

УДК 616.8

Т.С. Колесникова

Изучение коммуникативной дезадаптации у больных с сенсорной афазией (поведение и самооценка)

Аннотация. В публикации представлены результаты изучения состояния коммуникативной адаптации у больных с тремя разными вариантами сенсорной афазии, выделенных автором в работе над кандидатской диссертацией. Специфика дезадаптации определяется характером нарушений речи, мозговые механизмы которых различаются по соотношению степени сохранности / нарушения вторичной и третичной речевой коры.

Ключевые слова: сенсорная афазия, коммуникативная дезадаптация, коммуникативное поведение, личность, метод исследования самооценки.

T.S. Kolesnikova

The study of the communicative disadaptation of patients with sensory aphasia

Summary. The publication presents the results of study of the state of communicative adaptation in patients with three different versions of sensory aphasia, highlighted by the author in his dissertation. Specificity of desadaptation is determined by the nature of speech disorders, brain mechanisms which vary in the ratio of preservation / disturbance of the secondary and tertiary speech cortex.

Keywords: sensory aphasia, communicative desadaptation, communicative behavior, personality, method of self-concept.

Постановка проблемы. Долгое время практика нейропсихологической реабилитации больных с афазией охватывала преимущественно проблему последствий локальных поражений мозга. Исследования велись в основном в направлении изучения у них собственно речевого дефекта и нарушений неречевых функций. Специального внимания изучению личности таких больных не уделялось. Личностный фактор недостаточно учитывался как при оценке формы и степени выраженности афазии, так и при использовании методов ее преодоления.

Первые экспериментальные исследования личности больных с афазией в нашей стране принадлежат Ж.М. Глозман, Л.С. Цветковой и их сотрудникам [1; 2]. Авторами изучались такие параметры личности больных, как особенности динамики нарушений личности; причины неустойчивости (устойчивости) происходящих изменений личности, влияние личности на усиление (ослабление) дефектов речи и других высших психических функций.

В целом полученные результаты дали основание для вывода, что нарушения речи существенным образом влияют на личность больного. Афазия, являясь результатом очагового поражения мозга приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, лишая основного средства адаптации в социальной среде.

Внимание к личности больных с афазией является, таким образом, необходимым и важным разделом афазиологии. Не случайно современный этап ее развития характеризуется представлениями о ней не только как о речепатологическом феномене, но имеет личностно-ориентированную направленность, учитывает социальную сущность речи и личности человека с афазией.

Настоящая публикация содержит описание результатов исследования коммуникативного поведения и такого важного личностного параметра как самооценка. Оно имело целью внести в существующие представления об афазии необходимые дополнения, связанные с изучением личности больных.

База и контингент. С целью изучения личностной составляющей в структуре дефекта больных с сенсорной афазией нами было проведено экспериментальное исследование, которое осуществлялось на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации с 2005 по 2012 год. Изучались больные, проходящие курс нейрореабилитации, поступившие на лечение по прошествии от 0,5 года до 3-х лет после заболевания (резидуальная стадия). Экспериментом было охвачено 409 участников. Из них 88 женщин, 321 мужчина. Основной контингент составили больные свыше 50-ти лет.

Больные делились на три группы, выделенные ранее в рамках другого фрагмента выполняемого нами в настоящее время диссертационного исследования. В основу дифференциации этих групп было положено соотношение расстройств речевого слухового гнозиса (РчСлГн) и фонематического слуха (ФнСл) в структуре речевого дефекта – функций, нарушение которых мы понимаем как причинное для развития сенсорной афазии. Учитывалось различие этих функций по иерархии в плане их мозговой организации. РчСлГн осуществляется, как известно, вторичными полями слуховой коры левого полушария мозга, а ФнСл – третичными [3; 4]. Преобладание степени выраженности расстройств одной из этих функций над степенью выраженности другой или отсутствие такого преобладания определяет, по нашим данным, вариант сенсорной афазии. По этому критерию и выделены три ее варианта.

Первый вариант характеризовался близкой степенью выраженности нарушений РчСлГн и ФнСл (рис. 1).

