состояние диагностировано в 56% случаев у 200 взрослых и в 82% — у 550 детей.

Нервно-психические расстройства были выявлены у 85—90% родителей, чьи дети страдали нейросенсорным расстройством слуха. У некоторых матерей, испытывающих чрезмерные угрязения совести и беспокойство за дальнейшую судьбу ребенка, иногда возникали мысли о самоубийстве вместе с ребенком («чтобы больше не мучиться ни самой, ни ребенку»). Подобные установки родителей осложняли состояние детей, затрудняли лечение и реабилитационные мероприятия. Обычно никто не обращал внимания на пограничные расстройства у детей и родителей, отрицательное влияние поведения родителей (чаще матери) на больного ребенка.

На основании тщательного клинического и экспериментального исследования 500 больных у 290 (58%) из них были установлены функциональные нарушения слуха. В лечебно-реабилитационных целях предложена следующая их группировка:

1. Функциональные психогенно обусловленные нарушения слуха: истерическая тугоухость (10 чел.), истерическая глухота (3), сурдомутизм (2).

2. Функциональные непсихогенные нарушения слуха: при нервно-психических расстройствах (155 чел.), при соматических и неврологических заболеваниях (33), функциональная гиперакузия (23), функциональная гипоакузия (21).

3. Имитированные нарушения слуха: подражательная тугоухость (глухота) у детей (35 чел.), притворная тугоухость (глухота) у 1 больного.

4. Функциональные нарушения слуха при недоразвитии и расстройствах психики (олигофrenии — 4 чел., шизофrenии — 2, депрессивной фазе МДП — 1).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Степень потери слуха у больных определялась по Л. В. Нейману (1977). У всех обследованных имелся нисходящий тип аудиограммы, при котором костно-воздушный интервал не превышал 10 дБ. Средняя потеря слуха по воздушной проводимости на исследуемых частотах (125—8000 Гц) составила от 50 до 80 дБ и более.

Из 179 специально исследованных больных 52 составили первую группу (проводился сеанс гипнотерапии); 50 — вторую группу (которой была проведена иглорефлексотерапия); 36 — третью группу (экспериментальная группа Лаборатории развития речи НИИ дошкольного воспитания АПН СССР), пациентам проводилась психотерапия в сочетании с сурдопедагогическими занятиями по программе этого института; 41 — четвертую группу (больным проводилось аудиометрическое обследование в состоянии гипнотического сна). При исследовании слухового восприятия, проведении тональной надпороговой аудиометрии (ультразвука, тест Люшера и sis), получены данные, указывающие на поражение звуковоспринимающего аппарата слуховой системы.

**Результаты экспериментально-психологического исследования больных.** При изучении внимания больных выявлена неравномерность снижения темпа выполнения задания, особенно в конце обследования. Особенностью памяти больных является то, что они легко находят образы запоминания слов конкретного содержания и испытывают затруднения при обозначении сложных слов. Исследование образной памяти показало, что непреднамеренное запоминание зрительного восприятия предметов у глухих не отличается от слышащих, а преднамеренное (целевое) запоминание, требующее мысленного анализа, снижено. Последнее можно объяснить общей замедленностью мыслительных процессов у глухих детей, затруднениями в овладении ими речью (Матвеев В. Ф., 1987). Наблюдалась задержка словесной памяти у глухих детей, потерявших слух в доречевой период и воспитывающихся в среде глухих или слабослышащих (спецсад, спецшкола). У младших школьников отмечены эмоциональные срывы, отказ от выполнения заданий, демонстративное безразличие. Чем больше выражены потеря слуха и дефект речи, тем больше затруднений испытывали больные при выполнении психологических обследований ( $p < 0,01$ ). Результаты исследования свидетельствовали о недостаточной концентрации внимания, рассеянности, отвлекаемости, истощаемости, инертности больных, снижении у них работоспособности, опосредованного запоминания ( $p < 0,05$ ). Изучение мыслительной деятельности в динамике показало, что у глухих детей сначала проявляется наглядно-действенное мышление, а в процессе выполнения разумных действий, имеющих целенаправленный осознанный характер, у них одно-

время развивается наглядно-образное мышление (Хватцев М. Е., Шабалин С. Н., 1961).

