

ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА АФАЗІЮ

Козинець О.В.,
Хапайло О.О.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П. Драгоманова

В науковій статті здійснено аналіз теоретичних основ природи афазії та характер змін особистості у хворих на афазію. Також у статті йде мова про характерні порушення особистості у осіб з афазією.

В научной статье осуществлен анализ теоретических основ природы афазии и характер измененной личности у больных афазией. Также в статье идет речь о характерных нарушениях личности у лиц с афазией.

In the scientific article analyzes the theoretical foundations of aphasia nature and character personality changes in patients with aphasia. This article also refers to the characteristic of personality disorders in individuals with aphasia.

Ключові слова: афазія, зміни особистості, психологічні особливості, порушення мовленнєвого спілкування.

Ключевые слова: афазия, изменения личности, психологические особенности, нарушения речевого общения.

Keywords: aphasia, personality changes, psychological characteristics, violation of speech communication.

Проблемою афазії цікавляться не лише логопеди, а й психологи, психіатри, невропатологи, лінгвісти та інші спеціалісти (Т.Апхутіна, І.Бідюк, Р.Бруннер, Т.Візель, В.Ковшиков, О. Леонтьєв, В. Тищенко, Р.Хед). Але попри досягнутий значний прогрес в психіатрії, неврології проблема вивчення особистості з афазією ще не достатньо досліджена. Значний інтерес до афазії викликаний бажанням зрозуміти закони роботи мозку після ураження, та встановити як вони пов'язані з мовленням.

Мовленнєва діяльність є тісно взаємопов'язаною з іншими психічними функціями людини, тому її системне порушення веде до серйозних проблем особистісного характеру (Л. Виготський, М. Жинкін, О. Леонтьєв, Н. Максимова, К. Мілютіна). Хворий з афазією змушений пристосовуватися до нових умов життя з тими можливостями, які у нього залишилися. У зв'язку з цим особливою гостротою набуває проблема соціально-психолого-педагогічної адаптації даного контингенту хворих. Незважаючи на існуючі дослідження цієї проблеми, вона продовжує залишатися актуальною.

Афазією цікавилися вчені ще з XIX століття. Про це свідчать дослідження П. Брока, К. Верніке, Дж. Джексона, Х. Джексона, Г. Ідельсона, О. Кожевнікова, А. Кусмауля, Г. Ліпмана, Л. Ліхтгейма, Г. Сміта, А. Труссо, К. Уілсона, Г. Хеда, Дж. Шмідта та інших. Вагомий внесок у розвиток вчення про афазію зробили також Т. Ахутіна, О. Бейн, М. Бурлакова, Т. Візель, І. Власенко, Ж. Глозман, І. Зайцев, Н. Калита, В. Коган, О. Лурія, В. Оппель, О. Правдіна-Вінарська, М. Рождественська, А. Савицький, Л. Цветкова, В. Школовський та інших. Сьогодні добре відомі праці таких науковців як О. Асмолов, Л. Білякова, Т. Болдирева, Т. Виноградова, І. Власенко, Г. Волкова Ф. Досужков, Л. Зайцева, В. Кочергина, Н. Кошелева, М. Кроль, М. Орешкина, К. Панасенко, О. Панасюк, О. Садовникова, В. Селіверстов, Г. Сергеева, І. Сікорський, М. Тяпугін, Г. Юсупова, А. Циганок та інших, які займаються проблемами вивчення психології особистості, етіології та патогенезу заїкання з позицій сучасних досягнень психофізіології, психології та корекційної педагогіки; динаміки формування особистості із заїканням, неврозів.

Афазія – це повна або часткова втрата мовлення внаслідок органічного ураження кори головного мозку, системне порушення, яке охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери індивіда [10]. Вперше термін «афазія» (від грецької а – заперечення, phasis – мовлення) запропонував французький лікар А. Trousseau (А. Труссо 1864), але перші описи симптомів втрати мовлення у хворих з'явилися ще понад 200 років тому. Причинами афазії можуть бути пухлини, черепно-мозкові травми, порушення кровообігу, судинні та інфекційні захворювання. Вчення про афазію отримало назву «афазіологія» (М. Крітчлі, Л. Цветкова) [10].

Одні з перших досліджень психічних особливостей хворих, що страждають на афазію, належать Л.Цветковій та її співробітникам Інституту Психотерапії та Клінічної Психології в Росії. Так, на думку Л.Цветкової, важливим є вивчення мовлення суб'єкта з афазією як способу самовираження, передачі своїх переживань, думок, бажань, передачі і прийому інформації, вираження емоційного ставлення до себе і до оточуючих його людей і явищ, словом, як способу соціальної координації поведінки хворого та його індивідуального спілкування.

