

*В.М. РАХМАНОВ, Д.І. КЛИМЕНКО*

## **ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ХВОРИХ ІЗ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТІСТЮ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ОПТИМІЗАЦІЇ**

*Дніпропетр. обл. благодійний фонд батьків дітей  
з обмеженими можливостями «Здоров'я»*

Відомо, що життєдіяльність являє собою інтеграцію фізичних, психологічних та соціальних функцій людини, які визначають її здатність забезпечувати своє існування, існування інших членів суспільства та всього суспільства у цілому шляхом навчання, спілкування, орієнтації, пересування, самообслуговування, контролювання своєї поведінки, участі у трудовій діяльності.

Згідно з Законом України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” [2] до числа найбільш важливих показників, що характеризують стан життєдіяльності особи, відноситься реабілітаційний потенціал. Вважається, що реабілітаційний потенціал хворого або інваліда – це показник, який визначає реальні можливості реабілітанта для відновлення порушених функцій організму і можливості в тій чи іншій мірі приймати участь у трудовій діяльності [1, 3]. З медичної та соціальної точок зору, реабілітаційний потенціал – це комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик людини, а також соціально-середовищних факторів, які дозволяють тою чи іншою мірою реалізувати потенційні можливості особи з урахуванням стану її здоров'я [4].

У наукових роботах останнього часу підкреслюється можливість корінних змін у системі медико-соціальної допомоги хворим та інвалідам завдяки вивченню реабілітаційного потенціалу осіб з обмеженою життєдіяльністю та його раціональному використанню [5, 6].

Незважаючи на численні дослідження, до цього часу залишається найбільш складною проблема реабілітації хворих, що стра-

ждають на нейросенсорну приглухуватість. З одного боку, це пов'язано з вкрай обмеженими можливостями оптимізації біомедичного (саногенетичного) потенціалу пацієнтів, що обумовлено дуже низькою ефективністю запропонованих і, навіть, стандартизованих заходів з відновлювального лікування осіб із захворюванням органа слуху, складнощами і недостатньою ефективністю слухопротезування (понад 30% хворих відмовляються від слухових апаратів, бо вони не забезпечують покращання розбірливості мови, викликають явища гіперакузії, запаморочення, спричиняють посилення вушного шуму і та ін.), обмеженими економічними можливостями багатьох з них для придбання сучасних зарубіжних пристроїв з метою поліпшення слуху і кохлеарної імплантації. З іншого боку, залишаються недостатньо дослідженими питання оптимізації психофізіологічного та особистісного реабілітаційного потенціалу осіб з вадою слуху, які визначають можливості використання, розвитку і адаптації функціональних здібностей людини, що збереглися, для відновлення (компенсації обмежень) соціальних навичок і звичної для неї діяльності, здатність і спрямованість особистості активно брати участь у реабілітаційному процесі та досягти поставлених реабілітаційних завдань.

Мета нашої роботи полягала у вивченні психофізіологічних особливостей осіб з тяжкими формами нейросенсорної приглухуватості в обґрунтуванні критеріїв оцінки їх реабілітаційного потенціалу з урахуванням психофізіологічних порушень та розробці заходів з оптимізації реабілітації і

реадаптації хворих та інвалідів у суспільстві.

В умовах клініки проведено комплексне клініко-функціональне та експериментально-психологічне обстеження 158 пацієнтів та інвалідів віком від 7 до 57 років з тяжкими ураженнями органа слуху (83 особи жіночої статі та 75 – чоловічої статі). Жоден з обстежуваних до госпіталізації в клініку не звертався за допомогою ні до психіатра, ні до психотерапевта.

У всіх хворих проведено клінічне обстеження з оцінкою слухової функції за сприйняттям шепітної та розмовної мови, результатами камертонального дослідження та тональної аудіометрії, а також за сприйняттям звуків різної звучності та інтенсивності з використанням розроблених нами пристроїв.

