

**Конфликт интересов.** авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Концептуализация – Тарджибаева С.К.; методология – Досжанова Г.Н., Кожамкулов О.М., Тарджибаева С.К.; проверка – Досжанова Г.Н.; формальный анализ – Тарджибаева С.К., Досжанова Г.Н и Кожамкулов О.М., Оразалиева А.Е.; написание (оригинальная черновая подготовка) – Тарджибаева С.К., Оразалиева А.Е.; написание (обзор и редактирование) – Тарджибаева С.К., Оразалиева А.Е. Все авторы прочитали, согласились с окончательной версией рукописи и подписали форму передачи авторских прав.

**Список литературы:**

1. Batrymbetova S. A. Sravnitel'nyy analiz zabolevayemosti studentov s vremennoy utratoy trudosposobnosti po godam i nozologicheskim formam zabolevaniy // Gigiyena truda i meditsinskaya ekologiya. 2011. № 2 (31). S. 50-53.
2. Informatsionnaya byulleten' po issledovaniyu GATS v Kazakhstane 2019. Pdf-fayl. [ot 2019 goda]. Dostupno po ssylke: URL: [https://hls.kz/uploads/scientific-facts/rus/GATS-KAZ-2019\\_FS\\_RUS\\_02DEC2020.pdf](https://hls.kz/uploads/scientific-facts/rus/GATS-KAZ-2019_FS_RUS_02DEC2020.pdf).
3. Natsional'nyy doklad «Molodezh' Kazakhstana». Pdf-fayl. [ot 2022 goda]. Dostupno po ssylke URL: <https://eljastary.kz/upload/iblock/200/ss0ch6z94jqzeuwr3c51108sflizdngb.pdf>
4. Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhenii Kontseptsii gosudarstvennoy molodezhnoy politiki Respubliki Kazakhstan na 2023 - 2029 gody: ot 28 marta 2023 goda №247; Dostupno po ssylke: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2300000247>
5. MZ RK, NTSOZ Natsional'nyy otchet «Dolya grazhdan Kazakhstana, vedushchikh zdorovyy obraz zhizni» (Rezultaty sotsiologicheskogo issledovaniya – 2021 g.) Pdf-fayl. Dostupno po ssylke URL: <https://hls.kz/ru/publications-ru>
6. Timoshenko K. T., Nikolenko V. N., Minnybaev T. Sh., Nikityuk D. B., Klochkova S. V. Antropometricheskie pokazateli studentov yunosheskogo vozrasta na nachal'nom etape obucheniya v vuze // ZNiSO. 2016. №6 (279). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/antropometricheskie-pokazateli-studentov-yunosheskogo-vozrasta-na-nachalnom-etape-obucheniya-v-vuze>
7. Rakhmanov R.S., Bogomolova E.S., Olyushina E.A., Piskarev Yu.G., Tsaryapkin E.V., Khayrov R.Sh., Kalyuzhny E.A. Otsenka fizicheskogo zdorov'ya studentov-medikov vpusknogo kursa i molodykh vrachey. Zdorov'ye naseleniya i sreda obitaniya – ZNiSO. 2023;31(4):70-76. <https://doi.org/10.35627/2219-5238/2023-31-4-70-76-pokazateli-studentov-yunosheskogo-vozrasta-na-nachalnom-etape-obucheniya-v-vuze>
8. Ivanov A.A., Petrov B.B. Fizicheskaya kul'tura i sport: problemy i perspektivy. – Surgut: Izd-vo Surgutskogo gosudarstvennogo universiteta, 2024. – S. 45.
9. Katashinskaya Lyudmila Ivanovna, Gubanova Larisa Vasilyevna Fizicheskoye razvitie i funktsional'noye sostoyaniye kardiorespiratornoy sistemy u studentov yunoshey i devushek goroda Ishima // Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra RAN. 2014. №5-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fizicheskoe-razvitie-i-funktsionalnoe-sostoyanie-kardiorespiratornoy-sistemy-u-studentov-yunoshey-i-devushek-goroda-ishima>.
10. European Journal of Clinical Nutrition. (2018). "Effects of underweight on physical fitness and health outcomes in college students." [DOI: 10.1038/s41430-018-0296-1].
11. Journal of Physical Activity and Health. (2021). "Gender differences in physical activity and health outcomes among university students." [DOI: 10.1123/jpah.2020-0187].
12. Journal of Adolescent Health. (2019). "Impact of academic stress on health and physical activity among students." [DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.04.010].

УДК 616.89-008.434.35-053.7

**ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ СТАТУСТАҒЫ МАЗАСЫЗДЫҚ ДЕҢГЕЙІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ  
КЕКЕШТІГІ БАР ЖАСӨСПІМДЕРДІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-КОММУНИКАТИВТІК  
ДАҒДЫЛАРЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

**Шевцова Е.В.<sup>1</sup>, Кулешова Е.В.<sup>2</sup>, Тарасова Л.А.<sup>3</sup>, Алтынбекова А.Т.<sup>4</sup>,  
Искулова А.Е.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Мәскеу психоанализ институты, Мәскеу, Ресей, [eshvcova@mail.ru](mailto:eshvcova@mail.ru)

<sup>2</sup>Мәскеу психоанализ институты, Мәскеу, Ресей, [kuleshova.ella@mail.ru](mailto:kuleshova.ella@mail.ru)

<sup>3</sup> Федералдық мемлекеттік бюджеттік мекеме атындағы Ұлттық медициналық-хирургиялық орталық, Н.И. Пирогов; «Медициналық технологиялар институты» ЖШС, Мәскеу, Ресей, [Lidiya-tarasova@mail.ru](mailto:Lidiya-tarasova@mail.ru)

<sup>4</sup> Астана қ. "балаларды оңалтудың Ұлттық орталығы" КЕАҚ медициналық бөлімі бойынша басқарма төрағасының орынбасары, неврология және клиникалық генетика кафедрасының аспиранты. А. М. Мурзулиев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы. И. К. Ахунбаева, Бішкек қ., email: [Ai.altyn@nccr.kz](mailto:Ai.altyn@nccr.kz)

<sup>5</sup> "Ұлттық балаларды оңалту орталығы" КЕАҚ дене шынықтыру медицинасы және оңалту бөлімінің меңгерушісі, Астана қ., Қазақстан, [ac.ickylova@nccr.kz](mailto:ac.ickylova@nccr.kz)

**Түйіндеме. Зерттеудің мақсаты.** Мақала кекештенуден зардап шегетін жасөспірімдердің психологиялық ерекшеліктерін зерттеуге арналған.