Л. Виготський стверджував, що «будь-який дефект не обмежується ізольованим випадінням функції, а викликає перебудову всієї особистості» [4, с.124]. Клінічні прояви афазії постійно переконують нас в справедливості цих слів. Дефекти мовлення призводять не тільки до порушення загальної і мовленнєвої комунікації хворого, але і до особистісних порушень [9].

Л. Цветкова виділила два типи змін особистості у осіб, які страждають на афазію: стійкий і динамічний. При стійкому типі особистості, який входить в структуру афазії, виявлено зміну ієрархії мотивів поведінки, емоційно-вольової сфери та самооцінки. Спостерігаються відмінності в характері та ступені вираженості цих змін при різних формах афазії [9]. Так, зміни самооцінки в більшій мірі виражені у хворих з моторною афазією, ніж у хворих з сенсорною і акустико-мнестичною афазією, у яких зберігаються можливості плавного (хоча і спотвореного) мовлення. Якщо у цих хворих порушені контроль і усвідомлення власного мовлення, то вони менше, ніж хворі з моторною афазією, відчувають і переживають дефіцит

вербальної комунікації. У хворих з моторною афазією рівень домагань на мовленнєві завдання значно нижче, ніж на немовленнєві, а ступінь розбіжності залежить від ступеню вираженості мовленнєвих дефектів. Функціональний аспект змін особистості при афазії обумовлений специфічною (неврозоподібною) реакцією хворих на свої дефекти і на ставлення оточуючих до цих дефектів. В ході індивідуальної та групової реабілітації, у міру відновлення загальної та вербальної комунікації хворих, виявляються позитивні зрушення в емоційно-вольовій сфері, спостерігається істотне зменшення ступеня розбіжності у самооцінці хворих до і після захворювання, підвищення рівня домагань на мовні завдання, зниження реактивності на успіх і неуспіх, підвищення впевненості у своїх силах і можливостях, – зазначає Л. Цветкова.

Таким чином, можна виділити ряд умов зміни особистості у хворих з афазією:

1. Сама хвороба, її специфіка, пов'язана з грубими порушеннями мовлення та практичною неможливістю (або зниженою можливістю) вербального спілкування, втратою працездатності.

2. Форма афазії. При різних формах афазії відмінності проявляються в різному характері і ступені вираженості зміни особистості. Так, за даними Ж. Глозман, Л. Цветкової і А. Циганок зміни самооцінки та рівня домагань на мовленнєві завдання, підвищення рівня тривожності більшою мірою були виражені у хворих з моторними формами афазії, ніж у хворих з сенсорною і акустико-мнестичною афазією.

3. Реакції на різку зміну особистісного і соціального статусу хворого і на ставлення навколишніх до його захворювання. Вимірювання тривожності в гострій стадії захворювання показує насамперед особистісну реакцію хворого на своє захворювання, але поступово, в міру закріплення негативних особистісних установок, хвороба призводить до структурних змін особистості. Таким чином, розлади в особистісній сфері осіб з порушеннями мовлення не тільки знижують і погіршують їх працездатність, але і можуть призводити до порушень поведінки і явищ соціальної дезадаптації [4].

Основа сучасних уявлень про внутрішню картину афазії була закладена вже в дослідженнях Б. Зейгарник, В. Когана, М. Лебединського, О. Лурії, В. Опель, які вважали, що психічні проблеми цих хворих пов'язані з неправильною організацією їх ставлення до себе, своїх можливостей, а також неправильним ставленням оточуючих, особливо членів сім'ї. Серед зарубіжних дослідників одним з перших на зміни особистості при афазії вказував К. Гольдштейн окреслив (як він її називав) «катастрофічну реакцію», характерну для хворих на афазію і пов'язану з порушеннями у хворих здібностей підтримувати біологічний гомеостаз, в зв'язку з порушеннями абстрактної установки – інтелектуальної функції особистості. Сучасний зарубіжний афазіолог Дж. Сарно писав: «У всіх індивідів з катастрофічними неврологічними наслідками, серед яких афазія виступає на перший план, слід очікувати прояву серйозних емоційних реакцій реактивної природи» [1, с. 94].

Для хворих на афазію характерні такі порушення особистості як самооцінка (Ж. Глозман, Л. Цветкова, А. Циганок), рівень домагань (Ж. Глозман, Н. Калита), рівень тривожності (Ж. Глозман, А. Циганок), смислові утворення особистості у хворих з афазією (О. Асмолов, Б. Зейгарник, Л. Цветкова), міжособистісні відносини в малих терапевтичних групах (М. Максименко, А. Петріду, Л. Цветкова), когнітивні та емоційні компоненти внутрішньої картини хвороби (Т. Виноградова).

