

Особенности самооценки у больных с различными речевыми нарушениями

А.Е. Вишнева

Центр патологии речи и нейрореабилитации, МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Поступила 20 ноября 2015/ Принята к публикации: 12 декабря 2015

Features of self-esteem in patients with various speech disorders

Anastasia E. Vishneva

Center of speech Pathology and neurorehabilitation, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Received: November 20, 2015 / Accepted for publication: 12, December 2015#

В статье представлены результаты исследования самооценки у пациентов, перенесших инсульт или черепно-мозговую травму и страдающих различными речевыми расстройствами. Все пациенты на момент исследования проходили курс нейрореабилитации. Самооценка рассматривается как важный параметр в исследовании психологического статуса пациентов. В стрессовой ситуации болезни самооценка изменяется, что искажает систему жалоб пациентов и усложняет психокоррекционную работу. Самооценка исследуется при помощи трех различных методик, позволяющих раскрыть как количественные, так и качественные ее характеристики. В исследовании приняли участие пациенты с различными речевыми дефектами (моторными афазиями, височными афазиями, дизартриями). Для получения полной картины изменения самооценки именно в ситуации болезни, исследуется актуальная самооценка, а также ретроспективное (до болезни) и идеальное оценивание себя. Выявлено, что для пациентов с моторными формами афазии характерна заниженная самооценка себя в настоящем и в идеальном плане на фоне завышенной ретроспективной самооценки. Пациенты с височными формами афазий демонстрировали обратную картину оценивания себя до болезни, на настоящий момент и в идеале. Нарушение экспрессивной стороны речи является наиболее инвалидирующим фактором, накладывающим значительные ограничения на такие социальные сферы, как карьера, дружеские отношения, физическая привлекательность. Ограничения коммуникативных возможностей компенсируется у пациентов с моторными формами афазий приоритетным выбором морально-этических качеств для характеристики себя на момент болезни. При помощи сопоставления результатов разных методик выявлена декларируемая самооценка (для других) и самооценка для себя. Полученные результаты указывают на то, что качество речевого дефекта является значимым фактором в изучении самооценки.

Ключевые слова: нейрореабилитация, самооценка, декларируемая самооценка, самооценка для себя, Я-реальное, Я-идеальное, социальная значимость болезни.

The paper presents the results of the self-assessment study in patients with aphasia and dysarthria after stroke or traumatic brain injury. All the patients were neurorehabilitation course. Self-esteem is considered as important parameter in the study of the psychological status of patients. This article describes the differences in the quantitative and qualitative parameters of self-esteem in patients with various speech defect (motor aphasia, temporal aphasia, dysarthria). The actual self-esteem is evaluated in the retrospective (before disease) and is compared with the ideal indicators. Self-esteem is studied using three methods that allow to reveal both quantitative and qualitative characteristics of self-esteem.

To obtain a complete picture of self-esteem changing in the disease situation, the actual self-confidence state in the retrospective (to disease) and an ideal self-evaluation are studied. Patients with logaphasia are characterized by low self-esteem in the present and in the ideal plane on a background of retrospective self-esteem. Patients with temporal aphasia showed the opposite picture of self-evaluation at present and in the ideal plane. Violation of the speech expressive aspect is the most debilitating factor which places significant restrictions on such social sectors as career, friendships, physical attractiveness. Restrictions on communicative possibilities in patients with compensated logaphasia first choice of moral and ethical qualities to characterize themselves at the time of illness are observed. Comparing the results of different methods revealed the declared self-esteem (for others) and self-esteem for oneself. The results indicate that the quality of the speech defect is a significant factor in the study of self-esteem.

Keywords: neurorehabilitation, self-esteem, self-reportable self-esteem, self-esteem for oneself, real-self, ideal-self, social significance of the disease.

В современной нейрореабилитации отмечается тенденция использования комплексного подхода к восстановлению пациентов. Комплексный подход в нейрореабилитации заключается в сочетании медикаментозного лечения, нейропсихологической коррекции, психотерапевтической и социальной работы с пациентами (Шкловский, 2002; Цветкова, 2004; Григорьева, 2012; Tyerman, 2004; Wilson, 2004). Для проведения эффективной психокоррекционной работы с пациентами необходима правильная диагностика их психологического статуса, важное место в которой занимает исследование самооценки таких пациентов.

До сих пор нет однозначных данных о том, какие именно параметры самооценки являются оптимальными для нормальной адаптации и функционирования в обществе людей, перенесших инсульты и черепно-мозговые травмы.

Самооценка является одной из значимых личностных характеристик, направляющих регулятивные процессы и обуславливающих психологическое здоровье личности (Чеснокова, 1977). Самооценка формируется на базе оценок субъекта окружающими, и в зрелом виде представляет хорошее и стабильное знание субъектом самого себя (Бороздина, 2011, Чеснокова, 1977). Во многих исследованиях (Соколова Е.Т., Бороздина Л.Н., Тхостов А.Ш., Глозман Ж.М.) показано, что самооценка сильно меняется в зависимости от ситуации, особенно, если это стрессовая ситуация болезни (Тхостов, Степанович, 1987). Самооценка или неадекватно завышается, что зачастую может быть следствием работы защитных механизмов личности и приводить к анозогнозии, к снижению критичности, или оказывается неадекватно заниженной, что влечет за собой депрес-

сивные и ипохондрические состояния человека (Соколова, 1989). Изменение самооценки в значительной мере может исказить картину болезни пациента, что усложняет контакт специалистов с пациентами, искажает систему жалоб пациента и затрудняет реабилитационную работу в целом (Соколова, Николаева, 1995; Вишнева, 2013).