**Әдістері.** Кекештердің әлеуметтік-коммуникативті дағдыларын зерттеудің заманауи теориялық тәсілдерін, сондай-ақ олардың пациенттердің осы санатының жеке дамуына әсерін талдау қарастырылды.

Кекештенуі бар пациенттердің қоршаған адамдармен әлеуметтік-коммуникативті өзара әрекеттесу ерекшеліктерінің өзара байланысын және олардың реактивті және жеке мазасыздығының көрсеткіштерін эксперименттік зерттеу нәтижелері ұсынылған.

**Түйінді сөздер:** кекештенген науқастар, кекештілердің психологиялық ерекшеліктері, әлеуметтік-коммуникативтік дағдылар, жеке және реактивті мазасыздық.

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ПОДРОСТКОВ С ЗАИКАНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ

Шевцова Е.Е.<sup>1</sup>, Кулешова Э.В.<sup>2</sup>, Тарасова Л.А.<sup>3</sup>, Алтынбекова А.Т.<sup>4</sup>,  
Искулова А.Е.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Московский институт психоанализа, г. Москва, Россия, [eshevcova@mail.ru](mailto:eshevcova@mail.ru)

<sup>2</sup> Московский институт психоанализа, г. Москва, Россия, [kuleshova.ella@mail.ru](mailto:kuleshova.ella@mail.ru)

<sup>3</sup> ФГБУ Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова; ООО «Институт медицинских технологий», г. Москва, Россия, [Lidiya-tarasova@mail.ru](mailto:Lidiya-tarasova@mail.ru)

<sup>4</sup> Заместитель председателя правления по медицинской части НАО «Национальный центр детской реабилитации» г.Астана, Казахстан, аспирант кафедры неврологии и клинической генетики им. А.М. Мурзулиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек; email: [Ai.altyn@nccr.kz](mailto:Ai.altyn@nccr.kz)

<sup>5</sup> НАО «Национальный центр детской реабилитации» заведующий отделом физической медицины и реабилитации, г.Астана, Казахстан, [ac.ickylova@nccr.kz](mailto:ac.ickylova@nccr.kz)

**Резюме. Цель исследования.** Статья посвящена изучению психологической специфики подростков, страдающих заиканием.

**Методы.** Рассмотрен анализ современных теоретических подходов к изучению социально-коммуникативных навыков заикающихся, а также их влияния на личностное развитие данной категории пациентов.

**Представлены результаты** экспериментального исследования взаимосвязи особенностей социально-коммуникативного взаимодействия заикающихся пациентов с окружающими людьми и показателями их реактивной и личностной тревожности.

**Ключевые слова:** пациенты с заиканием, психологические особенности заикающихся, социально-коммуникативные навыки, личностная и реактивная тревожность.

## FEATURES OF THE FORMATION OF SOCIAL AND COMMUNICATION SKILLS IN ADOLESCENTS WITH STUTTERING DEPENDING ON THE LEVEL OF ANXIETY IN THE PSYCHOLOGICAL STATUS

Shevtsova E.E.<sup>1</sup>, Kuleshova E.V.<sup>2</sup>, Tarasova L.A.<sup>3</sup>, Altynbekova A.T.<sup>4</sup>,  
Iskulova A.E.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, [echevcova@mail.ru](mailto:echevcova@mail.ru)

<sup>2</sup>Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, [kuleshova.ella@mail.ru](mailto:kuleshova.ella@mail.ru)

<sup>3</sup>FSBI Pirogov National Medical and Surgical Center; LLA "Institute of New Medical Technologies", Moscow, Russia, [Lidiya-tarasova@mail.ru](mailto:Lidiya-tarasova@mail.ru)

<sup>4</sup> Deputy Chairman of the Board for the medical part of the NAO "National Center for Child Rehabilitation" Astana, Kazakhstan, postgraduate student of the Department of Neurology and Clinical Genetics named after A.M. Murzuliev of the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbayev, Bishkek, email: [Ai.altyn@nccr.kz](mailto:Ai.altyn@nccr.kz)

<sup>5</sup> NAO "National Center for Child Rehabilitation" Head of the Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Astana, Kazakhstan, [ac.ickylova@nccr.kz](mailto:ac.ickylova@nccr.kz)

**Resume.** The purpose of the study. The article is devoted to the study of the psychological specifics of adolescents suffering from stuttering.

**Methods.** The analysis of modern theoretical approaches to the study of social and communicative skills of stuttering, as well as their impact on the personal development of this category of patients, is considered.

**The results** of an experimental study of the relationship between the features of social and communicative interaction of stuttering patients with other people and indicators of their reactive and personal anxiety are presented.

**Key words:** patients with stuttering, psychological characteristics of stuttering, social and communication skills, personal and reactive anxiety.

**Корреспондент-автор:** Искулова А.Е., заведующий отделом физической медицины и реабилитации, НАО «Национальный центр детской реабилитации», г. Астана, Казахстан.

Адрес: Туран 36

Контактный телефон: 87754801561

E-mail: [ac.ickylova@nccr.kz](mailto:ac.ickylova@nccr.kz)

## Введение

Изучение особенностей становления личности заикающихся является актуальной проблемой и требует междисциплинарного подхода, рассматривающего данную проблему с точек зрения специальной психологии, неврологии, логопедии и логопсихологии. Исследованию данного вопроса посвящены работы многих авторов современности, которые проводили подробный анализ особенностей речевых нарушений и невротических расстройств у заикающихся пациентов, их соотношение и взаимовлияние в структуре дефекта.

**Цель исследования:** выявить, обобщить и систематизировать данные экспериментального изучения специфики речевого и социально-коммуникативного взаимодействия заикающихся, определить степень влияния речевого дефекта при заикании на формирование эмоциональных и личностных характеристик пациентов данной категории [1].