Самооцінка. Це – елемент самосвідомості, що характеризується емоційно насиченими оцінками самого себе як особистості, власних здібностей, якостей і вчинків; важливий регулятор поведінки та визначає взаємини людини з тими, хто її оточує, критичність, вимогливість до себе, відношення до успіхів і невдач. Це усвідомлення власної ідентичності незалежно від зовнішніх впливів, – зазначає О. Винославська. К. Роджерс вважав самооцінку ядром особистості, так як поведінка людини повинна співпадати з її уявленнями про себе. Самооцінка суттєво змінюється в онтогенезі, при патології психічної діяльності, а також при зміні життєвих умов. Тому розвиток самооцінки розглядається як один зі значущих показників рівня зрілості, а при патології – збереженості особистості. При вивченні самооцінки хворих на афазію, вчені дійшли висновку, що у 10-25% хворих на афазію відмічались порушення самооцінки за трьома характеристиками: емоційно-вольові якості, активність і комунікативність, хоча ставлення до оточуючих виявлялося відносно незмінним [4]. Таким чином, зміни в самооцінці при афазії є наслідком не хвороби як такої і не госпіталізації, а результатом порушення здатності до вербального і невербального спілкування, що різко змінює всю систему соціальної взаємодії хворого. Проте, в процесі відновлювального навчання у більшості хворих на афазію відмічається позитивна динаміка самооцінки і хворі починають оцінювати свій стан як наблизений до того, що був до хвороби, тобто більш оптимістично ставляться до можливостей відновлення власного соціального статусу, повертаються до колишніх інтересів і занять (І. Вітенко). Зміни самооцінки в більшій мірі виражені у хворих з моторною афазією, ніж у хворих з сенсорною і акустико-мнестичною афазією, у яких зберігаються можливості плавного (хоча і спотвореного) мовлення [2]. Якщо у цих хворих порушені контроль і усвідомлення власного мовлення, то вони менше, ніж хворі з моторною афазією, відчують і переживають дефіцит вербальної комунікації.

Рівень домагань. Це – соціальна позиція, яка займається індивідом і закріплюється через його індивідуальний вибір, власні зусилля і конкуренцію з іншими індивідами, рівень складності поставленої індивідом мети в процесі конкретної діяльності під впливом успіху або невдач (Р. Павелків). За даними Л. Цветкової, рівень домагань залежить від змісту діяльності, від самооцінки хворого і від ставлення до поставлених задач. Загалом, у хворих на афазію відмічається адекватний рівень домагань, а саме його підвищення після успішного виконання завдання та зниження після невдач. За дослідженнями Ж. Глозман у деяких хворих спостерігається особливе ставлення до обстеження, коли провідним мотивом є прагнення спробувати власні сили. Часто після невдач хворі вдвічі підвищують рівень власних домагань, після третьої невдачі – різко знижують домагання зі словами: «Тепер я бачу, що в мене не вийде, я не здатний...» [5, с.3]. У рідких випадках у хворих на перший план виступає підвищена зацікавленість в успіху, виконуючи ті чи інші завдання вони постійно підраховують свої мінуси і плюси, навмисне обирають легші завдання зі словами: «Оберу ще легше, аби тільки було більше плюсів» [5, с.4]. Таким чином, надаючи великого значення кількісним показникам, хворі з афазією самостверджуються, доводячи цим свою неготовність усвідомити ті зміни, що відбулися у їхньому житті, також неготовність до корекційної роботи.

Смислові утворення у хворих з афазією мають як позитивний, так і негативний ефект. Позитивний полягає в тому,

що у хворого змінюється ієрархія змістоутворюваних мотивів, формується стійка вмотивованість до цілеспрямованої діяльності з реабілітації порушених мовленнєвих функцій, без чого неможливе відновлення вищих психічних функцій і проведення відновлювального навчання [6]. Негативний ефект пов'язаний з тим, що в результаті хвороби виникають протиріччя між операційними можливостями діяльності (перш за все мовними засобами) і мотивами діяльності. Хворий усвідомлює ці суперечності, проте не здатний самостійно продуктивно вирішити їх у відповідності зі своїми загальними цілями життя, ціннісними орієнтаціями. У результаті формуються механізми психологічного захисту, негативна особистісна компенсація у вигляді неврозоподібних змін особистості і виникнення «страху мовлення».

Логофобія – це страх мовленнєвого спілкування з очікуванням мовленнєвих невдач [10]. Мовець переживає відчуття сорому перед власним мовленнєвим дефектом, хвилюється про те, яке враження він справить на оточуючих, боїться затнутися. При виникненні логофобії у хворого формується відчуття невпевненості у собі, поступово звужується коло спілкування, обмежується зона комфорту. Як правило логофобія розвивається в наступному порядку: страх під час говоріння, страх при приближенні ситуації говоріння, страх при думках про мовленнєве спілкування.

