

Філак Ф.Г., Філак Я.Ф.

Психотерапія внутрішньої картини хвороби у хворих на постгастрорезекційний синдром на етапі санаторного лікування

Ужгородський національний університет

Хворі, які страждають на хронічні соматичні захворювання, поряд із спецефічним біологічним лікуванням, потребують також психотерапевтичної допомоги. Ряд авторів виявили, що з-поміж хворих на постгастрорезекційний синдром (ПГРС), у порівнянні з хворими на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДК), частіше зустрічались особи, які розвивалися в несприятливих умовах виховання та астенизації в дитинстві [2, 3].

Емоційна депривація в ранньому дитинстві в майбутньому відіграє важливу роль у гіперацидного стану – основного синдрому у хворих на виразкову хворобу. Різні види реакцій хворих на свою хворобу, що страждають на соматичні захворювання, неодноразово привертала увагу дослідників, які виявили, що у хворих на ПГРС і ВХДК найбільш часто зустрічались сенситивний паранояльний, неврастенічний та ергопатичний типи відношення до хвороби. Причому, хворі на ПГРС відрізняються від хворих на ВХДК більш високими показниками анозогнозичного, ейфоричного ергопатичного сенситивного і паранояльного типів відношення до хвороби. Можливо саме ці типи сприяли ускладненому перебігу виразкової хвороби. В.Є. Рожнов, С.С. Лібіх (1979) зазначають, що метою психотерапії є, насамперед, зміна відношення хворого до своєї хвороби, до самого себе і до свого оточення [1, 4].

Метою нашого дослідження є вивчення динаміки внутрішньої картини хвороби у хворих на ПГРС під впливом психотерапії під час комплексного санаторного лікування.

Дослідження проведені у 33 хворих на ПГРС (6 жінок і 27 чоловіків), які перенесли резекцію шлунка за Більрот I, у зв'язку з ускладненим перебігом ВХДК, віком $46,4 \pm 1,89$ років і тривалістю хвороби $17,2 \pm 0,86$ років. Із них: хронічний гастрит, культу виявлений у 9 чол., хронічний не кам'яний холецистит – у 6, хронічний гепатит у 4, делепінг-синдром – у 3 і комбіновані ураження – у 4 чол. Типи відношення до хвороби до і після лікування визначали за допомогою опитувальної анкети Бехтеровського інституту – «ЛЮБИ». Крім того, рівень реактивної тривоги за допомогою шкали Ч. Спілбергера, а депресії – скороченого варіанту Бека шкали самооцінки депресії.

Всі хворі на ПГРС пройшли повний курс санаторного лікування, яке включало: внутрішній прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно – натрієвої мінеральної води “Поляна купіль” Температури 42°C за 45 хв до прийому їжі по 200 мл 3 рази на день, п'ятиразове харчування (дієта № 5), відвар жовчогінних трав, ЛФК, вуглекислі мінеральні ванни, фізіотерапію та психотерапію; при показах – аплікації озокериту, кишкові зрошення, сегментарно-рефлекторний масаж.

Згідно рекомендації Дж. С. Сверлі та Р. Розенфельда (1985), в кабінеті психотерапії всі хворі пройшли курс терапії навчанням, метою якої було:

1. Усвідомлення хворими наявності у них надмірного стресу, тривоги.
2. Розвінчання міфу про нешкідливість надмірного емоційного стресу, тривоги.
3. Самоідентифікація тілесних проявів надмірного стресу.
4. Виховання почуття власної перемоги над страхом.
5. Усвідомлення джерела надмірного емоційного стресу.
6. Виховання навичок уникати потенціально стресові ситуації.
7. Реорієнтація в цінностях тощо.

З метою зниження надмірного емоційного стресу, тривоги та покращення вегетативної регуляції внутрішніх органів та систем, хворих навчали методиці автогенного тренування в модифікації; Х. Клейнзорге та Г. Клюмбіса (1965). Такі регулярні тренування сприяли зниженню сили інтероцепції, зменшенню психофізіологічної реактивності, ліквідації патологічних слідових реакцій, тренуванню бінарних зв'язків та формуванню мотивації на зцілення тощо. Також для подолання страху перед випробуванням хворих навчали методиці десенситизації за Вольпе (О. Кондаш). З метою корекції внутрішньої картини хвороби, під час індивідуальної бесіди з хворими на ПГРС, обговорювали такі питання:

1. Результати психологічного обстеження.
2. Негативний вплив саме його внутрішньої картини хвороби на перебіг основного захворювання.
3. Формування навичок стратегії поведінки для розкріпачення гинеттєвих сил організму.

