

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В. М. БЕХТЕРЕВА

На правах рукописи

РАХМАНОВ Вагиф Мамедович

УДК 641,1 : 616.89-008-036.82 : 616,28

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ
И ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ СЛУХА**

Специальности:

14.00.18 – Психиатрия

19.00.04 – Медицинская психология

14.00.04 – Болезни уха, горла и носа

Автореферат

**диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Санкт-Петербург
1992

Работа выполнена в Республиканском научно-практическом психотерапевтическом сурдоневрологическом центре Министерства здравоохранения Украины и на кафедре психотерапии Украинского института усовершенствования врачей.

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор Б. Д. Карвасарский доктор медицинских наук, профессор А. Т. Филатов лауреат Государственной премии Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор В. Г. Базаров

Официальные оппоненты:

заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор И. В. Коркина

доктор медицинских наук, профессор А. И. Лопотко

доктор медицинских наук, профессор В. К. Мягер

Ведущее учреждение – НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ имени В. П. СЕРБСКОГО.

Защита диссертации состоится «.....» 1992 г. в 14.00 на заседании специализированного совета по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук (Д 084.13.01) при Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (193019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан «.....» 1992 г.

Ученый секретарь
специализированного совета
доктор медицинских наук

А. М. ШЕРЕШЕВСКИЙ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В последние десятилетия в промышленности развитых странах отмечается значительное увеличение, особенно среди детей и трудоспособной части населения, количества больных с функциональным (Рахмилевич А. Г., 1975; Свядоц А. М., 1982; Карвасарский Б. Д., 1990; Ballantyne J. G., 1977) и органическим (нейросенсорным) (Солдатов И. Б., 1978; Пальчун В. Т., Асламазова В. И., 1987; Тарасов Д. И., Морозов А. Б., 1987; Ару-тгопян А. Г., Ханамирян Р. М., 1988; Козлов М. Я., Левин А. Л., 1989; Wilson S. J., 1985) нарушением слуховой функции. Диагностику и реабилитацию этого контингента больных затрудняет полиморфность этиологии заболевания, различное понимание его патогенеза и клинической картины, наличие у большинства больных резидуально-органической патологии нервной системы и вторичных невротических и невротоподобных расстройств.

Дефекты слуха в детском возрасте ведут к вторичной патологии: нарушению речи, задержкам развития, трудностям личностного функционирования; у взрослых больных – к профессиональной дезадаптации, они часто вынуждены менять профессию, становятся инвалидами, социально зависимыми от своих близких и окружающих (Лебединский М. С., Мясищев В. Н., 1966; Ковалев В. В.; 1979; Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г., 1980; Газона А. П. и др. 1983; Лакосина Н. Д., 1984; Богомилский М. Р., Ремизов А. Н., 1986; Барденштейн Л. М., 1987; Матвеев А. Ф., 1987; Базаров В. Г., Филатов А. Т., 1988; Thomas A. et. al., 1982; Bess F. N. 1986 и др.).

Эффективное проведение реабилитации больных с функциональными и органическими расстройствами слуха требует согласованных усилий различных специалистов: врачей отоларингологов, психиатров, невропатологов, психологов, дефектологов, педагогов, а также инженеров по слухопротезированию.

Анализ многочисленных публикаций по этой проблеме свидетельствует, что многие относящиеся к ней вопросы остаются нерешенными. В связи с терапевтической резистентностью и отсутствием улучшения в клинической картине болезни большинство специалистов приходят к пессимистическим выводам и считают нецелесообразным оказание активной медицинской помощи больным с органическим (нейросенсорным) нарушением слуха, предлагают использовать средства электроакустической коррекции, направлять больных в специализированные детские сады и школы, обучать их дактильной азбуке. При разработке программ по реабилитации этих больных не учитываются резидуально-органическая патология нервной системы, роль вторичных психогенных (невротических и невротоподобных) расстройств и социально-психотравмирующих факторов, личностно-психологические особенности пациентов и членов их семьи, влияние больного на семью

и возникающие при этом семейные проблемы. Таким образом, теряется возможность своевременной согласованной координированной работы по их реабилитации, основные принципы которой разработаны и представлены в литературе (Кабанов М. М., 1978; Мягер В. К., 1978; Рожнов В. Е., 1985; Матвеев В. Ф., 1987; Коркина М. В., 1988; Александровский Ю. А., 1992, и др.).

Сурдологическая практика показывает, что существующие методы диагностики заболеваний слуховой системы не в полной мере отвечают требованиям достоверной оценки состояния слуха (Лопотко А. И., 1965; Лопотко А. И., Плужников М. С., 1986; Сагалович Б. М., 1978, 1987; Таварткиладзе Г. А., 1988; Базаров В. Г., 1989; Дискаленко В. В., 1990), а разработанные методы реабилитации недостаточно эффективны. (Чистякова В. Р. и др., 1988; Евдощенко Е. А., Косаковский А. Л., 1989; Благовещенская Н. С. 1990; Baltmcr R. D., Lehnhardt E., 1984; Tumnic G., Langer R., 1987 и др.).

Следует добавить, что чрезмерное применение химических веществ как в различных отраслях медицины, так и в народном хозяйстве ведет к росту аллергических, эндокринологических и других заболеваний среди населения. В связи с этим повысился интерес к немедикаментозным способам лечения, особенно к нетрадиционным (Карвасарский Б. Д., 1985, 1992; Кривенко В. В. и др., 1990). Естествен интерес к этим методам со стороны больных с расстройствами слуха. В настоящее время становится все более очевидным, что лечение у альтернативных целителей (экстрасенсов, манусологов и др.) сопровождается нередко отрицательными побочными эффектами и осложнениями, которые также требуют анализа.

До настоящего времени не разработаны системы оценок лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с расстройствами слуха и методов прогнозирования их эффективности.

Цель исследования. С учетом изложенного выше, общей целью работы являлось клиническое, экспериментально-психологическое, социально-психологическое и аудиометрическое обследование больных с функциональными и органическими расстройствами слуха и создание на этой основе системы психосоциальной реабилитации, адекватной для данного контингента больных.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинических проявлений у больных с функциональными и органическими расстройствами слуха, значимые для их психосоциальной реабилитации;
2. Выявить психологические особенности больных (отношение к болезни, особенности личности, психических процессов и др.);
3. Исследовать социально-психологические факторы, играющие роль в дезадаптации больных и, следовательно, в построении

реабилитационных программ (реакцию родителей па расстройство слуха у пацнеитов, отношение к ним окружающих, в том числе в

педагогических и трудовых коллективах, отношение детей с расстройствами слуха к членам семьи, учителям, врачам и др.);

4. Исследовать возможность психотерапии в восстановительном лечении больных с функциональными и органическими расстройствами слуха, используя при этом клинический, психологический, социально-психологический и аудиометрический контроль;

5. Разработать комплекс психосоциальной реабилитации больных с функциональными и органическими расстройствами слуха;

0. Разработать методы математического прогнозирования эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий;

7. Предложить методы психокоррекции членов семьи и ближайшего окружения больного с расстройствами слуха;

8. Исследовать отрицательные побочные" эффекты и "осложнения при психотерапии и применении методов 'так называемой альтернативной психотерапии н разработать рекомендации по'их устранению.

Научная новизна исследования. Показано влияние биологических, психологических и социальных факторов на формирование уровня и форм активного и пассивного поведения больных с расстройствами слуха до и после лечения. Выявлены особенности социальной среды больных (больной – семья, больной – педагогический и медицинский персонал и др.). Изучена реакция родителей па болезнь ребенка. Разработаны новые методы психологических и социальных воздействий на больных с расстройствами слуха в системе их реабилитации. Впервые на основе анализа результатов обследования различных контингентов больных составлены математические модели прогнозирования эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Показано место и значение психотерапии в системе психосоциальной реабилитации больных в условиях клинического п аудиометрического контроля. Разработан новый «Способ лечения больных невротами» (авт. свид. № 1664319), позволяющий осуществлять поэтапные лечебные воздействия при невротизах и вторичных невротических расстройствах, и усовершенствованы «Способ лечения нарушений слуха» (авт. свид. № 1114418), позволяющий улучшить слуховое восприятие путем дозированного исключения участия зрительного анализатора в речевом общении, и «Устройство для регистрации движения век» (авт. свид. № 1316657), с помощью которого можно определить глубину гипнотического состояния больных. Впервые дано клннико-психологическое описание побочных отрицательных эффектов и осложнений психотерапии и приемов оказания помощи больным»

Теоретическое и практическое значение проведенного исследования. Теоретическая и практическая ценность работы определяется тем народнохозяйственным значением, которое приобрела

в настоящее время проблема медико-социальной реабилитации больных с расстройствами слуха, а также психокоррекционной

работы с членами их семьи. Результаты исследования имеют значение для понимания механизмов компенсации функциональных и органических расстройств слуха, выявления отрицательного влияния их на членов семьи, а также для разработки на этой основе методов реабилитации больных и психотерапевтической коррекции как недостатков слуха, так и нарушений психосоциального функционирования в окружающей среде.

Существенное практическое значение имеют описание характерных осложнений психотерапии, их систематизация, предложение технических приемов для устранения.

Полученные материалы имеют значение для дальнейшего развития сурдопсихиатрии, сурдопсихотерапии, сурдопсихологии, сурдопедагогики, теоретического обоснования принципов и методов психосоциальной реабилитации больных с расстройствами слуха и членов их семей на различных стадиях болезни.

Для внедрения в практику предложены новые психотерапевтические и социотерапевтические методы (более 20): а) конвейерный (невербальный) способ гипнотерапии и психотерапевтических внушений, б) способ гипнотизации негипнабельных и маловнуша-емых больных, в) способ улучшения слухового восприятия в гипнотическом состоянии, г) способ тренировки восприятия слуха во время гипнотического сна путем применения музыкальных ритмов, е) методы поддерживающей психотерапии и др.

Разработаны опросники для изучения социальных взаимоотношений в семье больного, педагогическом и трудовом коллективе, для изучения отрицательных эффектов и осложнений психотерапии и др.

Внедрение в практику. Полученные результаты внедрены в деятельность Лаборатории развития речи НИИ дошкольного воспитания АПН РФ, Украинского детского сурдологического центра (Киев), Лаборатории физиологии и патологии слуха и сурдологического отделения Санкт-Петербургского НИИ по болезням уха, горла, носа, речи МЗ РФ, Научно-практического психотерапевтического сурдоневрологического центра МЗ Украины (Днепропетровск), Школы для слабослышащих детей им. Терека Белы (Будапешт, Венгрия) и др. Материалы работы нашли отражение в ряде методических рекомендаций, в том числе: «Применение психотерапии для улучшения слухового восприятия больных с неросенсорным нарушением слуха» (М.: МЗ СССР, 1986), «Неврозы и неврозоподобные состояния у лиц с дефектами слуха и оказание им психиатрической помощи (М.: МЗ СССР, 1989), «Побочные отрицательные последствия психотерапии (гипнотерапии) (М.: МЗ СССР, 1991), «Осложнения психотерапии (гипнотерапии) и пути их устранения» (М.: МЗ СССР, 1991), «Внушение в системе лечебно-реабилитационных

мероприятий у больных с нарушением слуха, прогнозирование и оценка их эффективности» (М.: МЗ СССР, 1991) и в книге «Центр восстановления здоровья.

Первый психотерапевтическим сурдологический центр» (Киев: Здоров'я, 1988).

Для внедрения в практику предложено 3 изобретения и 37 рационализаторских предложений.

Апробация работы. По результатам исследования опубликовано 23 работы, среди которых 3 монографии, 5 методических рекомендаций. Результаты диссертации многократно докладывались на различных съездах, конференциях и симпозиумах.