Когнітивні та емоційні реакції. За даними Т. Виноградової, при ураженні задніх відділів лівої півкулі спостерігається адекватні когнітивні та емоційні реакції хворого на свій стан, адекватне планування майбутнього, включаючи установа на одужання. Ураження задніх відділів правої півкулі істотно не впливає на когнітивну сферу, але призводить, як правило, до неадекватного емоційного реагування на свій стан. Плани і наміри хворого не завжди відповідають реальним можливостям, і меншим є прагнення до одужання. Ураження лобних відділів лівої півкулі призводить до зниження спонукальних мотивів, двосторонні ураження ведуть до порушення мотиваційної сфери. При ураженні лівої півкулі також виникають депресивні переживання, а ураження правої – призводить у крайніх випадках до ейфорії [6].

Дж. Сарно розрізняє 7 типів психологічних реакцій у хворих на афазію: 1) тривожність з порушеннями уваги, безсонням, психологічними проявами, фобіями, нав'язливими думками і неврастенію; 2) депресія як гостра реакція, яка відображає схильність до депресії; 3) ігнорування, яке може проявлятися у формі егоїзму; 4) гнів аж до люті і агресивної поведінки; 5) втрата самоповаги; 6) почуття ізоляції і самотності, часто пов'язані з почуттями байдужості, апатії, інертності, безнадійності і непотрібності будь-яких намагань; 7) емоційний регрес, що виявляється нечіткою оцінкою реальності, відчуженості [3].

Ці класифікації є досить неоднорідними, об'єднують в кожен групу різні симптоми, немає чітких критеріїв, але на сьогоднішній день це єдина класифікація особистісних реакцій хворого з афазією. При цьому, як вважає Дж. Сарно (1981), реакції на афазію, очевидно, можна розділити на *три основні категорії*: нормальна реакція індивіда на подію, яка глибоко змінила його життя; невротична реакція на подію і психотична реакція, яка вказує на наявність відповідного розладу, спровокованого стресовою ситуацією.

В існуючих дослідженнях про зміни особистості хворого при афазії вони трактуються винятково з біологічної або фізіологічної точки зору. Так, К. Гольдштейн писав, що катастрофічна реакція при афазії є скоріше біологічною, а не психологічною реакцією. Дж. Сарно висуває припущення, що оскільки ліва півкуля, за даними сучасної нейрофізіології, грає гальмівну роль для афективних функцій лімбічної системи, то ураження саме лівої півкулі викликає емоційну лабільність хворих. Інакше кажучи, порушується не сама емоційна сфера, а контроль за нею. Т. Візель відмічає у хворих негрубе порушення критики, звуження кола інтересів, деякі емоційні розлади. В. Оппель вказує на появу розчарованості, зневіреності у відновленні мовленнєвої функції, емоційну лабільність і тривожність.

Тривожність — індивідуальна властивість особистості, риса характеру, що проявляється схильністю до надмірного хвилювання, стану тривоги в ситуаціях, які загрожують, на думку цієї особи, неприємностями, невдачами, фрустрацією (С.Ставицька). Важливо, що мова йде про психологічну загрозу, тобто таку, що має суб'єктивний характер і не проявляється як фізична небезпека. Такими ситуаціями можуть бути: деякі конфлікти, порівняння людиною себе з тими, хто має певну перевагу, змагання з такими людьми (О. Винославська). З. Фрейд виділяв три основні види тривожності: 1) об'єктивну, викликану реальною зовнішньою небезпекою, 2) невротичну, викликану небезпекою не відомою і не визначеною, 3) моральну, яка визначається ним як «тривожність совісті».

Ч. Спілберг виділяє «особистісну тривожність» – відносно стійку індивідуальну характеристику, що вказує на схильність людини сприймати достатньо широке коло явищ як загрозу та реагувати на них станом тривожності і – «реактивну тривожність» – стан, що характеризується емоційними напруженнями, нервозністю, загальним неспокоєм, які супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Дослідження хворих на афазію за допомогою шкали Ч. Спілберга підтвердило психологічну реальність особистісної та реактивної тривожності та їх зв'язок при різних формах афазії. За даними автора виявилось, що рівень реактивної тривожності у хворих з моторними формами афазії на 16% вищий, ніж у хворих з сенсорними формами, у котрих він залишається на помірному рівні. Важливо зазначити, що підвищення тривожності пов'язане з дефектами комунікації. За даними Л. Цветкової при гострій стадії захворювання реактивна тривожність на 6% вища ніж особистісна, в хронічній стадії – на 15% нижча [9]. Очевидно, при гострій стадії захворювання зміни тривожності вказують на емоційну реакцію хворого на власний дефект, але поступово хвороба призводить до структурних змін особистості, до виникнення тривожності як властивості особистості, тенденції сприймати широкий спектр ситуацій як загрозу і реагувати на них тривогою. Відновлювальне навчання хворих з моторною афазією знижує рівень реактивної тривожності на 16%, в той час як у хворих з сенсорною афазією він на 8% підвищується. Рівень особистісної тривожності, за даними дослідників, знижується в середньому на 8% в ході відновлювального навчання у всіх хворих з афазією [4]. Це свідчить про сприятливий вплив індивідуального і групового навчання у структурі особистості хворих з афазією, також про подолання у них негативних установок і формуванні більш адекватних життєвих позицій. За К. Розенцвейгом, більш високий рівень тривожності корелює з нижчим ступенем соціальної адаптації до фруструючих ситуацій. У високотривожних хворих менше установок на подолання перешкод, зниження здатності знайти вихід зі складної ситуації,

