



KAPITEL 12 / CHAPTER 12 ¹²

ALGORITHMS OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE AND THE STRUCTURE OF SUGGESTIONS IN THE REHABILITATION SYSTEM OF PATIENTS WITH DELAYED PSYCHOLINGUISTIC DEVELOPMENT AND HEARING DEPRIVATION

DOI: 10.30890/2709-2313.2023-22-01-022

Якщо хворий усвідомлює ступінь втрати слуху, незворотність процесу, то можна досягти певних успіхів, тому що у нього велике прагнення до лікування, він акуратно виконує приписи лікарів і т.п. При цьому психотерапевтичне навіювання з метою корекції поведінки спрямовується на віру у позитивний результат лікування за активної дії хворого та медиків.

Медикаментозні засоби використовуються за необхідністю для покращення соматичного стану.

Якщо хворий не усвідомлює свій недолік (через свій вік або недостатній розвиток), то проводити психотерапевтичні навіювання з метою корекції поведінки недоцільно, слід призначити медикаментозні засоби, спрямовані на покращення його соматичного та психічного статусу. Профілактичне лікування бажано проводити 1-2 рази на рік для збереження залишків слуху, зупинення його подальшого погіршення.

Причини втрати слуху (етіологія хвороби)

Залежно від причини захворювання хворих слід умовно поділити на 6 груп.

I група. Причини захворювання пов'язані з ушкодженням периферичного відділу звукосприймаючого апарату. При цьому кіркові, підкіркові слухові центри є неушкодженими (після прийому ототоксичних антибіотиків та інших засобів).

II група. Периферичний сприймаючий відділ слухового аналізатора неушкоджений, пошкоджені центральні відділи (кіркові та підкіркові відділи слухового аналізатора). Після перенесених захворювань: менінгіту, менінгоенцефаліту, ЧМТ та ін. - без прийому ототоксичних антибіотиків та ін препаратів.

III група. Пошкоджено периферичний та центральний відділи внаслідок перенесених захворювань: менінгіту, менінгоенцефаліту, ЧМТ та одночасного прийому ототоксичних антибіотиків та інших медикаментів.

IV група. Перераховані вище ушкодження ускладнені вторинними

¹²*Authors: Vagif Mamed Oglu Rakhmanov, Vasif Vagif Oglu Rakhmanov*



невротичними і неврозоподібними розладами, але хворі більше фіксовані на погіршення слуху.

V група. Спадкові фактори (слабкочуючі батьки та інші родичі).

VI група. Незначна втрата слуху органічного генезу, проте несприятливе соціальне мікросередовище хворих сприяє вторинному функціональному зниженню слуху.

У першій групі хворих у результаті проведення психотерапевтичних навіювань, які прямують на другу сигнальну систему, вдається покращити слух, домогтися розбірливості мови на 40-50% і більше. Поліпшується слухове сприйняття у 5 – 20 разів. У таких випадках прийом медикаментозних засобів не впливає на слух. Вони дозволяють покращити соматичний статус, психічний стан, їх можна застосовувати для збереження залишків слуху. Після проведення відповідних психотерапевтичних заходів у показниках тональної аудіометрії зниження порога чутності становить 5-30 дБ чи можливо без зміни, але у показниках мовної аудіометрії, і навіть сприйняття живої промови «голе» вухо є основними показниками результатів реабілітаційних робіт. При мовної аудіометрії перебірливість мови може досягати 100%.

У хворих другої групи, як правило, спостерігається тяжка втрата слуху (глухота) через пошкодження коркових, підкіркових центрів. В результаті лікування - психотерапевтичного навіювання - вдається покращити сприйняття лише немовних звуків і до певної міри і мовних. У показниках тональної аудіометрії з'являються нові частоти, що чують (в основному високі), які хворими до лікування не сприймалися. У показниках мовної аудіометрії утворюється контурне сприйняття мови. Вдається покращити сприйняття зі слуховим апаратом. Медикаментозні кошти скеровуються на поліпшення психічних процесів. Переважне значення має поєднання психотерапії з одночасним застосуванням неотропних препаратів-психостимуляторів та ін.