Материалы проведенной работы, комплексная программа психосоциальных мероприятий больных с функциональными и органическими расстройствами слуха экспонировались на ВДНХ СССР в 1989 г. Работа была отмечена Золотой медалью.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1) уровень компенсации при медико-социальной реабилитации больных с функциональными и органическими расстройствами слуха определяется всей совокупностью клинических, психологических и социально-педагогических характеристик больного и его ближайшего окружения, прежде всего семьи;

2) повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий при органических нарушениях слуха во многом связано с устранением пограничных нервно-психических расстройств, имеющих вторичный характер по отношению к основному заболеванию;

3). психотерапия в различных ее видах является важнейшей составной частью системы психосоциальной реабилитации и восстановительного лечения даже при расстройствах слуха органического генеза;

4) с учетом перспектив широкого внедрения методов психотерапии при расстройствах слуха функционального и органического характера, а также приемов так называемой альтернативной (нетрадиционной) медицины необходимо учитывать их отрицательные эффекты, возможные побочные действия и осложнения.

Объем и структура исследования. Диссертация состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, указателя литературы и приложения. Работа изложена на страницах машинописного текста, содержит таблиц и рисунков. Библиография включает отечественных и иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Методы исследования. Для решения указанных выше задач были использованы клинический, психологический, социально-психологический и аудиометрический методы исследования.

Клинический метод включал клинико-анамнестическое, клинн-копсихопатологическое, неврологическое изучение больных, определение состояния внутренних органов и ЛОР-органов.

В психологических исследованиях использовалась методика для определения типа отношения к болезни (ТОБ), разработанная в

Институте им. В. М. Бехтерева (Личко А. Е., Иванов Н. Я., 1980; Вассерман Л. И. и др., 1987); особенности личности больных не следовались с помощью Многопрофильного личностного опросника (ММП1) и Патохарактерологического диагностического опросника А. Е. Личко, Н. Я Иванова, 1983; особенности психических процессов (внимания, памяти, мышления) изучали с помощью таблицы Шульте, методики по запоминанию геометрических фигур Ф. Б. Рыбакова, метода пиктограмм А. Р. Лурия, методики сравнения предметов и понятий по признакам сходства и отличия, объяснения смысла пословиц, метафорических выражений.

Социально-психологические исследования проводили с применением ряда специально разработанных для целей данной работы опросников, позволяющих выявить особенности взаимоотношений больного с расстройствами слуха с ближайшим окружением, прежде всего отношения в семье, а также реакции членов семьи на сам факт расстройства слуха и связанные с этим нарушения семейного функционирования.

Помимо своего традиционного использования аудиометрический метод применяли с целью определения порога слышимости больных в гипнотическом сне. Для выявления соотношения органического и функционального компонентов в структуре нарушения слуха у исследованных больных была разработана оригинальная методика ауднометрического обследования больного в бодрствующем состоянии, во время гипнотического сна и при выходе из него. Если после «отрицательных» и «положительных» внушений восприятие соответственно повышалось или понижалось, то можно было делать вывод о наличии у больного, помимо органического поражения, определенных функциональных «наслоений». С помощью аудиометрического метода изучалось слуховое восприятие до и после дозированной исключения зрительных анализаторов: в процессе свободного общения и психотерапии.

Исследования слухового восприятия, проведение тональной надпороговой аудиометрии (ультразвук, тест, дифференциальный порог восприятия силы звука — тест Люшера) указывали на степень поражения звуковоспринимающего аппарата слуховой системы.

Материалы исследования. Обследование больных проводили в клинике Республиканского научно-практического психотерапевтического сурдоневрологического центра МЗ Украины и в отделении неврозов

Областной психоневрологической больницы (г. Днепропетровск) в 1978–1992 гг.

Работа выполнена на большом клиническом материале – всего обследовано 3997 больных с функциональными и органическими нарушениями слуха и 74 нормальнослышащих больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами. Результаты основных исследований были подвергнуты математической обработке, в том числе с применением программ многомерной статистики.

Было обследовано также 794 родителя детей, страдающих расстройствами слуха.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованные больные были разделены на 8 групп. В 1-ю группу вошли 88 пациентов: 52 из них была проведена гипнотерапия, 36 больным с тяжелой патологией слуха (глухотой) – гипнотерапия в сочетании с сурдопедагогическими занятиями. 2-ю группу составили 93 больных, при лечении которых использовалось дозированное исключение зрительного анализатора. 3-ю группу представляли лица, у которых слуховое восприятие исследовалось в состоянии гипнотического сна – 41 больной. В 4-ю группу включены 1156 больных, у которых слуховое восприятие изучалось после ритмической музыки, при том, что пациенты в это время находились в состоянии гипнотического сна. 5-ю группу составили 416 больных, у которых исследование слуха и речи проводилось в процессе свободного общения. В 6-ю группу включены 1595 пациентов, у которых изучали влияние традиционных и нетрадиционных (альтернативных) методов психотерапии. 7-ю группу составили 534 больных, данные исследования которых были использованы для статистического анализа с целью разработки метода математического прогнозирования эффективности психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий. 8-ю, контрольную, группу составили 74 пормальнослышащих больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами, у которых в анамнезе жалобы па снижение слуха отсутствовали. При поступлении и в процессе лечения был произведен аудиометрический контроль слуха и изучено влияние психологических факторов на показатели аудиометрип и слуха.

Возраст обследованных больных варьировал от 2 до 55 лет. В возрасте от 2 до 10 лет был 981 (24,5%) больной, от 10 до 20 лет – 1322 (33,1%), от 20 до 30 лет – 626 (15,7%), от 30 до 40 лет – 556 (13,9%), от 40 до 50 лет – 411 (10,3%), от 50 до 55 лет – 101 (2,5%) больных. Среди них мужчин было 1996 (49,9%), женщин – 2001 (50,1 %). Давность заболевания у обследованных составила от одного года до 25 лет.

Всем больным было проведено аудиометрическое обследование. Степень потери слуха у больных детей определяли по методике Л. В. Неймана (1977), у взрослых по методике В. Г. Базарова п Л. И. Розкладки (1989). В результате полученных данных установлено, что 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, 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000, 8000 Гц) составила от 50 до 80 дБ и более.

У 1431 (35,8%) больного социальная среда была исихотравмпующей, у 2566 (64,2%) – относительно нормальной.

Психологическому обследованию было подвергнуто 424 больных и 207 их родителей. Социально-психологически обследованы 948 (23,7%) больных и 794 родителей.

Тщательное клинико-анамнестическое исследование, проведенное у 1248 (31,2%) больных показало, что у 736 (59,0%) из них нарушение слуховой функции возникло в первые 2 года жизни, т. е. в доречевой период.

У 24 (1,9%) – нарушение было связано с наследственными факторами, у 7 (0,6%) – с гемолитической желтухой новорожденных, у 15 (1,2%) – заболеванием матери во время беременности, у 22 (1,8%) – родовой травмой и осложнением при родах, у 299 (24,0%) – с приемом ототоксических антибиотиков, у 126 (10,1%) – с перенесенными гриппом, ОРВЗ, скарлатиной, краснухой, корью, коклюшем, у 16 (1,3%) – с пневмонией, бронхитом, у 44 (3,5%) – с нейроинфекцией (менингит, менингоэнцефалит), у 20 (<1,6%) – с отитом, паротитом, у 6 (0,5%) – с кишечными инфекциями (дизентерия, энтероколит), у 1 (0,1% – после прививки АКДС и у 8 (0,64%) из 1248 обследованных – с перенесенными черепно-мозговыми травмами.

Среди остальных 660 (52,9%) больных, у 340 (27,2%) этиология заболевания осталась невыясненной. У 320 (25,6%) – установлены функционально-психогенные и функционально-непсихогенные факторы, способствующие нарушению функции слуха.

Из 3997 больных 524 (13,1%) посещали массовые детские сады. 381 (9,5%) – специализированные детсады для слабослышащих и 343 (8,6%) – сад для глухих. 358 (9,0%) детей находились дома, 657 (16,4%) посещали массовые школы, 585 (14,6%) – специализированные школы для слабослышащих и 393 (9,8%) – школу для глухих; 364 (9,1%) обследованных учились в СПТУ, средних и высших учебных заведениях, 325 (8,1%) работали, 67 (1,7%) не работали, так как не могли устроиться на работу из-за снижения слуха.

У 96,3% из 928 больных с нейросепсорной тугоухостью (глухотой), кроме нарушения слуха были выявлены вторичные невротические (у 298 чел. – 32,1%) и неврозоподобные (у 630 чел. – 67,9%) расстройства. У детей 6–7 лет это были эмоциональные нарушения, моторные и вестибулярные расстройства, нарушения речи, вредные привычки и др.

В клинической картине невротических и неврозоподобных расстройств доминировали выраженные эмоциональные и соматовегетативные нарушения. В возникновении неврозоподобных состояний

основную роль играла резидуально-органическая патология головного мозга, способствовавшая нарушению слуха. Отрицательное воздействие оказывали и проводимые ранее для устранения соматических заболеваний лечебные мероприятия, в част-8

пост», чрезмерное применение ототоксических и некоторых других препаратов. Наблюдались психоорганические и церебрастенные-ские симптомы.

Возникновению невротических и неврозоподобных расстройств способствовали также факторы микросреды, поведение родителей и окружающих (чрезмерная озабоченность, суетливость, суицидальные высказывания и т. д.), особенности характера пациента, тип окружающей среды, в которой он находился (дома в специализированном детсаду, в школе), степень потери и сохранности слуха, соматические и неврологические нарушения, физическая ослабленность, возраст и др.

У 103 из 320 больных с функциональными расстройствами слуха были установлены различные формы неврозов. Среди них было 30 детей и 73 взрослых. У детей диагностированы следующие формы неврозов: невроз страха у 14 (46,7%), неврастения у 5 (16,7%), депрессивный невроз у 7 (23,3%); у взрослых – депрессивный невроз у 15 (20,5%), невроз навязчивости – у 7 (9,6%), истерический невроз – у 36 (49,3%), невроз страха – у 5 (6,8%). В остальных случаях невротические расстройства имели недифференцированный характер.

При аудиометрических исследованиях у этих больных " было выявлено расхождение показателей речевой и тональной аудиометрии. При депрессивном неврозе наблюдалась гипоакузья, ирц неврастении – гиперакузья.

Диагностировано два варианта истерического невроза: а) истерическое усиление расстройств слуха органического генеза; б) истерический невроз и временная потеря слуха на фоне психотравмирующей ситуации у лиц, которые ранее имели нормальный слух.

При неврозе страха у детей пациенты боялись бесконечных консультаций и инъекций, испытывали страх перед человеком и белом халате; у взрослых с обсессивно-фобическими расстройствами преобладал страх полной глухоты, прогрессировать заболевания, страх перед незнакомой обстановкой, в которой они могут что-то не услышать. Они фиксировали внимание на недостатке слухового восприятия, стремились к излишне частому уточнению диагноза, проверке слуха, 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 сенестопрохондрических жалоб.

Пограничные нервно-психические расстройства (невротического и неврозоподобного характера) были выявлены у 85–90% родителей, чьи дети страдали расстройствами слуха^ они осложняли состояние детей и затрудняли проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.

В развитии пограничных нервно-психических расстройств у больных с расстройствами слуха условно можно выделить четыре периода;

Первый период – период астенических расстройств. Как правило, он совпадает с острым периодом потери слуха в результате органического поражения слуховых нервов. Кроме основного патологического процесса астенизирующее воздействие на больных оказывала чрезмерная медикаментозная терапия, длительные периоды пребывания в стационаре, нарушение привычного ритма жизни. У детей появлялся страх по отношению к медицинским работникам, боязнь инъекций и обследований. У взрослых на фоне активной установки на лечение наблюдались периоды тревоги и депрессивных переживаний. У всех больных выявлялись эмоциональная лабильность, раздражительность, плаксивость, повышенная утомляемость, головные боли, головокружение. Продолжительность этого периода не превышала одного года.