В научных трудах Л.З. Арутюнян, Н.М. Асатиани, Л.И. Беяковой, Н.А. Власовой, Г.А. Волковой, В.А. Ковшикова, В.П. Мерзляковой, Л.Я. Миссуловин, Ю.Б. Некрасовой, Е.Ю. Рау, В.И. Селиверстова, В.М. Шкловского и др. отмечается вторичный характер личностных изменений у заикающихся, что объясняется длительной дисфункцией коммуникативной сферы пациентов данной категории, в результате чего происходят негативные изменения в социальном взаимодействии с окружающими людьми, возникают лабильные негативно окрашенные эмоциональные реакции и психологические изменения, манифестация которых усиливает их дезадаптацию в обществе. В работах Э. Фрешельс отмечается, что в структуре заикания выявляются не только вариативные многогранные физические симптомы и психологические проявления, но и патологические психологические установки: устойчивый негативизм эмоциональных переживаний, навязчивые страхи (логофобии и скоптофобии), деструктивные мысли, которые влекут за собой формирование деструктивных тревожно-мнительных черт характера и, как следствие, личностную деформацию [2].

В научных работах многих авторов отмечается, что негативные психологические переживания приводят к травматизации личности заикающегося и формированию патологических субъективных черт характера (И.С. Авербух, О.Г. Архипова, В.А. Гиляровский, Н.И. Жинкин, В.С. Кочергина, М.С. Лебединский, С.С. Ляпидевский, И.П. Тяпугин, М.Е. Хватцев, Ю.А. Флоренская и др.) [3].

В работах Г.А. Волковой заикание рассматривается как сложное речевое расстройство, речевая и неречевая (психологическая) симптоматика которого возникает вследствие дизонтогенеза

психических функций и дисгармоничного развития личности в целом и негативно влияет на возможности речевого общения пациентов, деформируя их межличностные контакты с окружающими. В.И. Селиверстов в своих работах отмечал, что ведущим фактором, формирующим патологические личностные черты у заикающихся, является их фиксированность на собственном речевом дефекте, что накладывает негативный отпечаток на межличностное и социальное взаимодействие пациентов с окружающими и создаёт дополнительные трудности реализации общения с ними [4]. Кроме того, в трудах автора отмечается, что предыдущий негативный коммуникативный опыт заикающихся усугубляет их субъективные представления о качестве собственной речи, положении в социуме, что приводит к формированию патологической установки при реализации экспрессивного высказывания пациентов и увеличению речевой симптоматики заикания [5].

В научных трудах представителей клинко-педагогического направления изучения речевых патологий указывается на вариативность негативных личностных особенностей при разных клинических формах заикания (Н.М. Асатиани, Л.И. Белякова, Т.А. Болдырева, Н.А. Власова, В.Г. Казаков, Ю.А. Флоренская и др.). В работах В.Г. Казакова отмечается, что для заикающихся характерны разнообразные патологические психологические особенности, проявляющиеся в аффективных нарушениях (логофобии, скоптофобии, субдепрессивных состояниях и т.д.), которые с течением времени могут занимать доминирующую позицию в общей клинической картине данной речевой патологии и реализовываться в виде патологического психологического реагирования на необходимость вступления в коммуникативную ситуацию [6].

В трудах В.М. Шкловского указывается, что у взрослых заикающихся вторичные (психологические) расстройства занимают доминирующую позицию над первичными (речевыми), что свидетельствует о подтверждении позиции В.Н. Мясищева о том, что невроз стоит рассматривать как «болезнь личности». В своих работах автор предлагает классификацию заикающихся, основанную на критериях степени дезорганизации социальных взаимоотношений с окружающим миром и уровня искажения социальной активности [7,8].

В научных работах А.Б. Хавина специфические личностные особенности заикающихся рассматриваются с позиций учета сложностей социальной адаптации, а также степени выраженности социальных взаимоотношений [9]. Автор отмечал, что субъективные патологические деформации психики пациентов с заиканием влекут за собой формирование негативного настроения лиц с данным речевым дефектом, что приводит к возникновению низких субъективных ожиданий от получаемого лечения и настроенности на отсутствие эффекта от него [10].

Е.Ю. Рау, рассматривая заикание в рамках данного подхода, в своих трудах представил подробное описание методики психотренинга, применяющейся для пациентов с данной речевой патологией во фрустрирующих коммуникативных ситуациях. Таким образом, подробное изучение и анализ научных данных по обозначенной проблеме позволяет констатировать, что речевые дефекты у заикающихся препятствуют их полноценной и эффективной коммуникации и вызывают формирование специфических патологических психологических и личностных изменений, приводящих к их дезадаптации в социуме [11].

Симптомокомплекс заикания у подростков и взрослых является достаточно сложным и стойким к коррекционной работе, что обусловлено длительной хронификацией речевых и неречевых проявлений, рецидивирующим типом течения, а также формированием вторичных психических наслоений, влекущих за собой деформацию социального взаимодействия и межличностных отношений. Острую актуальность и необходимость дальнейшего углубленного системного психолого-педагогического изучения заикающихся подростков и взрослых подчёркивают сочетанность патологических психологических черт лиц с данной речевой патологией, а также низкие показатели их мотивационной сферы, снижающие эффективность проводимой с ними коррекционной работы [12]. Наряду с реализацией коррекционных мер, направленных на преодоление заикания у подростков и взрослых, следует уделять внимание и формированию у пациентов стойкой мотивации к излечению, которая включает в себя их субъективное желание преодолеть данную речевую патологию, развитие волевых качеств, нацеленность на каждодневную, длительную работу над речевыми, психологическими и личностными патологическими проявлениями, сознательное приложение усилий к повышению качества собственной речи и преодоления трудностей, возникающих в ходе коррекционной работы [13].

#### **Материалы и методы исследования**

Экспериментальное исследование проводилось на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации. Для участия в исследовании были выбраны 79 заикающихся пациентов 12-19 лет с логоневрозом разной степени выраженности: тяжелая степень – 15 пациентов (16,18%), умеренная

степень – 34 пациентов (45,59%), лёгкая степень – 30 пациентов (37,97%). 47 участников исследования получали коррекционную помощь в условиях стационара, 32 участника исследования – в условиях диспансерного наблюдения [14].

**Обсуждение результатов**

Комплексное изучение участников исследования включало логопедическое и психологическое обследование и имело своей целью выявление субъективного симптомокомплекса течения заикания у пациентов 12-19 лет, а также их взаимосвязь с их социально-психологическими показателями, а также особенностями их коммуникативного и социального взаимодействия с окружающими людьми [15].

