

УДК: 616.89-008.454:615.851

Ю. А. Фещенкова, В. В. Чурилов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПСИХОТЕРАПИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ КРИЗИСОВ У БОЛЬНЫХ СУРДОМУТИЗМОМ

Полученные результаты доказали эффективность разработанной системы психотерапевтической коррекции личностных, психосоматических, психогенно-дезадаптивных и психосексуальных нарушений у больных с отсутствием слуха.

Ключевые слова: сурдомутизм, экзистенциальный кризис, мезосоциум, психотерапия.

Экзистенция как специфически человеческий способ существования подразумевает аутентичное бытие личности, присутствие в ней системы «внутренних смыслов» [1] и постоянное стремление к выходу за пределы собственного «Я». Больные с врождённым отсутствием слуха и нарушениями речи (сурдомутизм), живя в «проблемном поле глухоты» [2], имеют ограниченный ресурс развития, не позволяющий достичь оптимального уровня социализации и личностного роста. Личность этих больных формируется в узком пространстве мезосоциума, ограниченного такими экзистенциально-феноменологическими объектами как родительская семья, клуб глухих, дом инвалидов для лиц с патологией слуха. Именно мезосоциум как изолированная часть макросоциума (его лишённый звуков фрагментарный слепок) становится для больных сурдомутизмом экзистенциальным суррогатом «настоящей жизни». Л.С. Выготский говорил, что «глухота изолирует от социального опыта»; он подчеркивал, что «она нарушает социальные связи личности» [3]. Постоянное вынужденное пребывание больных сурдомутизмом в мезо/микросоциальном окружении создаёт множество конфликтогенных ситуаций, которые препятствуют своевременной социализации и обуславливают высокую частоту возникновения экзистенциальных кризисов.

По сути, кризис – это проявление дисбаланса между важностью актуальной проблемы, трудностями по её преодолению и недостаточностью ресурсов для её решения. Индивид не может окончательно отказаться от её реализации, но осознает, что для успешного решения не подходят более старые, приобретённые опытом, стратегии действий. Рост напряжения, вызванного этой дилеммой, проявляется тревогой, страхом, чувствами вины за свою «непрактичность», «неумелость», стыда перед окружающими. В своём течении кризис проходит ряд стадий:

– начальный рост напряжения, связанный с попыткой использовать для быстрого достижения успеха старые, инконгруэнтные подходы;

– отсутствие позитивных изменений и дальнейший рост напряжения, проявление гиперактивности с финальной фрустрацией;

– мобилизация остатков сил с использованием новых методов, подключения к решению проблемы дополнительных ресурсов (окружающих, материальных средств). Если проблема таким образом решается, пациент достигает желанного равновесия, сопровождающегося психофизиологической релаксацией и ментальной фиксацией на достижении;

– если проблема остается нерешённой, личностная и поведенческая дезорганизация достигает критических границ.

Конец кризиса характеризуется формированием «ключевого решения» индивида, которое достигается либо активно и сознательно, либо на подсознательном уровне. В случае благоприятного завершения кризиса индивид вырабатывает новые пути преодоления, которые в дальнейшем могут служить ему апостериорными образцами для решения типовых задач. Если кризис заходит в тупик (возникает т. н. «апория»), то дальнейший жизненный путь у больных сурдомутизмом развивается, как правило, в одном из трёх направлений:

– «бегство в болезнь» (наиболее часто у данного контингента);

– «социальная аутоизоляция»;

– «виртуализация». Четвёртая реакция из этой тетрады – «бегство в работу» (эргопатизация) – у больных сурдомутизмом встречается реже. По нашим наблюдениям, факторами, снижающими стрессоустойчивость лиц с отсутствием слуха, были следующие:

– наличие коморбидных психических состояний и расстройств (различные формы умственной отсталости, сочетанные дефекты развития, сопряжённые с когнитивной недостаточностью);

– воспитание в условиях интерната (которое зачастую приводит даже к более глубокой педагогической запущенности, чем недостаточное внимание к ребёнку в социально-неблагополучных родительских семьях);

– отсутствие полноценного образования (овладение лишь ремесленными навыками при недостатке знаний, неумение рационально распределять личное время);

– неудовлетворённость собственным профессиональным уровнем (зависимость от других на производстве, низкий уровень оплаты, незаинтересованность в повышении результативности труда, монотонность, отсутствие профессионального роста);

– дисгармоничные семейные отношения (взаимопомощь или тождество дефекта как мономотивы вступления в брак, невыразительность эротической и платонической стадий либидо, низкая сексуальная культура, бесосновательная ревность как следствие взаимного недоверия);

– социальная незащищённость (безразличие государственных структур к жизни инвалидов, вынужденное существование в стеснённых условиях без перспективы получения собственного жилья, юридическое

бесправие, отсутствие действенных социальных программ по привитию молодому поколению толерантности, эмпатии и стремления к активному участию в судьбе людей с ограниченными возможностями).