Второй период – манифестация невротических и неврозоподобных расстройств, как правило, на фоне неблагоприятного течения основного заболевания и потери надежд на полное восстановление слуха. В зависимости от особенностей преморбидной личности и складывающейся ситуации в этот период формировался весь спектр расстройств, перечисленных выше. При этом у детей наблюдалась агрессивность, они категорически отказывались от обследования и процедур, заметно снижался уровень работоспособности, умственной продуктивности, затруднялся контакт со сверстниками и с взрослыми. У взрослых, убедившихся в отсутствии эффекта от лечения, появлялся страх, тревога, возникали депрессивные явления с суицидальными высказываниями. Формировалось особое отношение к окружающим с элементами сверхценности, а иногда паранойяльности. Резко снижалась работоспособность. Возникали проблемы, касающиеся перемены профессии, изменения жизненного стереотипа, что в большинстве случаев утяжеляло сформировавшиеся невротические и неврозоподобные расстройства. Длительность этого периода 1–2 года.

Третий период – период адаптации и формирования защитных механизмов. Начинался обычно на третьем году заболевания и длился 2–3 года. Его основными характеристиками являлись снижение остроты нервно-психических расстройств, более терпимое отношение к своему заболеванию, осознание стойкости потери слуха и выработка приспособительного поведения, чаще всего с привлечением механизмов рационализации. У детей младшего возраста оно выступало в виде различных вариантов регрессии, проявляющейся в особой зависимости от

родителей, ограничении контактов с нормальнослышащими сверстниками. Родители в этом периоде стремились всячески оградить ребенка от жизненных трудностей, переходили на воспитание по типу «кумира семьи».

либо, - что было значительно реже, начинали предъявлять повышенные требования к ребенку в надежде улучшить его адаптацию.

У подростков и взрослых формы приспособительного поведения были значительно разнообразнее и выражались в появлении пунктуальности в учебе или работе, формировании особого отношения к окружающим (с одной стороны, подозрительность, недоверчивость, с другой, – особая привязанность к отдельным людям). Стремление компенсировать свой дефект проявлялось в выработке способности ориентироваться среди знакомых людей с помощью анализа их мимики и пантомимики. Этому способствовало обострение чувствительности сохранных анализаторов. Иногда наблюдалось стремление к гиперкомпенсации, выражавшейся в попытках скрыть имевшийся дефект слуха, приобрести специальность, несоответствующую физическим возможностям больного. Часто наблюдалось увлечение различными видами деятельности, не требовавшими общения с окружающими (настольные игры, чтение, рыбная ловля и др.). У некоторых больных формировались рентные установки, снижение слуха использовалось для получения различных социальных преимуществ.

Следует отметить, что у значительной части больных в этом периоде нарушения слуха субъективно были более выраженными из-за неадекватных форм адаптации и невротической фиксации расстройств слуха, особенно, если она поддерживалась неблагоприятной психотравмирующей ситуацией.

Четвертый период – этап стабилизации состояния, проявлялся в двух основных вариантах: успешной адаптации и неблагоприятном течении заболевания. В случае успешной адаптации к снижению слуха (правильный выбор профессии, создание семьи, адекватного круга общения) происходило значительное сглаживание невротических и пенирозоподобных нарушений. Отмечались лишь отдельные признаки, свидетельствовавшие о приспособлении к нарушению слуха в виде ношения особых причесок для маскировки слухового аппарата, «ложных улыбок», кивания головой, даже при неполном понимании собеседника, уход от беседы или стремление взять инициативу в разговоре, чтобы избежать излишних вопросов. При неблагоприятном течении заболевания, наблюдавшемся, как правило, на фоне более выраженной потери слуха и негативной социально-психологической обстановки, происходило дальнейшее утяжеление и фиксация пограничных нервно-психических расстройств. Степень их устойчивости позволяла говорить о специфическом психопатологическом развитии личности, обусловленном слуховой депривацией. Исследования показали, что для

выявления и оценки тяжести этих расстройств следует учитывать следующие признаки: 1) нарушение коммуникативных способностей, неопределенность образа «Я», затруднение в выборе профессии, друзей или же сверхценные мысли в планах на будущее, не соответствующие физическим возможностям больных;

1) постоянное чувство одиночества, скуки; 3) эмоциональная лабильность, частые перемены настроения в зависимости от социальных ситуаций, даже не затрагивающих интересы самих больных; 4) суицидальные высказывания, угроза суицидов; 5) усиленные и часто безуспешные попытки компенсировать свой физический недостаток другими видами деятельности; 6) чувство собственной неполноценности; 7) поиски нетрадиционных способов лечения;

8) обостренное желание скрыть свой недостаток от окружающих;

9) отказ от использования средств сурдотехники, несмотря на затруднения в речевом общении.

Первый вариант периода стабилизации наблюдался чаще у лиц, потерявших слух в доречевом периоде и находившихся в окружении подобных же больных. Второй, неблагоприятный, вариант течения встречался чаще при потере слуха в речевом периоде и у больных, находившихся в обычной речевой среде.

В лечебно-реабилитационных целях предложена следующая группировка больных с функциональными и органическими расстройствами слуха:

1. Функциональные расстройства слуха.

1) психогенно-обусловленные нарушения слуха в виде истерической тугоухости (10 чел.), истерической глухоты (3 чел.), сурдомутизма (2 чел.) и др.; невротическая фиксация нарушений слуха при соматических и неврологических заболеваниях (30 чел.);

2) функциональные непсихогенные нарушения слуха при нервно-психических расстройствах (155 чел.), соматических и неврологических заболеваниях (33 чел.), « функциональная гиперacusia (23 чел.), функциональная гипоacusia (21 чел.);

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

4) нарушения слуха при недоразвитии и расстройствах психики: олигофрения (4 чел.), шизофрения (2 чел.), депрессивная фаза МДП (1 чел.).

2. Органические расстройства слуха, обусловленные поражением периферического и центрального отдела слухового анализатора (928 чел.)¹.

1. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Отношение к болезни у пациентов с расстройствами слуха.

С помощью методики ТОБ (тип отношения к болезни) исследовано 157 больных и 106 родителей. По возрасту больные были распределены на 3 группы. 1-я группа – возраст от 13 до 17 лет –

1 Эта группа расстройств слуха подробно не описывается, так как изложена в специальных монографиях и руководствах.

96 (61,1%), 2-я группа – возраст от 18 до 25 лет – 41 (26,1%), 3-я группа – возраст от 26 до 39 лет – 20 (12,7%) больных.

У 40 (25,5%) больных преобладал первый блок отношений к болезни. В частности, гармонический тип отношения – у 17 (42,5%), эргопатический – у 10 (25,0%) и анозогнозический – у 13 (32,5%) больных. Эти больные в целом правильно оценивали свое состояние, стремились к лечению, активно участвовали в лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Первый блок отношений к болезни ребенка был выявлен также у 25 (23,6%) родителей. В том числе у 8 (32,0%) гармонический, у 11 (44,0%) эргопатический и у 6 (24,0%) анозогнозический тип отношений.

После проведения лечебно-реабилитационных мероприятий увеличилось число больных с первым блоком отношений до 77 (49,0%). Из них: с гармоническим типом – до 51 (66,2%), эрго-патическим – до 20 (26,0%), анозогнозическим – до 6 (7,8%) больных. Число родителей с первым блоком отношений увеличилось до 67 (63,2%). Из них: с гармоническим типом до 20 (29,9%), эргопатическим – до 36 (53,7%), анозогнозическим – до 11 (16,4%).

Тип реакций с интрапсихической направленностью (второй блок) до лечения отмечен лишь у 23 (14,6%) больных: с тревожным – 13 (56,5%), ипохондрическим – 5 (21,7%) и неврастеническим типом отношений к болезни – у 5 (21,7%). После лечения сохранился неврастенический тип отношений.

Для этих больных были характерны волнения, тревога по поводу неблагоприятного прогноза болезни, настойчивый поиск других видов терапии. Больные фиксировали свое внимание не только на расстройствах слуха, но и на вторичных их последствиях (шум в ушах, вестибулярные нарушения). Они постоянно интересовались результатами аудиометрических исследований, настаивали на дополнительных консультациях у других специалистов. У больных отмечались также раздражительность, эмоциональная лабильность, нетерпеливость.

Второй блок отношений установлен у 16 (15,1%) родителей: у 10 (62,5%) с тревожным, по 3 (18,8%) с неврастеническим и меланхолическим типом отношений. После лечения существенных изменений не наблюдалось.

Тип реагирования с интерпсихической направленностью (третий блок) был отмечен у 31 (19,7%) больного. Из них: чувствительный тип отношения к болезни у 29 (93,5%) больных, паранойальный – у 1 (3,2%) и эгоцентрический – у 1 (3,2%) больного. Для больных этой группы была характерна чрезмерная настороженность, связанная с расстройствами

слуха. Они скрывали от окружающих свой дефект, избегая контактов с окружающими и особенно незнакомыми людьми. Для них было характерно явление «ложной улыбки», описанной ниже. Они хорошо учились и

работали. В то же время эти пациенты были склонны демонстрировать свои переживания из-за потери слуха, испытывали обиду на врачей, обвиняли их в несвоевременной диагностике болезни, приписывали ухудшение слуха неграмотному назначению ототоксических антибиотиков.

После лечения число больных с сенситивным типом отношений уменьшилось до 12 (41,4%) больных.

У родителей тип реакций с интерпсихической направленностью (третий блок) до лечения был установлен у 13 (12,3%) человек, (у 12 – 92,3% – сенситивный и у 1 – 7,7% – дисфорический). После лечения подобный тип реакций отмечен у 7 (53,8%) родителей с сенситивным типом отношения.

У 50 (31,8%) больных был диагностирован смешанный тип отношений. Из них у 32 (64,0%) он включал два патологических типа отношений, у остальных 18 (36,0%) три патологических типа. После лечения число больных со смешанным типом отношений к болезни уменьшилось и было отмечено у 32 (20,4%) больных. Из них у 30 (93,8%) выявлено сочетание двух типов отношений и у 2 (6,3%) 3 типов. У 11 (34,4%) установлен смешанный эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни.

У родителей смешанный тип отношения до лечения был установлен у 48 (45,3%) человек: у 36 (75,0%) он включал два патологических типа отношений и у 12 (25,0%) – три патологических типа. После лечения число родителей со смешанным типом уменьшилось до 22 (20,8%), у 20 (90,9%) отмечено сочетание двух типов отношений и у 2 (9,1%) – трех типов. При этом увеличилось число родителей со смешанным эргопатическим и анозогнозическими типами до 8 (36,4%), что свидетельствовало о благоприятном влиянии лечебно-реабилитационных воздействий.

Анализировалась также частота типов отношения к болезни \ пациентов различных возрастных групп. При изучении зависимости типа отношения к болезни от длительности заболевания оказалось, что у лиц с большей его давностью (6–15 лет), в том числе у пациентов, потерявших слух в раннем детстве, увеличилось число продуктивных типов отношения к болезни, что указывало на относительно меньшую выраженность социальной дезадаптации. В то же время при наличии социально-психотравмирующих факторов, невротической фиксации возрастало число больных с интрапсихической и интерпсихической направленностью реакций.