До сих пор нет однозначных данных о том, какие именно параметры самооценки являются оптимальными для нормальной адаптации и функционирования в обществе людей, перенесших инсульты и черепно-мозговые травмы. Известно, что патологическим является как недифференцированность идеальной

и реальной самооценки, их слияние, приводящее к непродуктивности деятельности (Братусь, Павленко, 1986), так и гиперразведение идеальной и реальной целей, что также может повлечь за собой невротические нарушения личности пациента.

Описание исследования

Исследование имело несколько целей:

1. Определить уровень самооценки и описать ее качественные различия у пациентов с различными речевыми нарушениями (моторные формы афазий, височные формы афазий, пациенты с дизартриями);
2. Исследовать оценивание пациентами себя до болезни, на настоящий момент и в идеальном плане;
3. Использовать для исследования самооценки три различных психоди-

агностических методики с целью получения более полного и глубокого представления о феномене самооценки. Сочетание использования трех различных методик позволит повысить достоверность и объективность исследования самооценки.

Характеристика пациентов

Исследование проводилось на базе Центра патологии и нейрореабилитации (ЦПРН). В исследовании приняли участие 70 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет на момент проведения обследования (средний возраст – 32,6 г.). Неврологические диагнозы пациентов, перенесших инсульты: хроническая ишемия головного мозга, инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии; разрыв аневризмы в бассейне левой средней мозговой артерии, субархноидальное кровоизлияние. Пациенты, перенесшие черепно-мозговые травмы, имели следующие неврологические диагнозы: ушиб головного мозга тяжелой и средней тяжести, субархноидальное кровоизлияние (развивалось у некоторых пациентов в результате черепно-мозговой травмы).

По нейропсихологическому диагнозу все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от нейропсихологического синдрома:

1. Пациенты с поражениями премоторных и постцентральных (теменных) отделов коры левого полушария: комплексная моторная афазия, динамическая мануальная апраксия, кинестетическая мануальная апраксия – передние формы афазии (за исключением динамической афазии) – 13 чел.
2. Пациенты с поражениями височных отделов коры левого полушария: сенсорная, акустико-мнестическая афазия – височные формы афазии – 30 чел.
3. Пациенты с поражениями подкорковых структур головного мозга: нарушение нейродинамического компонента психической деятельности – дизартрия – 27 чел.

Речевой дефект на момент обследования у всех пациентов был средне-легкой и легкой степени выраженности (по результатам нейропсихологического об-



Анастасия Евгеньевна Вишнева – аспирант факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. Клинический психолог Центра патологии речи и нейрореабилитации. Основные профессиональные интересы: клиническая психология, нейропсихология, нейрореабилитация, психологическая реабилитация больных после инсультов и черепно-мозговых травм. E-mail: nvishneva@mail.ru

следования и количественной оценки речи КОР (Методика оценки ..., 1981). Это не мешало пациентам в полной мере понимать предлагаемые вопросы методик и оценивать собственное состояние.

Обязательным условием включения пациентов в настоящее обследование было отсутствие снижения когнитивного уровня и сохранность критического отношения к собственному состоянию.

Процедура и методы исследования

В работе использовался методический комплекс, включающий в себя психологическую и медицинскую диагностику, а также методы статистической обработки данных. Психологическое исследование было представлено рядом этапов.

Первый этап включал в себя нейропсихологическую диагностику речи и других высших психических функций пациентов (праксиса, гнозиса, интеллектуально-мнестической деятельности, произвольной регуляции) (Цветкова и др., 1981; Хомская, 2010).

На втором этапе проводилось полуструктурированное клиническое интервью с целью сбора дополнительных анамнестических фактов, оценивания полноты понимания пациентами обращенной развернутой речи. Проводилось изучение медицинских историй болезни для исключения из эмпирической выборки пациентов с отягченными анамнезами (сопутствующими соматическими заболеваниями, повторными инсультами, с множественными очагами поражения головного мозга, с алкоголизмом в анамнезе).

На третьем этапе проводилось психологическое исследование самооценки. Для получения полной картины самооценки были выбраны следующие методики:

1. Методика Дембо-Рубинштейн (Рубинштейн, 1999).

В нашем исследовании шкала «ум» была заменена шкалой «самочувствие». Были использованы шкалы: «здоровье», «самочувствие», «характер», «счастье». По результатам предварительного

клинического интервью с пациентами было выявлено, что понятия «здоровье» и «самочувствие» для пациентов имеют различное значение. Это обусловлено спецификой заболевания: пациенты, перенесшие инсульты и черепно-мозговые травмы, находящиеся на этапе реабилитации, как правило, не имеют угрозы жизни, их физическое состояние оценивается как стабильное. По результатам беседы оказалось, что пациенты не страдают какими-либо болями и стойкими недомоганиями. Таким образом, исследование оценки самочувствия пациентов дает нам лучшее понимание представлений пациентами своего состояния здоровья. Также для получения более точной позиции испытуемого по той или иной характеристике (здоровья, самочувствия, счастья и характера) была введена 100-балльная система оценок. Так, 100 баллов соответствовали верхнему полюсу каждой шкалы, абсолютно хорошим показателям, 0 баллов соответствовало нижнему полюсу каждой из характеристик.

2. Методика самооценки, метод «ранжирования определений».

Методика является модификацией метода измерения самооценки, предложенного американским психологом R. Wylie в 1974–1979 гг. (Wylie, 1979).