При изучении психических процессов (внимания, памяти, мышления) у больных с тухоухостью установлено, что они зависят от следующих факторов: 1) этиологического; 2) степени потери слуха и его резервов; 3) времени потери слуха (доречевой, речевой и более поздний периоды); 4) среды, в которой постоянно находится и воспитывается больной; пациенты даже с большой потерей слуха, за счет дополнительных занятий получившие необходимые знания, практически не отличались от нормально слышащих сверстников по всем основным характеристикам психической деятельности; 5) наличия вторичных нервно-психических расстройств; 6) проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

После лечебно-реабилитационных воздействий у больных отмечалась положительная динамика психических функций.

С помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) было обследовано 40 больных (2 группы по 20 человек, 19 девушек и 21 юноша в возрасте от 12 до 18 лет). Среди девушек эпилептоидный тип акцентуации характера определен у 8, психастенический — 3, шизоидный — 1, гипертимный — 1, истерический — 1, циклоидный — 2 и лабильный — у 3. У юношей эпилептоидный тип акцентуации характера выявлен у 13, циклоидный — 2, лабильный — 2, сензитивный — 2, гипертимный — 1, астеноневротический — 1. Полученные данные учитывались при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Многопрофильный личностный опросник использовался при изучении 43 пациентов, 24 женщин и 19 мужчин в возрасте от 17 до 48 лет. Установлено, что у всех больных показатели 9 базисных шкал, кроме 3-й шкалы, отличались от нормы ( $p < 0,01$ ).

13 больных было повторно обследовано после курса гипнотерапии. Достоверность различий показателей до и после лечения отмечались у них по всем базисным шкалам ( $p < 0,05$ ). Соотношение показателей шкал ММР1 до и после лечения указывает на то, что профиль личности больных приближается к профилю здоровых людей, отличаясь от них на 2–10 баллов.

**Результаты аудиометрических исследований.** У 52 больных, получавших гипнотерапию (I группа), средний прирост слуха на исследуемых частотах в процессе лечения по сравнению с первоначальными показателями составил от 3,9 до 4,8 дБ ( $p > 0,05$ ; 90%), после окончания лечения — от 10,5 до 12,4 дБ ( $p < 0,05$ ). У 49 больных улучшение слуха на отдельных частотах превышало 10 и более дБ. В процессе лечения в среднем от 13,7 до 21,3 дБ, после окончания лечения — от 16 до 21,2 дБ ( $p < 0,01$ ).

Изменение восприятия тональных сигналов у лиц, получавших иглорефлексотерапию (II группа), в процессе лечения и после него по сравнению с показателями аудиометрии до лечения было следующим: в процессе лечения суммарная величина порога слышимости возрас-

тала от 1,8 до 4,5 дБ ( $p > 0,05$ ; 70%), после окончания лечения — от 6,6 до 8,1 дБ ( $0,1 > p > 0,05$ ). При этом у 31 больного на отдельных частотах было выявлено понижение порога более, чем на 10 дБ. В среднем улучшение слухового восприятия в процессе лечения находилось в пределах от 15 до 21,6 дБ, а после лечения от 15 до 23 дБ ( $p < 0,01$ ).

У больных третьей группы (36 человек с тяжелой потерей слуха: тухоухостью IV степени, глухотой I—IV степени) прирост слуха в процессе лечения составил от 3,2 до 6,0 дБ ( $p > 0,05$ ; 70%). После окончания лечения — от 8,0 до 12,6 дБ ( $p < 0,05$ ). При этом у 33 больных понижение порога на отдельных частотах составило более 10 дБ. В процессе лечения: в среднем от 12 до 17,3 дБ ( $p < 0,05$ ); после окончания лечения — от 17 до 20,6 дБ ( $p < 0,01$ ).

