

## НЕВЕРБАЛЬНАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ОСТРЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СУРДОМУТИЗМОМ

Канд. мед. наук О. А. ФИЛАТОВА

### NONVERBAL PSYCHOCORRECTION OF ACUTE NEUROTIC DISORDERS IN PATIENTS WITH SURDIMUTISM

O. A. FILATOVA

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина*

**Рассмотрены причины возникновения и клиническая характеристика острых невротических расстройств у больных сурдомутизмом. Представлена разработанная автором программа невербальной психотерапевтической коррекции данной патологии.**

*Ключевые слова: сурдомутизм, невротические расстройства, невербальная психокоррекция.*

**The causes of development and clinical characteristics of acute neurotic disorders in patients with surdimutism are described. The original program of nonverbal psychotherapeutic correction of this pathology is presented.**

*Key words: surdimutism, neurotic disorders, nonverbal psychocorrection.*

В последние годы, по мнению ряда авторов, частота возникновения острых невротических расстройств (ОНР) у больных сурдомутизмом в 3–4 раза превысила показатели заболеваемости в конце прошлого века и достигла 75–80% [1]. Однако, учитывая низкий уровень обращаемости этих больных к специалистам психоневрологического профиля, можно предположить, что частота возникновения острых невротических реакций у них является еще более высокой. Как правило, в условиях сурдологического кабинета больные получают лишь некоторые (зачастую непрофессиональные) рекомендации и назначения в виде курса витаминотерапии и широко известных седативных средств.

Целью нашего исследования было выявление причин возникновения ОНР у больных сурдомутизмом, их клиническая характеристика и разработка программы невербальной психотерапевтической коррекции.

Этиологические факторы, лежащие в основе развития ОНР мы условно разделили на три основные группы: личностно-значимые; кризисно-конфликтные и эффекторно-адаптивные (термин С. Б. Семичева) [2].

В первую группу входят психические травмы — внезапные, острые, одноплановые, сверхактуальные для личности. Степень актуальности этих воздействий для разных людей может колебаться в широком диапазоне. У обследованных нами больных это были оскорбления («читаемые» по движению губ или непристойные жесты); внезапное нападение (в частности, на женщин) с угрозой насилия; неожиданные известия о смерти родных, потере любимой работы, измене

мужа (жены); потеря денег. Как правило, стрессогенное воздействие возникало в ситуации, когда больной не мог адекватно отреагировать или воспользоваться помощью близких людей. В случае физической угрозы (нападение незнакомых лиц, часто в темное время суток, иногда — в незнакомом месте) больной оказывался совершенно беспомощным, так как не мог позвать прохожих, позвонить по телефону, объяснить посторонним, что он в опасности.

Даже привычное в наши дни для здоровых людей оскорбительное отношение, «ярлыки», навешиваемые по различным поводам, для лиц, страдающих отсутствием слуха и в большинстве имеющих заниженную самооценку, может стать мощным стрессогенным фактором, разрушающим внутренний мир этих пациентов. Например, одну нашу пациентку (страдающую тугоухостью, но прекрасно читающую по движениям губ) в метро подростки обозвали уродиной и, кривляясь, загнали в угол вагона. В ответ на это у неё возник психогенный обморок, впоследствии инициировавший навязчивый страх поездок в метро.

Кризисно-конфликтными факторами (вторая группа) чаще всего бывают длительные семейно-бытовые психотравмирующие ситуации, внезапно завершающиеся острым конфликтом, или длительные и развивающиеся по тому же сценарию конфликты на работе, часто с потерей ее и затем стойким ощущением собственной ненужности.

В третью группу входит ряд факторов, описанных С. Б. Семичевым [2]. Они возникают при внезапном узнавании или осмыслении больными имеющегося у них тяжелого и трудноизлечимого соматического заболевания (рак, СПИД, внематочная

беременность) в той стадии процесса, когда субъективно болезнь еще не может быть ощутима.

Начало и динамика невротического процесса у больных сурдомутизмом существенно отличаются от таковых у людей с нормальным слухом и модулированной речью. Нами были обследованы 90 больных, переживших острую психическую травму и наблюдавшихся у психоневролога в специальной поликлинике. Прежде чем остановиться на клинической характеристике каждого из выявленных у них и представленных в таблице синдромов, укажем некоторые общие черты всех вариантов невротического реагирования.