Данная методика была модифицирована Ж.М. Глозман для оценивания пациентами с речевыми нарушениями «Я-реального», «Я-до-болезни» и «Я-идеального», а также для взаимооценок больного его родственниками (Глозман, 2002). Метод семантического оценивания и эмоционально-личностного отношения пациента к себе или значимому другому состоит из 20 характеристик:

- 1) легкость в общении;
- 2) честность;
- 3) активность;
- 4) чуткость;
- 5) независимость в суждениях и оценках;
- 6) творческий подход к любимому делу;
- 7) организаторские способности;
- 8) практичность;
- 9) широта взглядов;
- 10) сила воли;

- 11) справедливость;
- 12) физическое совершенство;
- 13) хороший характер;
- 14) сообразительность;
- 15) уверенность в себе;
- 16) самокритичность;
- 17) реалистичность;
- 18) умение привлекать людей;
- 19) оптимистичность;
- 20) высокая общая культура.

В нашем исследовании пациенту предлагалось выбрать из 20 определенных 10, которые «лучше всего описывают его и его характер». Затем проранжировать выбранные характеристики по их выраженности/представленности в характере: 1 ранг – самая выраженная характеристика, 10 – наименее выраженная характеристика. Таким образом, мы получали иерархию личностных характеристик пациента. После оценивания себя на настоящий момент, каждому пациенту предлагалось таким же образом оценить себя ретроспективно до болезни («Я-до-болезни»), а затем создать при помощи еще одного выбора и ранжирования 10-ти характеристик свой идеальный образ («Я-идеальное»).

3. Методика «Оценка социальной значимости болезни» А.И. Сердюка (Малкина-Пых, 2005, С. 63).

Методика позволяет выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса пациентов. Результатами данной методики являются 10 шкал, оценивающие разные параметры социальной жизни респондентов:

- 1) ограничение ощущения силы и энергии;
- 2) ухудшение отношения к больному в семье;
- 3) ограничение удовольствий;
- 4) ухудшение отношения к больному на работе;
- 5) ограничение свободного времени;
- 6) ограничение карьеры;
- 7) снижение физической привлекательности;
- 8) формирование чувства ущербности;
- 9) ограничение общения;
- 10) материальный ущерб.

Максимальное количество баллов по каждой шкале – 10, свидетельствует

о выраженных ограничениях данной социальной сферы болезнью. Минимальное количество баллов – 2, показывает минимальное изменение социальной сферы под воздействием болезни.

Для адаптации оригинального опросника для нашей выборки пациентов, каждый из 10-ти вопросов мы разделили на два более коротких и однозначных утверждения. Это было сделано для упрощения понимания смысла вопросов пациентами с речевыми нарушениями.

Методики Дембо-Рубинштейн и «Ранжирование определений» проводились с испытуемыми трижды: для оценки себя до болезни, на настоящий момент и в идеальном плане.

Обработка полученных результатов проводилась при помощи статистической программы IBM SPSS Statistics 22. Сначала проводится корреляционный анализ для подтверждения согласованности методик. Результаты корреляционного анализа показали наличие значимых корреляций между аналогичными по смыслу шкалами разных методик, что указывает на адекватность используемых методик для исследования самооценки и на высокую их внутреннюю валидность. Далее проводился однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), при помощи которого выявлялись различия в оценивании себя пациентами с различными нейропсихологи-

ческими диагнозами. Для исследования ретроспективной самооценки и идеального Я-образа в разных группах пациентов проводился дисперсионный анализ повторных измерений (ОНЛ-повторные измерения) для методики Дембо-Рубинштейн и методики «Ранжирование определений».

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты с моторными формами афазий склонны давать завышенную оценку своего «здоровья», «самочувствия» и «характера» в методике Дембо-Ру-

Таблица 1. Средние значения оценивания себя в настоящем, ретроспективно и в идеале по методике Дембо-Рубинштейн

	Здор.	Самоч	Хар.	Счаст.	Здор.	Самоч	Хар.	Счаст.	Здор.	Самоч	Хар.	Счаст.
	До болезни				В настоящем				Идеальный Я-образ			
Дизар. N-27	82,67	82,33	71,56	75,67	55,74	66,48	67,93	71,22	77,41	83,27	80,15	85,85
височные аф. N-30	85,80	84,23	71,66	81,61	61,87	69,87	72,55	69,00	85,93	88,23	80,34	91,41
моторные аф. N-13	89,62	91,92	82,69	81,15	61,15	62,54	70,08	56,92	80,36	77,75	80,00	72,18

Table 1. Average values of self-evaluation in the present, in retrospect, in ideal by Dembo-Rubinstein procedure.

	Health	General State	Character	Happiness	Health	General State	Character	Happiness	Health	General State	Character	Happiness
	Before Disease				Present				Ideal I-Image			
Dysarthria N-27	82.67	82.33	71.56	75.67	55.74	66.48	67.93	71.22	77.41	83.27	80.15	85.85
Temporal Aphasia N-30	85.80	84.23	71.66	81.61	61.87	69.87	72.55	69.00	85.93	88.23	80.34	91.41
Logaphasia N-13	89.62	91.92	82.69	81.15	61.15	62.54	70.08	56.92	80.36	77.75	80.00	72.18