1. Изучение анамнестических данных участников исследования позволило констатировать, что у 10,31% из них (10 пациентов) отмечается наследственная отягощенность по прямой или косвенной линии. В 89,69% случаев (69 пациентов) не наблюдалось заикания или иных нарушений темпоритмической стороны речи (в том числе ускоренной) в ряде поколений. В анамнезе 51,89% участников исследования (41 пациент) был выявлен факт тяжёлого протекания родов с осложнениями в виде асфиксии. Дальнейшее развитие данной группы пациентов проходило в рамках возрастных норм, но в возрасте 3-5 лет отмечалась манифестация заикания. У 6,33% участников исследования (5 пациентов) конкретизировать этиологические факторы (предрасполагающие или вызывающие) заикания не удалось, хотя при этом также отмечалось внезапное или постепенное его возникновение. У 15,19% участников исследования (12 пациентов) возникновение заикания предварительно сопровождалось сильными негативными психогенными реакциями (испуг, конфликтные состояния) [16].

Таблица 1 – Сравнительный анализ показателей выраженности заикания у участников исследования

Группы заикающихся пациентов ЦПРиН	Распределение пациентов на группы по степени выраженности заикания			Достоверность различий ( $\chi^2$ )
	Тяжелая	Умеренная	Легкая	
Пациенты диспансерного отделения (Всего 32 чел.)	4 чел. 5,06% <b>12,50%</b>	16 чел. 20,26% <b>50,00%</b>	12 чел. 15,19% <b>37,50%</b>	$\chi^2 = 5,991$ при $p < 0.05$
Пациенты стационарного отделения (Всего 47 чел.)	11 чел. 13,93% <b>23,40%</b>	18 чел. 22,78% <b>38,29%</b>	18 чел. 22,78% <b>38,29%</b>	
<b>Всего (79 человек)</b>	15 чел. <b>18,99%</b>	34 чел. <b>43,04%</b>	30 чел. <b>37,97%</b>	

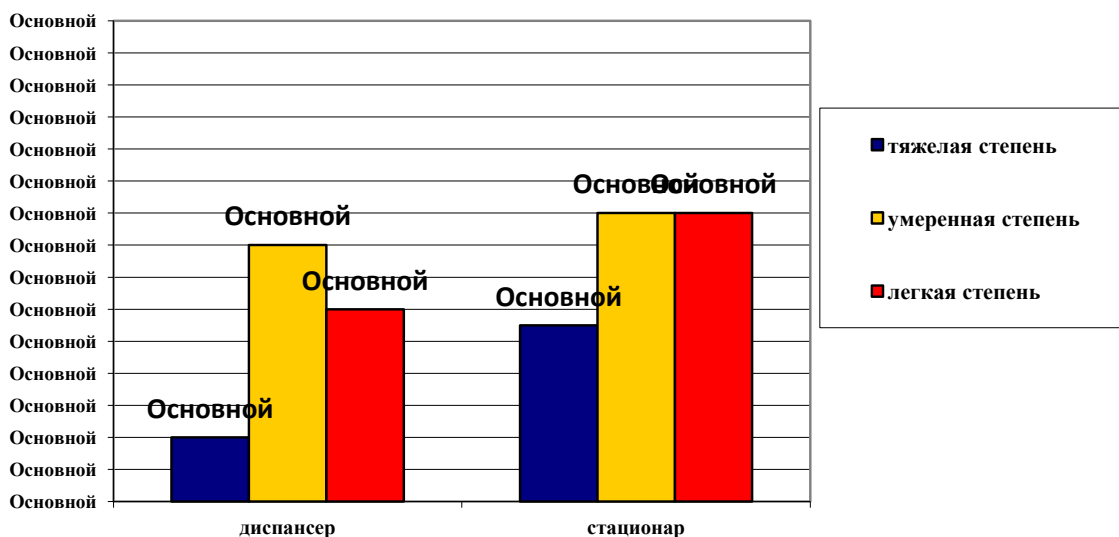


Рисунок 1. Сравнительный анализ степени выраженности заикания у пациентов диспансерного и стационарного отделений

Анализ результатов таблицы 1 и рисунка 1 позволяет констатировать, что среди участников исследования преобладают пациенты с умеренной (43,04%) и лёгкой (37,97%) степенью выраженности заикания, при этом пациентов с тяжёлой степенью заикания меньше всего (18,99%). Статистический

анализ полученных результатов в группах диспансерного и стационарного наблюдения показал отсутствие достоверных различий между показателями выраженности заикания в обеих группах ( $\chi^2 = 5,991$  при  $p < 0.05$ ). Данные выводы позволили определить пациентов стационарного отделения в экспериментальную группу, а группа пациентов диспансерного наблюдения в группу сравнительного анализа.

2. *Обследовании эмоционально-волевой сферы* участников исследования позволило констатировать наличие патологических черт, выраженных в большей или меньшей степени у всех пациентов, а именно: высокой субъективной тревожности, низкой уверенности в себе, высокая истощаемость и утомляемость в процессе деятельности, резкое снижение работоспособности в коммуникативных ситуациях, вегетативные нарушения (у 100% испытуемых).

Анализ результатов логопедического обследования позволил констатировать, что речевая симптоматика у всех участников достаточно вариативна как по сочетанности речевых дефектов, так и по их степени выраженности, что следует в обязательном порядке учитывать при планировании, организации и реализации комплексной коррекционной работы с ними [17].



Рисунок 2. Средние показатели выраженности страха речи в различных коммуникативных ситуациях у пациентов с разной степенью выраженности заикания

Анализ результатов интегральной оценки логофобии (страха речи) и степени выраженности проявлений заикания в ситуациях социального взаимодействия, позволил констатировать значительные расхождения данных показателей в группах пациентов.



Рисунок 3. Средние показатели выраженности заикания в ситуациях социального взаимодействия у пациентов с разной степенью выраженности заикания

Анализ полученных результатов позволил определить общие закономерности взаимосвязи логофобии, скоптофобии, проявления речевых дефектов и ситуаций социального взаимодействия (например, уменьшение их выраженности при снижении эмоциональной и речевой нагрузки в условиях коммуникации с близкими людьми, членами семьи, знакомыми, в период заболеваний и т.д.), а также специфические аспекты логофобии и скоптофобии в разных социальных и коммуникативных ситуациях. Результаты проведенного логопедического обследования участников исследования в дальнейшем были сопоставлены с субъективными особенностями их коммуникативной, эмоциональной, личностной и социальной сфер [18].

3. Изучение социально-коммуникативной сферы участников исследования позволило констатировать наличие патологических психологических механизмов, негативно влияющих на организацию коммуникативного взаимодействия пациентов с заиканием в разных социальных ситуациях межличностного общения.