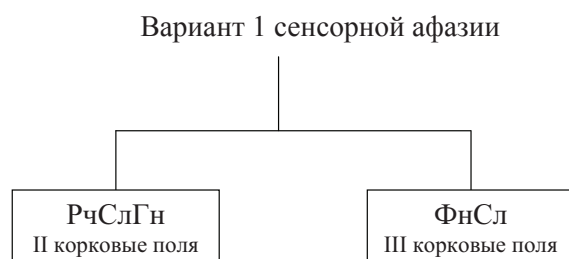


Рис. 1.

Второй вариант – преобладанием нарушений РчСлГн над нарушениями ФнСл (рис. 2).

Вариант 2 сенсорной афазии

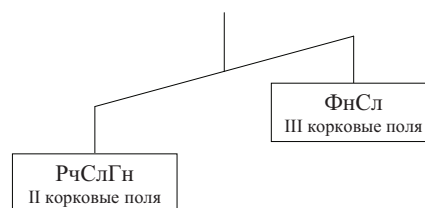


Рис. 2.

Третий вариант характеризовался преобладанием нарушений ФнСл над нарушениями РчСлГн в речевом статусе (рис. 3).

Вариант 3

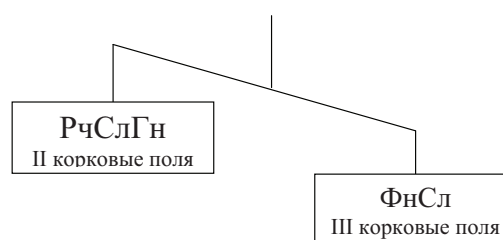


Рис. 3.

Методика. Диагностическая программа психологического изучения больных включала методы, направленные на выявление изменений личности больных с сенсорной афазией и нарушений у них мотивационного звена. Особенности мотивационного компонента общения изучались на основе анализа высказываний больных с точки зрения их соответствия ситуации речевой деятельности.

1-я группа методов – исследование мотивационного компонента* коммуникативной дезадаптации.

Они, применительно к контингенту больных с афазией, включали:

- беседу и наблюдение за коммуникативным поведением больных в свободном общении и в регламентированной совместной деятельности (реабилитационные занятия);
- анализ способности продуктивно использовать средства общения для выражения собственного замысла и осуществления полноценного общения.

* Мотив, согласно психологической теории деятельности, – это опредмеченная потребность (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн) и происходит от лат. moveo – двигаю. Мотив представлен субъекту в виде специфических пе-

реживаний, характеризующихся либо положительными эмоциями от ожидания достижения данного предмета, либо отрицательными, связанными с неполнотой настоящего положения. Для осознания мотива требуется внутренняя работа (Википедия).

Предметом специального анализа в рамках этих методов являлись такие характеристики, как поведение во время беседы (своеобразие поведенческих реакций во время общения: уверенность, умение самостоятельно преодолевать коммуникативные трудности), инициативность (наличие собственных инициаций, соответствие их теме и сюжету беседы); характер реактивных реплик (развернутые или односложные, наличие логики в ответных высказываниях); паралингвистические средства общения (наличие жестов, мимики и пр.).

В настоящей работе мы представляем фрагмент, посвященный мотивационному звену коммуникативной дезадаптации, а также изучению личностных особенностей по методике исследования самооценки, которая является одной из используемых в рамках глобальной работы с привлечением серии личностных методик. Планируется, что публикации по результатам их применения будут даны в следующих номерах журнала.

Самооценка, как известно, в значительной степени определяет характер социального поведения человека, его связи с окружающим миром, активность, продуктивность деятельности и др. [5; 4]. Это обобщенный результат познания себя и эмоционального отношения к себе, аффективная часть образа Я, которая тесно связана с проблемой самосознания, с представлением о своем социально-коммуникативном ранге в коммуникативном процессе. В психологии, традиционно для изучения самооценки использовалась система шкалированных оценок, предложенная Дембо-Рубинштейн («здоровье», «характер», «ум», «счастье»), однако для решения задач афазиологии в этом разделе диагностики появилась необходимость модификации этого метода [1]. Автор выделяет шкалы качеств, связанные с коммуникативными процессами и отражающие динамические смысловые системы личности. Ж.М. Глозман отобрала личностные характеристики (21), сгруппированные для

анализа в 4 вида: коммуникативность, отношение к окружающим, активность, эмоционально-волевые качества. Именно этой модификацией методики исследования самооценки мы и воспользовались.