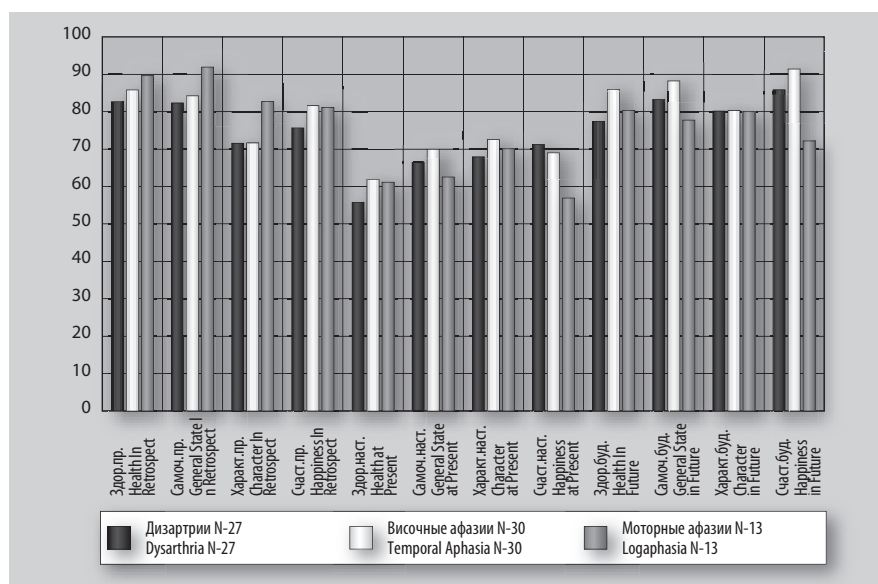


Рисунок 1. Различия в самооценке между пациентами с разным нейропсихологическим диагнозом
Figure 1. Differences in self-esteem in patients with different neuropsychological diagnosis.

бинштейн в прошлом («Я-до-болезни») по сравнению со всеми другими пациентами (см. рис. 1 и табл. 1). Идеальный Я-образ у них был, наоборот, самый пессимистичный. По шкале «счастья» эти пациенты давали самые низкие оценки в настоящем и в идеальном плане (значимость различий $p \leq 0,05$) по сравнению с другими пациентами. Самооценка в настоящем соответствует нормативным показателям (выше среднего) здоровых пациентов (см. табл. 1 и рис. 1). Завышенная самооценка до болезни в сочетании с более низкой оценкой счастья в настоящем и с заниженными оценками идеального Я-образа указывает на субдепрессивное состояние моторных пациентов. Данное эмоциональное состояние может носить как первичный характер, т.е. быть обусловлено анатомическими изменени-

ями мозга, так и быть реакцией пациентов на ограничение речевой деятельности (Глозман, 2002).

По результатам последующей клинической беседы при выполнении методики Дембо-Рубинштейн большинство пациентов аргументировали высокую оценку хорошим самочувствием и тем, что они «не чувствуют себя больными». Это касалось и пациентов с выраженными гемипарезами правых или левых конечностей, т.е. с очевидными инвалидирующими последствиями болезни. Учитывая тот факт, что в исследовании приняли участие пациенты без нейропсихологических нарушений критичности, мы предполагаем, что завышенная самооценка в методике Дембо-Рубинштейн, это декларируемая для других позиции, обусловленная работой защитных механизмов личности. Оценивая «здоровье», «самочувствие», «характер» и «счастье» достаточно высоко в методике Дембо-Рубинштейн, пациенты все же высказывали в методике «Оценка социальной значимости болезни» жалобы на ограничения, накладываемые болезнью на различные сферы жизни.

Большинство пациентов затруднились аргументировать высокую оценку собственного характера и испытывали трудности при описании конкретных черт своего характера, особенно это касалось негативных черт. Это указывает на ограниченность рефлексии и эмоциональной сферы пациентов, что может быть следствием когнитивных нарушений после болезни или же характерологических особенностей пациентов.

Пациенты с височными формами афазий, наоборот, имели наиболее оптимистичные ожидания изменения своего здоровья, самочувствия и счастья в будущем («Я-идеальное») (см. рис. 1). Также они в среднем выше всех других пациентов оценивали свой характер и самочувствие в настоящем (значимость различий на уровне тенденции) при умеренных оценках себя до болезни. Это указывает на более оптимистичный эмоциональный фон, на игнорирование собственного речевого дефекта у височных пациентов по сравнению с моторными пациентами. Данная картина объясняется спецификой речевых дефектов (Цветкова, 2004; Хомская, 2010). Более легкое

переживание речевого дефекта, наблюдаемое у пациентов с височными формами афазий, связано еще с реакцией окружающих на речевые дефекты пациентов. Дефекты импрессивной речи и слабость слухоречевой памяти у височных пациентов, как правило, выглядят менее пугающими для окружающих, чем нарушения экспрессивной речи у моторных пациентов, при полной сохранности по-

нимания. Невозможность высказать собственные мысли порождает фобию коммуникаций и способствует обеднению социальных связей и самоизоляции моторных пациентов.

Пациенты с дизартриями демонстрировали самые умеренные и средние оценки по всем шкалам и наименьший разброс в оценке себя в настоящем, ретроспективно и в идеальном плане.