После окончания лечения у 18 больных 1-й и 2-й групп, у 27 больных 3-й группы появилось восприятие тонов на частотах 6000–8000 Гц, которые до лечения не воспринимались.

Направленность изменения порогов слышимости оценивалась с помощью критерия  $t$  — Стьюдента. Было установлено, что у больных 1-й и 3-й групп, по сравнению со 2-й группой, понижение порога слышимости является достоверным ( $p < 0,05$ ).

При сопоставлении результатов исследования восприятия тональных сигналов и разборчивости речи установлено, что более четкое улучшение слуха наблюдалось по результатам речевой аудиометрии, чем тональной.

После лечения у всех больных для достижения максимальной разборчивости речи требовался меньший уровень звукового давления, чем до лечения (на 10 дБ и более). У больных 1-й и 3-й групп появилось контурное восприятие слов, речевая активность, улучшалась разборчивость речи на 40–50%.

При сравнении показателей восприятия шепотной и разговорной речи установлено, что лучшая разборчивость наблюдалась при проверке знакомым голосом (матери) ( $p < 0,01$ ), чем незнакомым (врача, аудиометриста) ( $p < 0,05$ ).

Больные 3-й группы до и после лечения были обследованы в НИИ дошкольного воспитания АПН СССР. Результаты, полученные после лечения, практически совпали с данными контрольной проверки института. Сопоставление показателей обследования уровня слухового восприятия до лечения (контрольные проверки по данным НИИ дошкольного воспитания АПН СССР за 8–14 лет обучения) с результатами, полученными за более короткий срок лечения в нашем психотерапевтическом сурдоневрологическом центре, свидетельствуют, что у детей произошел прирост показателей, который обычно удается добиться лишь после нескольких лет ежедневных занятий по развитию слухового восприятия. После лечения у 93% обследуемых больных улучшилось восприятие со слуховым аппаратом. Сохранение прежнего усиления слухового аппарата вызывало слуховой дискомфорт (гиперакузию), вследствие

чего больные настраивали слуховой аппарат на меньший уровень звукового давления.

Анализ проверки внушаемости больных показал, что ее степень во многом зависит от возраста, величины потери слуха, среды, в которой воспитывался больной, от наличия пограничных нервно-психических расстройств, а также от вида проводимых лечебных мероприятий. Наблюдениями установлено, что в начале лечения преобладает гетеровнущение, а в дальнейшем (в процессе лечения) — аутовнущение. Было подтверждено, что после каждого сеанса внушаемость больных повышается. Если степень понижения слуха для каждого уха различна, внущения реализуются через лучше слышащее ухо. Однако по мере тренировки и улучшения восприятия звуков на завершающей стадии лечения наблюдается эффект воздействия внушения («+» внушаемость) и через хуже слышащее ухо. Следует отметить, что у больных, леченных гипнотерапией, наблюдалось более четкое и достоверное повышение внушаемости ( $p<0,001$ ) по сравнению с больными 2-й ( $p<0,05$ ) и 3-й группами ( $p<0,05$ ), в последнем случае из-за непонимания задания.

При анализе причин прироста показателей тональной аудиометрии, были выявлены следующие закономерности: а) улучшение аудиометрических показателей произошло у тех больных, у которых на фоне органического поражения слуха имелись функциональные нарушения слуха и другие функциональные расстройства (снятие этих «наслоений» привело к приросту слуха на 5—10 дБ и более); б) улучшение показателей речевой аудиометрии, восприятия шепотной и разговорной речи превосходит показатели тональной аудиометрии, что свидетельствует о функциональном характере заторможенности коркового отдела звукового анализатора. Следовательно, при применении психотерапии достигается растормаживающий эффект; в) психотерапевтическая настроенность и вера в лечение принимали настолько целенаправленный характер, что даже, несмотря на отсутствие изменений аудиометрических показателей, субъективно отмечалось улучшение слуха; г) показатели внушаемости и гипнабельности были пропорционально взаимосвязаны: более значительный прирост слуха отмечен у больных с большей степенью внушаемости и гипнабельности.