Результаты исследования. Результаты исследования позволили констатировать наличие у изученных больных специфики нарушений мотивационного компонента общения, а также структуры личности. Каждую из выделенных нами групп характеризовали свои особенности коммуникативного поведения, а также личности больных в целом.

Первая группа больных

Первую группу больных (близкая степень выраженности нарушений РчСлГн и ФнСл) характеризовали следующие особенности коммуникативного поведения.

Большинство участников эксперимента (84%) в ситуации беседы были доброжелательны и проявляли интерес к предмету обсуждения. Они старались донести свою мысль до собеседника. Однако в случае неудачи не всегда были настойчивы в первоначальном намерении и довольно легко отказывались от своих целей.

В регламентированной совместной деятельности (реабилитационные логопсихологические занятия) больные были в меру активны, стремились к достижению результатов. Однако возникновение трудностей снижало мотивацию к выполнению задания. Больным требовалась некоторая помощь в виде внешней стимуляции к деятельности.

При возникновении ситуаций, вызывающих коммуникативные трудности, больные данной группы действовали неоднозначно. Часть из них (49%) избегала их, «уходила» от возникшей ситуации, не достигнув желаемого результата. Другая же часть (51%) была более активной. Больные различными способами, используя возможности своей речи и невербальные средства коммуникации (мимику, жесты, рисунок), пытались найти с окружающими общий язык и объяснить им свои потребности.

Характер поведенческой реакции в затрудненной коммуникативной ситуации, зависел как от степени значимости и жизненной не-

обходимости неудовлетворенной потребности больных, так и от их характерологических особенностей в каждом индивидуальном случае. Было отмечено, что больные этой группы часто ожидали помощи от окружающих даже в тех ситуациях, в которых они бы могли преодолеть их самостоятельно.

В ходе беседы больные данной группы не проявляли достаточной инициативы, не стремились вести диалог в контексте заданной темы, старались направить ее на свои непосредственные нужды и жалобы. Адекватность ответных высказываний находилась в зависимости от грубости речевого дефекта. Если больные были способны понять обращенную ситуативную речь, они отвечали в соответствии с заданным вопросом, при более выраженном нарушении понимания речи характер ответа зависел от точности понимания содержания вопроса.

Особенности личности больных данной группы нашли отражение в показателях самооценки по выбранным шкалам (эмоционально-волевых качеств, активности, отношения к окружающим и коммуникативности). Было констатировано ее умеренное отклонение от нормы. Количество крайних оценок в данной группе больных составляло в целом 11%, достигая у некоторых больных до 20% от общего количества оценок.

Эксперимент показал выраженные расхождения самооценки больных до и после заболевания. Участники исследования с первым вариантом афазии в основном считали, что болезнь существенным образом повлияла на изучаемые качества личности. Расхождения составляли от 10 до 70% по шкалам эмоционально-волевых качеств, активности и коммуникативности. Шкала, изучающая изменение отношения к окружающим, оказалась более устойчивой по сравнению с остальными.

Анализ результатов самооценки в конце курса нейрореабилитации показал, что их положительный сдвиг наблюдался в большей мере по шкале эмоционально-волевых качеств, активности и коммуникативности. Больные начинали себя оценивать ближе к показателям самооценки до болезни. Выявлен и тот факт, что у больных данной группы позитивные

оценки исследуемых качеств личности отмечаются значительно чаще, чем негативные.

Итак, мотивационный компонент общения у больных с первым вариантом сенсорной афазии (близкая степень выраженности нарушений РчСлГн и ФнСл) характеризуется умеренным нарушением коммуникативного поведения. Оно проявлялось как в свободном общении, так и в регламентированной деятельности, выражаясь в трудностях:

- продуктивного использования средств общения для выражения собственного замысла и осуществления полноценного общения;
- лабильности формы поведения во время беседы (отрицательное влияние трудностей на сохранение мотивации к деятельности, желательность внешней мотивации к деятельности);
- вторичной недостаточности инициативы и ориентации на свои непосредственные нужды и жалобы;
- ожидания активной, заинтересованной помощи от окружающих.

Совокупность этих особенностей коммуникативного поведения приводило к зависимости больных данной группы от окружающих их людей и, как следствие, к возникновению специфического типа реакции на изменившиеся условия жизни, а именно к появлению тревожности, нарушению внимания, бессоннице. Аналогичный тип реакции описан в классификации Дж. Сарно наряду с другими семью типами реакции на афазии. Совпадение наших результатов с результатами Дж. Сарно подтверждает их значимость для расширения представлений о феноменологии личностных особенностей больных с афазией.