Таблица 2. Результаты методики «Ранжирование определений»

	До болезни	В настоящем	Идеальный Я-образ	До болезни	В настоящем	Идеальный Я-образ
	Честность			Легкость в общении		
Дизарт.	2,55	4,05	3,41	3,95	3,23	3,14
Височн.	4,68	4,48	4,00	5,25	3,76	4,36
Моторн.	3,62	6,55	5,27	5,25	2,64	5,18
	Активность			Умение привлекать людей		
Дизарт.	4,50	3,45	4,36	2,00	2,00	1,86
Височн.	3,00	3,12	3,68	2,78	2,24	2,60
Моторн.	5,55	5,82	2,64	1,82	0,09	1,18
	Сила воли			Независимость в суждениях и оценках		
Дизарт.	3,32	3,91	4,68	1,68	2,14	1,73
Височн.	3,08	3,72	5,24	1,52	1,48	2,24
Моторн.	5,00	6,55	4,18	1,09	0,36	1,45
	Справедливость			Широта взглядов		
Дизарт.	2,86	2,59	2,00	1,50	2,18	1,05
Височн.	3,40	4,04	2,20	1,92	1,60	1,08
Моторн.	3,74	5,27	4,00	2,09	0,82	3,09
	Самокритичность			Творческий подход к любимому делу		
Дизарт.	2,36	3,41	1,05	3,68	2,23	1,77
Височн.	1,16	1,36	0,36	2,16	1,64	2,04
Моторн.	1,45	2,27	1,36	2,64	0,73	3,00
	Чуткость			Оптимистичность		
Дизарт.	1,18	2,59	2,77	2,41	3,82	1,86
Височн.	2,32	3,08	1,92	2,68	3,96	2,48
Моторн.	0,36	2,09	1,64	2,27	2,82	2,36
	Реалистичность			Организаторские способности		
Дизарт.	1,95	4,27	1,91	2,55	1,55	2,05
Височн.	2,48	3,64	1,28	2,00	0,60	1,61
Моторн.	2,73	3,36	2,00	2,82	0,90	0,73
	Практичность			Физическое совершенство		
Дизарт.	2,82	2,91	1,77	2,18	0,45	3,50
Височн.	2,76	3,08	1,60	1,60	1,32	3,24
Моторн.	2,55	2,55	0,45	0,73	1,09	2,18
	Сообразительность			Уверенность в себе		
Дизарт.	2,95	2,75	3,36	5,32	3,73	4,64
Височн.	2,56	2,60	3,24	3,40	3,92	5,00
Моторн.	3,36	2,45	2,09	4,36	3,64	5,45
	Высокая общая культура			Хороший характер		
Дизарт.	0,77	1,00	2,14	2,23	1,91	4,00
Височн.	1,44	0,88	1,88	4,36	3,64	4,48
Моторн.	0,91	0,64	3,55	3,00	2,55	3,09

Table 2. Results of "Ranking of Definitions" method.

	Before Disease	Present	Ideal I-Image	Before Disease	Present	Ideal I-Image
	Honesty			Ease of Communication		
Dysarthria	2.55	4.05	3.41	3.95	3.23	3.14
Temporal Aphasia	4.68	4.48	4.00	5.25	3.76	4.36
Logaphasia	3.62	6.55	5.27	5.25	2.64	5.18
	Activeness			Ability to Attract People		
Dysarthria	4.50	3.45	4.36	2.00	2.00	1.86
Temporal Aphasia	3.00	3.12	3.68	2.78	2.24	2.60
Logaphasia	5.55	5.82	2.64	1.82	0.09	1.18
	Will Power			Independence of Judgment and Estimates		
Dysarthria	3.32	3.91	4.68	1.68	2.14	1.73
Temporal Aphasia	3.08	3.72	5.24	1.52	1.48	2.24
Logaphasia	5.00	6.55	4.18	1.09	0.36	1.45
	Fairness			Broadmindedness		
Dysarthria	2.86	2.59	2.00	1.50	2.18	1.05
Temporal Aphasia	3.40	4.04	2.20	1.92	1.60	1.08
Logaphasia	3.74	5.27	4.00	2.09	0.82	3.09
	Self-Criticism			Creative Approach to Favorite Jobs		
Dysarthria	2.36	3.41	1.05	3.68	2.23	1.77
Temporal Aphasia	1.16	1.36	0.36	2.16	1.64	2.04
Logaphasia	1.45	2.27	1.36	2.64	0.73	3.00
	Advertance			Optimism		
Dysarthria	1.18	2.59	2.77	2.41	3.82	1.86
Temporal Aphasia	2.32	3.08	1.92	2.68	3.96	2.48
Logaphasia	0.36	2.09	1.64	2.27	2.82	2.36
	Realist Approach			Organizational Skills		
Dysarthria	1.95	4.27	1.91	2.55	1.55	2.05
Temporal Aphasia	2.48	3.64	1.28	2.00	0.60	1.61
Logaphasia	2.73	3.36	2.00	2.82	0.90	0.73
	Practical Approach			Physical Perfection		
Dysarthria	2.82	2.91	1.77	2.18	0.45	3.50
Temporal Aphasia	2.76	3.08	1.60	1.60	1.32	3.24
Logaphasia	2.55	2.55	0.45	0.73	1.09	2.18
	Smartness			Self-Confidence		
Dysarthria	2.95	2.75	3.36	5.32	3.73	4.64
Temporal Aphasia	2.56	2.60	3.24	3.40	3.92	5.00
Logaphasia	3.36	2.45	2.09	4.36	3.64	5.45
	High Overall Culture			Good Temper		
Dysarthria	0.77	1.00	2.14	2.23	1.91	4.00
Temporal Aphasia	1.44	0.88	1.88	4.36	3.64	4.48
Logaphasia	0.91	0.64	3.55	3.00	2.55	3.09

В методике «Ранжирования определений» пациенты с афазиями, особенно с моторными формами, для характеристики себя на настоящий момент значимо чаще, чем другие пациенты, выбирали характеристики: «честность», «активность», «сила воли», «справедливость» и реже – коммуникативные и социально-обусловленные характеристики:

«легкость в общении», «умение привлекать людей», «независимость в суждениях и оценках», «широта взглядов», «творческий подход к любимому делу», «оптимистичность» (см. табл. 2). Таким образом, в личностных портретах моторных пациентов на момент болезни преобладают морально-этические характеристики, в то время как характеристики

коммуникативности и внешней удачливости выбираются ими реже, чем другими пациентами. Но коммуникативные характеристики преобладают у моторных пациентов в оценке себя до болезни и в идеальном плане, что указывает на значимость для них коммуникативных характеристик. Частота их выбора снижается в настоящем у моторных пациентов именно вследствие дефектов экспрессивной речи. Возрастание частоты морально-этических характеристик на момент болезни может рассматриваться как компенсация речевого дефекта.

Пациенты с височными формами афазий, несмотря на то, что показывали снижение коммуникативных характеристик на момент болезни, по некоторым параметрам оценивали себя также, как и до болезни. Например, они показывали, что и на момент болезни так же, как и раньше активны, сообразительны, уверены в себе и даже более, чем раньше, оптимистичны (см. табл. 2). Это подтверждает полученные результаты в методике Дембо-Рубинштейн. Пациенты с височными формами афазий не склонны к самоизоляции вследствие переживания речевого дефекта, наоборот, некоторое игнорирование речевых дефектов делает их наиболее оптимистичными и социально адаптивными.

Если у пациентов с афазиями, особенно с моторными формами, снижалась частота выбора коммуникативных характеристик, то пациенты с дизартриями значимо реже выбирали характеристику «физическое совершенство» на момент болезни. В идеальном плане и до болезни эта характеристика у данных пациентов представлена часто, что указывает на ее значимость. У пациентов с дизартриями на момент болезни повышается частота некоторых коммуникативных характеристик: «широта взглядов», «независимость в суждениях и оценках», «высокая общая культура», «оптимистичность», «умение привлекать людей» (см. табл. 2). Это указывает на то, что речевой дефект у данных пациентов не является основным инвалидирующим фактором, не снижает их социальной активности. На это указывают и результаты методики «Оценка социальной значимости болезни».

В методике «Оценка социальной значимости болезни» на уровне тенденций

обозначаются следующие различия между группами пациентов. Пациенты с моторными формами афазий чувствуют большую напряженность в сфере карьеры, ограничения общения, отношений к себе на рабочем месте, физической привлекательности (см. табл. 3). Пациенты с височными формами афазий отмечали ограничение в карьере, в общении, ухудшение отношений на работе, однако давали не такие высокие оценки, как моторные пациенты (см. табл. 3). Пациенты с дизартриями чаще других пациентов упоминали об ограничениях удовольствий (приходится во многом себе отказывать, соблюдать режим, исключить алкоголь и курение) и о чувстве ущербности в связи с болезнью. Это, скорее всего, связано с наличием у некоторых пациентов двигательных нарушений в виде гемипарезов. По всем другим шкалам они показывали более низкие баллы, чем пациенты с афазиями, что указывает на меньшую напряженность в социальных сферах в связи с болезнью.

При общем анализе результатов методики видно, что наиболее проблемными областями являются сферы карьеры и материального ущерба от болезни, ограничение свободного времени и удовольствий. Шкалы, связанные непосредственно с оценкой самочувствия и внутрисемейных отношений («ограничение ощущения силы и энергии» и «ухудшение отношения к больному в семье»), имеют наименьшее количество баллов у всех пациентов. Это указывает на то, что пациенты в большинстве своем не страдают от плохого самочувствия, чувствуют поддержку в семье.

По результатам анализа методик, можно предположить наличие декларируемой самооценки (это проявляется в методике Дембо-Рубинштейн: «я не больной, а полноценный человек», где напрямую оценивается здоровье и др. параметры) и «самооценки для себя», которая выявляется при помощи косвенных вопросов об ограничениях в разных сферах жизни, возникших в связи с болезнью. Это мы можем видеть в методиках «Ранжирование определений» и «Оценка социальной значимости болезни».

Полученные различия в самооценке между пациентами с разными нейропсихологическими синдромами могут быть

Таблица 3. Средние значения в методике «Оценка социальной значимости болезни»

	Дизарт.	Височ.афаз.	Мотор.афаз	Знач.
1. Ограничение ощущения силы и энергии.	3,60	3,46	3,45	Тенд.
2. Ухудшение отношения к больному в семье.	3,52	3,46	4,00	Тенд.
3. Ограничение удовольствий.	6,16	5,96	5,45	Тенд.
4. Ухудшение отношения к больному на работе.	3,4	4,19	4,54	Тенд.
5. Ограничение свободного времени.	5,12	5,19	5,63	Тенд.
6. Ограничение карьеры.	6,44	6,57	7,54	Тенд.
7. Снижение физической привлекательности.	4,52	4,15	4,90	Тенд.
8. Формирование чувства ущербности.	4,76	4,07	4,54	Тенд.
9. Ограничение общения.	3,96	4,42	4,36	Тенд.
10. Материальный ущерб.	6,60	6,53	6,45	Тенд.

Table 3. Average values in of "Assessment of Social Significance of the Disease" method.