**Результаты аудиометрического обследования больных в состоянии гипнотического сна.** При обследовании 41 больного в возрасте от 8 до 18 лет установлено, что прирост слуха при положительном внушении у двух больных на частотах 250 и 1000 Гц достигал 50 дБ ( $p<0,01$ ). На остальных частотах — 5—45 дБ ( $p<0,05$ ). При отрицательном внушении ухудшение порога слышимости составляло от 5 до 80 дБ, иногда до полного отсутствия реакции на подаваемые сигналы на всех исследуемых частотах ( $p<0,001$ ). После пробуждения порог восприятия слуха у больных по сравнению с положительным внушением повысился (слух ухудшился), но в меньшей степени, чем при отрицательном внушении. При исследо-

10 вании разборчивости разговорной речи также наблюдалась тенденция к улучшению этого показателя при положительном и к ухудшению при отрицательном внушении по сравнению с периодом до лечения.

**Лечебно-реабилитационные мероприятия и особенности применения психотерапии у больных с нейросенсорным дефектом слуха.** При нейросенсорной тугоухости нами разработаны и применялись следующие методы:

1. Метод индивидуальной, невербальной подражательной психотерапии. Как известно, у слабослышащих больных повышается подражательная способность (особенно у детей), кожно-вибрационная чувствительность и т. п. Разработанная методика основана на использовании этой способности для погружения в гипнотический сон. Она заключается в следующем. На начальном этапе плохо слышащие больные знакомятся с инструкцией, содержащей подробное описание всего комплекса последовательных ощущений, возникающих при погружении в гипнотический сон. После такой психотерапевтической подготовки и определения внушаемости больных информируют о результатах лечения других больных (дневники наблюдения, фотографии, письма). На 2—3-й день им разрешается присутствовать на сеансах лечения больных в качестве «наблюдателя». В результате вновь поступившие лица получают представление о действиях врача и особенностях самого процесса. На 3—4-й день приступают к непосредственному лечению больных. Их укладывают на кушетку и предлагают пристально смотреть в определенную точку. Врач, не прикасаясь, подносит свою руку последовательно к лицу, плечам, грудной клетке, рукам, ногам, а потом в обратном порядке. Затем, повторив эти пассы 2—3 раза, но уже с легким прикосновением, резко отводят руки от грудной клетки больного, мгновенно прижимают ему веки и в течение 30—40 сек. оказывает на них давление. После нескольких повторений больной уже с усилием открывает глаза. Ему предоставляется отдых, во время которого наступает легкая дремота, постепенно переходящая в гипнотический сон. Через 5—6 минут проводится «пробное внушение» влечения или отвращения к определенным играм, действиям и т. п. После того, как устанавливается факт реализации внушения, больному проводится целенаправленное лечение.

2. Модифицированный вариант метода групповой психотерапии. Он заключается в том, что лиц с нейросенсорным нарушением слуха включают в одну группу с нормально слышащими больными (например, с неврозами и неврозоподобными расстройствами). Одновременно лечение в гипнотарии проводится 10—15 больным (5—6 слабослышащим, 5—10 нормально слышащим). Больные с III—IV степенью тугоухости пользуются слуховыми аппаратами. Сеанс проводится по следующей схеме: беседа с больными в бодрствующем состоянии — 10—12 минут, этап аутогенной тренировки — 10—12 минут, суггестивное и лечебное внушение — 20—25 минут, пробуж-

дение — 7—10 минут. Лечебно-гимнастические движения для снятия гипнотической релаксации занимают 5—7 минут, задание на дом — 3—5 минут. Содержание бесед во время каждого сеанса меняется. Обсуждают причины возникновения заболевания, конкретные задачи, стоящие перед больными для преодоления своего недуга. Заслушивают отдельных больных, уже отметивших улучшение. Часть беседы проводят в затемненном гипнотарии, где выступают и нормально слышащие больные, контролирующие прикрепленных к ним больных с нарушением слуха (1—2 чел.). Нормально слышащие больные проверяют слух, тренируют остатки слуха и речь плохо слышащих больных.