Особенности психических процессов (памяти, внимания, мышления) и личности у больных с расстройствами слуха. При изучении

внимания выявлена неравномерность снижения темпа выполнения задания, особенно в конце обследования. Особенностью памяти у больных являлось то, что они легко находили образы запоминания слов конкретного содержания и испытывали затруднения при обозначении сложных слов. Исследование образной памяти показало, что непреднамеренное запоминание зрительного восприятия пред-

метов у глухих не отличалось от нормальнослышащих, а преднамеренное (целевое) запоминание, требовавшее мысленного дна-лиза, было 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 до-речевой период п воспитывавшихся в среде глухих или слабо-: слышащих (специализированный сад, специализированная школа); У младших школьников отмечены эмоциональные срывы, отказ от, выполнения заданий, демонстративное безразличие. Чем больше, выражена потеря слуха и дефект речи, тем больше затруднений, испытывали больные при выполнении психологических обследовании ($p/0,01$). Результаты исследования свидетельствовали о недостаточной концентрации внимания, рассеянности, отвлекае-мости, нстощаемости больных, снижении у них работоспособности, опосредованного запоминания ($p^/0,05$). Изучение мыслительной деятельности в динамике показало, что у глухих детей сначала формировалось наглядно-действенное мышление, а в процессе выполнения разумных действий, имевших целенаправленный осознанный характер, у них одновременно развивалось наглядно-образное мышление.

При изучении психических процессов (внимания, памяти, мышления) у больных с тугоухостью 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 находился п воспитывался больной; пациенты даже с большой потерей слуха, за счет дополнительных занятий получившие необходимые знания, практически не отличались от нормальнослышащих сверстников по всем основным характеристикам психической деятельности, 5) наличия вторичных нервно-психических расстройств, 6) проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

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

С помощью патохарактерологического диагностического онрос-нпка (ПДО) было обследовано 110 больных (60 (54,5%) юношей п 50 (45,5%) девушек в возрасте от 15 до 18 лет). Среди девушек эпиплеттоиднын тип акцентуации характера определен у 15 (30,0%), психастенический – у 6 (12,0%), шизоидный – у 3 (6,0%), гипер-тнмнын – у 4 (8,0%), истерический

– у 3 (6,0%), циклоидный – у 2 (4,0%) и лабильный – у 5 (10,0%). У юношей эпилептоидный тип акцентуации характера выявлен у 18 (30,0%), циклоидный – у 5 (8,3%), лабильный – у 10 (16,7%), сенситивный – у 6 (10,0%), гипертимный – у 3 (5,0%), астено-невротический – у 6 (10,0%). Большая частота эпилептоидного типа акцентуации характера у больных по сравнению со здоровыми может быть объяснена часто встречающимся у первых органическим поражением

центральной нервной системы. Полученные данные учитывались при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Многопрофильный личностный опросник был использован при изучении 157 пациентов, в том числе 94 (59,9%) женщин и 63 (40,1%) мужчин в возрасте от 17 до 48 лет. Установлено, что у всех больных показатели 9 базисных шкал, кроме 3-й шкалы, отличались от нормы ($p < 0,00$ –

43 (27,4%) больных были обследованы повторно. После психосоциальных реабилитационных мероприятий достоверность различий показателей до и после лечения отмечалась у них по всем базисным шкалам ($p < 0,05$). Соотношение показателей шкал ММР1 до и после лечения указывало на то, что профиль личности больных приближался к профилю здоровых людей, отличаясь от них на 2–10 баллов.

Симптомы «ложных улыбок» и «ложных звуков» у больных с расстройствами слуха. В новой серии наблюдений исследовано 585 больных в возрасте от 3 до 30 лет, из них 259 (44,3%) мужчин и 326 (55,7%) женщин. У 425 (72,6%) обследованных (187 – 44,0% – мужчин и 238 – 56,0% – женщин) отмечен симптом «ложной улыбки». Чаще всего он наблюдался у пациентов в возрасте 5–15 лет. При непонимании собеседника они жевали головой, совершали движения, свидетельствовавшие о согласии с говорящим, улыбались, не слыша и не понимая собеседника. 297 (50,8%) больных при общении с незнакомыми людьми вообще уходили от разговора, 73 (12,5%) не пытались вникнуть в его суть. «Ложные улыбки» чаще встречались у женщин, чем у мужчин, у лиц со 2–3 степенью тугоухости.

У 705 больных в возрасте от 3 до 30 лет – мужчин – 178 (25,2%), женщин – 225 (31,9%) отмечен также симптом «ложных звуков». «Ложные звуки» наблюдались у 403 (57,2%) пациентов. Находясь в спокойной обстановке, они «слышали» различные звуковые сигналы, отзывались на них при фактическом отсутствии последних. Данных за эндогенную природу вербальных галлюцинаций не обнаруживалось. Больные приспосабливались к «ложным звукам» и воспринимали их критически. Реакцией на «ложные звуки» обычно было удивление, недоумение, больные относились к ним спокойно, в части случаев раздражались, на этой почве конфликтовали с окружающими, испытывали досаду, огорчение, волнение, пугались, испытывали страхи, иногда радовались

этому, полагая, что раз они слышат звуки, значит в последующем слух у них может улучшиться. Частота «ложных звуков» возрастала в эмоционально-напряженных ситуациях. Чаще они были у больных с давностью заболевания от 5 до 15 лет.

Учитывая, что рассмотренные выше симптомы часто негативно влияли на поведение и эмоциональное состояние больных, необходимо было учитывать их наличие и степень выраженности в процессе психокоррекции.

Сновидения у больных с расстройствами слуха. Обследовано 780 больных, 292 (37,4%) мужчин и 488 (62,6%) женщин. У 153 (19,6%) пациентов во сне отмечалось улучшение слуха, у 128 (16,4%) – его ухудшение, у 109 (14,0%) были «кошмарные сновидения», у 88 (11,3%) – сны фантастического содержания.

У 105 (13,5%) больных изучалось влияние сновидений на слуховое восприятие. 55 (52,4%) обследованных после сновидений позитивного характера по отношению к слуху отмечали временное улучшение слухового восприятия и одновременно эмоционального состояния. После сновидений с негативным содержанием у 49 (46,7%) пациентов отмечалось временное ухудшение слуха.

Ошибочный диагноз «психической неполноценности» у больных с расстройствами слуха. Обследован 781 больной в возрасте от 2 до 45 лет, в том числе мужчин 344 (44,1%) и 437 (56,0%) женщин. Диагноз «психической неполноценности» был установлен 82 (10,5%) пациентам 26 психиатрами, 26 невропатологами, 3 сур-дологами, 3 педиатрами, 18 педагогами-дефектологами и 6 воспитателями. У 70 (85,4%) из 82 больных при специальном исследовании, проводившемся психиатром и психологом, этот диагноз был снят.

Чаще всего диагноз «психической неполноценности» устанавливался детям и подросткам в возрасте от 5 до 15 лет. Осторожное использование такого диагностического понятия, как «психическая неполноценность» – важное условие эффективной психотерапевтической работы с пациентами и их ближайшим окружением.

Следует подчеркнуть, что и в тех случаях, когда этот диагноз при тщательном исследовании не снимался, это не всегда служило препятствием для занятий в массовых школах.

Резкое (парадоксальное) улучшение слуха у больных с его расстройствами. Обследовано 563 пациента в возрасте от 3 до 50 лет, 225 (40%) мужчин и 338 (60,0%) женщин. У 207 (36,8%) отмечались подобные симптомы, чаще в возрасте от 5 до 15 лет. 68 (32,9%) больных испытывали при этом радость, 12 (5,8%) радость и удивление, 12 (5,8%) любопытство, 9 (4,3%) восторг, 3 (1,4%) испуг, страх. После исчезновения этих явлений 7 (3,4%) пациентов плакали, 30 (14,5%) были огорчены, 10 (4,8%) испытывали раздражение из-за того, что после резкого улучшения слух вновь ухудшился.

Чаще парадоксальное улучшение слуха наблюдалось у женщин – 164 (48,5%), чем у мужчин – 43 (19,1%).

Отмечена прямая зависимость частоты временного улучшения слухового восприятия от эмоционального состояния и степени выраженности невротических и неврозоподобных сопутствующих расстройств.

II. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Реакции родителей на расстройства слуха у ребенка. Обследовано 518.. родителей – 255 (49,2%) отцов и 263 (50,8%) матери детей, страдающих расстройствами слуха, возраст родителей был в пределах 29–60 лет. Установление у ребенка первичного диагноза вызвало реакцию «шока» в 113 (21,8%) семьях, в том числе у 95 (84,1%) матерей и у 18 (15,9%) отцов. Эта реакция включала различные эмоционально-аффективные расстройства: истерические крики, слезы, рыдания – в 66 (58,4%) семьях чаще у матерей в 63 (95,5%), у отцов в 3 (4,5%) случаях; состояния страха и тревоги отмечены в 92 (17,8%) семьях, также чаще у матерей больных (соответственно у 71–77,2% матерей и у 21–22,8% отцов); у 56 (10,8%) родителей возникло паническое состояние (соответственно у 47 – 83,9% матерей и 9–16,1% отцов). В 334 (67, -3%) из 496 семей у родителей ухудшилось нервно-психическое и соматическое состояние. В 378 (73,0%) случаях в качестве защитной реакции у родителей возникло неверие в первичный диагноз, установленный врачами, в 236 (45,6%) случаях родители высказывали обиды па врачей. В 101 (19,5%) семье родители испытывали чувство вины перед ребенком (соответственно матери в 85–84,2%.случаев, отцы в 16–15,8%). Чувство безысходности и отчаяния, наблюдалось у родителей 308 (59,5%) семей (у 232– 75,3% матерей и-у-76 – 24,7% отцов).

После установления диагноза уже в процессе дальнейшего обследования и лечения выявились более негативные последствия в качестве реакции на заболевание ребенка: распад семьи – в 27 (5,2%) случаях, резкое увеличение употребления спиртных напитков – в 57 (11,0%) семьях; отказ от рождения последующего ребенка, которое ранее предполагалось – в 51 (9,8%); в 19 (3,7%) случаях у родителей обнаруживались агрессивные, доминирующие, навязчивые мысли о необходимости наказать врачей, «убить» их, поскольку они повинны в болезни их детей (несвоевременно установили диагноз, назначили неправильное лечение и т. п.). В 34 (6,6%) случаях родители сообщили о резком снижении интереса к жизни, о постоянной фиксации на болезни ребенка. У некоторых родителей возникло злобное отношение к ребенку, изменившее всю дальнейшую судьбу семьи. В 27 (5,2%) семьях родители заявили, что им больно смотреть па чужих здоровых детей, которых они сравнивали со своим ребенком. В 46 (8,9%) семьях родители скрывали от

окружающих болезнь ребенка, объясняя это страхом перед черствостью окружающих, еще в 12 (2,3%) семьях родители сообщали, что стесняются находиться с больными детьми в обществе, объясняя это нарушениями поведения у последних. Родители 8 (1,5%) семей сообщили, что они вообще прекратили посещение кино, театров, перестали ходить в

гости к знакомым и друзьям, поскольку были полностью фиксированы на болезни ребенка, «своем несчастье». Успокоение, уменьшение эмоционально-аффективных расстройств наблюдалось после первых лет заболевания в 177 (34,2%) семьях, при этом использовались механизмы рационализации – «в других семьях дети с гораздо более тяжелой патологией»; смирились с диагнозом, с заключениями врачей о принципиальной неизлечимости заболевания ребенка 84 (16,2%) семьи. Следует также заметить, что фиксация на болезни ребенка, активные поиски путей его дальнейшего лечения привели к прекращению имевшихся ранее семейных конфликтов в 58 (11,2%) семьях и к значительному уменьшению их выраженности в 183 (35,3%).

Суицидальные высказывания и суициды у больных с расстройствами слуха и их родителей. Обследовано 296 больных. У 39 (13,2%), в том числе у 11 (28,2%) больных мужского и у 28 (71,8% женского пола были отмечены суицидальные высказывания. В основном это были ученики массовых школ: 7 (17,9%) мужского и 16 (41,0%) женского пола. Неудавшиеся попытки суицида установлены у 6 (2,0%) пациентов.