Експериментально-психологічні дослідження для оцінки порушень психічної діяльності включали клінічну бесіду, збір клінічного анамнезу, клінічне спостереження за невербальними проявами психічної діяльності, проведення психологічних тестів, застосування стандартних та розроблених опитувальників [6, 7]. Використані діагностичні тести дозволяли провести експрес-діагностику стану нервової системи за психомоторними показниками, порушень уваги, мислення, пам'яті, оцінити екстра-, інтраверсії та рівень нейротизму, визначити відношення хворого до обстеження, патопсихологічні особистісні риси, тип патопсихологічного реєстра-синдрому, виявити найбільш інформативні показники для оцінки психофізіологічного та особистісного реабілітаційного потенціалу хворого, а також обґрунтувати програму адекватних психотерапевтичних реабілітаційних заходів.

Згідно з прийнятою в Україні класифікацією порушень слухової функції [8], приглухуватість II ступеня визначена у 25 (15,8%) осіб, III ступеня – у 60 (38,0%), IV – у 43 (27,2%) і практична глухота, коли пороги сприйняття звуків перевищували 90 дБ або обстежуваний сприймав лише окремі звуки, спостерігалась у 30 (19,0%).

Майже у половини пацієнтів (у 75-47,5%) з приглухуватістю II-IV ступеня у клінічній картині захворювання виявлялися

симптоми астено-субдепресивних і тривожно-вегетативних розладів. Проте у них психопатологічні прояви не досягали рівня нозологічних проявів, і тому ми їх розглядали як ознаку патологічного розладу психічної адаптації та визначали як психічну передхворобу. Майже у всіх обстежених цієї групи психічна передхвороба формувалася на тлі відчуття неповноцінності, пов'язаного з приглухуватістю. Характерним було те, що донозологічні психічні розлади формувалися у рамках реакції цих осіб на стресову подію (вступ до школи і навчального закладу, початок тренувального процесу, спортивні змагання, незалежно від їх рівня, екзамени, первинне працевлаштування та вихід на роботу, зміна місця роботи або професії, зміна алгоритму виробничого технологічного процесу і та ін.). У 14 підлітків донозологічні психічні розлади пов'язувалися із заняттями спортом – невдалими результатами на початку тренувального процесу та на спортивних змаганнях. У повсякденному житті ці особи часто скаржилися на високу втомлюваність, слабкість, виявляли невдоволення своїми діями і досягненнями. Більшість дорослих хворих, дітей та їхніх батьків не пов'язували порушення стану здоров'я з проявами психічної патології, відмовлялися від кваліфікованої психіатричної допомоги, тому що вважали, що проблема не в них самих, а в патології органа слуху. Успіхи у навчанні, виробничій діяльності, заняттях спортом нерідко чергувалися з відвертими провалами через нестійкість психічної сфери, що спричиняло поглиблення психічних розладів.

У 40 (25,3%) осіб з набутими тяжкими розладами слуху спостерігались органічні тривожні розлади (нозологічна форма захворювання F06.4 за МКХ-10) [9], причому у більшості випадків тривожність мала генералізований та стійкий характер і лише в 19 - епізодичний (панічний) характер. У більшості пацієнтів цієї групи патологія органа слуху була обумовлена перенесеними у віці 10-45 років захворюваннями центральної нервової системи внаслідок арахноїдиту, арахноенцефаліту, черепно-мозкової травми. Через виражену тривогу панічних нападів, фізичного і психологічного дискомфорту у хворих спостерігалися труднощі при

контактах, що виявлялося в небажанні заводити нові знайомства, самоізоляції, запобіганні та припиненні спілкування зі старими знайомими і друзями. Такі особи часто відчували підвищену втомлюваність при колективних формах виробничої діяльності, віддавали перевагу індивідуальним видам праці, проте рідко добивалися високих показників, незважаючи на задовільні фізичні можливості.