3. Комплекс лечебно-педагогических мероприятий. При разработке этого комплекса учитываются 5 взаимосвязанных факторов: содержание лечения, деятельность врача, деятельность пациентов, деятельность окружающих, деятельность родителей. При проведении лечебно-педагогических мероприятий ставятся следующие задачи: а) научить больных самостоятельному мышлению, развить способность правильно ориентироваться и находить выход в различных жизненных ситуациях; б) развить речевую активность — способность правильно говорить, общаться; в) воспитать у пациентов активное отношение к развитию у себя остатков слуха, научить их благоприятно воспринимать наступившие улучшения, сделать жизнь детей более счастливой; г) устраниТЬ у пациентов мысли о собственной неполноценности. Все эти мероприятия проводятся в свободные от психотерапии время и подкрепляются во время сеанса групповой психотерапии.

4. Для улучшения слухового внимания и более ускоренного развития механизмов компенсации недостатков слуха применяется метод дозированного исключения зрительного анализатора на время от 30 мин. до 12 часов в сутки. Курс лечения занимает 30—40 дней. Смысл методики заключается в создании внешних условий, вызывающих у больных необходимость быть более внимательными, прислушиваться к окружающему миру звуков, тренировать остатки своего слуха, не прибегая к дактильному общению («Способ лечения нарушений слуха». Авторское свидетельство № 1114418).

5. Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для родителей. В процессе лечения детей их родители являются участниками проведения лечебных мероприятий. При поступлении больных с нарушением слуха одновременно выясняют жалобы самих родителей, с ними проводят необходимые лечебно-реабилитационные мероприятия (семейная психотерапия, а также занятия с целью обучения их определенным сурдопедагогическим навыкам для проверки и развития слуха и речи ребенка).

Ниже приводятся характерные особенности психотерапии при нарушениях слуха:

1) У больных в период улучшения восприятия слуха наблюдается явление временной гиперакузии, во время которого малейший

шум в гипнотарии, повышенный голос врача, глубокое дыхание у пациентов мешают им расслабиться и препятствуют развитию гипнотического состояния.

2) Компенсаторное повышение чувствительности других анализаторов у больных с нарушением слуха (зрительных, кожно-вибрационных) способствует более эффективному погружению их в гипнотическое состояние при помощи неверbalного метода гипнотизации по сравнению с нормально слышащими больными. При этом у больных, заметивших в процессе лечения малейшее улучшение своего слухового восприятия, внушаемость от сеанса к сеансу возрастает, а отношение к проводимым процедурам и мероприятиям коренным образом меняется, что в конечном итоге положительным образом отражается на результатах лечебного процесса в целом.

3) В состоянии гипнотического сна прирост слуха больных при положительном внушении на отдельных частотах может достигать 50 дБ, причем после пробуждения порог слышимости снова повышается, т. е. слух ухудшается. При отрицательном внушении происходит повышение порога (ухудшение слуха) до 80 дБ вплоть до полного отсутствия реакций на подаваемые сигналы. Такого улучшения или ухудшения в бодрствующем состоянии добиться не удается.

4) У абсолютно глухих больных (по данным электрофизиологических обследований) во время гипнотического состояния удается проводить внушение без средств сурдотехники, причем после пробуждения у 45% больных наблюдается реализация внушения, такие же внушения в бодрствующем состоянии из-за отсутствия слуха больным вообще не воспринимаются.