У третій групі, як правило, спостерігається важка втрата слуху, тотальна глухота з вираженими вестибулярними порушеннями, скаргами на шум у вухах, порушення функцій психічних процесів мозку (пам'ять, увага та ін.).

У таких випадках в результаті лікування можна досягти покращення лише немовних звуків, а за допомогою медикаментозних засобів можна покращити функції психічних процесів мозку. Порівняно з попередніми досягти результатів на рівні слухових апаратів не вдається.

Психотерапевтичні навіювання мають відносні протипоказання до лікування, оскільки хворі їх сприймають. У показниках мовної аудіометрії зміни відсутні, може виникнути певне сприйняття тонів у показниках тональної



аудиометрії.

У четвертій групі залежно від локалізації процесу, пошкодження периферичних відділів звукового аналізатора, ускладненого функціональними невротичними та неврозоподібними розладами, результат лікування, як правило, значний, оскільки за рахунок усунення невротичних та неврозоподібних розладів у хворих покращується загальне самопочуття, психічний тонус і, відповідно, покращується слухова увага. У них з'являється підвищене емоційне тло. Психотерапевтичні навіювання повинні стояти першому місці під час проведення лікувально-реабілітаційних заходів. У показниках тональної аудіометрії зниження порога може становити 5 - 15 дБ і більше. При мовної аудіометрії поліпшення розбірливості – 10 – 20% і більше.

У п'ятій групі при спадковому порушенні слуху, як правило, залежно від локалізації причин результати лікування різні.

Якщо процес не захоплює слухові центри, то прогноз сприятливіший і можна досягти кращих результатів.

Діти в 30-40% випадків, мають нормальний слух чи незначне (I, II ступінь) зниження слуху, відсутні слухові навички, оскільки вони сприймають навколишні звуки з досвіду хворих (слабкочуючих, глухих) батьків. У більшості випадків після лікування при таких формах порушення слуху можна досягти значного поліпшення.

У шостій групі, якщо неблагополучна сімейна ситуація (середовище), незалежно від ступеня втрати слуху, навіть за I-II ступеня приглухуватості, результати лікування незначні, нестійкі. За свідченнями реабілітаційні заходи можна спрямувати лише на збереження залишку слуху, проводити загальнозміцнюючі та інші заходи. Психотерапевтичні навіювання спрямовувати на подолання, психотравмуючих ситуацій, покращення сприйняття соціального середовища.

За наявності сприятливого сімейного середовища навіть за найважчих втрат слуху можна досягти певних результатів за допомогою сім'ї.

Психотравмуюча ситуація у більшості випадків сприяє судинним (органічним) порушенням слуху. За відсутності судинної патології психотерапія сприяє повному відновленню слуху, за її наявності психотерапевтичні порушення слід поєднувати з медикаментозними препаратами. У структурі навіювання слід вибрати формулу адекватного реагування на психотравмуючу ситуацію.

При проведенні реабілітаційних заходів важливе значення має і стать хворого. Залежно від віку дівчата більш болісно переживають свій недолік,



невдачі у житті. Вони легко піддаються психотерапевтичним корекційним заходам, навіюванням, медикаментозна терапія використовується лише за занедбаності процесів як допоміжний вид лікування.

У нашій роботі вивчається чітке розмежування значення статі у досягненні ефективності лікування хворих. Виявлено деякі закономірності: дівчата швидше усвідомлюють свій комплекс неповноцінності, ніж юнаки. Наприклад, у більшості випадків дівчата з 6-7 років починають відчувати свою неповноцінність, тому що бачать різницю між здоровими однолітками в іграх, а в подальшому це відчуття посилюється і призводить до швидкої дисоціації (аутизм, соціофобії тощо), а у хлопчиків цей процес починається на 3-4 роки пізніше. Мабуть, це слід віднести за рахунок рухливості гри, захопленості тощо. Наприклад, якщо у дівчаток для гри з ляльками потрібно спілкування пошепки між поганочуючими і нормальночувшими однолітками, щоб не «пробудити» ляльку, а у хлопчиків у гри у «війну» більше крику тощо.

Відповідно до цього і залежно від усвідомленості своєї неповноцінності дівчата свідоміше ставляться до лікування, виконують вимоги лікарів, тоді як хлопчики взагалі відмовляються від лікування. У нашій практиці значення статі під час лікування становить 1:2 на користь дівчат.