Вторая группа больных

Больные второй группы (преобладание нарушений РчСлГн над нарушениями ФнСл) продемонстрировали следующие особенности коммуникативного поведения.

Большинство из них (85%), так же как и больные первой группы, были доброжелательны в ситуации беседы и проявляли живой интерес к предмету обсуждения. Несмотря на выраженные трудности восприятия речи на слух, старались понять обращенную речь. В случае неудачи проявляли настойчивость в

своем намерении и заметно расстраивались, в ряде случаев до состояния сильного раздражения, если им не удавалось понять собеседника. Отказов от осуществления больными своего намерения, как правило, не отмечалось, но могли быть отказы от совместной деятельности со специалистом, если больной не встречал должного, с его точки зрения, понимания.

В регламентированной совместной деятельности (реабилитационные занятия) больные были активны, полностью выполняли все предложенные задания, проявляя при этом чрезмерную обстоятельность, напряженность, много работали самостоятельно, стремились к достижению результатов. Доминирующим мотивом деятельности был мотив скорейшего восстановления нарушенных функций и возвращения к прерванной болезнью деятельности (к труду, выполнению семейных обязанностей).

Больные данной группы значительно реже, по сравнению с больными двух других групп, ожидали помощи от окружающих, и в сложных ситуациях старались преодолеть трудности самостоятельно. Однако была отмечена чрезмерная фиксация на возникающих трудностях, которая сопровождалась беспокойством и тревогой, что мешало больным действовать спокойно и целенаправленно. В ситуации обследования они были в достаточной степени инициативны. Характер ответов соответствовал теме обсуждаемых вопросов. Чаще всего больных интересовала предполагаемая методика работы с ними, ожидаемые результаты. Их волновали профессиональные и эмоционально-личностные качества специалистов, возможность установления доверительных отношений с ними, формирования чувства партнерства при проведении реабилитационных мероприятий.

Особенности личности больных данной группы изучения нашли отражение в показателях самооценки по выбранным шкалам (эмоционально-волевых качеств, активности, отношения к окружающим и коммуникативности). Они показали практическую сохранность способности к самооценке. Количество крайних баллов в данной группе больных составляло в целом 4% (как правило, при оцен-

ке тревожности и самокритичности в группе эмоционально-волевых качеств), достигая у некоторых больных до 8% от общего количества ответов. Отмечено, что в начале курса нейрореабилитации больные давали крайние отрицательные ответы (4%), а в конце курса отмечали улучшение своего состояния и самооценка выравнивалась. Улучшения отмечались чаще по шкале эмоционально-волевых качеств, хотя и в шкалах, характеризующих активность и отношение к окружающим, тоже была положительная динамика.

Эксперимент не показал выраженных расхождений самооценки больных до и после заболевания, т.е. больные в основном считали, что болезнь почти не повлияла на исследуемые качества личности. Расхождения составляли не более 10% и чаще по шкале, характеризующей эмоционально-волевые качества.

Анализ результатов в динамике курса нейрореабилитации показал, что сдвиг самооценки (т.е. уменьшение степени расхождения самооценки) наблюдался также в большей степени в группе эмоционально-волевых качеств. Больные начинали себя воспринимать ближе к состоянию до болезни. Показателен тот факт, что у больных второй группы, так же как и у больных первой группы, позитивные оценки исследуемых качеств личности отмечаются значительно чаще, чем негативные.

Итак, мотивационный компонент общения у больных со вторым вариантом сенсорной афазии (преобладание нарушений РчСлГн над нарушениями ФнСл) характеризуется следующими особенностями: высокая мотивация больных к преодолению возникающих трудностей в процессе коммуникативной деятельности и попытки самостоятельного их преодоления. При этом отмечается «застывание» на трудностях и низкая продуктивность результатов. Коммуникативное поведение более сохранено в регламентированной деятельности, чем в свободном общении. Отмечаются трудности восприятия речи и продуктивного использования средств общения для выражения собственного замысла и осуществления полноценного общения; гневливость при неудачах, ориентация на свои непосредственные нужды и жалобы.