Суицидальные высказывания отмечены также у родителей слабослышащих детей. В группе из 518 родителей они выявлены у 107 (20,7%) матерей и 6 (1,2%) отцов. 26 (5,0%) матерей и 3 (0,6%) отца имели более серьезные суицидальные намерения. 16 (3,1%) матерей и 3 (0,6%) отца планировали совершить суицид вместе с ребенком (утопиться в море, речке, прыгнуть с моста – 6 чел., задушить ребенка, а затем себя – 2 чел., повеситься – 2 чел., отравиться – 3 чел. и т. д.). За небольшим исключением речь в этих случаях шла о высказываниях матери. Неудавшийся суицид со стационаризацией в медицинские учреждения либо с вмешательством близких был у 4 (0,8%) человек.

Отношение окружающих к больным с расстройствами слуха. Исследовано 948 больных в возрасте от 3 до 50 лет, среди которых было 418 (44,1%) лиц мужского и 530 (55,9%) женского пола. Одним из проявлений отношения к пациентам, страдающим расстройствами слуха, могут служить прозвища-клички, с которыми к ним обращаются окружающие. Всего было отмечено 1420 кличек, из них 1165 грубых и только 255 ласковых. Наибольшее число кличек относилось к детям в возрасте от 5 до 10 лет – 98 (10,3%) человек, от 10 до 15 лет – 157 (16,6%) и от 15 до 20 лет – 115 (12,1%). Меньше кличек было у больных детей до 3–5 лет – 4 (0,42%) и у взрослых старше 30 лет – 15 (1,6%). Частота кличек зависела также от давности заболевания. С давностью заболевания до 5 лет клички имели 467 (49,3%) больных, от 5 до 10 лет – 176 (18,6%)-

Больше всего кличек было установлено у больных со 2-й и 3-й степенью потерн слуха. У 233 больных со 2-й степенью тугоухости отмечены 452 (31,8%) клички, у 101 больного с 3-й степенью тугоухости – 331 (23,3%) кличка. Можно думать, что

больные с 1-й степенью тугоухости способны в значительной степени скрывать свой недостаток и поэтому в их адрес поступает меньше замечаний от окружающих. Больные со 2-й и 3-й степенью тугоухости в силу затруднений контакта с окружающими чаще слышат от них клички уничижительного насмешливого характера («глухая тетеря», «глухарь», «глухомань» и др.).

Обращало на себя внимание, что и сами больные дети нередко обзывали друг друга, используя клички отрицательного содержания, в значительной степени подражая взрослым.

Большинство родителей в случаях болезненных реакций со стороны своих детей успокаивали их, беседовали с обидчиками. Однако 283 (29,9%) родителя не обращали внимания на клички и не вникали в связанные с ними переживания больных детей, а 259 родителей (27,3%), хотя и знали о переживаниях детей, но не предпринимали никаких мер для их успокоения.

Представляют интерес данные об отношениях к кличкам педагогов. Среди 534 педагогов 53 (9,9%) из них не знали об уничижительных кличках, 74 (13,9%) старались помочь детям, успокаивали их, 349 (65,4%) – не реагировали на переживания детей, 22 (4,1%) педагога сами давали детям различные прозвища-клички и лишь 36 (6,7%) предпринимали более активные меры для защиты пациентов, наказывая обидчиков.

Содержание прозвищ-кличек было различным, они касались расстройства слуха; внешности (физические дефекты, одежда); фамилии, имени, отчества; национальности; характерных привычек; индивидуально-личностных особенностей (поступки, способности, характер); специальности; имели сюжетно-ролевую принадлежность (литературные герои, герои кинофильмов); имели характер прозвищ-антонимов; могли быть нейтральными, ничем не объяснимыми.

На содержание кличек, даваемых детям их родителями, влияли особенности семейных взаимоотношений, они могли быть либо грубыми, уничижительными, либо ласковыми. Семейным же воспитанием определялся характер кличек, даваемых детьми друг другу.

Разнообразными были реакции больных детей на клички. 290 (60,2%) детей из 482 обследованных реагировали обидой; 185 (38,4%) – изменением настроения; 88 (18,3%) – слезами; 35 (7,3%) детей протестовали, но без драки; 40 (8,3%) вели себя агрессивно и только 47 (9,8%) из них не обращали внимания на клички или даже относились к ним в известной степени положительно.

Отношения в педагогических и трудовых коллективах к больным с расстройствами слуха. Обследовано 330 детей в возрасте от 3 до 16 лет,

из которых 234 (70,9%) обучались в массовых школах. В 213 (91,0%) случаях администрация ничего не знала о недостатках слуха у своих учеников. Причем 21 (9,0%) ребе-20

нок (и их родители) тщательно скрывали дефекты слуха от окружающих. К 6 (2,6%) детям классные руководители и педагоги относились негативно, постоянно упрекали родителей за то, что они не переводят детей в специализированные школы.

48 (14,5%) детей, посещавших массовые сады, 10 (3,0%) – специализированные детские сады, 26 (7,9%) – специализированные школы для глухих, 2 (0,6%) – сады для слабослышащих подчеркнули хорошее отношение к ним администрации, воспитателей и учителей.

Для выяснения отношения к слабослышащим в трудовых коллективах обследовано 73 больных. 70 (95,8%) отношение к себе в трудовом коллективе считали нормальным, в то же время 35 (47,9%) из них отметили, что из-за снижения слуха испытывают трудности во взаимоотношениях с сослуживцами, а 3 (4,1%) на этой почве конфликтуют с окружающими.

Отношение больных с расстройствами слуха к лицам противоположного пола и к перспективам создания семьи. Обследовано 296 больных подростков и взрослых от 14 до 45 лет – 114 (38,5%) лиц мужского и 182 (61,5%) женского пола. 114 (38,5%) подростков и взрослых (42–36,8% мужчин и 72–63,2% женщин) сообщили, что хотели бы создать семью с нормальнослышащими. Сопоставление этих установок со степенью потери слуха показало, что в меньшей степени они связаны с качеством слуха и больше определялись окружающей больного социальной средой (учеба в массовых школах, работа в коллективах с нормально-слышащими).

2-е мужчин (0,6%) и 9 женщин (3,0%), обучавшихся в специализированных школах или работавших в коллективах слабослышащих, имели установки на создание семьи со слабослышащими.

Подростки мужского пола в 58 (50,9%) и женского пола в 60 (33,0%) случаях не проявляли интереса к противоположному полу. 17 (14,9%) мужчин и 43 (23,6%) женщины сообщили, что они намерены в ближайшем будущем зарегистрировать брачные отношения. 8 (7,0%) мужчин и 19 (10,4%) женщин уже состояли в браке.

Взрослые больные с большой потерей слуха, осознавая свой дефект, при появлении к ним интереса со стороны лиц противоположного пола обычно уклонялись от общения; в ряде случаев, встречаясь с нормальнослышащими, они компенсировали снижение слуха внимательным, заботливым, уступчивым отношением.

В семьях, где снижение слуха имело место у жены, а муж был нормальнослышащим, отношения между ними чаще были дисгармоничными, сравнительно с теми семьями, где нормальнослы-

шашей была жена. В этих случаях своим трудолюбием, внимательностью, преданностью жене муж создавал условия для гармоничных семейных отношений.

Отношения детей с расстройствами слуха к членам семьи, учителям и врачам. Ниже приводятся только основные данные, полученные с помощью разработанного опросника. Обследовано 200 больных.

На вопрос, к кому ребенок испытывает: «чувство любви» – 139 (69,5%) детей указали на мать, 29 (14,5%) на отца, 19 (9,5%) – на бабушек; «чувство уважения» – 104 (52,0%) ребенка указали на мать, 10 (5,0%) – на отца, 27 (13,5%) – на бабушек; «чувство жалости» – 125 (62,5%) детей указали на мать; «чувство доброты» – 123 (61,5%) указали на мать.

На вопрос, перед кем ребенок испытывает: «чувство страха» – 69 (34,5%) детей указали на отца, 38 (19,0%) – на мать, 27 (13,5%) – на учителя; «чувство ненависти» – 175 (87,5%) детей затруднились ответить, 13 (6,5%) – указали на учителей; «чувство обиды» возникло в 34 (17%) случаях по отношению к отцу, в 32 (16%) – к матери, в 34 (17,0%) – к брату.

В ответах больных представляли интерес вопросы относительно «откровенности» с родителями – 133 (66,5%) больных указали на мать; «дружеские чувства» подчеркнули по отношению к матери 53 (26,5%) ребенка, 31 (15,5%) – к брату, остальные – по отношению к друзьям. На вопрос, «кто тебя больше понимает?» – 148 (74%) детей указали на мать, 22 (11%) – на отца.

На вопрос, «кто в семье несчастлив?» – 59 (29,5%) больных назвали мать.

Ответы на вопросы, имеющие цель выяснить отношение к учителям в школе, показали, что к подавляющему большинству учителей дети относятся хорошо, исключение составили преподаватели по музыке и пению, 28 (14,0%) детей относились к ним негативно.

Большинство детей предпочитали врача-мужчину – 152 (76,0%), в возрасте 40–45 лет. Большее расположение вызывали к себе знакомые «семенные врачи».

Некоторые социально-психологические характеристики больных с односторонней потерей слуха. Обследовано 135 больных в возрасте от 9 до 45 лет: мужчин – 63 (46,7%), женщин – 72 (53,3%). У 74 (54,8%) человек больным было левое ухо и у 61 (45,2%) – правое. В большинстве случаев родители детей и подростков с нарушением слуха не знали об этом длительное время и заметили недостаток слуха совершенно случайно в связи с тем, что больные прислушивались здоровым ухом, а также из-за трудностей, которые возникали в школе или на работе. Все обследуемые вначале старались скрыть свой дефект от окружающих. 15 (11,1%) больных к врачам вообще не обращались, первые посещения врачей были обусловлены ухудшением слуха на второе ухо. Ухудшение слуха на здоровое ухо под влиянием тех или иных неблагоприятных воздействий являлось психотравми-

рующим фактором, как для больного, так и его родителей. В связи с частой неэффективностью медикаментозного лечения 65 (48,1%) больных, которым врачи настоятельно рекомендовали лечение, прибегали к услугам нетрадиционной, альтернативной медицины.

Механизмы подражания в семьях больных с расстройствами слуха. Исследовало 794 семьи, в которых у ребенка отмечалось расстройство слуха. Из взрослых членов семьи 265 (33,4%) матерей, 209 (26,3%) отцов, 44 (5,5%) бабушки, 24 (3,0%) дедушки подражали слабослышающему ребенку. Из 121 (15,2%) братьев – 49 (40,5%) старших по возрасту, чем больной, и 72 (59,5%) младших – подражали больному брату. Из 82 (10,3%) сестер – 23 (28,1%) старших и 59 (71,9%) младших сестер подражали больному брату или сестре.

К врачам по этому поводу обратились 5 (0,6%) семей. Для пациентов с проявлениями нарушения поведения по механизму подражания была характерна громкая речь, чрезмерная упрощенность речевых высказываний, выраженная жестикуляция и пантомимика, полное или периодическое отсутствие реакции на окружающие речевые и неречевые сигналы. Взрослым из-за привычки говорить громко окружающие на работе нередко делали замечания.

Степень магического настроения в семьях с ребенком, страдающим расстройством слуха. Обследовано 1426 членов семей 702 больных детей, в том числе: 634 (44,5%) отца, 679 (47,6%) матерей, 67 (4,7%) бабушек и 46 (3,2%) дедушек. Опрос отдельных членов семьи показал, что в процессе заболевания и лечения ребенка, формировании представлений о недостаточной эффективности, а в дальнейшем и неизлечимости заболевания ребенка, начинал возрастать интерес к религии, суевериям, в плане лечения – к деятельности экстрасенсов, колдунов, телешаманов.