В таблице 2 и на рисунке 4 отражены результаты участников исследования, полученные по Методике оценки коммуникативных и организаторских склонностей (КОС-1) (Синявский В.В., Федоришин Б.А., 1980).

Таблица 2 – Оценка коммуникативных способностей пациентов с заиканием

К	оценка	уровень	пациенты с диагнозом "Логоневроз (заикание), выраженный в тяжелой степени"		пациенты с диагнозом "Логоневроз (заикание), выраженный в умеренной степени"		пациенты с диагнозом "Логоневроз (заикание), выраженный в легкой степени"	
			дисп. 4 чел	стац. 11 чел	дисп. 16 чел	стац. 18 чел	дисп. 12 чел	стац. 18 чел
0,1 – 0,45	1	низкий	9 чел. – 11,39%		2 чел. – 2,53%		-	
			<b>60,00%</b>		<b>5,88%</b>			
			3 чел. 20,00%	6 чел. 40,00%	1 чел. 2,94%	1 чел. 2,94%		
	2		6 чел. – 7,59%		16 чел. – 20,25%		14 чел. – 17,72%	

0,46 – 0,55		ниже среднего	<b>40,00%</b>		<b>47,06%</b>		<b>46,67%</b>	
			1 чел. 6,67%	5 чел. 33,33%	8 чел. 23,53%	8 чел. 23,53%	6 чел. 20,00%	8 чел. 26,67%
0,56 – 0,65	3	средний	-		16 чел. – 20,25% <b>47,06%</b>		10 чел. – 12,66% <b>33,33%</b>	
			-		7 чел. 20,59%	9 чел. 26,47%	4 чел. 13,33%	6 чел. 20,00%
0,66 – 0,75	4	выше среднего	-		-		6 чел. – 7,59% <b>20,00%</b>	
			-		-		2 чел. 6,67%	4 чел. 13,33%
0,76 – 1	5	высокий	-		-		-	
			-		-		-	
Всего:			15 чел.		34 чел.		30 чел.	

Результаты, представленные выше, позволяют констатировать наличие положительной корреляции между степенью выраженности заикания и коммуникативными возможностями пациентов с данной речевой патологией. Так, пациенты, относящиеся к группе с тяжелой степенью выраженности заикания, не обладают средними и высокими показателями коммуникативных возможностей. 60,00% участников данной группы имеют низкий уровень готовности к коммуникативному взаимодействию, у оставшихся 40% отмечаются показатели данной способности, соответствующие уровню ниже среднего. Пациенты, относящиеся к группе с умеренно выраженным заиканием, показали несколько иные результаты, а именно: 2,53% имеют низкий уровень готовности к коммуникативному взаимодействию, 47,06% – уровень ниже среднего, 20,25% – средний уровень коммуникативных способностей. Среди пациентов данной группы также не было выявлено ни одного человека, обладающего высокими показателями к коммуникации с окружающими.

Пациенты, относящиеся к группе с логоневрозом лёгкой степени, показали следующие результаты: 46,67% имеют уровень готовности к коммуникативному взаимодействию в рамках ниже среднего, 33,33% – средний уровень коммуникативных способностей, в 20% случаев отмечалась готовность к коммуникативному взаимодействию, относящаяся к уровню выше среднего [19].

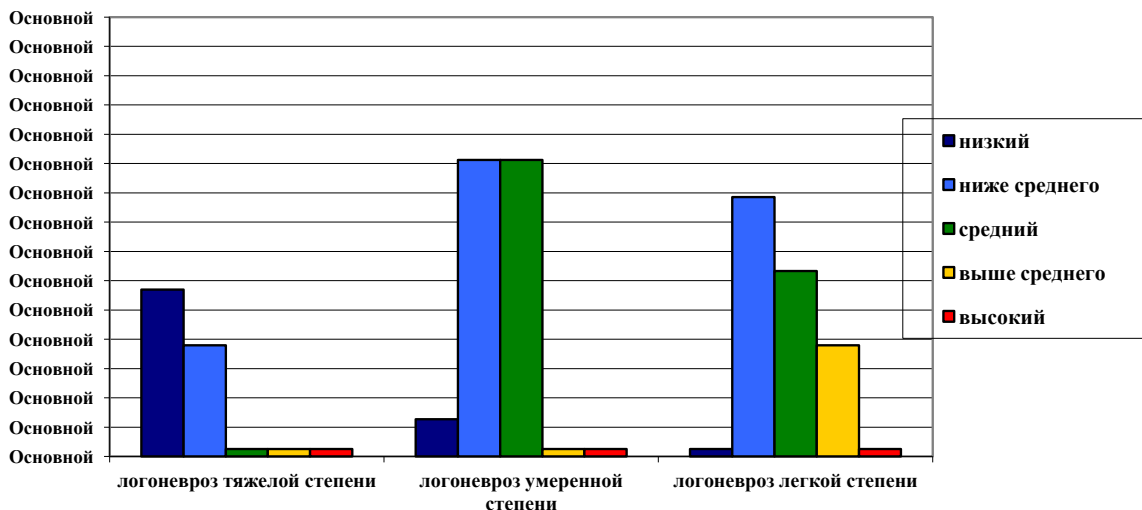


Рисунок 4. Результаты изучения коммуникативных способностей пациентов с заиканием

Результаты исследования представлений участников исследования о трудных партнерах в различных ролевых позициях, проведенного с помощью опросника «Социально-психологические характеристики субъекта затрудненного общения» (В.А. Лабунская, 2001), позволили констатировать наиболее типичные (устойчивые) сложности коммуникативного взаимодействия пациентов с заиканием, субъективные представления о партнерах затрудненного общения, а также вариативные ролевые изменения субъектов коммуникативной ситуации.