На фоне улучшения общего самочувствия у больных соответственно улучшаются слуховое внимание и восприятие. В этот период у 73% больных наблюдается временное явление гиперакузии, при котором резко возрастает слуховая реакция (дискомфорт) на действие окружающих звуков, появляются раздражительность, боль в ушах, в голове, бессонница (мешают спать ставшие слышимыми звуки). Больные просят окружающих говорить тише, сами же избегают шумной обстановки. Явление гиперакузии на протяжении всего курса лечения наблюдается 1—2 раза в течение 2—4 дней, в начале лечения (после 3—7-го сеанса) или же на 9—10-м сеансе лечения, второй раз — у 41% больных после 13—14-го сеансов. Следует отметить, что повторное явление гиперакузии было менее выражено и продолжительно по своей интенсивности. В период гиперакузии больные отмечают изменение тембра голоса. При этом больные с меньшей потерей слуха (1-я—2-я степень) начинали говорить тише, чем до лечения, а больные с большей потерей (3-я—4-я степень), наоборот, громче. Первые объясняли это тем, что слышат свой голос лучше уже без крика, вторые — тем, что раньше не слышали свой голос, а теперь слышат и имеют возможность его контролировать. Для выяснения влияния гиперакузии на пока-

затели аудиометрических измерений было проведено исследование по определению значения порога дискомфорта в соответствующие периоды. У больных 1-й группы в процессе лечения величина понижения порога дискомфорта составила от 4,0 до 6,5 дБ, после лечения от 11,6 до 16,2 дБ ( $p < 0,05$ ). При этом у 46 больных понижение порога дискомфорта было более 10 дБ. В процессе лечения оно составляло от 17,7 до 33,1 дБ, а после лечения — от 20,2 до 33,2 дБ ( $p < 0,01$ ). У больных 2-й группы в процессе лечения понижение порога дискомфорта составило от 3,5 до 7,2 дБ, после лечения — от 8 до 14,7 дБ ( $p < 0,05$ ). У 31 больного понижение порога дискомфорта оказалось более 10 дБ. В процессе лечения это понижение составило в среднем от 16,0 до 27,8 дБ, после окончания лечения — от 18,5 до 34,1 дБ ( $p < 0,01$ ). У больных 3-й группы в процессе лечения понижение порога дискомфорта составило от 0,3 до 2,6 дБ, после лечения — от 3,7 до 10,4 дБ. У 18 больных понижение порога дискомфорта на отдельных частотах было более 10 дБ. В процессе лечения оно составило от 11 до 30 дБ, а после лечения — от 14,1 до 30,3 дБ ( $p < 0,01$ ).

На основании этих наблюдений мы пришли к выводу, что возникновение гиперакузии у больных нейросенсорной тугоухостью является первым признаком положительного результата лечения, указывающим на благоприятный прогноз.

В наших исследованиях после лечения в зависимости от притока слуха (понижение порога) порог дискомфорта тоже понизился. Больные, у которых понижение порога не отмечалось в аудиометрических исследованиях, субъективно отмечали улучшение слуха, в 91% случаев было отмечено понижение показателей порога дискомфорта.

У 6,7% больных, у которых слуховой дискомфорт отсутствовал, улучшение наступало плавно, незаметно, а у 2,3% оно вообще отсутствовало.

Явление гиперакузии можно объяснить тем, что на фоне растормаживающего эффекта вследствие лечебно-реабилитационных мероприятий неадаптированный центральный отдел звукового анализатора начинает воспринимать окружающие звуки, которые создают временные непривычные для его нормальной деятельности нагрузки. После адаптации на 3—4-й день явление гиперакузии исчезает.