При обстеженні 21 (13,3%) особи психопатологічні розлади відмічалися у вигляді неврастенії з переважанням емоційних порушень. У них спостерігалися дратівливість, швидка психофізична стомлюваність, розлади сну, вегетативні порушення у вигляді головного болю при хвилюваннях, втомі і стресових станах, а також у вигляді лабільності пульсу і артеріального тиску, пітливості та ін. За результатами експериментально-психологічних досліджень у цих хворих діагностовано неврастенічний невроз (F48.0). Більшість з них неодноразово розпочинали заняття фізкультурою та спортом, проте швидко їх припиняли, часто змінювали види професійної діяльності, мотивуючи тим, що їхній організм „не пристосований до таких занять і таких умов праці”.

Переважні порушення психоемоційної сфери мали місце у 17 (10,7%) пацієнтів з набутою глухотою. В клінічній картині захворювання переважали коливання емоційного стану, часті зміни настрою (від піднятого до песимістичного), чергування тривоги, образи, гніву, розгубленості і та ін.). Властиві особистості активність і енергійність поступово змінювалися пасивністю, наростанням депресивних реакцій на навколишні події. Такі особи з емоційно-нестійкими розладами особистості (F60.3) віддавали перевагу колективним видам праці та колективним спортивним іграм, але через значні емоційні коливання, депресивні реакції, високу стомлюваність вони втрачали духовні та професійні взаємозв'язки з партнерами. Схильність до певних видів професійної діяльності, захоплення фізкультурою та спортом поєднувалися у таких хворих із самоізоляцією від занять улюбленою справою.

Клінічними проявами obsesивно-фобічних розладів (F40.1) у 5 (3,2%) обсте-

жуваних з приглухуватістю III ступеня був стан тривоги і страху, які обумовлювалися переважно ситуаціями мовного спілкування (при зустрічі з особою протилежної статі, при публічному виступі і та ін.). Стан страху у них сформувався поступово на тлі зніжковості від невдалих мовних комунікацій з наростаючим почуттям власної неповноцінності внаслідок прогресуючого захворювання органа слуху. Процес стомлення у пацієнтів розвивався швидко і мав глибокий характер внаслідок відчуття страху і тривожності. Вони самоізолювалися від суспільства, уникали професійної діяльності, не займалися ні фізкультурою, ні спортом, бо вважали, що фізичні та розумові навантаження можуть ще більше погіршити стан їхнього здоров'я.

Керуючись результатами клінічного та експериментально-психологічного обстеження хворих, ми визначили найбільш значущі експертні показники та провели оцінку психофізіологічного та особистісного реабілітаційного потенціалу осіб.

Високий реабілітаційний потенціал визнано лише у 32 (20,3%) обстежених, у яких не виявлено порушень пізнавальних функцій (пам'яті, уваги, мислення), емоційно-вольової сфери, а загальна спрямованість особистості дозволяла в умовах хронічного захворювання й обмежень життєдіяльності підтримувати адекватні взаємозв'язки з оточенням.

Середній (задовільний) психофізіологічний та особистісний реабілітаційний потенціал визначено у 101 (63,9%) хворого з незначним зниженням пам'яті та уваги, що іноді відбиває внутрішнє занепокоєння і тривогу або є ознакою виснаження розумової працездатності; з емоційними порушеннями, що не досягають високих ступенів особистісної і реактивної тривожності, емоційної напруженості, лабільності, легкої депресії ситуативного або невротичного характеру; з помірно підвищеними показниками алекситимії; середньо-сильним, середнім або середньо-слабким типом нервової системи; з нерірко вираженими порушеннями соціально-психологічної реактивності та незначно зниженим або підвищеним рівнем самооцінки; зниженням рівня мотивації до участі в лікувально-реабілітаційних програмах.