багато самозвинувачувальних реакцій та фіксація на перешкодах [4].

Для людей з афазією характерні і такі особистісні порушення як аспонтанність, інактивність та інертність.

Аспонтанність – неможливість самостійно включитися у діяльність. Хворих необхідно постійно заохочувати, мотивувати до діяльності, підбадьорювати, звертаючи увагу на прогресивні результати (Т. Візель).

Інактивність – збільшення часу протікання діяльності в рамках певної функції. Для цього необхідно звертати увагу на корекцію порушених функцій. Таким чином, слід надавати хворому можливість самостійно обирати складність завдання, відповідно до власних можливостей і вподобань, стимулювати до діяльності, встановлювати часові рамки (Т. Яценко).

Інертність – труднощі переключення з одного виду діяльності на інший. Така особливість особистості хворого вимагає керованої цілеспрямованої організації діяльності, в ході якої види діяльності чергуватимуться між собою (С. Ведехіна).

Порушення сну також є характерними для осіб з афазією. Вони проявляються безсонням або навпаки, підвищеною сонливістю. Вони можуть бути наслідком ураження мозку, викликаного порушенням кровообігу або проявом депресивного стану. У першому випадку, особливо в гострому періоді інсульту, виражені порушення сну свідчать про тяжкість ураження і менш сприятливий прогноз. У відновлювальному періоді хворий може спати в денні години, а вночі не спати, що створює труднощі в догляді за хворим. Розвитку подібних порушень сприяють і вікові зміни. Старечий сон подібний до сну маленьких дітей – часті нічні пробудження і поверхневий сон у денний час. Літні хворі часто скаржаться на недостатній сон і раннє пробудження. При цьому, як правило, вони більшою мірою потерпають не від зменшення часу сну, а від переживань, пов'язаних з неправильними уявленнями про потреби у сні. Тому багатьом літнім хворим досить роз'яснити закономірність зміни сну (зменшення тривалості та глибини сну), щоб знизити їх занепокоєння. Порушення сну можуть бути і проявом депресивного стану.

Депресія.

Депресія – комплекс фундаментальних емоцій, що охоплюють емоцію страждання, різні комбінації гніву, відрази, зневаги, ворожості, страху, провини, сором'язливості, а також зниження сексуальної потреби, збільшення втоми, погіршення фізичного стану (О. Скрипченко).

Майже у всіх хворих, які перенесли порушення мозкового кровообігу, в різні періоди спостерігаються апатія або роздратування і агресія внаслідок втрати звичних інтересів, втрати віри в одужання, депресивні прояви. Крім фізичних страждань та інших прямих обмежень, викликаних хворобою, хворий важко переживає своє безпорадне становище і повну залежність від оточуючих, боїться, що залишиться інвалідом і буде тягарем близьким. У перші дні і тижні після інсульту емоційний стан хворих дуже нестійкий: плаксивість змінюється дратівливістю, запальністю. Початок регулярних занять з хворими і перші успіхи в значній мірі сприяють вирівнюванню емоційного стану. З'являється віра в зцілення, і хворий більш спокійно і наполегливо співпрацює з навчальним персоналом. Пізніше, коли швидкість відновлення функцій та оволодіння навичками знижується і хворий більш тверезо оцінює свій стан і свої перспективи, дуже часто розвивається друга хвиля депресії. І тут слід бути готовим знову підтримати, підбадьорити хворого.

У випадках тяжкої депресії, яка супроводжується відмовою від їжі, повною безініціативністю, думками про самогубство, може знадобитися консультація психіатра і призначення антидепресантів, але провідним «методом» лікування депресії мають бути любов, терпіння, прийняття хворого таким, який він є з боку близьких [2].

Інтелект хворого з афазією

Інтелект — це здатність пізнавати і вирішувати проблеми, які об'єднують в собі пізнавальні здібності. Він пов'язаний з іншими внутрішніми властивостями людини, такими як сприймання, пам'ять, мова, уява, самосвідомість, самоконтроль, характер, володіння тілом, творчість, інтуїція. За походженням інтелект є сконцентрованим досвідом розв'язання проблем, надбаним людиною впродовж життя і успадкованим від попередніх поколінь (О. Скрипченко).