Результаты многолетних наблюдений и проведенных исследований подтверждают, что психотерапия и дозированное исключение звукового анализатора являются эффективным способом, позволяющим добиться успешной реабилитации больных с нарушением слуха и улучшить их социальную адаптацию. Механизм улучшения слухового восприятия под влиянием психотерапии можно объяснить устранением психогенного торможения и соответственно активизацией корковых и подкорковых слуховых центров, повышением слухового внимания больных, исчезновением чувства обреченности

и беспомощности, страха, болезненной стеснительности, появлением у них чувства уверенности в себе, в своих силах и возможностях излечения. Вера в успех лечения поднимает настроение больных, у них появляется желание говорить, тренировать свой слух, больше прислушиваться к окружающим звукам. Дозированное исключение звукового анализатора вынуждает больных прислушиваться, более активно развивать слуховое внимание. Все эти факторы постепенно приводят к повышению общей слуховой культуры, и как следствие, — к улучшению слухового восприятия. Следует отметить, что после прекращения лечебно-реабилитационных мероприятий, если больные постоянно находятся в нормальной речевой среде, то восприятие звуковых сигналов, особенно разговорной речи, может еще более улучшиться.

**Показания к применению разработанной методики и ее практические результаты.** Психотерапевтические методы в системе реабилитации больных с нарушением слуха показаны больным со вторичными пограничными нервно-психическими расстройствами, сознательно относящимися к своему болезненному состоянию (т. е. начиная с возраста 8—9 лет). В отдельных случаях, когда медико-педагогическая комиссия затрудняется дать направление в массовую школу, лечение может быть начато раньше, т. е. с 4—7 лет.

Из общего числа больных в возрасте от 3 до 28 лет после лечения 5 детей из спецсада для глухих было переведено в сад для слабослышащих, 16 — из сада для слабослышащих в массовые детские сады; 3 детей, направленных в спецсад, после лечения остались в массовом; 14 детей из школы глухих были переведены в школу для слабослышащих; 25 из школы глухих и 50 из школы слабослышащих — в массовую школу; 30 детей, посещавших массовые детские сады, и 70 детей, обучавшихся в массовой школе с испытательным сроком (стоял вопрос о переводе их в спецсад и спецшколу вследствие затруднений в усвоении школьной программы, связанных с понижением слуха), после проведения лечения оставлены в массовых детсадах и школах и в настоящее время успешно учатся; 29 детей в возрасте от 3 до 7 лет, которые ранее были педагогически запущены из-за отказа родителей отдать их в спецсад, после соответствующих консультаций и лечения, были направлены в специальные детские учреждения: 1 — в сад для слабослышащих (ранее был сад для глухих); 19 — в массовый сад (ранее был сад для слабослышащих); 3 — в школу для слабослышащих (ранее школа для глухих); 6 — в массовые школы (ранее школы для слабослышащих). 15 больных после окончания массовой школы поступили в средние и высшие учебные заведения.

Анализ результатов лечения показал, что у 95—97,7% больных после проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий получены хорошие и удовлетворительные результаты. Неудовлетворительные исходы лечения чаще всего обусловлены наличием у больных органического поражения центральных отделов слухового ана-

лизатора после перенесенной нейроинфекции (менингит, менинго-энцефалит, арахноидит) и черепно-мозговых травм. В то же время и в этих случаях под воздействием реабилитационных мероприятий наблюдалось определенное улучшение психического статуса больных.

## ВЫВОДЫ

1. У 95% больных с нейросенсорными нарушениями слуха развиваются пограничные нервно-психические расстройства. На их фоне у части больных (45%) под влиянием отрицательных социальных и других психотравмирующих факторов могут усиливаться проявления резидуально-органических изменений головного мозга, способствующие формированию патологического развития личности, что, в свою очередь, усугубляет органическо-функциональные нарушения слуха, затрудняет диагностику и влияет на эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

2. Выделено 4 основных типа функциональных нарушений слуха: 1) функционально психогенное (истерическая тугоухость, глухота, сурдомутизм); 2) функционально непсихогенное (при соматических и неврологических заболеваниях, пограничных нервно-психических расстройствах, функциональной гипо- и гиперакузии); 3) имитированное нарушение слуха (подражательная тугоухость у детей и др.); 4) функциональные нарушения слуха у больных с недоразвитием и расстройством психики.