В подавляющем большинстве случаев расстройство манифестировало в день травмы, спустя несколько часов после нее (исключая 16 больных, 14 из которых пережили реакцию паники в момент травматического воздействия, а двое — синкопальные расстройства). Стрессогенное воздействие было настолько неожиданным и сверхактуальным для личности, что, не имея возможности и времени осмыслить его суть, больные сразу переходили на несвойственный им более низкий уровень психического функционирования с включением множества неосознаваемых защитных реакций. Об этом говорят характерные описания больными начала невротического процесса: «это накрыло меня с головой», «ужас, ужас! — только это слово вертелось в голове», «захотелось убежать и спрятаться», «было страшно среди людей». Следует отметить, что и описания, представленные либо в письменном виде, либо через невербальную лексику, и сами переживания больных сурдомутизмом заметно отличаются от таковых у людей с нормальным слухом. Обращают на себя внимание частые повторения слов (скудный словарный запас), недостаточная способность к абстрагированию, почти полное отсутствие метафор и аллегорий. Большую значимость при выявлении и оценке психических переживаний у таких больных имеет анализ невербального арсенала их внешней репрезентации — мимики, пантомимики, использования «пространства взаимодействия» [3].

Выявленные у обследованных невротические реагирования на острые психотравмирующие ситуации иллюстрируются данными приводимой таблицы.

**Варианты реагирования больных на острые психотравмирующие ситуации (данные в %)**

Синдром	Мужчины, n = 35	Женщины, n = 55
Астено-невротический	43±8	27±6
Кратковременная депрессивная реакция	31±8	9±4
Паническое расстройство	—	27±6
Истероформная реакция	—	11±4
Соматизированное расстройство	26±8	25±6

Как видно из таблицы, астено-невротический синдром наблюдался и у мужчин, и у женщин и имел сходные черты. Почти все больные отмечали кратковременную растерянность (особенно если вблизи не было сопровождающего лица или переводчика), тревогу, общий тремор, покраснение или побледнение лица, холод в конечностях, ощущение духоты в помещении («воздух становился плотным, не проходил внутрь»), напряжение всего тела. На аффективно суженное мышление указывал тот факт, что больные вспоминали, невозможно было сосредоточиться на своих пальцах, еще несколько часов руки были непослушными». Это соответствует психогенному мутизму у лиц с нормальным слухом в аналогичных ситуациях.

Кратковременная депрессивная реакция чаще возникала у мужчин и имела следующие черты. В момент травмы ощущалась тревога, иногда с явлениями дереализации и деперсонализации («это происходит не со мной», «зачем я здесь?»), чувство опустошенности и гипобулия. Затем постепенно тревога уменьшалась, и начинали преобладать собственно депрессивные компоненты (тоска, чувство собственной неполноценности, тревожная угнетенность), вплоть до реакции самоповреждения (вырывание волос, нанесение ударов по лицу, губам, сжимание кистей рук до появления гематом на коже), которая сопровождалась плачем, бессвязными выкриками. В отличие от истерических раптусов, эти действия производились больными в уединении, и следы тщательно скрывались от близких. Амнезии не отмечалось.

Реакция паники наблюдалась только у женщин. Все они (14 человек) были в возрасте от 26 до 43 лет, имели низкий образовательный уровень (неполная средняя спецшкола), недостаточную социальную адаптацию (3 были заняты на временной работе, 11 — домохозяйки). У всех обследованных в момент возникновения панического расстройства наблюдались аффективно суженное сознание, страх за свою жизнь, двигательное беспокойство, неадекватная реакция на оказываемую окружающими помощь (физическое сопротивление, в одном случае — попытка укусить, отталкивание, агрессивная мимика), и явственно проступали черты беспомощности (рядом не было переводчика). Таким образом, можно говорить о том, что личность больных в подобных случаях действует на несвойственном ей, более низком психическом уровне. Течение описанных реакций было кратковременным (20 мин — 1 ч). По их окончании больные (12 из них была оказана скорая медицинская помощь) испытывали чувство стыда перед окружающими, проявляли нормальную критику к своему состоянию, резко отграничивая аффективное включение от обычного уровня межличностных контактов.