Низький рівень психофізіологічного та особистісного реабілітаційного потенціалу виявлено у 25 (15,8%) осіб. Критеріями його ресстрації були значні порушення когнітивних функцій, обумовлені органічним захворюванням головного мозку різного генезу; розумова відсталість; виражені до значної міри розлади емоційно-вольової сфери у вигляді значної емоційної нестійкості, ригідності афекту, високої тривожності; виражені розлади особистості і поведінки, що ускладнюють соціальну адаптацію; неадекватна соціально-психологічна реактивність, що виявляється неадекватною самооцінкою, дезадаптивними типами відношення до захворювання, тривожно-іпохондричними, неврастенічними, психастенічними, obsесивно-фобічними, дисоціативними розладами; низький рівень загальної мотивації на участь у лікувально-реабілітаційних заходах.

В залежності від тяжкості патології органа слуху, супутніх захворювань і виявленої психосоматичної патології всім хворим призначалася психофізіологічна реабілітація за розробленою проф. В.М. Рахмановим методикою, спрямованою на покращання слухової та мовної функцій; зменшення і ліквідацію психопатологічної симптоматики, у тому числі депресивних явищ та емоційно-лабільних розладів; на підвищення вольових якостей і почуття власної гідності; на відновлення духовних та професійних взаємозв'язків з оточуючими особами та ін. [7]. Методика реабілітації включала використання, крім медичної технології, медико-психологічну, соціально-психологічну та іншу впливову технологію, яка застосовувалася як в індивідуальному, так і в колективному режимі, а саме: 1) індивідуальні бесіди і заняття з пацієнтом, його близькими (рідними, друзями, колегами по заняттях фізкультурою, спортом, співробітниками по трудовій діяльності); 2) колективні бесіди, лекції і заняття з означеним контингентом; 3) виконання обстежуваним спеціально розроблених індивідуальних завдань, які спрямовувалися на удосконалення слуху, мови спілкування, стабілізацію і нормалізацію психічної сфери (заняття з відтворення почутих звуків, хода в умовах виключення зору із зростанням тривалості

від 1 до декількох годин, фізкультурні вправи, ведення докладного щоденника про зміни стану здоров'я та суб'єктивні відчуття і та ін.); 4) залучення до занять з хворим його батьків, рідних або близьких осіб для забезпечення методичної допомоги пацієнту при виконанні завдань, проведенні контролю за правильністю їх виконання, за якістю та об'ємом моральної і фізичної підтримки при реалізації можливостей хворого; 5) організацію і проведення колективних занять спортивного та артистичного характеру у формі змагань для хворих та близьких їм осіб; 6) здійснення сеансів психологічного розвантаження пацієнтів та їх батьків.

Проведений аналіз результатів психофізіологічної реабілітації показав досить високу її ефективність, зокрема виявлено покращання слухової та мовної функцій у всіх обстежуваних осіб, причому у 22 (13,9%) з них зменшився ступінь тяжкості приглухуватості на дві градації, у 40 (25,3%) – на одну градацію, у 96 (60,8%) – слух покращав у межах визначеного ступеня тяжкості порушення слуху. Покращання психологічного статусу спостерігалося у 153 (96,8%) пацієнтів, у тому числі нормалізація психічних функцій – у 121 (76,6%).

Завдяки проведенню психотерапевтичних заходів, що сприяли покращанню слухової функції, відбулися суттєві зрушення у психологічному статусі хворих. Важливим, з практичної точки зору, було покращання у всіх пацієнтів динамічних показників діяльності, що виявлялося підвищенням стійкості різних видів діяльності до різноманітних навантажень. Сукупність позитивних зрушень у соматичному, психоемоційному і психологічному стані сприяла підвищенню стійкості хворих до розумового і фізичного стомлення та втоми взагалі, покращанню стану їх життєдіяльності.