3. Оценка истинного состояния слуха и эффективности результатов реабилитационных мероприятий у больных с нейросенсорным поражением слуха должна осуществляться на основании данных не только тональной и речевой аудиометрии, но и психологических исследований после проведения соответствующей психотерапевтической подготовки больных и устранения нервно-психических расстройств. Если отмечаемое больными и их окружением улучшение слуха подтверждается аудиометрическим исследованием, проводимым одним и тем же лицом на одном и том же аудиометре с разницей показателей до и после лечения не менее 5—10 дБ, то его нужно считать положительным результатом лечения.

4. У детей с дефектом слуха нарушения психических функций зависят от ряда факторов, в том числе наличия и выраженности пограничных нервно-психических и других расстройств. Родители, особенно матери (85%), травмированные болезнью детей, своим неадекватным поведением часто затрудняют лечение и социальную реабилитацию ребенка. Поэтому, подвергая родителей и остальных членов семьи лечебному психотерапевтическому воздействию, можно добиться более высоких результатов.

5. При применении гипнотерапии для исключения отрицательных последствий и контроля за состоянием больных необходимо учитывать выявленные и описанные нами субъективные ощущения (до, во время и после гипнотерапии), отличающиеся характерными психологическими и психическими проявлениями (страх, ги-

перакузия, амнезия и др.).

6. Применение психотерапии у больных с нейросенсорным нарушением слуха имеет следующие особенности: 1) в начале лечения вследствие растворяющего влияния психотерапии на центральный отдел звукового анализатора у 73% больных отмечается повышение чувствительности к окружающим звукам, при котором глубокое гипнотическое состояние не наступает, т. е. наблюдается временное явление гиперакузии, исчезающее после адаптации; 2) слабослышащие и глухие больные лучше поддаются невербальному воздействию, чем вербальному; 3) в состоянии гипнотического сна во время положительного внушения прирост слуха на отдельных звуковых частотах может достигать 50 дБ, в бодрствующем состоянии — до 40 дБ (такого прироста не наблюдается при применении других методов); 4) у 45% глухих после проведения внушения во время гипнотического сна без средств сурдотехники наблюдается его реализация, в то время как в бодрствующем состоянии осуществление такого внушения невозможно.

7. Применение разработанного комплекса психотерапевтического воздействия у слабослышащих и глухих детей со вторичными нервно-психическими расстройствами существенно повышает эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, улучшает восприятие звуковых сигналов и слухо-речевую коммуникацию неслышащих.

## Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Деонтологические принципы в сурдологическом кабинете при реабилитации детей с нарушением слуха // Вопросы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. — Харьков, 1984. — С. 32.
2. Семейная психотерапия больных с нарушением слуха // Медико-психологические аспекты брака и семьи. — Харьков, 1985. — С. 141.
3. Возможности коррекции слуха у больных с нейросенсорной тугоухостью при психотерапевтическом воздействии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1986. — № 2. — С. 26—32.
4. Применение психотерапии для улучшения слухового восприятия больных с нейросенсорным нарушением слуха: Методические рекомендации (МЗ СССР). — М., 1986. — 21 с.
5. Организация лечебной помощи больным с нейросенсорным нарушением слуха на курорте: Методические рекомендации. — Харьков, 1987. — 11 с. (соавт. Г. И. Кадук, В. Д. Саенко).
6. Организация психотерапевтической помощи больным с нарушением слуха в областном психотерапевтическом сурдологическом центре // Актуальные вопросы дальнейшего усовершенствования диагностики и лечения больных на курорте: Тезисы докладов. — Харьков, 1987. — С. 287—288.
7. Психотерапия в сурдологии // Киев: Здоров'я, 1988.—168 с.
8. Центр восстановления здоровья. Первый психотерапевтический сурдологический центр // Киев: Здоров'я, 1988.—122 с.