Суеверными и религиозными стали 29 (4,3%) матерей, 3 (0,5%) отца и 3 (4,5%) бабушки, которые не отличались этим до болезни ребенка. Они начали проявлять интерес к литературе магического и религиозного содержания, стали посещать церковь, соблюдать посты и исполнять другие религиозные ритуалы. В то же время 20 (2,9%) опрошенных матерей после начала болезни ребенка перестали верить в бога, полагая, что если бы бог был, то он не наказал бы их ввиду праведной, безгрешной предшествующей жизни. 27 (4,0%) матерей корили себя за то, что раньше не верили в бога и, видимо, заболевание ребенка – это «наказание господне».

У 216 (15,1%) из общего числа обследованных проанализирована зависимость повышения магического настроения от длительности болезни ребенка; оказалось, что религиозный настрой, установка на альтернативные виды терапии (экстрасенсы, колдуны

и пр.) заметно усиливалась при давности заболевания от 5 до 20 лет.

Полученные в процессе социально-психологического исследования данные учитывались при разработке индивидуализированных реабилитационных программ по отношению к больным, их семьям и окружающей микросоциальной среде.

III. АУДИОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ СЛУХА В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ПРИ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ

При аудиометрическом исследовании 52 больных, которым проводилась гипнотерапия, средний прирост слуха на исследуемых частотах в процессе лечения, по сравнению с первоначальными показателями, составил от 3,9 до 4,8 дБ ($p > 0,05$), 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 улучшение отмечено в среднем от 13,7 до 21,3 дБ, после окончания лечения – от 16 до 21,2 дБ ($p < 0,01$).

У 36 больных с выраженной потерей слуха (тугоухость 4-й степени, глухота 1–4 степени) прирост слуха в процессе лечения составил от 2,2 до 6 дБ ($p > 0,05$), 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 достигнуто понижение в среднем от 12 до 17,3 дБ ($p < 0,05$), после окончания лечения – от 17 до 20,6 дБ ($p < 0,01$).

При обследовании 41 больного в возрасте от 8 до 18 лет установлено, что прирост слуха при положительном внушении в гипнозе у двух (4,9%) больных на частотах 250 Гц и 1000 Гц достигал 50 дБ ($p < 0,01$). На остальных частотах 5–45 дБ ($p < 0,05$). При отрицательном внушении ухудшение порога слышимости составило 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 исследовании разборчивости разговорной речи наблюдалась отчетливая тенденция к улучшению этого показателя при положительном и к ухудшению при отрицательном внушениях, по сравнению с периодом до лечения. В данном случае понижение порога слышимости до 50 дБ можно объяснить наличием торможения корковой зоны органа слуха у больных с органическим поражением слуховой системы.

Тренировка слуха в гипнотическом сне. Было исследовано 1156 больных, мужчин – 511 (44,2%), женщин – 645 (55,8%). Возраст больных – от 3 до 62 лет при давности заболевания от 3 до 15 лет. У больных в состоянии гипнотического сна проводились тренировки

остаточного слуха, лечебные суггестии с использованием ритмической музыки.

У большинства больных изменилась реакция на ритм музыки в гипнотическом состоянии. В динамике у всех обследованных наблюдалось улучшение реакции на последующих сеансах лечения.

В частности, число больных, реагирующих на ритм музыки с оценкой 5 баллов (по пятибалльной системе) составило 66 (5,7%), из них 35 больных с 1–2 степенью, 31 – с 3 степенью тугоухости. Больные с 4 степенью тугоухости на ритм музыки не реагировали. После окончания лечения число больных, у которых изменения были определены в 5 баллов, возросло до 276 (23,9%), из них 132 пациента имели 1–2 степень потери слуха, 105 – 3 степень потери слуха, 39 – 4 степень глухоты. У остальных больных реакция на ритмическую музыку не изменилась, что определялось не ухудшением слуха, а эмоциональным состоянием больных.

Исследование слуха в процессе свободного педагогического общения проведено у 161 больного. Понижение порога слышимости составило от 3,4 до 5 дБ ($p > 0,05$), по окончании лечения от

7,5 до 11,5 дБ ($p < 0,05$). У 136 больных понижение порога на отдельных частотах составило более, чем на 10 дБ ($p < 0,01$). Из них у 77 понижение порога определялось на 1–3 частотах от 10 дБ до 45 дБ ($p < 0,01$), у 59 понижение порога на 4–9 частотах в пределах от 10 до 61 дБ ($p < 0,001$).

Исследование слуха при дозированном исключении зрительного анализатора проводилось у 741 больного. Статистической обработке подвергнуты данные 93 больных. Всем больным проведено два курса лечения. При проведении 1-го курса понижение порога слышимости в процессе лечения составило от 3,6 дБ до 4,7 дБ ($p > 0,05$), после лечения от 6,5 дБ до 11,6 дБ ($p < 0,05$). У 67 обследованных на отдельных частотах понижение порога слышимости было более 10 дБ ($p < 0,05$). Из них у 48 больных понижение от 10 до 25 дБ ($p < 0,05$) наблюдалось на 3-х частотах, у 19 больных на всех исследуемых частотах от 10 до 40 дБ ($p < 0,01$). После второго курса понижение порога слышимости составило от

3,6 до 44,6 дБ, ($p < 0,05$). У 53 больных понижение порога слышимости более, чем на 10 дБ, было отмечено на отдельных частотах, из них у 43 больных на 10–20 дБ ($p < 0,05$), у 10 больных на 10–40 дБ ($p < 0,01$).

После лечения у всех больных для достижения максимальной разборчивости речи требовался меньший уровень звукового давления, чем до лечения (на 10 дБ и более). Появилось контурное восприятие слов, повысилась речевая активность, улучшилась раз-

борчивость 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 ($p > 0,05$).

Анализ результатов аудиометрических показателей у 74 нормальнослышающих пациентов контрольной группы с невротическими и невротизированными расстройствами показал, что до лечения у 32 (43,2%) больных аудиометрические данные соответствовали норме. У остальных 42 (56,8%) было зафиксировано повышение порога слышимости на 15—45 дБ. Из них у 14 (18,9%) повышение порога слышимости было отмечено на низких, у 13 (17,6%) на высоких и у 15 (20,3%) больных на всех диапазонах исследуемых частот. После лечения на фоне устранения невротических расстройств количество больных с нормальными аудиометрическими показателями возросло до 65 (87,8%) человек.

Влияние Чернобыльской аварии на пациентов с расстройствами слуха и их родителей

Обследованы 51 больной, в том числе мужчин — 22 (43,1%), женщин — 29 (56,9%), в возрасте от 4 до 25 лет и их родители в возрасте от 22 до 60 лет, обратившиеся к нам за лечебно-консультативной помощью.

У 50 (98,0%) больных нарушение слуховой функции наступило до аварии; один ребенок родился после аварии, причем его мать во время беременности находилась в 30-километровой зоне. У одного ребенка мать и отец в момент обращения работали на атомной станции.

У 19 (37,3%) больных имелась 2-я степень снижения слуха, у 16 (31,3%) — 3-я степень, у 10 (19,6%) — 4-я степень, у 6 (11,8%) глухота, при давности заболевания от 4 до 20 лет.

15 (29,4%) родителей сообщили, что слух у детей после аварии ухудшился. Мать, которая во время аварии была беременна, была убеждена, что снижение слуха у ее ребенка связано с радиацией. Остальные родители дальнейшего снижения слуха у детей после аварии не отметили.

Больные не отличались по характеру невротических расстройств от пациентов, у которых нарушения не были связаны с Чернобыльской аварией. В отличие от детей, у их родителей отмечались более выраженные невротические расстройства в виде фобий, тревоги за будущее детей и потомства. У них наблюдались также субдепрессивные расстройства в виде безысходности, неверия в будущее, потери перспектив в жизни. У лиц, переселенных из зараженной зоны, возникло чувство неудовлетворенности и тоски по прежнему месту жительства.

У родителей больных и некоторых пациентов наблюдалось усиление психосоматических симптомов (боли в мышцах, в области сердца, жалобы на сонливость, повышенную слабость, колебания артериального давления, носовые кровотечения). Усугубились имевшие место ранее соматические и неврологические заболевания. Большинство родителей не фиксировало внимание на ухудшении своего состояния даже в тех

случаях, когда имелись явные признаки его ухудшения, перенося все внимание и заботу на здоровье своих детей.

У 11 (21,6%) больных были выявлены переживания, индуцированные их родителями, наблюдавшиеся временами ухудшения слухового восприятия были тесно связаны с переживаниями родителей. Представляет интерес, что этому соответствовала нестабильность аудиометрических показателей.

Под влиянием лечебно-реабилитационных мероприятий, у пациентов и психокоррекционных воздействий у родителей отмечалось улучшение нервно-психического состояния, подтвержденное у больных положительной динамикой аудиометрических показателей. В частности, у 8 (15,7%) больных отмечено снижение порога слуха на 15–20 дБ, у 12 (23,5%) – на 25–35 дБ, у 21 (41,2%) – на 35–45 дБ; у остальных снижение порога слышимости составило 5–10 дБ, но при этом отмечено значительное улучшение разборчивости речи (на 30–100%).

Исследование данной группы больных и их родителей свидетельствует о необходимости своевременного информирования родителей (населения) относительно влияния радиации на организм, что следует учитывать при проведении психосоциальной реабилитации.

Основные методы и приемы, использованные в системе психосоциальной реабилитации больных с расстройствами слуха

Для целей реабилитации больных с расстройствами слуха нами применены следующие методы: гипносуггестивная психотерапия с поэтапной суггестией; арттерапия; лечебная педагогика; соцпотерапия; поддерживающая психотерапия; биологическая терапия (фармакотерапия и физические методы).

Ряд приемов был разработан для непосредственного улучшения слухового восприятия: активизация слухового внимания у глухих в бодрствующем состоянии; активизация слухового восприятия и внимания у детей дошкольного возраста; активизация слухового восприятия и внимания у детей от 7 до 14 лет с применением специальных устройств – очков для дозированного исключения зрительного анализатора, устройства для пневмомас-сажа барабанной перепонки уха, устройства для массажа активных точек уха и околоушных областей; лечебные внушения в физиологическом сне у больных с расстройствами слуха и речи.

Другие приемы были основаны на более дифференцированном и целенаправленном использовании гипносуггестивной психотерапии: гипнотизация малогипнабельных и маловнушаемых больных; гипнотические внушения, учитывающие влияния на центральные мотонейроны: улучшение слухового внимания и восприятия у слабослышащих в состоянии гипнотического сна; активизация слухового внимания у глухих в состоянии гипнотического сна; тренировка речи

слабослышащих детей во время гипнотического сна; релаксация больных с открытыми глазами при проведении гипнотерапии.

Использование всех методов психосоциальной реабилитации предполагало психотерапевтическое их опосредование и потенцирование.

В системе психосоциальной реабилитации использовалась также семейная и кризисная психотерапия.

Гипнотическое воздействие осуществляли вербальным и невербальным способами. Невербальное воздействие включало оптические, тактильные, статокинетические, обонятельные, смешанные (оптико-статокинетические, тактильно-статокинетические, тактильно-оптико-статокинетические) раздражители. Использовались также сочетания вербальных и невербальных гипнотических воздействий: вербально-оптическое, вербально-тактильное, вербально-статокинетическое, вербально-оптико-тактильное, вербально-оптико-статокинетическое, вербально-тактильно-статокинетическое, вербально-оптико-тактильно-статокинетическое, вербально-обонятельное.