Давність захворювання.

Хворих слід поділити на три групи:

1. I група – це хворі, які втратили слух у ранньому дитинстві. У цих хворих через адаптацію до свого хворобливого стану (недоліку слуху) ставлення до лікувально-реабілітаційного заходу, що проводиться, більш стримане (байдуже), часом навіть відмова від лікувальних заходів (якщо сформовано соціальне середовище). В одних випадках - це добрі взаємини в сім'ї, в колективі (чоловік, дружина, в колективі, що нормально чують). У цих хворих може бути виражене деяке прагнення до лікувально-реабілітаційних заходів за своєю ініціативою або ж з ініціативи чоловіка (дружина), що нормально чує, а також колективу, де знаходиться хворий.

В іншому випадку, якщо хворий перебуває в середовищі подібних хворих (наприклад, чоловік, дружина слабочуючі, глухі), тоді, як правило, у нього взагалі може бути прагнення до лікування, часом до відмови від нього.

З нашої практики в 1-2% випадків ці хворі в процесі лікування переривали його, тому що мотивували це тим, що у них друзі все погано чують і спілкуються дактилем і т.п. У даному випадку лікуватися немає сенсу.

II група хворих – це діти, які втратили слух після розвитку мови (після 3 років). У таких хворих, порівняно з попередніми, спостерігається комплекс



неповноцінності, більш виражені прикордонні (невротичні та неврозоподібні) розлади, які у свою чергу додатково ускладнюють слух, і прагнення до лікування дозволяє досягти певних успіхів у реабілітаційних програмах.

III групу складають ті хворі, у яких втрата слуху настала в пізнішому (зрілому) віці. У цих осіб, порівняно з I та II групою, крім усвідомлення комплексу неповноцінності різко виражені прикордонні невротичні та неврозоподібні розлади. Відповідно з цим у них виявляється активне прагнення до лікування, вони потребують в першу чергу не тільки допомоги сурдологів (ЛОР фахівців), а й психіатрів. Своєчасно розпочата лікувально-реабілітаційна програма дозволяє запобігти розвитку вторинних та неврозоподібних розладів та додатковому погіршенню слухової функції. Інакше можливі глибші психічні розлади.

Соціальне середовище

Як було зазначено раніше, якщо хворий перебуває в середовищі поганочуючих, тоді прагнення реабілітаційних програм не виражене і, відповідно, він менш зацікавлений у досягненні мети, звідси результати лікування значно нижчі, ніж у тих осіб, які перебувають у нормальночутному середовищі (друга група хворих).

Серед хворих слід виділити осіб, у яких ступінь втрати слуху незначний (глухість I ступеня) і дозволяє їм соціально спілкуватися. У таких випадках вони можуть приховати свою недугу (односторонні приглухуватість, глухота) і до лікування можуть ставитись байдуже. В іншому випадку - при двосторонній втраті слуху (глухість II ступеня) хворі приховують свою недугу від колективу, більше прагнуть лікування і більш пунктуально виконують лікарські призначення і, відповідно, можна досягти більшого покращення у реабілітаційних програмах.

Слухопротезування

При носінні слухового апарату хворі можуть відчувати як фізичний, і психологічний дискомфорт.

При фізичному дискомфорті заважають навколишні звуки, незвичні відчуття (гіперакузії): шум, біль у вухах, голові. Найчастіше це може бути спричинено при неправильному підборі слухового апарату.

У другому випадку хворі відчувають психічний дискомфорт від його носіння.

У тому та іншому випадку можуть відмовитися від його носіння. При цьому хворі, які мали труднощі у спілкуванні без слухового апарату, адекватніше приймають лікування і, відповідно, можуть досягти помітніших реабілітаційних



успіхів.

Проведені раніше реабілітаційні заходи

Якщо хворим раніше проводилося неодноразове медикаментозне або інші методи лікування (голкорексфлексотерапії, екстрасенси та ін), і вони не побачили успіхів у лікуванні, такі хворі більш адекватно ставляться до нового психотерапевтичного реабілітаційного заходу, що проводиться.