Целью работы была разработка системы психотерапии у больных сурдомутизмом.

Материал и методы исследования. Разрабатывая систему психотерапии, мы основывались на описанных в литературе и апробированных современной психотерапией и медицинской психологией принципах комплексности, индивидуальности, последовательности, этапности [4,5]. Психотерапевтическое влияние реализовали в соответствии с той или иной нозосиндромальной структурой расстройства для каждого больного индивидуально. Лечебный комплекс состоял из трёх этапов.

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе исследовался психоанамнез каждого больного – во время клинического (нарративного) интервью. Цель этапа состояла в получении от пациента уникальных данных о становлении его личности, формировании системы отношений к себе, ближайшему окружению, факту наличия болезни, к месту болезни во внутреннем психологическом пространстве его бытия („экзистенциальный смысл” появления расстройства), возможности компенсации или полного выздоровления. Важное значение имеют данные об инсталляции болезни в жизненный сценарий, о её месте в субъективном мире пациента, о её влиянии на систему онтопсихологических взглядов больного. Клиническое интервью продолжалось около часа и состояло из трёх условных частей:

1. Установление «доверительной дистанции» – ситуативная поддержка, безусловные гарантии конфиденциальности, определение доминирующих мотивов обращения к врачу.

2. Выявление и структурирование жалоб с акцентом на невербальные корреляты: жесты, мимику, пантомимику, красноречивые паузы с эмоционально-смысловым подтекстом. Одновременно определялся уровень фрустрированности пациента, наличие «белых пятен», попыток манипулирования терапевтом, диссимулятивные включения.

3. Субъективная характеристика желаемого результата терапии, система саногенных представлений и ожиданий пациента, условная модель «здоровья», психозеологические установки и внутренняя готовность к изменениям. Одновременно у пациентов формировались здоровые психологические установки, их обучали извлекаться от субмиссивности, некритической интроспекции чужих взглядов и идей, иждивенческой позиции. Происходило поэтапное расширение их информированности в области межличностных отношений, самопринятия и социальной перцепции.

Второй этап психотерапии имел целью преодоление невротических реакций пациентов на свою болезнь и её последствия в области интерперсональных коммуникаций и сферы личностного развития. На данном этапе основными методами выступали: рациональная психотерапия с акцентом на персуазию и низшая ступень аутогенной тренировки. Психотерапия проводилась в следующих направлениях: повышение асертивности (тренинговые практики), обучение стрессоустойчивости с помощью методик с экзистенциальным подтекстом и выработка адаптивных копинг-стратегий по методике Э. Хейма. Использовались когнитивно-поведенческие методики, рациональная психотерапия в экзистенциальной аранжировке с элементами мнестически-ассоциированных методик.

Третий этап психотерапии был сориентирован на непосредственное влияние и активизацию внутренних ресурсов пациента. Проводилось обучение правильному поведению в невербально-коммуникативном и сексуальном аспектах. Использовались семейная терапия по И.К. Берг (краткосрочный вариант), психогимнастика и сексуально-поведенческий тренинг.

В качестве критериев оценки эффективности проведенной терапии использовались следующие параметры (по К. Граве): Глобальная оценка успеха. Элиминация индивидуальной симптоматики / проблематики. Общее улучшение самочувствия. Наличие личностных изменений. Адаптация в группе и микросоциуме. Достижение большей автономии. Профессиональный рост. Достижение сексуальной гармонии. Психофизиологический сдвиг. Наибольшая эффективность была достигнута по таким критериям, как элиминация индивидуальной симптоматики, общее улучшение самочувствия, достижение сексуальной гармонии, [частичный] психофизиологический сдвиг. Все эти факторы являются составляющими общего чувства психофизиологического комфорта.

Заключение

Полученные результаты доказали эффективность разработанной системы психотерапевтической коррекции личностных, психосоматических, психогенно-дезадаптивных и психосексуальных нарушений у больных с отсутствием слуха.

Литература

1. Паттакос А. Пленники собственных мыслей. Смысл жизни и работы по В. Франку / А. Паттакос – М.: Альпина Бизнес Букс, 2009 – 208с.
2. Гозова А.П. Слуховой контроль речи у глухих детей / А.П. Гозова – СПб.: Речь, 2007 – 212с.
3. Выготский Л.С. Проблемы дефектологической психологии / Л.С. Выготский – М.: Прогресс, 1996 – 312с.
4. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III – IV уровней аккредитации / Б.В.Михайлов, С.И.Табачников, И.С.Витенко, В.В. Чугунов – Х.: Око, 2002 – 768с.

5. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-ое изд., стереотип / В.В. Чугунов – Киев: Здоров'я; Харьков: Око – Наука, 2008. – 768 с.

Укробрання

**ПСИХОТЕРАПІЯ ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНИХ КРИЗ У
ХВОРИХ НА СУРДОМУТИЗМ
Філатова О.А., Чугунов В.В.**

В статті розглянуто проблему екзистенціальних криз у хворих на сурдомутизм, що виникають на тлі аудіального та когнітивного дефектів при неадаптивних спробах вирішити особистісно значущі проблеми. Описано клінічні прояви кризових станів. Запропоновано дієву систему психотерапії, яка має високий ступінь ефективності при лікуванні хворих з відсутністю слуху.

Ключові слова: сурдомутизм, екзистенціальна криза, мезосоціум, психотерапія.

Стаття надійшла 16.06.2010 р.

**PSYCHOTHERAPY OF EXISTENTIAL CRISES
IN LIVES OF THE PATIENTS THAT SUFFER
FROM SURDOMUTISM**

Filatova O.A., Chugunov V.V.

There was studied the problem of existential crises in lives of the patients that suffer from surdomutism that arise on the background of auditory and cognitive defects when trying to solve individually significant problems in a nonadaptive way. There was suggested an efficient system of psychotherapy that has a high degree of effectiveness in treating patients with the lack of hearing.

Key words: surdomutism, existential crisis, mesosocium, psychotherapy.

УДК: 616.12-008.331.1-06:616.127-07

Укробрання

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

**ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З
РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА**

Проведене дослідження аналізує динаміку показників структурного ре моделювання міокарда і ендотеліальної функції судин у осіб з гіпертонічною хворобою і різною масою тіла при 3- і 6-місячній антигіпертензивній (лізиноприл, амлодипін) і гіполіпідемічній (аторвастатин) терапії. Результати дослідження демонструють, що найменша динаміка регресу маси міокарда лівого шлуночка та ендотелій залежній вазодилатяції виявляється у пацієнтів з дефіцитом маси тіла.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, дефіцит маси тіла, структурно - геометричне ремоделювання лівого шлуночка, ендотеліальна дисфункція.

Робота є фрагментом НДР кафедри внутрішньої медицини № 3 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова «Патогенетичні механізми міокардіальної та ендотеліальної дисфункції судин при захворюваннях серця, аритміях, серцевій недостатності та підвищення ефективності і безпеки лікування (клініко-експериментальне дослідження)» (№ держреєстрації 0104U002883)

Комбінована антигіпертензивна терапія являється основною стратегією лікування гіпертонічної хвороби (ГХ) [1, 4, 5]. Ще з 2003 р., згідно американським і європейським рекомендаціям, комбінована терапія показана всім хворим, починаючи з 2-го ступеня артеріальної гіпертензії, тобто при рівні артеріального тиску (АТ) $\geq 160/100$ мм рт.ст. В Європейських рекомендаціях 2007 р. покази до призначення комбінованої терапії розширились, розповсюдились на пацієнтів з високим і дуже високим ризиком; хворих, що перенесли інсульт чи інфаркт міокарду; а також за наявності цукрового діабету та абдомінального ожиріння (АО), коли вкрай важливо досягнення цільових рівнів АТ на рівні нижчому 130/80 мм рт.ст., що важко досягається шляхом монотерапії [2, 3].

Основна увага при профілактичних методах впливу на розвиток кардіоваскулярних ускладнень надається надлишковій масі тіла. Проте, як показали численні епідеміологічні дослідження, в тому числі і 32-річне спостереження у Фремінгемі – серед осіб з недостатнім індексом маси тіла (ІМТ) спостерігається підвищена смертність від ішемічної хвороби серця та інших неінфекційних захворювань, порівняно з пацієнтами з середнім показником маси. Також виявлена більш висока смертність від серцево-судинних ускладнень серед хворих з ГХ та низьким ІМТ. Важливо, що ця залежність має самостійне значення, незалежно від звички палити і наявності прихованих захворювань. Для пацієнтів з ГХ та АО найбільш раціональною та обґрунтованою визнана комбінація інгібітору ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) та дигідропіридинового антагоністу кальцію (АК). Ці препарати є метаболічно нейтральними, доведено їх синергічний вплив по відношенню до зниження АТ. Хворим з високим ризиком кардіоваскулярних ускладнень