Таблица 3 – Сравнение сложностей, возникающих в коммуникативных ситуациях пациентов с заиканием

Субъективная оценка причин затруднения социальной коммуникации		пациенты с диагнозом "Логоневроз (заикание), выраженный в тяжелой степени"	пациенты с диагнозом "Логоневроз (заикание), выраженный в умеренной степени"	пациенты с диагнозом "Логоневроз (заикание), выраженный в легкой степени"
		15 чел.	34 чел.	30 чел.
ЭР	Экспрессивно-речевые особенности партнеров	8 чел. 10,13% <b>53,33%</b>	11 чел. 13,92% <b>32,35%</b>	5 чел. 6,33% <b>16,67%</b>
СП	Социально-перцептивные особенности партнеров	15 чел. 18,99% <b>100,00%</b>	18 чел. 22,78% <b>52,94%</b>	6 чел. 7,59% <b>20,00%</b>
ОО	Отношения, обращения партнеров друг к другу	15 чел. 18,99% <b>100,00%</b>	28 чел. 35,44% <b>82,35%</b>	16 чел. 20,25% <b>53,33%</b>
НВ	Умения и навыки организации взаимодействия	3 чел. 3,79% <b>20,00%</b>	9 чел. 11,39% <b>26,47%</b>	3 чел. 3,79% <b>10,00%</b>
УО	Условия общения	15 чел. 18,99% <b>100,00%</b>	31 чел. 39,24% <b>91,18%</b>	21 чел. 26,58% <b>70,00%</b>

4. Оценка уровня тревожности участников исследования проводилась с помощью методики «Шкала ситуативной (реактивной) тревожности» (Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина). В рамках исследования данного показателя пациентам с заиканием предлагались 40 вопросов, позволяющих выявить показатели их реактивной тревожности в момент обследования (как ситуативного реагирования на процесс обследования), а также личностной тревожности (как устойчивой субъективной характеристики). Для статистических расчётов использовались непараметрические критерии: F-критерий Фишера, U-критерий Манна-Уитни. Оценка уровня реактивной (ситуативной) тревожности по данной методике позволила констатировать, что для большинства участников исследования характерен высокий уровень данного параметра. При этом показатели личностной тревожности обнаруживались среди пациентов с логоневрозом умеренной и выраженной степени [20].

Кроме того, результаты, полученные по данной методике, выявили высокого уровня социальной тревожности и скоптофобии (страха негативной оценки их речи окружающими), превышающей в несколько раз нормативные показатели. У большинства участников исследования в процессе коммуникативного взаимодействия наблюдался выраженный страх получить негативную оценку качества собственной речи собеседником, использование избегающих стратегий в ситуациях социального взаимодействия, тяжёлые негативные переживания по поводу критичных замечаний окружающих о качестве их речи, патологическая заикленность на отвержение и неприятие со стороны собеседника [21].

В научных работах авторов когнитивной модели социальной тревоги отмечается, что данные патологические убеждения пациентов с заиканием, обладающих высоким уровнем социальной тревожности, указывают на наличие завышенных субъективных стандартов у данной категории лиц («я должен говорить уверенно и интересно»), а также устойчивых патологических субъективных представлений о самом себе («я неполноценный», «я неинтересный», «у меня не получится») [22].

Подобные патологические паттерны активно включаются пациентами с заиканием при необходимости коммуникативного и социального взаимодействия, значительно снижая его эффективность и нацеленность на него лиц данной категории. Подобная патологическая избирательная фокусировка и заикленность на субъективных переживаниях пациентов с заиканием, застревание на негативных субъективных ощущениях и размышлениях перекрывают реальное восприятие

действительности и оказывают негативное влияние на качество коммуникативного и социального взаимодействия заикающихся. Восприятие через призму ожидания негативной реакции со стороны окружающих на речевые дефекты пациентов с заиканием приводит к росту их социальной тревожности, ожиданию социальной изоляции, разбалансировке речевой деятельности, а также добровольному отказу от коммуникативного взаимодействия [23].

Результаты проведённого исследования позволили определить, что личностная тревожность пациентов с заиканием проявляется в патологическом искажении восприятия большинства коммуникативных и социальных ситуаций как угрожающих, что приводит к нарастанию чувства тревоги. Показатели реактивной тревожности данной категории пациентов характеризуются постоянным нарастанием беспокойства, психологической напряжённости, нервозности, приводя к дисфункциям внимания, а в случае чрезмерно высоких показателей – к нарушениям тонкой координации. При этом крайне завышенные показатели личностной тревожности оказываются в прямо пропорциональной зависимости от эмоциональных и невротических срывов, сопутствующих психосоматических заболеваний, а также наличия невротического конфликта [24].

*Подробный анализ результатов проведённого исследования позволил констатировать, что у всех участников отмечается сочетанная симптоматика ВКРН, проявляющаяся в вариативных соотношениях признаков, характерных для 2-3 типов отношения к собственному речевому дефекту.*

Для выявления специфических особенностей внутренней картины собственного речевого дефекта заикающихся пациентов применялась методика «ТОБОЛ».

Результаты исследования по данной методике позволили констатировать четыре уровня осознания, на которых у заикающихся происходит принятие собственной речевой патологии:

– чувствительный уровень, объединяющий в себе вариативные болезненные ощущения (чувство сдавленности, спазмы разной локализации, усиление субъективных вегетативных реакций) и обусловленный им дискомфорт;

– эмоциональный, объединяющий в себе субъективные переживания по поводу производимого заикающимся и его речевыми недостатками впечатления на собеседника и окружающих людей, а также патологические мысли, вызванные коммуникативной и социальной ситуацией;

– интеллектуальный уровень, объединяющий в себе полученную заикающимся из научной литературы, консультативных бесед со специалистами информацию о своём речевом недуге, реальной степени тяжести его проявлений, а также прогнозе эффективности получаемого лечения;

– мотивационный уровень, объединяющий в себе субъективные мотивационные и волевые параметры заикающегося, его нацеленность на преодоление собственного речевого недостатка, выбор коммуникативных, поведенческих и социальных стратегий в различных ситуациях межличностного взаимодействия [25].

У пациентов с заиканием ярко прослеживается наличие патологической фиксации на собственном речевом дефекте, приводящая к возникновению страха социального и коммуникативного взаимодействия, что обуславливается устойчивым страхом оказаться объектом пристального внимания со стороны окружающих в процессе межличностного взаимодействия (особенно в ситуациях небольших коммуникативных групп), а также с ожиданием негативной оценки качества их речевой деятельности со стороны собеседников.

Выраженность социальных страхов у лиц с заиканием, а также психологических патологических проявлений (повышенной тревоги, нарастающего дискомфорта, страха быть высмеянным за собственные речевые неудачи, применения избегающих тактик в ситуациях социального и коммуникативного взаимодействия, уклонение от межличностного общения со значимыми, авторитетными лицами) имеет прямую взаимосвязь с формами социальной тревожности: от лёгкой (застенчивости) до наиболее тяжёлой (избегающего расстройства личности – социофобии) [26].