Якщо хворий раніше не приймав лікування, він може порушити приписи лікарів і мати реальні плани на подальше лікування, наприклад, лікування екстрасенсів, голкотерапевтів, та ін.

У цьому випадку вони поверхово оцінюють працю лікаря, результати реабілітаційних заходів, що проводяться.

Слід також виділити групу хворих, яким до надходження на лікування проводилося посилене слухове тренування. Через те, що резервні можливості вже вичерпані, у цих випадках не завжди вдається досягти бажаних результатів, необхідна перерва на 3-6 місяців.

Приклад. Хвора П. А. 10 років. Приглухуватість I-II ступеня. Хворіє з раннього дитинства. Причина захворювання невідома. Незважаючи на проведення комплексу реабілітаційних заходів, покращення ні в аудіометричних дослідженнях, ні суб'єктивно не було зазначено. При цьому з'ясувалося, що хвора до звернення до нас лікувалася у екстрасенса.

Настало деяке покращення у загальному самопочутті, але через 6 днів стан знову погіршився. Після цього мати вдома щодня посилено проводила тренування слуху та мовлення.

Хвора втратила будь-який інтерес до лікування, оскільки вона повідомила, що якщо не допомагають знамениті екстрасенси, тоді інші методи марні.

Зазначимо, що хвору до звернення до нас було консультовано в США, і їй проводилися всі доступні реабілітаційні заходи, крім психотерапії. Після першого курсу лікування від повторного курсу відмовилась.

Ступінь втрати слуху

У осіб із незначною втратою слуху збережено соціальні контакти і, відповідно, є можливості до природного спілкування, що дозволяє тренувати слух та мовлення. З такими хворими легше проводиться психотерапевтичне спілкування, контакти, сеанси.

У осіб з великою втратою слуху порушено соціальний контакт і відсутнє нормальне слухомовне спілкування, у таких випадках поліпшення значно менше.

Більшість хворих з односторонньою втратою слуху (глухота, приглухуватість) реабілітаційні заходи дозволяють поліпшити загальне



самопочуття, активізувати прагнення хворих до прислуховування хворим вухом. Здебільшого здорове вухо не дозволяє компенсувати залишки слуху у хворому вусі. Хворі сприймають звуки здоровим вухом. Щоб завадити цьому, потрібне ретельне заглушення його. Однак це не завжди вдається. З аудіометричних дослідженнях часто відзначається зниження порога дискомфорту у здоровому вусі та поява нових частот у хворому вусі. Але це покращення на практиці не помітне. У 50-60% хворих надалі слух у здоровому вусі теж знижується. Найчастіше після нашого лікування погіршення слуху на здорове вухо надалі припиняється.

Аналіз результатів навіювання

Інтерпретація даних навіювання складається з якісного аналізу реалізації навіювання (малюнки, дія, діяльність), оцінки кількісних та якісних співвідношень дій, образів різного типу. Вона проводиться у наступні 1-2 дні після навіювання та протягом усього курсу лікування.

За даними динамічних спостережень враховуються спеціальні феномени, недоступні для формалізації. Наприклад, факти реалізації проведених під гіпнозом навіювань у глухих хворих, які по залишку слуху не мали їх сприймати.

При якісному аналізі реалізації навіювання основну увагу звертають на адекватність дій (чинники адекватного образу), зміст малюнків, які виконуються після гіпнотичного пробудження, кількість та структуру образів індивідуального значення, кількість адекватних образів.

При кількісному аналізі проводиться співвідношення реалізації дій різного типу (структура навіювання фактором абстрактності).

У хворих, що слабо чують, часто виявляється індивідуально значуща персоніфікованість образу-дій, яка свідчить про індивідуально-інтелектуальні особливості, конкретності мислення, нездатність до широкого спілкування, відсутність соціальної активності, егоцентризму, демонстративності тощо.

Критерії оцінки ефективності лікувально-реабілітаційних заходів

При оцінці результатів реабілітаційних заходів поліпшення у хворих з нейросенсорними порушеннями слуху слід враховувати за 5 основними критеріями порушень, пов'язаних з їх захворюванням.

1. Порушення слуху.
2. Порушення мовної вимови.
3. Психологічна дисоціація - порушення свідомих та підсвідомих психічних процесів.
4. Психіатрична симптоматика – психопатологія; розвиток психопатологічних симптомокомплексів.