Афазія не відноситься до числа психічних розладів. А. Куссмауль, Г. Ліпман, Л. Ліхтгейм, А. Труссо сходяться на тому, що поведінка хворих з афазією в цілому впорядкована. Яка ж при цьому інтелектуальна діяльність хворих з афазією? Чи є при афазії інтелектуальні дефекти і чи специфічні вони? Чи є вони причиною або наслідком мовленнєвого дефекту? Одні автори підкреслюють інтелектуальний дефект у хворих на афазію як первинний, а інші – як вторинний. Більшість авторів все-таки прийшло до висновку, що при афазії порушені не загальні інтелектуальні здібності, а мовленнєвий механізм, який заважає реалізуватися інтелектуальній діяльності. Класики, зокрема П. Брока, дотримувалися точки зору, що у хворих з афазією інтелект збережений. J. Dejerine також вважав, що втрата мовлення не обов'язково супроводжується зниженням інтелекту. Н. Head визначав всі афазичні порушення як розлади символічного формулювання і висловлювання. Про наявність інтелектуального дефекту у хворих на афазію говорили W. van Wierkom, J. Wolfpert. А ось K. Bauer і D. Beck при вивченні інтелекту у хворих на афазію, що виникла в результаті судинного ураження головного мозку, не змогли встановити значного його погіршення. Про доступність для хворих із сенсорною афазією ряду операцій абстрактного мислення (класифікація предметів тощо) писав F. Lotmar та ін. [1]. A. Ombredane описував у хворих із сенсорною афазією можливість розміщення послідовності серії сюжетних картин, якщо при цьому не було потрібно утримувати в пам'яті системи мовленнєвих зв'язків. Th. Alajouanine, відзначає, що мова йде не про власне інтелектуальний дефект, а про недосконалу реалізацію інтелектуальних механізмів внаслідок мовленнєвого дефекту.

Таким чином, все частіше висловлюються міркування вчених, зокрема К. Гольштейн та інших про те, що ураження мозку завжди призводить до порушень «абстрактної установки». K. Conrad, J. Mcfie and M. Piercy, B. Коган, Е. Кок, О. Лурія рішуче заперечують проти гіпотези К. Гольштейн про неминучість і однорідність порушень абстракції у хворих з лівобічними ураженнями і афазією. Крім того, Е. Кок так само, як і деякі інші, доводить наявність ще більш виражених порушень абстракції при правосторонніх ураженнях.

Е. Вау підкреслює тісний зв'язок між афазією і особливим видом деменції. Він вказує, що при афазії існують і

невербальні інтелектуальні розлади, які свідчать про дефекти у формуванні і актуалізації понять і понятійного мислення. Th. Alajouanine довів, що конкретно-образне мислення при афазії значно краще символічного, абстрактного. Вивчаючи хворих на афазію відомим методом D. Wechsler (Belevue Adult Intelligence Test) автор прийшов до висновку про зниження у хворих з афазією інтелектуального коефіцієнта до рівня дебільності. Однак подальші дослідження R. Reitan виявили відсутність у хворих з афазією значущого зниження інтелекту. Більшість авторів на основі результатів досліджень за допомогою тестів схиляються до точки зору про первинність мовленнєвих порушень при афазії, про їх відносну незалежність від інтелектуальних розладів.

Досліджуючи хворих з різною вираженою симптоматикою O. Langwill виявив, що у хворих з однією і тією ж формою афазії виходять різні результати. Так, одні хворі з моторною афазією добре виконують невербальні тести, інші тести виконують погано. У той же час у частини хворих цієї групи не виявлено дефектів абстракції. Результати дослідження хворих з сенсорною формою афазії також суперечливі. У підсумку автор приходиться до висновку, що ті чи інші результати виконання інтелектуальних тестів, пов'язані, насамперед, з наявністю або відсутністю дефектів у зорово-конструктивній сфері. «Так, хворі з конструктивною апраксією при ураженнях правої півкулі дають значно нижчі показники, ніж хворі з пошкодженням тім'яної області лівої півкулі і з наявністю афазії» [8, с. 260].