Таким чином, виконана нами робота дозволяє стверджувати, що у переважній більшості обстежених осіб з тяжкими ураженнями слуху формуються суттєві зміни у психічній діяльності, які можна оцінювати як передхворобні (донозологічні) і як психопатологічні. Встановлено, що сукупність і взаємний зв'язок патології органа слуху та психічної сфери значно впливають на реабі-

літаційний потенціал пацієнтів, потребують проведення специфічних психофізіологічних досліджень для його оцінки і обґрунтування відповідних заходів з реабілітації. Доведено, що застосування методики та технології психофізіологічної реабілітації, розроблених проф. В.М. Рахмановим, дозволяє оптимізувати слухову та мовну фун-

кції у осіб з патологією органа слуху, значно покращити їх психічну діяльність і підвищити реабілітаційний потенціал. Висока ефективність розробленої методики свідчить про доцільність її включення до стандарту медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів з тяжкими формами захворювань органа слуху.

1. Предупреждение инвалидности и реабилитация: Доклад комитета экспертов ВООЗ. – Сер. тех. докл. 668. – Женева, 1983. – 43 с.
2. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 6 жовтня 2005 р. // Урядовий кур'єр. – 09.11.2005. – № 213.
3. Смычек В.Б. Основы реабилитации: Курс лекций. – Минск, 2000. – 131 с.
4. Терміни і поняття у медико-соціальної експертизі. Випуск 1. / Під. ред.: А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак та ін. – Дніпропетровськ: Укр. Держ. НДІ МСП, 2001. – 91 с.
5. Іпатов А.В., Заболотний Д.І., Клименко Д.І., Розкладка А.І. та співавт. Формування індивідуальної програми реабілітації та адаптації інваліда при професійних захворюваннях і наслідках виробничих травм органа слуху та вестибулярного апарата. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 155 с.
6. Іпатов А.В., Сергієні Е.В., Клименко Д.І. та співавт. Оцінка психологічної складової реабілітаційного потенціалу в системі психотерапевтичних і психокорекційних заходів для хворих та інвалідів з ураженнями слухового та вестибулярного аналізаторів: Учбово-методичний посібник. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 42 с.
7. Рахманов В.М. Психотерапия в сурдологии. – Киев: Здоров'я, 1988. – 168 с.
8. Базаров В.Г., Розкладка А.И. Оценка нарушения слуха при различных формах тугоухости // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – № 3. – С. 28-33.
9. Короткий адаптований варіант для використання в Україні Міжнародної статистичної класифікації хвороб МКХ-10 (в трьох розділах). – Київ. – 1998.

Надійшла до редакції 27.01.09.

© В.М. Рахманов, Д.І. Клименко, 2009

### **ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ**

*Рахманов В.М., Клименко Д.И. (Днепропетровск)*

#### *Резюме*

Проведено клінічне і експериментально-психологічне обстеження 158 осіб з сенсоневральною тугоухістю. У всіх хворих виявлені розлади психічної діяльності, які суттєво впливають на стан їхньої життєдіяльності. Предложено критерії оцінки реабілітаційного потенціалу пацієнтів. Научно доведено, що використання розробленої проф. В.М. Рахмановим методики психофізіологічної реабілітації осіб з сенсоневральною тугоухістю сприяє активізації у них слухової функції, значному зменшенню або ліквідації психопатологічних зсувів, що сприяє оптимізації життєдіяльності і розширює можливості їхньої реабілітації та реінтеграції в суспільство.

### **PSYCHOPHYSIOLOGICAL REHABILITATION POTENTIAL OF PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS AND WAYS OF ITS OPTIMIZATION**

*Rahmanov V.M., Klymenko D.I. (Dnipropetrovsk)*

#### *Summary*

The authors carried out a series of clinical and experimental psychological studies on 158 patients with sensorineural hearing loss. The mental functioning disorders that severely impact the state of vital activities were discovered in all cases. The criteria for evaluation of patients' rehabilitation potential were proposed. It has been scientifically proven, that using the methodology of psychophysiological rehabilitation of patients with sensorineural hearing loss, developed by professor V. Rahmanov, significantly reduces or eliminates psychopathological changes, which helps to optimize the vital activities of such patients and extends the possibilities of their re-adaptation and re-integration into society.