5. Соціальна дезадаптація.

При оцінці результатів лікування враховуються зміни за п'ятьма показниками.

При оцінці слуху слід звернути увагу на дані тональної аудіометрії, мовленнєвої аудіометрії (розбірливість мови, поява контурного сприйняття слів у показниках мовної аудіометрії), зміна (покращення) у сприйнятті розмовної мови на «голе» вухо - підвищення розбірливості мови без збільшення відстані зміна - покращення у сприйнятті розмовної мови на «голе» вухо - поліпшення розбірливості мови з одночасним збільшенням відстані сприйняття, зміна - поліпшення у сприйнятті розмовної мови - збільшення розбірливості без зміни відстані зі слуховим апаратом, зміна - поліпшення у сприйнятті зі збільшенням відстані зі слухом, зменшення рівня звукового тиску (посилення) у слухових апаратах, розбірливість мови незнайомих людей.

Зміна (поліпшення) у хворих із втратою слуху, пов'язаної з ураженням периферичної частини звукосприймаючого апарату, але збереженими непошкодженими корковими та підкірковими відділами: 1-3 показники оцінюються як незначне поліпшення, 3-4 – як поліпшення, 4-5 і більше – як значне покращення.

У хворих з ураженням центральних відділів – 1-2 – незначне покращення, 2-3 – покращення, 3-4 – значне поліпшення. Поліпшення мови оцінюється зі зміни тембру голосу, зміни гучності голосу (став говорити тихіше чи голосніше), зміни вимови окремих звуків, зміни активності мови тощо.

За наявності однієї зі змін поліпшення вважається незначним, 2 – покращення, 3 і більш – значне поліпшення.

Психічний статус. Оцінка результатів лікування проводиться двома способами. При першому – психопатологічна симптоматика поділяється на три групи.

I група. Аутичність, «хибна посмішка», почуття власної неповноцінності, пов'язані з нестачею слуху, інші скарги відсутні.

II група (крім перерахованих у I групі). Невротичні та неврозоподібні розлади (головний біль, дратівливість, безсоння, кошмарні сновидіння, запаморочення, астенія, біль у ділянці серця та ін.).

III група, (крім перерахованих вище I та II груп). Діагностуються грубіші психічні розлади: суїцидальні висловлювання, галюцинації, маячні ідеї та ін.

Зміни (усунення скарг) у I групі оцінюються як незначне поліпшення, у II – як покращення, у III – як значне поліпшення.

При другому способі, коли невротичні та неврозоподібні розлади нерезко



виражені, відсутні скарги, що діагностуються в I та III групі, оцінка результатів проводиться за умови усунення цих розладів: 1-3 – незначне поліпшення, 3-5 – покращення, 6 і більше – значне покращення .

Оцінюючи психологічних особливостей враховується мислення, взаємодія різних рівнів нейрофізіологічних і психічних процесів, психологічне відбиток реальності. Зокрема, оцінюється покращення наступних показників: пізнавальні процеси, емоційно-вольові особливості особистості, індивідуально-психологічні особливості особистості, трудова діяльність, свідомо діяльність. 1 - 2 - незначне покращення, 2-3 - покращення, 3-5 - значне поліпшення.

Для оцінки соціальної реабілітації враховуються такі показники: утвердження свого «я» в суспільстві, зміна життєдіяльності, покращення міжособистісних відносин, колективістська ідентифікація та персоналізація, створення сім'ї, покращення сімейних взаємин, соціальна адекватність та засвоєння соціальних норм та цінностей, вступ до середніх та вищих навчальних закладів заклади, у дітей переведення зі спецустанов до масових (садків, шкіл) та ін.

Результати оцінюються за активністю та повнотою реабілітації: 1-2 - незначна соціальна активність, 2-3 - середня активність, 3 і більше - значна соціальна активність.

Соціальну реабілітацію можна оцінити так: 1-2 - неповна соціальна реабілітація, 3 і більше - повна соціальна реабілітація.

Відсутність змін у якихось показниках оцінюється як стан без змін.

У хворих з функціональними порушеннями слуху слід враховувати загалом психічний статус, соціальну активність та стан слуху.