Речевые нарушения вызывают у больных повышенное чувство тревожности, приводящей к бессоннице, сопровождающейся гневом, вплоть до ярости, или ощущениями изоляции и одиночества, что так же, как в первом варианте сенсорной афазии, согласуется с данными Дж. Сарно.

При анализе особенностей личности больных выявлено отсутствие депрессивных состояний, практическая сохранность самооценки исследуемых личностных характеристик.

Третья группа больных

Больные третьей группы (преобладание нарушений ФнСл над нарушениями РчСлГн) продемонстрировали следующие особенности коммуникативного поведения. Большинство больных в ситуации беседы были доброжелательны, оптимистичны. Иногда их оптимизм доходил до сверхоптимизма, игнорирования или недооценки своих дефектов. К предмету обсуждения проявляли поверхностный интерес. Довести свою мысль до собеседника пытались только в том случае, если это не требовало усилий с их стороны, считая, что специалист должен сам все понять, без объяснений. В случае неудачи они не были настойчивы в своем намерении, объясняя себе и окружающим: «Я больной». Пациенты не были настроены преодолевать трудности, во что бы то ни стало, пассивно ждали результата лечения, надеясь, что присутствие психолога и логопеда само по себе решит все их проблемы.

В регламентированной совместной деятельности (реабилитационные логопсихологические занятия) больные казались недостаточно активными, довольно равнодушно реагировали на собственные неудачи, поскольку их не улавливали, считая, что говорят и действуют правильно. При возникновении трудностей чаще отказывались от заданий, чем старались их выполнить. Трудное задание откладывалось на следующий день в надежде, что специалист поможет его выполнить.

Как правило, больным данной группы требовалась помощь в виде стимуляции к действиям извне. Основные трудности они испытывали в инициальной стадии деятельности. При возникновении ситуаций, вызывающих коммуникативные трудности (межличност-

ного плана и речевые), больные чаще всего отказывались понимать интересы и мотивы действий окружающих их людей. Они не проявляли настойчивости при выполнении своего желания или «уходили» от сложившейся ситуации, не провоцируя конфликта, но и не достигнув желаемого результата.

Речь была мотивирована исключительно личными нуждами, инициативность в процессе общения больных этой группы была недостаточной для продуктивного взаимодействия, содержание реплик не всегда соответствовало теме беседы. Степень адекватности ответных высказываний находилась в зависимости от грубости речевого дефекта.

Особенности личности больных данной группы нашли отражение в показателях самооценки. Было констатировано ее выраженное отклонение от нормы. Количество крайних оценок в данной группе больных составляло в целом 49%, достигая у некоторых больных до 72% от общего количества оценок. Отмечено, что в начале курса нейрореабилитации больные давали крайние отрицательные ответы (11%). В конце курса они оценивали улучшение своего состояния крайними положительными цифрами (21%). В большинстве случаев больные отмечали положительный сдвиг самооценки по всем шкалам, и только в ряде случаев сдвига самооценки не было отмечено.

При изучении самооценки больных до и после заболевания выяснилось, что одна часть больных считала, что болезнь существенным образом повлияла на исследуемые качества личности. Расхождения составляли от 30% до 60% по всем шкалам. Другая часть больных считала, что болезнь никак не повлияла или повлияла незначительно (расхождения составляли менее 10%).

Анализ результатов в динамике курса нейрореабилитации показал, что сдвиг самооценки (т.е. уменьшение степени расхождения самооценки) наблюдался в большей степени по шкале эмоционально-волевых качеств и активности. Больные начинали себя воспринимать ближе к состоянию до болезни.

Эксперимент показал, что у больных данной группы отмечается самое большое число полярных (резко отрицательных до лечения и

положительных после) оценок по всем предложенным шкалам. Были отмечены случаи, когда больные просили продлить длину шкалы, чтобы на максимально возможной точке поставить оценку. Позитивные оценки исследуемых качеств личности больные данной группы ставили с такой же частотой и степенью выраженности, как и негативные. Ответы, относящиеся к диапазону нормы, практически отсутствовали.