Результаты, полученные в ходе данного исследования, коррелируют с данными, представленными в отечественных и зарубежных научных трудах, и констатируют наличие у пациентов с заиканием патологических фобий – устойчивого субъективного страха негативной критики со стороны собеседника, насмешек, отвержения или равнодушия окружающих. Нарастание уровня социальной тревожности и вариативность её проявлений при этом обусловлены ложными субъективными установками заикающегося об агрессивном настрое к нему собеседников и социума в целом, их враждебном отношении к недостаткам речевой деятельности пациента с заиканием, чрезмерной критичности окружающих к качеству их речи. Ожидание негативной оценки собственной речи приводит к использованию пациентами с заиканием патологических неадаптивных форм поведения, с использованием негативных поведенческих, коммуникативных и социальных

конструктов и транслированием невербальных и вербальных сигналов, снижающих эффективность речевой коммуникации заикающихся с окружающими людьми [26.27]. Данные патологические и психологические особенности, проявляемые пациентами с заиканием в рамках коммуникативных и социальных ситуаций, зачастую вызывают негативную реакцию у собеседников и провоцируют ожидаемое отрицательное отношение с их стороны, иногда доходящее до полного отказа от общения с лицами, имеющими данное речевое нарушение. Пациенты с заиканием, столкнувшись с таким ожидаемым отношением, начинают заикливаться на своём речевом дефекте, усугубляя проявления собственных речевых и неречевых симптомов – они отказываются от речевого общения, эмоционально отгораживаются, отстраняются, используют речевые штампы или немногословные фразы, избегают визуального контакта, так как патологически застревают на собственных негативных переживаниях и ожиданиях (L. Iverach, R.M. Rapee, 2014) [27].

Подростки с заиканием обнаруживают высокие показатели в ситуациях, в которых могут получить негативную оценку собственной речевой деятельности, испытывают завышенное беспокойство перед публичными выступлениями, которые могут привести к насмешкам со стороны сверстников. Заикающиеся с высокими показателями социальной тревожности патологически застревают на собственных переживаниях и ожиданиях усиления речевых проявлений своей патологии, что приводит к закономерному усилению проявлений заикания особенно в эмоционально значимых ситуациях, имеющих важное личностное значение [28].

Когнитивные параметры переживания речевой патологии при заикании приводят к усилению вегетативной симптоматики, приводя к дестабилизации работы дыхательной системы, гипервентиляции лёгких, головокружению, одышке, нарушению моторных координаций, усилению судорог различной локализации, тремора конечностей, что приводит к увеличению частоты речевых запинок и усилению их проявлений. В работах отечественных и зарубежных исследователей отмечается, что хронификацию заикания всегда сопровождает нарастание социальной тревожности (Craig A., Tran Y., 2014), а параметры личностной и социальной тревожности являются значимыми прогностическими факторами выраженности и тяжести заикания (Manning W., Beck J.G., 2013)

В работах отечественных учёных отмечаются и описываются специфические проявления логофобии у пациентов с заиканием – чрезмерная мнительность, заикленность на тревожном ожидании негативной оценки со стороны окружающих, пристальное внимание и нацеленность на поиск речевых дефектов заикающихся, патологическая зависимость от мнения собеседника, страх быть отверженным и получить отрицательную критику по поводу собственной речи. Результаты, полученные в текущем исследовании, коррелируют с данными, описанными в своих трудах Л.М. Пастушковой, которая отмечала чрезмерное завышение субъективных требований к собственной речи заикающихся в ситуациях коммуникативного и социального взаимодействия с незнакомыми людьми, настрой данной категории пациентов вести себя непринуждённо и стараться общаться свободно (21% против 7% в группе «нормы»). Также автор указывала на устойчивую патологическую зависимость пациентов с заиканием от положительной оценки их речи собеседником, а также субъективные ожидания показателей симпатии друг к другу (Л.М. Пастушкова, 2011) [29].

Результаты анализа структуры патологических социальных установок пациентов с заиканием, полученные в ходе данного исследования, позволяют констатировать наличие у пациентов с заиканием стойкую зависимость от уровня внешней оценки со стороны окружающих людей и социума в целом, касающейся не только качества их речи, но любого вида деятельности, часто испытывают трудности в принятии решений. Кроме того, для пациентов с данной патологией характерны чрезмерно завышенные требования к собственной внешности, неадекватно высокие ожидания от межличностных отношений, трудовым и иным обязанностям. Схожие данные отмечаются и в некоторых зарубежных исследованиях (B.J. Amster, E.R. Klein, 2008; P.H. Brocklehurst, E. Drake, M. Corley, 2015).

Ситуации социального, коммуникативного и межличностного взаимодействия вызывают у заикающихся пациентов сильные негативные эмоции, дискомфорт, часто сопровождающийся вегетативными реакциями, сильный стресс, что приводит к активному использованию ими патологических поведенческих установок, избегания ситуаций общения, добровольного изолирования от общества и речевых ситуаций. Результаты исследования показали, что для 60% заикающихся характерен высокий уровень социальной тревоги, что в 1,5-3 раза превышает нормативные показатели.

Искажённое восприятие окружающего мира заикающихся приводит к патологическому тягостному ожиданию субъективного несоответствия требованиям окружающих людей к качеству их речи, а также негативной оценки с их стороны. Заикленность на собственных речевых дефектах приводит к чрезмерному патологическому вниманию к собственным речевым дефектам, запинкам, ошибкам, критично относиться к собственным успехам, обесценивая их. Планирование и реализация

собственной деятельности (коммуникативной, трудовой, межличностной и т.д.) у пациентов с заиканием обнаруживает лишь два варианта (так называемое поляризованное мышление): безошибочное, идеальное выполнение, достижение целей малой значимости, которое в силу психологических особенностей лиц данной категории воспринимается как случайная удача, либо сопровождающееся многочисленными ошибками достижение сложных целей, что воспринимается как закономерность и зачастую приводит к полному отказу от деятельности [30].

#### **Выводы**

Таким образом, анализ результатов данного исследования позволяет констатировать у пациентов с заиканием наличие высокой социальной тревожности (страха негативной оценки, общего социального дистресса, применения стратегий избегания коммуникативного и социального взаимодействия), патологических неадаптивных систем социальных субъективных установок (поляризованного мышления, ожидания завышенных требований к собственной речи от окружающих, избирательной заикленности на собственных ошибках и неудачах), что требует организации направленной коррекционно-логопедической работы.