Воздействия могли быть также: вербально-медикаментозными, вербально-физическими (вербальное гипнотическое воздействие сочеталось с параллельной иглорефлексотерапией, массажем, физическими процедурами), невербально-медикаментозными, невербально-физическими, раздражителями (дети, находящиеся в гипнотическом состоянии, подражали увиденному при гипнотизации других детей).

При невербальной гипнотизации использовали письменное обращение к больным с описанием всех действий врача, пантомиму и жесты. При невербально-тактильном способе гипнотизации преимущественно применяли пассы, вызывающие у больных приятные ощущения тепла, холода в теле; при невербально-статокинетическом способе основное воздействие осуществляли на вестибулярный аппарат; невербально-обонятельное воздействие осуществляли раздражением обонятельного анализатора запахом или плацебо, например, специально окрашенной водой, что представляло собой опто-обонятельное воздействие; воздействия могли быть и смешанными, использующими отдельные компоненты невербальных и вербальных раздражителей.

Ниже приводятся некоторые механизмы лечебного действия разработанной системы психосоциальной реабилитации больных с функциональными и органическими расстройствами слуха.

1) компенсаторное повышение чувствительности других анализаторов у больных с нарушением слуха (зрительных, кожно-вибрационных) способствует более эффективному погружению их в гипнотическое состояние при помощи невербального метода гипнотизации по сравнению с нормальнослышащими больными. При этом у пациентов, 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;

2) при дозированном исключении зрительного анализатора у больных наступает быстрее компенсация резервных возможностей центральной нервной системы, наряду с улучшением слухового восприятия, улучшается слуховое внимание, память, исчезают вестибулярные расстройства;

3) в состоянии гипнотического сна прирост слуха больных при положительном внушении на отдельных частотах может достигать 5–30 дБ и более, причем после пробуждения порог слышимости снова повышается, то есть слух ухудшается. При внушениях отрицательного характера происходит повышение порога (ухудшение слуха) до 80 дБ вплоть до полного отсутствия реакции на подаваемые сигналы. Такого улучшения или ухудшения в бодрствующем состоянии добиться не удавалось;

4) в состоянии гипнотического сна у тугоухих улучшается слуховое восприятие и они более чувствительны к ритмической музыке. У больных с выраженной потерей слуха в гипнотическом сне при положении тела сидя (лежа) за счет вибрационной чувствительности восприимчивость к ритму музыки больше, чем в положении сточ;

5) у абсолютно глухих больных (по данным электрофизиологических исследований) во время гипнотического сна 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 больными вообще не воспринимаются.

На фоне улучшения общего самочувствия у больных соответственно улучшаются слуховое внимание и восприятие. В этот период у 73% пациентов наблюдается временная гиперacusия, при которой резко возрастает отрицательная слуховая реакция (дискомфорт) на действие окружающих звуков, появляются раздражительность, боль в ушах, в голове, бессонница (мешают спать ставшие слышимыми звуки). Явление гиперacusии на протяжении всего курса лечения наблюдается 1–2 раза.

Па основании наших наблюдений мы пришли к выводу, что возникновение явлений временной гиперacusии у больных с функциональными и органическими расстройствами слуха в процессе психосоциальной реабилитации является прогностически благоприятным признаком. Временную гиперacusию можно объяснить тем, что на фоне растормаживающего эффекта под влиянием психосоциальных 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 гиперacusия

прекращалась. При 1-й степени гиперакузии больной ощущает легкое покалывание, хлопанье, давление в ушах при воздействии шумов низких частот. При 2-й степени, помимо этих явлений, больные не переносят низкие и высокие частотные звуки, гримасничают, ощущают боли, щекотание в ушах, разборчивость речи снижается на 10–30%. При 3-й степени, помимо боли в ушах, больные просят окружающих говорить тише, избегают шумных мест, разборчивость речи снижается на 40–100%. 4-я степень гиперакузии характеризуется непереносимостью шумов, относительно негромких звуков. Появляются резкие боли в голове, в ушах, наблюдаются вегетативные и эмоциональные расстройства. Разборчивость речи снижается на 100%.

Психосоциальные методы в системе реабилитации больных с функциональными и органическими нарушениями слуха показаны больным со вторичными невротическими и неврозоподобными расстройствами, педагогически подготовленным детям, критически относящимся к своему болезненному состоянию, то есть начиная с возраста 8–9 лет. В отдельных случаях, когда медико-педагогическая комиссия затрудняется дать пациенту направление в массовую школу, лечение может быть начато раньше – с 4–7 лет.

В педагогической подготовке и обучении в системе массовых школ детей с функциональными и органическими нарушениями слуха выделяется семь уровней овладения умениями и навыками в терапевтическом плане: а) подражательный, б) подражательно-репродуктивный, в) репродуктивно-творческий, г) творчески-репродуктивно-подражательный, д) творчески-репродуктивный, е) творческий, ж) творчески-подражательный.

Анализ результатов лечения показал, что у 97,3% больных после проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий получены хорошие и удовлетворительные результаты. Неудовлетворительные исходы лечения чаще всего были обусловлены наличием у больных органического поражения центральных отделов слухового анализатора после перенесенных пейроинфекций (менингит, менингоэнцефалит, арахноидит) и черепно-мозговых травм, в сочетании с социально неблагоприятной микросредой. Однако и в этих случаях под воздействием реабилитационных мероприятий

наблюдалось определенное улучшение психического статуса больных,

В результате проведенных психосоциальных реабилитационных мероприятий из общего числа (3997) больных 510 (12,8%) переведены из специализированных садов и школ в массовые сады и школы. 181 (4,5%) пациент, обучавшийся в массовых школах с испытательным сроком, где стоял вопрос о переводе их в специализированные школы вследствие затруднений в усвоении школьной программы из-за снижения слуха и педагогической запущенности, после лечения оставлены в массовых

школах. 84 (2,1%) больных поступили в средние и высшие учебные заведения. 61 (1,5%) из них создали семью (ранее они стеснялись вступать в брак). У 107 (2,7%) работающих больных улучшились социальные взаимоотношения в коллективе.

46 (5,8%) из общего количества родителей обследованных детей решились на рождение второго ребенка, тогда как до лечения подобную возможность они исключали.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Учитывая, что лечение больных с органическим (нейросенсорным) расстройством слуха является одной из сложнейших проблем медицинской практики и многие из них подвергаются необоснованным медикаментозным, физическим и другим воздействиям, а критерии терапевтического прогноза отсутствуют, нами разработан математический метод прогнозирования результатов психосоциальной реабилитации больных. С этой целью было обследовано 534 больных с органическими нейросенсорными нарушениями слуха, осложненными вторичными невротическими и невротоподобными расстройствами.

В результате статистической обработки полученных данных были составлены математические формулы предварительного прогнозирования реабилитационных мероприятий. При этом в расчеты входили: А – возраст больных, В – давность заболевания, С – ранее проводившиеся гипнотические воздействия, СТ – степень потери слуха, РР – причины заболевания, Хф – фактическое количество занятий, проведенных за время лечения, Х мин. – минимальное количество занятий, при котором наступило улучшение, Х мак. – максимальное количество занятий, при котором наступило максимальное улучшение.

Общая математическая формула расчета и прогнозирования приобрела следующий вид:

$$Xp = a_0 + a_1A + a_2B + a_3C + a_4CT + a_5PP + a_6Xf + a_7X \text{ мин.} + a_8X \text{ мак.}$$

В этой формуле: a_0 – свободный член регрессии, a_1 – коэффициент при А (возраст), a_2 – коэффициент при В (давность заболевания), a_3 – коэффициент при С (применялся ли ранее

гипноз), a_4 – коэффициент при СТ (степень тугоухости), a_5 – коэффициент при РР (причина заболевания), a_6 – коэффициент при Хф (фактическое количество занятий), a_7 – коэффициент при Х мин. (минимальное количество занятий), a_8 – коэффициент при Х мак. (максимальное количество занятий).

При статистической обработке была установлена зависимость терапевтических результатов от возраста, давности заболевания, степени потери слуха, причины потери слуха и других указанных факторов.

Для прогнозирования реабилитационных мероприятий было разработано 7 математических формул, при этом в каждой формуле был

учтен тот или иной фактор. Расчеты по всем формулам приводятся в диссертации. Совпадения прогнозируемой величины и фактической эффективности психосоциальной реабилитации по разным формулам составило от 45,6% до 65,1%. Результаты прогнозирования реабилитационных мероприятий позволили сократить сроки госпитализации больных, исключить необоснованное применение массажированной медикаментозной терапии и правильно оценить общую эффективность восстановительного лечения.

Отрицательные последствия (осложнения) психотерапии больных с расстройствами слуха. Для изучения побочных отрицательных последствий психотерапии и нетрадиционных методов лечения (у экстрасенсов, колдунов, знахарей и др.) было обследовано 749 больных, членов семей и их близких – всего 1595 человек (894 женщины и 701 мужчина), обратившихся за лечебно-консультативной помощью.

Целесообразно выделить отдельные формы побочных эффектов, для которых характерной является прямая связь психотерапии с появлением психических, неврологических и соматических нарушений. Они могут быть классифицированы следующим образом: 1) психотерапевтическая зависимость (пристрастие), 2) гипноманья (гипнолепсия, гипнотаксия, гипнотоксемия), 3) гпп-нофобия, 4) негативизм к гипнотерапии, 5) гипнозофилия, 6) влечение к врачу, как к лицу противоположного пола, 7) повышение эмоционального фона и чрезмерная речевая активность, 8) изменение поведения больного на противоположное (например, в межличностных отношениях), 9) ухудшение состояния больного, отдаленное по времени от психотерапии и др.

Возможность отрицательных последствий проводимой психотерапии (гипнотерапии) следует учитывать при планировании и осуществлении программ психосоциальной реабилитации.

ВЫВОДЫ

1. На основании результатов проведенного комплексного клинического, аудиологического, психологического, социально-психологического исследований 1248 больных органическое поражение слуховой системы установлено у 928 (74,4%), функциональные расстройства слуха у 320 (25,6%), из них функциональные психогенные – у 45 (14,1%), функциональные непсихогенные – у 232 (72,5%), имитированные нарушения слуха – у 36 (11,3%). нарушения слуха при недоразвитиях и расстройствах психики – у 7 (2,2%) больных.

2. Поведение родителей, членов семьи, близких, их отношение к слабослышащему ребенку оказывают значительное влияние на развитие и выраженность у него невротических и псевдоподобных расстройств. На основании проведенных клинко-психологических и социально-психологических исследований установлены нарушения внутрисемейных отношений (конфликты, разводы), суицидальное поведение и другие

неблагоприятные внутрисемейные обстоятельства, которые необходимо учитывать при планировании и проведении реабилитационных мероприятий у больных с расстройствами слуха.

3. Экспериментально-психологическим методом выявлены особенности отношения к болезни у пациентов и их родителей. У 40 (25,5%) больных с расстройствами слуха и 25 (23,6%) их родителей установлен первый блок отношения к болезни (гармонический, эргопатический и анозогнозический), у 23 (14,6%) больных и 16 (15,1%) родителей, а также у 31 (19,7%) больных и 13 (12,3%) родителей – соответственно II и III блоки, с интрапсихической и интерпсихической направленностью, указывающие на наличие дезадаптации в связи с болезнью. Установлена взаимосвязь между типом отношения к болезни и давностью заболевания. В группе пациентов с большей длительностью болезни, в том числе потерявших слух в раннем детстве, возросло число продуктивных типов отношений к болезни, что указывало на относительно меньшую степень их социальной дезадаптации. В процессе психосоциальной реабилитации у больных и их родителей отмечено значительное уменьшение дезадаптивных типов отношения к болезни.

