

## Проблема социальной адаптации и реабилитации заикающихся

Современный этап развития взглядов на **проблему заикания** обычно включает в себя рассмотрение психологических компонентов этого заболевания. В комплексную медико-педагогическую систему лечения обязательно включаются психотерапевтические методы, среди которых важное место отводится групповой психотерапии. Актуальным продолжением и развитием вопросов психокоррекции заикания является поиск путей повышения эффективности групповой психотерапии, разработка и применение реабилитационных методов воздействия.

Заикание является одним из терапевтически резистентных, т.е. устойчивых, видов речевой патологии. Опыт работы многих специалистов говорит о неустойчивости результатов лечения, так как наряду с речевыми нарушениями имеется определенная степень дезорганизации отношений личности. Предложенная В.М. Шкловским клинико-патогенетическая классификация **больных с заиканием** показывает, что чем в большей мере в картине заикания отмечается взаимосвязь речевых и личностных нарушений, тем более существенную роль в системе лечения и профилактики рецидивов болезни играет патогенетически обоснованная психотерапия. Заикание у большинства взрослых является системным речедвигательным неврозом и включает: нейромоторное расстройство речи – заикание; логофобию, невротические нарушения, то есть субдепрессивное настроение, тревожность, связанные с сознанием собственной речевой неполноценности; астенические формы реагирования, то есть повышенную чувствительность, ранимость, чувство неполноценности, ущемленности, заниженную самооценку и т.д.

Опираясь на данное определение, специалисты могут прогнозировать результаты лечения, планировать лечение, делать определенные акценты в работе, осуществлять индивидуальный подход, формировать группы, добиваться большей эффективности в деле социальной адаптации и реабилитации больных с заиканием.

Заикающиеся подростки и взрослые в течение полутора месяцев проходят интенсивный курс лечения в дневном стационаре, затем в течение двух месяцев посещают в вечерние часы группу поддерживающей терапии в целях закрепления результатов лечения в дневном стационаре.

Почти девять десятых пациентов составляют больные, имеющие тяжелую декомпенсацию за счет выраженности невротического компонента. Это пациенты, переоценивающие тяжесть заикания, имеющие высокий уровень тревожности, наиболее глубоко и остро переживающие свою болезнь, склонные только **заиканием** объяснять все свои жизненные проблемы. Они чрезвычайно зависимы от специалистов.

У пациентов, переоценивающих тяжесть своего заболевания, обычно низкий уровень психологической защиты. В отношении заикания выявляется яркая фиксация на нем, сопровождаемая выраженными невротическими нарушениями, коррекция которых и должна доминировать, с параллельно действующей коррекцией защитных механизмов. Следовательно, патогенетическая и групповая психотерапия должна быть направлена на достижение осознания личностного компонента этой системы и интеграцию этой системы на сознательном уровне.

Литературные данные показывают, что у заикающихся нарушена деятельность общения. При заикании наблюдается изменение смысловой системы связей личности. Общение теряет функцию взаимодействия, не устанавливается обратная связь. Заикание может усиливаться в зависимости от эмоционального состояния, особенностей восприятия ситуации и объекта общения, оценки себя в глазах собеседника и т.д. При наличии положительных эмоций **выраженность заикания** может значительно снижаться, при появлении отрицательного эмоционального фона – усугубляться. Наличием речевого дефекта определяется собственная позиция заикающегося, оценка себя, своих возможностей. При **заикании** вся коммуникативная система связана с **дефектом речи**.

Интерактивная и перцептивная стороны общения развиваются неполноценно, страдают от личностных особенностей. Сужается опыт общения. Заикающийся сознательно выбирает позицию, компенсирующую дефект речи. Отсутствует точное понимание партнера, ухудшается психологическая согласованность действий сторон, возникает взаимная неудовлетворенность отношениями. Обмен информацией носит суженный характер.

В беседе заикающийся больше занят передачей собственных мыслей, чем восприятием сообщения собеседника, а настоящее общение возникает только тогда, когда слушают с пониманием. Для этого надо смотреть на высказываемые идеи и отношения с точки зрения другого человека, чувствовать, что это значит для него, вставать на его позицию относительно того, о чем он говорит. К. Роджерс называет процесс полноценного общения сопереживающим пониманием. При заикании сопереживающее понимание практически не устанавливается. Это приводит к изменению коммуникативных процессов, нарушает формирование образа другого человека, то есть страдает социальная перцепция. Эмоциональное состояние также влияет на восприятие партнера.

Из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что **коррекционные занятия** в группе поддерживающей терапии прежде всего должны быть направлены на изменение мотивационной стороны общения, повышение активности, адекватности эмоциональной оценки себя и других, изменение позиций личности в процессе общения, расширение невербальных форм коммуникации, коммуникативной и перцептивной сторон общения, изменение смысловой системы связей с окружающим миром.

Общая задача психотерапии состоит в преодолении нарушений общения. К. Роджерс писал, что хорошее, свободное внутриличностное и межличностное общение всегда имеет психотерапевтический эффект.

Далее предлагаются различные варианты групповых коррекционных занятий со взрослыми заикающимися в целях их скорейшей адаптации и реабилитации в процессе курса логотерапии в лечебном учреждении.