Итак, основными характеристиками мотивационного компонента общения у больных с третьим вариантом сенсорной афазии (преобладание нарушений ФнСл над нарушениями РчСлГн) выступают:

- выраженное нарушение коммуникативного поведения как в свободном общении, так и в регламентированной деятельности;
- существенные трудности продуктивного использования средств общения для выражения собственного замысла и осуществления полноценного общения;
- выраженная лабильность формы поведения во время беседы (резкое снижение мотивации к деятельности при возникновении трудностей);
- острая потребность во внешнем стимулировании деятельности;
- недостаточность инициативы и ориентация на свои непосредственные нужды и жалобы;
- пассивная позиция в проблемной коммуникативной ситуации (ожидание решения возникающих проблем окружающими людьми).

Речевые нарушения у больных данной группы приводят к игнорированию или недооценке выраженности своего дефекта. Это часто проявляется в форме сверхоптимизма (Дж. Сарно, 1981).

Обсуждение результатов. Полученные в ходе исследования данные позволили сделать ряд обобщений, имеющих как теоретическое, так и практическое значение.

Во всех трех группах имели место нарушения коммуникативного поведения, однако отмечалось их качественное своеобразие. Практическую сохранность мотивации продемонстрировали больные второй группы, умеренное снижение мотивации отмечалось у больных первой группы и резкое снижение

в результате специфики речевого дефекта у больных третьей группы. Высокая инициатива в ситуации общения и совместной деятельности имела место у больных второй группы. Умеренное ее снижение, и, как следствие, желательность некоторой стимуляции к деятельности извне – у больных первой группы. Выраженное вторичное снижение инициативы (как реакция на постоянную несостоятельность в контактах с окружающими) во всех видах деятельности, диктующее необходимость внешней стимуляции к деятельности извне, отмечалась у больных третьей группы. Критика к своему состоянию, допускаемым ошибкам, была повышена у больных второй группы, умеренно снижена у больных первой группы и резко снижена – у больных третьей.

Выявлены также различия в характере продуктивности контакта и поведенческих реакций в проблемной ситуации больных исследуемых групп. Наиболее продуктивным был контакт с больными второй группы. Они всегда старались довести до собеседника свою мысль. Однако характер поведенческих реакций в ситуации общения имел определенные особенности. Больные легко раздражались, сердились, отмечались даже вспышки гнева. Больные первой группы действовали в зависимости от ситуации и при возникновении трудностей в половине случаев отказывались от своих намерений. Только в жизненно важных ситуациях они доводили до собеседника свою мысль. Характер поведенческих реакций был относительно адекватен ситуации общения. С больными третьей группы контакт был самым непродуктивным, они обычно не прилагали усилий, чтобы быть понятыми. Считая, что они правильно выражают свою мысль, они недоумевали по поводу отрицательной реакции собеседника и, в конце концов, становились пассивными, «уходили» от самостоятельного решения проблем, возлагая эту задачу на окружающих. Характер поведенческих реакций был довольно стереотипный, пассивный.

Неоднозначные результаты были получены при исследовании самооценки, выбранной нами в рамках настоящей работы в качестве показателя изменений личности. В различных социальных контекстах (до заболевания,

после заболевания, до курса нейрореабилитации и после него) не было выявлено нарушений самооценки лишь у больных второй группы. Ее незначительное изменение отмечено у больных первой группы и наиболее выраженное изменение (неадекватность) продемонстрировали больные третьей группы.

У больных всех трех групп отмечалась специфическая реакция на изменившиеся условия жизни. Схожесть данной реакции выявлена у больных первой и второй групп, однако разной степени выраженности. В первой группе противоречия между операционально-техническими возможностями деятельности (речевые нарушения) и мотивами поведения вызывали чувство тревожности, приводящей к бессоннице, у больных второй группы отмечался такой же тип реакции, только выраженный значительно острее, и сопровождавшийся эпизодами гнева (в отдельных случаях вплоть до ярости), а также ощущениями изоляции и одиночества. Больные первой и второй групп осознавали возникшие противоречия, однако не были способны самостоятельно продуктивно разрешить их. В результате у них формировался механизм психологической защиты, или, по определению Б.В. Зейгарник (1981), «средства прикрытия» нарушенной деятельности общения в виде изменений личности. В данном случае акцентуированное проявление психологической защиты выражалось в виде страха речи. У больных же третьей группы отмечался противоположный тип реакции – игнорирование речевого дефекта, которое проявлялось в форме сверхоптимизма, недооценки выраженности своего дефекта. Недостаточно осознавая возникшие противоречия, больные не предпринимали активных и настойчивых попыток самостоятельно продуктивно разрешить их в соответствии со своими общими целями жизни, ценностными ориентациями. Недостаточная осознанность проблем и снижение критики к своему состоянию и допускаемым ошибкам приводило к тому, что механизм психологической защиты, так же как и страх речи, в данном случае не формировался (особенно при грубой степени выраженности речевого дефекта) или формировался в слабой степени (при средней и легкой степенях его выраженности).