4. В состоянии гипнотического сна при положительном внушении у 4,9% больных отмечено снижение порогов слуха до 50 дБ на отдельные тоны частотой 125–8000 Гц, с последующим повышением порогов слуха после пробуждения. При отрицательном внушении установлено повышение порога (ухудшение слуха) до полного отсутствия реакции на подаваемые сигналы. Подобного улучшения или ухудшения слуховой чувствительности в бодрствующем состоянии у этих больных не наблюдалось. У пациентов с полной глухотой во время гипнотического сна возможно эффективное внушение без средств сурдотехники; после пробуждения у 45% больных наблюдалась реализация внушения. Внушение в бодрствующем состоянии из-за отсутствия слуха этими больными не воспринималось.

5. У 73% больных установлена временная гиперacusia, возникающая под влиянием психосоциальных терапевтических воздействий. Представлена семиология четырех степеней временной гиперacusia. Отмечено благоприятное прогностическое значение указанного феномена при психосоциальной реабилитации больных с расстройствами слуха.

6. Разработанная система психосоциальной реабилитации больных с функциональными и органическими расстройствами слуха включает в себя комплекс биологических (медикаментозных и физических), психотерапевтических (индивидуальная, групповая и семейная психотерапия) и социально-педагогических воздействий (клубные формы работы с больными и членами их семей, педагогические мероприятия – дифференцированные с учетом всех данных о больном, решение вопроса о пребывании и учебе в массовых или специальных детских садах, школах и др.).

7. Разработан математический метод прогнозирования результатов психосоциальной реабилитации больных с расстройствами слуха, который учитывает возраст, давность заболевания, степень тугоухости, причины заболевания, минимальное и максимальное число психотерапевтических занятий, при котором наступило улучшение и др. Совпадение прогнозируемой величины и фактической эффективности психосоциальной реабилитации по разным клинико-терапевтическим показателям (разным формулам) составило от 45,6% до 65,1%. Использование разработанных математических прогностических моделей позволило сократить сроки стационарного лечения больных, исключить необоснованное применение чрезмерной медикаментозной терапии и правильно оценить общую эффективность восстановительного лечения.

8. Произведена систематизация побочных отрицательных эффектов традиционных и нетрадиционных методов психотерапии, для которых характерна прямая связь между проведением психотерапии и возникновением психических, неврологических и соматических нарушений. Чаще других встречались привыкание либо пристрастие к психотерапии, гипномании, гипнофобии, негативизм к гипнотерапии, гипнозофилия, влечение к врачу как к лицу противоположного пола, повышение эмоционального фона и чрезмерная речевая активность и др. Среди побочных эффектов психотерапии наиболее тяжелой формой осложнения как по особенностям течения, так и по своим проявлениям, являлась гипномания, которая по степени тяжести выражалась в виде гип-нолепсии, гипнотоксии и гипнотоксемии.

9. Предложена система организационных моделей для проведения психосоциальной реабилитации больных с функциональными и органическими расстройствами слуха в виде амбулаторных учреждений (специальных психотерапевтических сурдоневрологических центров, клубов бывших пациентов и др.), стационарных

(специализированные отделения для лечения указанных больных) и полустационарных, позволяющих активнее привлекать к восстановительному лечению семью и ближайшее микросоциальное окружение больного с целью их оздоровления.

10. У 43,2% нормальнослышающих пациентов с невротическими и неврозоподобными расстройствами (контрольная группа) аудиометрические показатели соответствовали норме. В остальных 56,8% случаях отмечено повышение порога слышимости до 15–45 дБ. При этом у 18,9% больных повышение порога слышимости было отмечено на низких, у 17,6% — высоких и у 20,3% на всех диапазонах исследуемых частот. После устранения невротических и неврозоподобных расстройств у 87,8% больных получены аудиометрические показатели, не выходящие за границы нормы.

11. Разработанная в клиническом, психологическом и социально-психологическом аспектах система психосоциальной реабилитации

больных с расстройствами слуха может быть рекомендована в практическое здравоохранение, а также для подготовки и повышения квалификации психотерапевтов, психиатров, отоларингологов, психологов, дефектологов и социальных работников, принимающих участие в восстановительном лечении указанного контингента больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для повышения эффективности психосоциальной реабилитации больных с функциональными и органическими расстройствами слуха целесообразно учитывать следующие клинично-терапевтические и организационно-методические положения:

1. В практических условиях 10–14% слабослышащим детям с нормальной психикой устанавливают ошибочный диагноз психической неполноценности. Больным с функциональными расстройствами слуха нередко устанавливается ошибочный диагноз органического нарушения слуха. При создании определенных условий, в семье, адекватном медицинском и педагогическом обеспечении некоторые больные даже с глубокими органическими расстройствами слуха (тугоухостью 3-й степени, глухотой) могли бы посещать массовые дошкольные учреждения. Для избежания ошибочного диагноза и принятия правильных решений медико-педагогическими комиссиями следует проводить тщательное психологическое, социально-психологическое, психиатрическое, неврологическое, аудиометрическое обследование ребенка, определять состояние слуха и психической сферы, проводить адекватные реабилитационные мероприятия и только после этого решать вопрос о направлении ребенка в специальные детские учреждения. При направлении детей в общеобразовательную школу следует учитывать желание семьи и ребенка, возможности семьи обучать его в условиях массовой школы. В ряде случаев дети могут быть приняты в школу с испытательным сроком и при успешной учебе

остаться там под контролем врачей и сурдопедагогов. В школы глухих и тугоухих оформляются дети лишь в исключительных случаях по строгим показаниям, при тотальной потере слуха и неблагоприятных семейных условиях.

2. Для проведения ряда конкретных лечебно-реабилитационных мероприятий следует более широко привлекать родителей слабослышащих и глухих детей. При направлении ребенка в массовую школу и выдаче рекомендаций по проведению самостоятельных сурдопедагогических занятий родители должны быть информированы о предстоящих трудностях.

3. Слухопротезирование и сурдопедагогические занятия целесообразно проводить после психотерапевтической подготовки и устранения пограничных нервно-психических расстройств с учетом индивидуального психологического состояния больных. При этом следует сочетать лечебные мероприятия с педагогическими воздействиями,

направленными на развитие активности, речевого общения, способности адекватно воспринимать малейшее улучшение слуха.

4. Психосоциальная реабилитация показана педагогически подготовленным детям с 7–9-летнего возраста. Однако этот возраст можно снизить до 4–5 лет для детей с хорошим развитием, обученных подготовленными сурдопедагогами, логопедами и родителями. Абсолютными противопоказаниями к применению психотерапии являются инфекционные заболевания, эпилепсия, ди-энцефальные припадки, психические расстройства, протекающие с нарушением сознания, снижение интеллекта, наркомания, алкоголизм, невринома слуховых нервов.

5. Рост терапевтического оптимизма у специалистов позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий – восстановительного лечения, учебной и социально-трудовой адаптации больных с расстройствами слуха.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ Монографии

1. Рахманов В.М. Психотерапия в сурдологии. – Киев: Здоров'я, 1988. – 168 с.
2. Рахманов В.М. Центр восстановления здоровья. Первый психотерапевтический сурдологический центр. – Киев: Здоров'я, 1988. – 122 с.
3. Рахманов В.М. Медико-социальные аспекты воспитания и обучения детей с нарушениями слуха. – Харьков: Изд-во «Основа», 1990. – 156 с.

Методические рекомендации

1. Рахманов В.М. Применение психотерапии для улучшения слухового восприятия больных с нейросенсорным нарушением слуха. – М.: МЗ СССР, 1986.
2. Рахманов В.М. Неврозы и неврозоподобные состояния у лиц с депривацией слуха и оказание им психиатрической помощи. – М.: МЗ СССР, 1989.
3. Рахманов В.М. Побочные отрицательные последствия психотерапии (гипнотерапии). – М.: МЗ СССР, 1991.
4. Рахманов В.М. Осложнения психотерапии (гипнотерапии) и пути их устранения. – М.: МЗ СССР, 1991.
5. Рахманов В.М. Внушение в системе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с нарушением слуха, прогнозирование и оценка их эффективности. – М.: МЗ СССР, 1991.

Другие публикации

1. Рахманов В.М. Возможности коррекции слуха у больных с нейросенсорной тугоухостью при психотерапевтическом воздействии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1986. – № 2. – С. 26–37.

2. Рахманов В.М. Профилактика нервно-психических расстройств и нарушений слуха у работников шумных производств // *Металлургическая и горнорудная промышленность*. – 1986. – № 2. – С. 71–72.
3. Рахманов В.М. Значение аутогенной тренировки для работников шумных производств, страдающих нервно-психическими расстройствами и нарушением слуха // *Металлургическая и горнорудная промышленность*. – 1987. – № 2. – С. 76.
4. Рахманов В.М. Организация психотерапевтической помощи больным с нарушением слуха в областном психотерапевтическом сурдологическом центре // *Актуальные вопросы дальнейшего совершенствования диагностики и лечения больных на курорте: Тезисы докладов республиканской конференции*. – Харьков, 1987. – С. 287–288.
5. Рахманов В.М. Применение психотерапии в практике слуховой реабилитации тугоухих детей // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. – 1988. – № 5. – С. 70–71.
6. Рахманов В.М. Значение иглорефлексотерапии в реабилитации больных с сенсорным нарушением слуха // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. – 1989. – № 5. – С. 52–56.
7. Рахманов В.М. Классификация функциональных нарушений слуха // 7-й съезд оториноларингологов УССР: Тезисы докладов. – Одесса–Киев, 1989. – С. 137–138.
8. Рахманов В.М. Психотерапия при социальной реабилитации инвалидов с заболеваниями органа слуха // *Социальные и медицинские проблемы профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов. Республиканская научно-практическая конференция: Тезисы докладов*. – Днепропетровск, 1989. – С. 187.
9. Рахманов В.М., Васильев С.В. Диалоговая программа оценки риска развития невротических расстройств для микро ЭВМ «Искра 1256»: – Днепропетровск, 1989. – 7 с. – Рукопись деп. во ВВПИМИ МЗ СССР МД-17477 от 5.04.89 г. – МРЖ, раздел XXII. 1989. М 9 (в соавт. с С. В. Васильевым).
10. Рахманов В.М. Возможности применения психотерапии в системе социальной и медицинской реабилитации лиц с нейросенсорными дефектами слуха // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. – 1990. – № 2. – С. 45–49.
11. Рахманов В.М. Особенности психотерапии больных с депривацией слуха // *Современные исследования по проблемам учебной и трудовой деятельности аномальных детей. Десятая научная сессия по дефектологии АПН СССР: Тезисы докладов*. – М. – Ч. I. – 1990. – С. 145–146.
12. Рахманов В.М. Проблемы осложнений при применении психотерапии // VIII съезд невропатологов, психиатров и наркологов Украинской ССР: Тезисы докладов – Харьков, – Ч. 2. – 1990. – С. 338–339.

13. Рахманов В.М. Сочетание психотерапевтических коррекционных мероприятий с сурдопедагогическими занятиями при реабилитации больных с нейросенсорными дефектами слуха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1991. – №1. – С. 36–40.

14. Рахманов В.М. Проблемы и значение применения нетрадиционных методов лечения з дефектологии // Дефектология. – 1991. – № 4. – С. 5–10.

15. Рахманов В.М. Особенности организации социально-реабилитационной помощи больным с нейросенсорными нарушениями слуха в психотерапевтическом сурдологическом центре // Вестник оториноларингологии. – 1991. – № 4. – С. 18–22.

Изобретения

1. Способ лечения нарушений слуха. АС1114418. 1984.

2. Устройство для регистрации движения век. АС1316657. А.1. 1987.

3. Способ лечения больных невротами. АС1661319. 1991.