Якщо до лікування сенситивний тип реакції на хворобу виявлений у 33,3% хворих на ПГРС, то після лікування – у 12,1%; паранояльний – відповідно у 30,3% і 15,2%, неврастенічний – у 27,3% і 9,1% ; ергопатичний – у 24, 2% і 15,2%, анозогнозичний – у 21,2% і 6, 1%, ейфоричний – у 21, 2% і 6,1%, тривожний – у 18,2% і 6,1%, іпохондричний – у 18,2% і 9,1%, обсесивно-фобічний – у 12,1% і 6,1% і накінець гармонійний – у 9,1% і 39,4%

У таблиці показана динаміка середнього балю на одного хворого ПГРС для різних типів відношення до хвороби під впливом психотерапії в комплексі із санаторним лікуванням. Найкраще піддалися корекції хворі на ПГРС з

ейфоричним, тривожним, анозогнозичним і неврастенічним типом реакції на хворобу. Важко піддаватись корекції хворі з паранояльним, ергоцентричним та обсесивно-фобічним типами реакцій на хворобу.

Таблиця

Динаміка середнього балу на одного хворого ПГРС для різних типів відношення до хвороби під впливом психотерапії в комплексі із санаторним лікуванням

Тип відношення	До лікування	Після лікування	t
Гармонійний	2,4 ± 0,29	3,6 ± 0,34	2,68
Тривожний	2,5 ± 0,34	1,2 ± 0,21	3,25
Іпохондричн.	1,6 ± 0,26	0,9 ± 0,18	2,19
Апатичний	0,9 ± 0,19	0,8 ± 0,17	0,39
Неврастенічний	2,3 ± 0,28	1,5 ± 0,20	2,33
Обсес.-фобічний	2,1 ± 0,17	1,7 ± 0,14	1,82
Ейфоричний	3,6 ± 0,31	2,1 ± 0,22	3,95 P < 0,001
Анозогнозичний	2,8 ± 0,28	1,9 ± 0,21	2,57
Ергопатичний	3,9 ± 0,33	3,2 ± 0,25	1,69 P > 0,05
Паранояльний	1,9 ± 0,25	1,3 ± 0,21	1,84 P > 0,05

За даними шкали Ч. Спілбергера, в результаті санаторно-курортної реабілітації реактивна тривога у хворих на ПГРС знизилась з $48,4 \pm 1,47$ балів до $39,5 \pm 1,21$ балів ($t = 4,67$), ($P < 0,001$), а за даними Бека шкали самооцінки депресії – відповідно у $22,5 \pm 0,83$ до $15,7 \pm 0,72$ балів ($t = 6,18$) ($P < 0,001$). Крім покращення настрою, хворі відзначали зменшення дратливості, покращення сну та працездатності, ліквідацію головних болей. Зменшилися або зникли скарги на біль в ділянці живота, відрижку, нудота та здуття живота.

Висновки

1. Найкращі результати отримані під час психотерапевтичної корекції хворих на ПГРС з ейфоричним тривожним, анозогнозичним і неврастенічним типом реакції на хворобу.
2. Менш вагомі результати отримані психотерапевтичної корекції отримані у хворих з паранояльним, ергопатичним та обсесивно-фобічним типом реакції на хворобу.

Література

1. Еврли Дж. С., Розенфельд Р. Стресс. Природа и лечение: Пер с англ. – Москва, 1985. – 223 с.
2. Завилянская Л. И. Психотерапия невротоподобных состояний. – Киев, 1987. – 126 с.
3. Кондаш О. П. Хвилювання: страх перед випробуванням. – Київ, 1981 – 170 с.
4. Курпатов А. В., Аверьянов Г.Г. Психические расстройства в общей медицинской практике врача общего профиля. СПб, 2001. – 87 с.

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

Лікувальна фізична культура як компонент розвитку дрібної моторики у дітей з розумовою відсталістю

Ужгородський національний університет

За даними ВООЗ, розумова відсталість широко поширена в усьому світі й виявляється в 1–3% населення. Відзначається перевага серед хворих осіб чоловічої статі. Це пояснюється більшою кількістю антенатальних і постнатальних порушень серед осіб чоловічої статі в порівнянні з жіночою, зчепленим з Х-хромосомою успадкуванням даного захворювання, а також погіршенням екологічної ситуації у світі, підвищенням рівня і якості медичної допомоги й тим, що внаслідок цього збільшилась кількість дітей, що виживають, з вадами розвитку й дефектами центральної нервової системи [2, 3].

Фізична культура і спорт є частиною культури суспільства, залучення до якої, безумовно, буде сприяти адаптації будь-якої нормальної дитини, а тим більше дітей, з вадами у розвитку в навколишньому світі. Здається, що важливим є використання лікувальної фізичної культури з різноманітним форм організації рухової діяльності як одного із важливих засобів соціалізації особистості дітей, що мають порушення інтелектуального розвитку. Автори припускають, що