Истероформные реакции также наблюдались только у женщин и проявлялись в демонстративном поведении (рыдания, хлопанье дверью, битье

посуды, вычурная жестикуляция). Как правило, все эти больные намеренно искажали принятую невербальную лексику. Двигательное возбуждение сопровождалось гримасничаньем, эксцентричной пантомимикой, внешней развязностью. После оставления больных в одиночестве или предупреждения о госпитализации в психиатрическую больницу возбуждение резко прекращалось, оставляя после себя внешние признаки «вегетативного реагирования»: красные пятна на лице и шее, ускоренный темп дыхания, тахикардию, тремор рук. При пробуждении на следующий день наблюдалась частичная амнезия.

К соматизированным, или соматоформным расстройствам, учитывая, что в настоящее время вегетативно-сосудистая дистония рассматривается как дисрегуляторный феномен [4] и представляет собой базисный компонент соматоформных расстройств, мы отнесли все случаи соматоформной вегетативной дисфункции, возникшей под воздействием острой психической травмы. Клинически дисфункция выражалась в транзиторной гипертензивной реакции с обилием устойчивых кардиальных коррелятов (тахикардия, экстрасистолия, ощущение замирания сердца, легкий акроцианоз), дыхательных расстройствах и других вегетативных симптомах с неизменным наличием у всех больных протопатического страха, сопровождающего весь период ОНР. В отличие от больных с паническим расстройством, у которых также наблюдались отдельные вегетативные феномены, в данной группе внешнее возбуждение проявлялось только в характерных жестах (прижатие рук к груди, постукивание пальцами о поверхность стола, зажимание кистей рук между коленями) и не возникали реакция бегства или хаотические непродуктивные движения.

Таким образом, у больных сурдомутизмом в случае возникновения ОНР под воздействием кратковременного, но сильного стрессорного фактора преобладает элементарная невротическая симптоматика [5], отражающая декомпенса-

цию наиболее неустойчивых, поврежденных или функционально ослабленных систем психической деятельности.

Программа психотерапевтической коррекции ОНР у больных сурдомутизмом должна проводиться в четыре этапа: подготовительный, терапевтический (основной), заключительный, психопрофилактический.

Задачами первого этапа являются установление психологического контакта с больным; выявление эмоциональных расстройств в рамках психологического конфликта, вызвавшего ОНР; объяснение больному причин заболевания; разъяснение в доступной для пациента форме задач и методов психотерапии, их безопасности и адекватности его состояния; назначение щадящего психоэмоционального режима.

Второй этап посвящен изучению личности больного, его системы отношений; восстановлению оптимального функционирования с помощью различных невербальных психотерапевтических методик (аутогенной тренировки, рациональной психотерапии с помощью жестовой речи, различных тренинговых методик).

Третий этап предполагает постепенное завершение основных лечебных мероприятий. В этот период все психотерапевтические методики получают активизирующую направленность, проводится работа с семьей и близкими пациента.

Четвертый этап направлен на профилактику рецидивов заболевания, так называемых «невротических срывов» [6], на нем проводится закрепление техники аутогенной тренировки и приемов самовлияния [4, 5].

Психотерапия ОНР у больных сурдомутизмом ориентирована на лиц без выраженной психопатологии и органических дефектов и имеет целью предотвращение расстройства личности пациентов или дальнейшее углубление невротической симптоматики, а также возможного суицидного поведения.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Иванова Л. И.* Диагностика патологических состояний у глухих.— Омск: Омега, 2005.— 300 с.
2. *Семичев С. Б.* Концепция предболезни в клинической психиатрии.— Л.: Медицина, 1992.— 185 с.
3. *Гиндикин В. Я.* Соматогенные и соматоформные психологические расстройства: Справочник.— М.: Х-Триада, 2000.— 256 с.
4. *Марута Н. А.* Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах.— Харьков: Арсис, 2000.— 160 с.
5. *Юрьева Л. Н.* Кризисные состояния.— Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998.— 164 с.
6. *Сагалович Б. М.* Тугоухость.— М.: Медицина, 1998.— 220 с.

Поступила 02.08.2006