Выявленные различия в состоянии изученных функций у больных разных групп мы объяснили с точки зрения мозговых механизмов, их обусловивших. Имеется в виду уровни поражения мозговых структур, реализующие различные стороны речевой функции.

Большую психологическую адекватность больных со вторым вариантом сенсорной афазии по сравнению с группами больных с первым и третьим вариантами мы связываем с тем, что основной акцент мозгового поражения в данном случае приходится на вторичные поля коры, третичные же поля остаются у них относительно интактными. Являясь смысловой, третичная кора обеспечивает способность понять ситуацию и свое место в ней, то есть необходимую степень осознания своего состояния. Отсюда у больных со вторым вариантом сенсорной афазии острая личностная реакция на изменившиеся условия жизни, по сравнению с больными, у которых регистрируются остальные варианты сенсорной афазии. Как следствие, в процессе нейрореабилитации у таких больных отмечается самый высокий запрос (по сравнению с другими группами больных) к «эмпатийному потенциалу» персонала, к умению специалистов понять патологические, неосознаваемые самими больными, механизмы, влияющие на психические или даже физиологические функции больного, его поведение. Больные с вариантами 1 и 3, у которых, напротив, третичные поля неполноценны, не могут до конца представить себе, какое свое место они могут занять в изменившихся условиях жизни. Отсюда отсутствие полноты осознания своего положения и остроты переживания случившегося.

Выводы.

1. Состояние коммуникативной адаптации непосредственно связано с нарушениями речевой деятельности.
2. Коммуникативная дезадаптация обусловлена специфическими изменениями личности, в которых большую роль играет способность к адекватному коммуникативному поведению и самооценке.
3. Состояние коммуникативной адаптации у больных 3-х изученных групп различно и определяется спецификой речевого дефекта.

4. Специфика коммуникативной дезадаптации у больных разных групп зависит от характера речевого дефекта, который определяется сохранностью / нарушенностью функционирования уровней мозговой организации психических процессов (символического и гностико-праксического);

5. Выявленные нарушения дают основание для выводов о соотношении в состоянии указанных уровней мозговой организации психических процессов при каждой из изучаемых групп афазии.

5.1. У больных первой группы регистрируется приблизительно одинаковая степень нарушения и вторичных, и третичных полей коры мозга.

5.2. У больных второй группы имеется диссоциация, определяемая относительной со-

хранностью третичных полей и нарушенностью функционирования вторичных.

5.3. У больных третьей группы выявлено преобладание нарушений третичных полей коры и относительная сохранность функционирования вторичных.

6. Полученные данные относительно мозговых механизмов выделенных вариантов сенсорной афазии позволяют оптимизировать программы нейрореабилитации и психологической помощи больным.

7. Соединение психологического и логопедического метода в диагностике и устранении последствий очаговых поражений мозга является на сегодняшний день наиболее продуктивным направлением.

Литература

1. Глозман Ж.М. Общение и здоровье личности. Академия, 2002.
2. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. 256 с.
3. Бернштейн Н.А. О построении движений. М.: Медгиз, 1947. 255 с.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции. М.: МГУ, 1962. 504 с.
5. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: Мысль, 1965. 572 с.

References

1. Glozman Zh.M. Obshhenie i zdorov'e lichnosti. Akademija, 2002.
2. Cvetkova L.S. Afazija i vosstanovitel'noe obuchenie. M.: Moskovskij psihologo-social'nyj institut; Voronezh: Izd-vo NPO «MODJeK», 2001. 256 s.
3. Bernshtejn N.A. O postroenii dvizhenij. M.: Medgiz, 1947. 255 s.
4. Lurija A.R. Vysshie korkovye funkicii. M.: MGU, 1962. 504 s.
5. Leont'ev A.N. Problemy razvitija psihiki. M.: Mysl', 1965. 572 s.