	Dysarthria	Temporal Aphasia	Logaphasia	Value
1. Limiting the sense of power and energy.	3.60	3.46	3.45	Tendency
2. Deteriorating attitude to the sick person in the family.	3.52	3.46	4.00	Tendency
3. Limiting entertainment.	6.16	5.96	5.45	Tendency
4. Deteriorating attitude to the sick person at work.	3.4	4.19	4.54	Tendency
5. Limiting spare time.	5.12	5.19	5.63	Tendency
6. Career restrictions.	6.44	6.57	7.54	Tendency
7. Reduced physical attractiveness.	4.52	4.15	4.90	Tendency
8. Developing the feeling of inferiority.	4.76	4.07	4.54	Tendency
9. Communication restrictions.	3.96	4.42	4.36	Tendency
10. Physical and financial damage.	6.60	6.53	6.45	Tendency

обусловлены физиологией повреждения головного мозга. Так, известно, что пациенты, с очагом поражения в левой передней гемисфере головного мозга (моторные афазии) склонны к депрессивным настроениям (Хомская, 2010), что и отражается в завышенных оценках здоровья, самочувствия и счастья в прошлом и, наоборот, в пессимистичной оценке настоящего и будущего у моторных пациентов по сравнению с другими пациентами. Для пациентов с височными формами афазий характерно недооценивание собственного речевого дефекта (Глозман, 2002), что может объяснять их завышенные оценки

здоровья, самочувствия и счастья в настоящем и ожидания значительных улучшений в будущем. Полученные результаты показывают значимость речевого дефекта в исследовании самооценки.

Выводы

1. Получены качественные и количественные различия в самооценке между группами пациентов с разными нейропсихологическими диагнозами.
- Для пациентов с моторными формами афазии характерна завышенная ре-

троспективная самооценка на фоне более низкой самооценки Я-реального и Я-идеального, по сравнению с другими группами пациентов. Это может указывать на наличие субдепрессивного эмоционального фона у пациентов с локализацией очага поражения головного мозга в премоторных и постцентральных отделах левого полушария.

- Пациенты с височными формами афазий показывали завышенную самооценку в настоящем и в идеальном плане на фоне умеренных показателей ретроспективной самооценки (картина обратная, по сравнению с моторными формами афазий). Это может указывать на игнорирование стойкости и выраженности речевого дефекта

у пациентов с височными формами афазий.

- У пациентов с афазиями, особенно с моторными формами, наблюдается снижение частоты выбора коммуникативных характеристик и компенсация речевого дефекта предпочтительным выбором морально-волевых качеств (честность, справедливость, сила воли) для характеристики Я-реального, в то время как в ретроспективной самооценке данных различий не наблюдалось.
- У пациентов с афазиями, особенно с моторными видами, речевой дефект накладывает значительные ограничения на сферы карьеры, дружеских и рабочих отношений, физической привлекательности.

- У пациентов с дизартриями наиболее измененными болезнью оказались сферы досуга и удовольствий. Пациенты с дизартриями в связи с болезнью не отмечали снижения коммуникативности и социальной успешности, но отмечали наличие отрицательного самоотношения (чувство ущербности).

Полученные результаты указывают на то, что качество речевого дефекта является значимым фактором при изучении самооценки. Для объяснения некоторых полученных феноменов требуется дальнейшее расширение исследования самооценки с применением методик, исследующих внутреннюю картину болезни и защитные механизмы личности.

Литература:

- Бороздина Л.В., Волкова Н.Н. Опыт коррекции «триады риска» // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2014. – №1 – с.72–86.
- Вишнева А.Е. Динамика стратегий совладания у больных с последствиями инсультов и черепно-мозговых травм // Национальный психологический журнал. – 2013. – № 1(9) – С. 103-109. DOI: 2079-6617/2013.0114
- Братусь Б.С., Павленко В.Н. Соотношение структуры самооценки и целевой регуляции деятельности в норме и при аномальном развитии // Вопросы психологии. – 1986. – № 4. – С. 146-154.
- Выготский Л.С. Основы дефектологии. – Санкт-Петербург : Лань, 2003. – 654 с.
- Глозман Ж.М. Общение и здоровье личности. – Москва : Академия, 2002.
- Григорьева В.Н. Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой : монография / В.Н. Григорьева, М.С. Ковязина, А.Ш. Тхостов. – Нижний Новгород : Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2012. – 324 с.
- Каминская Н.А., Айламазян А.М. Исследования образа физического «Я» в различных психологических школах // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 3(19). – С. 45-55. DOI: 10.11621/npj.2015.0305
- Малкина-Пых И.Г. Психосоматика : справочник практического психолога – Москва : Эксмо, 2005. – 992 с.
- Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – Москва : Изд-во МГУ, 1987. – 167 с.
- Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 1999.
- Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – Москва : МГУ, 1989.
- Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – Москва, 1995. – 352 с.
- Хомская Е.Д. Нейропсихология : учебник для вызов. – Санкт-Петербург : Питер, 2010. – 496 с.
- Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. – Воронеж : МОДЭК, 2004. – 424 с.
- Методика оценки речи при афазии : учеб. пособие к спецпрактикуму для студентов психол. фак. / Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – Москва : Изд-во МГУ, 1981.
- Тхостов А.Ш., Степанович Д.А. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки // Вопросы психологии. – 1987. – С. 128-133.
- Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. – Москва : Наука, 1977. – 143 с.
- Шкловский В.М. Системная организации нейрореабилитации больных с последствиями черепно-мозговой травмы // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Т. 3 / ред. А.Н. Коновалов, Б. Лихтерман, А.А. Потапов. – Москва : Антидор, 2002. – С. 543-557.
- Mezzich, J.E., Zinchenko, Y.P., Krasnov, V.N., Pervichko, E.I., & Kulygina, M.A. (2013). Person-centered approaches in medicine: Clinical tasks, psychological paradigms, and postnonclassical perspective. *Psychology in Russia: State of the Art*, 6(1), 95-109. Doi: 10.11621/pir.2013.0109
- Tyerman A. Intervention for psychological problems after brain injury / A. Tyerman, N.S. King // *Clinical neuropsychology. A practical guide to assessment and management for clinicians* / Edited by L.H. Goldstein, J.E. McNeil. – John Wiley&Sons, Ltd., England, 2004. – P. 73-82.
- Wilson B.A. Theoretical approaches to cognitive rehabilitation / B.A. Wilson // *Clinical neuropsychology. A practical guide to assessment and management for clinicians* / Edited by L.H. Goldstein, J.E. McNeil. – John Wiley&Sons, Ltd., England, 2004. – P. 345-366.
- Wylie R. The self concept. – Lincoln, 1979. – 433 p.