У цілому питання про відсутність або наявність при афазії істотного інтелектуального дефекту, на думку O. Langwill, не може бути вирішене на основі використання різних стандартних наборів тестів. Основний попередній висновок автора: відома інтелектуальна недостатність хворих на афазію тісно пов'язана з їх дефектним розумінням і використанням мовних засобів. Звідси бідність мови хворих, її сувора обмеженість обставинами. Таким чином, автор приходиться до точки зору, близької до тієї, яка висловлювалася H. Head і деякими іншими дослідниками афазії. A. Kreindler, A. Fradis у своїй монографії, розбираючи питання про інтелект при афазії на основі літератури та власних експериментальних даних, висловлюють в загальному подібні міркування. Вони підкреслюють, що хворі на афазію відображають об'єктивну дійсність інакше, так як у них часто є агностичні розлади, і порушення первинної перцепції (зорової та слухової). Але ці порушення не рівнозначні із загальною деменцією, вони не ведуть до виражених змін поведінки в повсякденних ситуаціях [7].

За даними В. Худик, характер порушення інтелектуальних функцій при різних формах афазії досить різноманітний і визначається особливостями мовленнєвого дефекту. Часто у хворих на афазію спостерігається синдром «еґоцентризму» мислення: хворий оцінює все навколишнє з точки зору ставлення до самого себе.

При динамічній афазії інтелектуальний дефект є первинним (що відрізняє цю форму від інших). Мовний дефект відображає інтелектуальну недостатність. Хворі не в змозі аналізувати навіть елементарні завдання, виділяти істотні зв'язки. Відсутній мотив інтелектуальної діяльності, загальна мета вирішення задачі.

При семантичній афазії утруднені складні розумові операції, при яких необхідна система стійких словесних слідів, їх утримання в процесі вирішення розумової задачі. Хворі відчувають утруднення при вирішенні задач, що вимагають симультанного аналізу і синтезу (наприклад, складання цілого з частин). Порушеним є виконання завдань, що вимагають оптико-просторового аналізу та синтезу, конструювання. Абстрактне мислення і загальна стратегія мислення збережені.

При еферентній моторній афазії значно порушена інтелектуальна діяльність. Розумові операції уповільнені, фрагментарні. Хворі з тяжкістю розуміють умови задачі, їм важко переключатися в процесі її вирішення з однієї ланки на іншу (відбувається зацікловування на окремих операціях).

При аферентній моторній афазії порушення розумової діяльності є менш помітним, ніж при еферентній моторній афазії [3].

Афазичні мовленнєві розлади порушують інтелектуальні функції лише частково, або, вірніше, «особливим чином». А. Фрадїс все ж виділяє порушення здатності до символізації і абстракції як основну рису і говорить про те, що деякі з вищих інтелектуальних функцій завжди глибоко порушені.

Висновки. Афазія – тяжке захворювання, що супроводжується втратою мовлення, і відбивається на особистості хворого. Змінюється його ставлення до себе та до інших людей. Особистість порушується і структурно, тоді її дефекти входять в структуру афазії, і функціонально, будучи реакцією хворих на хворобу і зміну соціального статусу. Особливості особистості можуть проявляти як негативний, так і позитивний вплив на тяжкість афазії, її динаміку, на реадaptaцію і соціалізацію хворого. Зміни особистості у хворих на афазію, як і сама афазія, піддаються зворотному розвитку за умови проведення раціонального відновлюваного навчання. Спонтанні зміни в цих випадках не відбуваються.

Перспективи подальших пошуків у напрямі дослідження. У подальшому, в практичній діяльності та при безпосередньому спілкуванні з хворим на афазію ми збираємось детальніше зупинитися на дослідженні одного з компонентів, зокрема на дослідженні депресивності особистості хворого з різними формами афазії, взявши за основу тест Спілберга для дослідження цих складових.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Бейн Э.С. Овчарова П. А. Клиника и лечение афазии/ Э.С. Бейн – София. – Медицина. – 1970. – 210с.
2. Винарский Е. Н. Клинические проблемы афазии/ Е.Н. Винарский – М.: Медицина. – 1971. – 216с.
3. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В. и др. Личность пациента и болезнь/ В.Т. Волков, А.К. Стрелис, Е.В. Караваева и др. — Томск, 1995. – 316с.
4. . Глозман Ж. М. Изменение личности при афазии/ Ж.М. Глозман // Дефектология – 1985 г. – №6. – С. 23-28
5. Глозман Ж. М., Калита Н. Г. Исследование уровня притязаний больных с афазией/ Ж.М. Глозман // Дефектология – 1983 г. - №1. – С. 3-8
6. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова . — М.:

Академія, 2006. — 320 с.

7. Кроль М. Б. К клинике и топической диагностике афазических и апрактических расстройств/ М.Б. Кроль // Хрестоматия по логопедии. Т.2. – М., 1997. с. 167-174.

8. Худик В.А. Исследования интеллекта и личности. Исключение предметов/ В.А. Худик — Киев, 1994. – 280с.

9. Цветкова Л. С. К вопросу о природе афазии и учении о факторе/ Л.С. Цветкова// Вопросы психологии. – 2002. – № 4. – С. 120-131: Психология – История психологии.

10. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник 2 видання/ М.К. Шеремет – К.: Видавничий дім «Слово», 2010. – 672 с.

УДК: 159.97

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЗАРОДЖЕННЯ АЛКОГОЛІЗМУ ТА НАРКОМАНІЇ ПІДЛІТКІВ

Корець А.М.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

В статті розглянуто психологічні чинники розвитку алкоголізму у різних вікових категоріях молоді, розпочинаючи від десятирічного віку. Окреслені три групи підлітків, які формуються стосовно залежності від наркотичних речовин. Із психолого-педагогічної точки зору визначені фактори профілактики адиктивної поведінки молоді.

В статье рассмотрены факторы развития алкоголизма в разных возрастных категориях молодежи, начиная от десятилетнего возраста. Обозначенные три группы подростков, которые формируются по зависимости от наркотических веществ. С психолого-педагогической точки зрения определены факторы профилактики аддиктивного поведения молодежи.

The article describes the factors for alcoholism in different age groups of young people, from the age of ten. Designated three groups of adolescents, which are formed by drug dependence. From psychological point of view pedagogichnoi the factors preventing the addictive behavior of young people.

Ключові слова: адиктивна, поведінка, психологічні, чинники, розвиток, молодь, алкоголізм, наркотична залежність, мікросередовище.

Ключевые слова: аддиктивное, поведение, психологические, факторы, развитие, молодежь, алкоголизм, наркотическая зависимость, микросреда.

Keywords: addictive, behavior, psychological factors, development, youth, alcoholism, drug addiction, microenvironment.

Вплив алкоголю на психіку підлітків приводять В.С.Братусь і П.И.Сидоров у [1], де зазначають, що до перших значимих досвідів знайомства з алкоголем утвориться (у тісній залежності, насамперед від родини, мікросередовища) певне подання про цей продукт, про його особливий, як прийнято думати, зйфоризуючої дії. Перше знайомство з алкоголем відбувається зазвичай в 10-12 років за святковим столом з батьками або в компанії друзів. І це перше знайомство знеацька виявляється зовсім не таким, що часто різко контрастує з наявним до того поданням, передиспозицією дитини. Майже завжди перша алкоголізація сприймається суб'єктивно неприємно. Підлітки відзначають "гіркий смак" горілки, печіння в роті, запаморочення, нудоту й у ряді випадків блювоту навіть від однократного прийому невеликих доз.

Після такого, частіше дискомфортного знайомства, більшість підлітків якийсь час уникає алкоголю. Однак тому, що суб'єктивні відчуття від спиртних напоїв явно не збігаються із засвоєними поданнями, традиціями й забобонами, останні не зникають, але постійно - особливо в обтяженому мікросередовищі - представляють привід, стають спокуюю відновити алкоголізацію. І вже у віці 13-14 років у зв'язку з якими-небудь подіями (закінчення дев'ятирічної школи, вступу до навчального закладу, свята, дні народження, весілля й т.п.) алкоголізація відновлюється, причому поступово вона починає здобувати новий суб'єктивний, психологічний зміст. Поступово з'являється й може наростати привабливість алкогольного сп'яніння, на погляд дослідників, полягає в іншому. Вона криється в тій – переважно неусвідомленій психологічній мотивації звертання до вина, у тих бажаннях і потребах, які людина намагається задовольнити за його допомогою. Генетично першим і найбільш частим є тут бажання повеселитися, створити піднятий настрій на весіллі, дні народження, зустрічі друзів, тобто у випадках, у яких традиції винопиття особливо міцні. Звичайно свята чекають, до нього заздалегідь готуються, певним чином набудовують себе, причепурюються, що саме по собі створює ту особливу атмосферу, що і без вина робить людини збудженим, піднятим, радісним. Наступне прийняття алкоголю, змінюючи стан організму й нервової системи, створює лише особливе, незвичайне психофізіологічне тло, на яке могутньо проєктуються психологічні очікування, вся попередня психологічна підготовка до даної події. Для самої ж людини цей механізм залишається неусвідомленим, схованим, що й породжує загальноприйняте уявлення про особливості властивості алкоголю [1, с.26].

Подібну проєкцію можна доглянути не тільки у вживанні алкоголю, але й деяких інших наркотичних речовин. Подібні механізми виявляються, зокрема, у численних досвідах із плацебо. Звичайно вони полягають у наступному. Деякій однорідній групі хворих дається нібито одні й тіж ліки; насправді одній частині хворих даються дійсно медичний препарат, а іншій - плацебо, "пустышка", тобто таблетка, порошок такого ж виду й смаку, як і відповідні ліки, але виготовлене з нейтральної, індиферентної для організму речовини. Як правило, ефекти дії в тій й іншій групах хворих виявляються