References:

- Borozdina, L. V., & Volkova, N. N. (2014) The experience of correction of "Risk Triad". *Moscow University Psychology Bulletin [Vestnik Moskovskogo universiteta]*. Series 14. Psychology, 1, 72–86 DOI: 2079-6617/2013.0114.
- Vishneva, A.E. (2013). Dynamics of coping strategies in patients after stroke and traumatic brain injury. *National Psychological Journal [Natsional'nyy psikhologicheskiy zhurnal]*, 1, 103–109. DOI: 2079-6617/2013.0114
- Bratus', B.S., & Pavlenko, V.N. (1986) The ratio of self-regulation of the target structure and activity in normal and abnormal development. *Issues of psychology [Voprosy psikhologii]*. 4, 146-154.
- Vygotsky, L.S. (2003) Fundamentals of Defectology. St. Petersburg, Lan', - 654.
- Glozman, Zh.M. (2002) Community and health of the individual. Moscow, Akademiya.
- Grigoryeva, V.N. (2012) Cognitive rehabilitation of patients with stroke and traumatic brain injury: Monograph. Nizhny Novgorod, Izdatel'stvo Nizhegorodskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii, 324.
- Kaminskaya, Natalia A., Ailamazyan, Aida M. (2015). Studies of the body image in various psychological approaches. *National Psychological Journal [Natsional'nyy psikhologicheskiy zhurnal]*, 3 (19), 45-55. DOI: 10.11621/npj.2015.0305
- Mezzich, J.E., Zinchenko, Y.P., Krasnov, V.N., Pervichko, E.I., & Kulygina, M.A. (2013). Person-centered approaches in medicine: Clinical tasks, psychological paradigms, and postnonclassic perspective. *Psychology in Russia: State of the Art*, 6(1), 95-109. doi: 10.11621/pir.2013.0109
- Malkin-Pykh, I.G. (2005) Psychosomatics: A Handbook of Practical Psychology. Moscow, Eksmo, 992.
- Mezzich, J.E., Zinchenko, Y.P., Krasnov, V.N., Pervichko, E.I., & Kulygina, M.A. (2013). Person-centered approaches in medicine: Clinical tasks, psychological paradigms, and postnonclassic perspective. *Psychology in Russia: State of the Art*, 6(1), 95-109. doi: 10.11621/pir.2013.0109
- Nikolaeva, V.V. (1987) The impact of chronic disease on the psyche. Moscow, Izdatel'stvo MGU, 167.
- Rubinstein, S.Ya. (1999) Experimental methods psychopathology. Moscow, Eksmo-Press.
- Sokolova, E.T. Self-awareness and self-esteem of the individual anomalies. Moscow: Moscow State University, 1989.
- Sokolova, E.T., & Nikolaeva, V.V. (1995) Features of the individual with borderline disorders and somatic diseases. Moscow, 352.
- Khomskaya, E.D. (2010) Neuropsychology: textbook for universities. St. Petersburg, Piter, 496.
- Tsvetkova, L.S. (2004) Neuropsychological rehabilitation of patients. Voronezh, MODEK, 424.
- Tsvetkova, L.S., Akhutina, T.V., & Pylaeva, N.M. (1981) Method of evaluating speech in aphasia: practice File for psychology students. Moscow, MGU.
- Tkhostov, A. Sh., & Stepanovich, D.A. (1987) Influence of crisis situations in the self-structure. *Issues of psychology [Voprosy psikhologii]*. 128-133.
- Chesnokova, I.I. (1977) The issue of consciousness in psychology. Moscow, Nauka, 143.
- Shklovsky, V.M. (2002) Systemic organization neurorehabilitation of patients with sequelae of craniocerebral trauma. *Clinical guidelines for traumatic brain injury [Klinicheskoe rukovodstvo po cherepno-mozgovoy travme]*. Vol. 3. Moscow, Antidor, 543-557.
- Tyerman, A. (2004) Intervention for psychological problems after brain injury. In A. Tyerman, & N.S. King. *Clinical neuropsychology. A practical guide to assessment and management for clinicians*. Eds. L.H. Goldstein, & J.E. McNeil. John Wiley&Sons, Ltd., England, 73-82.
- Wilson B.A. (2004) Theoretical approaches to cognitive rehabilitation. *Clinical neuropsychology. A practical guide to assessment and management for clinicians*. Eds. L.H. Goldstein, & J.E. McNeil. John Wiley&Sons, Ltd., England, 345-366.
- Wylie R. (1979) The self concept. Lincoln, 433.