Выявленные трудности и патологические специфические особенности коммуникативного, социального и межличностного взаимодействия пациентов с заиканием требуют применения методов коррекционно-логопедического воздействия. Эффективным способом преодоления трудностей социального общения, позволяющим учесть специфику возникающих социально-коммуникативных трудностей у пациентов с заиканием и дифференцировать коррекционное воздействие, является планомерный тренинг коммуникативного и социального взаимодействия, который организуется в вариативных ситуациях социального взаимодействия, имеющих субъективную эмоциональную значимость, и реализуется в виде функциональных отработок повседневных речевых и поведенческих стратегий [31].

**Конфликт интересов:** У авторов нет конфликта интересов, о котором можно было бы заявить. Все соавторы ознакомились с содержанием рукописи и согласны с ним, и нет финансовой заинтересованности, о которой можно было бы сообщить. Мы подтверждаем, что предоставленная работа является оригинальной и не находится на рассмотрении в каком-либо другом издании.

**Вклад авторов:** Кулешова Э.В. – постановка исследовательской задачи, обоснование методологии исследования, подготовка текста статьи и библиографии; Шевцова Е.Е. – научное руководство; определение приоритетных задач исследования; обзор литературы; организация исследования, сбор и систематизация данных; проведение сравнительного анализа; обобщение результатов исследования; формулировка выводов, обзор российских, казахских и зарубежных исследований по проблеме исследования; Тарасова Л.А. – обзор литературы; сбор и систематизация данных проведение; сравнительного анализа; перевод. Алтынбекова А.Т. и Искулова А.Е. – обзор литературы.

#### **Список литературы:**

1. Гусаров, С.В. Эволюция научных направлений к пониманию заикания в специальной педагогике: перспективы применения современных технических средств как интегративных ИТ-технологий в составе комплексной психолого-педагогической коррекции / С.В. Гусаров // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2016. – №7. – С. 36-43.
2. Гусаров, С.В. Возможности применения акустических способов воздействия при устранении речевой судорожности взрослых, заикающихся / С.В. Гусаров, Е. Ю. Рау // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2017. – № 1 (76). – С. 169 – 175.
3. Гусаров, С.В. Использование современных технических средств коррекции как интегративной технологии в процессе функциональных речевых тренировок с заикающимися взрослыми / С.В. Гусаров, Е. Ю. Рау // Мир науки, культуры, образования. – 2017. – № 2 (63). – С. 15 – 19.
4. Гусаров, С.В. Диагностика и программа психолого-педагогического воздействия на речевые и неречевые проявления заикания у взрослых с применением приложений для смартфонов / С.В. Гусаров // Специальное образование. – 2017. – №4 (48). – С. 72 – 82.
5. Гусаров, С.В. Формирование коммуникативных умений взрослых заикающихся средствами комплекса технических и программных средств в процессе логопсихокоррекции / С.В. Гусаров, Е.Ю. Рау // Мир специальной педагогики и психологии. – 2015 – № 2. – С. 75 – 83.
6. Гусаров, С.В. К проблематике коррекционной работы с заикающимися взрослыми в условиях актуальной речевой коммуникации / С.В. Гусаров // Образование лиц с ограниченными

возможностями здоровья: опыт, проблемы, перспективы: материалы Всероссийской научно-практической конференции 24-25 апреля 2016 г. – Барнаул, 2016. – С. 118 – 121.

7. Гусаров, С.В. Формирование коммуникативных умений взрослых заикающихся в процессе логопсихокоррекции / С.В. Гусаров, Е.Ю. Рау // Мир специальной педагогики и психологии. – 2016. – №4. – С. 113 – 118.

8. Гусаров, С.В. Анализ и перспективы применения технических средств коррекции заикания в общей картине подходов к устранению заикания / С.В. Гусаров // Дефектология как базис инклюзии: материалы Международной научно-практической конференции 15-16 сентября 2016 г. – СПб.: 2016. – С. 63 – 67.

9. Гусаров, С.В. Некоторые вопросы психолого-педагогической работы с заикающимися взрослыми в условиях актуального речевого общения / С.В. Гусаров // Мир специальной педагогики и психологии. – 2017. – № 6. – С. 82 – 88.

10. Гусаров, С.В. Оценка степени выраженности речевых и неречевых проявлений при заикании у взрослых: учеб. -метод. пособие для самостоятельной работы студ. спец. 050715 / С.В. Гусаров, Е.Ю. Рау // Деп. в РАО Копирус – М.: Копирус, 2017. – 10 с.

11. Гусаров, С.В. Исследование проявлений заикания в разных условиях общения: учеб. -метод. пособие для самостоятельной работы студ. спец. 050715 / С.В. Гусаров, Е.Ю. Рау // Деп. в РАО Копирус 28.06.2017, № 017-006478, – М.: Копирус, 2017. – 8 с.

12. Гусаров, С.В. Программа коррекции заикания у взрослых с использованием приложений для смартфона с эффектом ритмизации: учеб. -метод. пособие для самостоятельной работы студ. спец. 050715 / С.В. Гусаров, Е.Ю. Рау // Деп. в РАО Копирус 06.07.2017, № 017-006501, ISBN: 978-5-4472-6571-7. – М.: Копирус, 2017. – 31 с.

13. Миссуловин Л.Я. Заикание и его устранение. – СПб., 1997. – с. 276.

14. Сорокоумова С.Н. Организация инклюзивного обучения в условиях модернизации образования // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2011. Т. 13, №2(3). С. 618-620.

15. Сорокоумова С.Н. Организация психологической помощи в условиях инклюзивного образования // Приволжский научный журнал. 2011. №3. С. 214-218

16. Сорокоумова С.Н. Психологические особенности инклюзивного обучения // Известия Самарского научного центра РАН, 2010. Т.12. С. 132-134.

17. Сорокоумова С.Н., Левченко И.Ю. Комплексный подход к диагностике развития детей раннего и дошкольного возраста: монография. Н. Новгород: НИУ РАНХиГС, 2012. 118 с.

18. Сорокоумова С.Н., Суворова О.В. Методическое и технологическое обеспечение подготовки практических психологов // Великие реки 2012: труды конгресса 14-го Международного научно-промышленного форума: в 2-х томах / ответственный редактор Е.В. Копосов. Н. Новгород, 2013. С. 192-194.

19. Шевцова Е.Е. Основы коррекционной педагогики и коррекционной психологии: заикание. Учебное пособие. Москва: Издательство Юрайт, 2019/ (Серия: Профессиональное образование) – с. 242.

20. Шевцова Е.Е. Применение аппарата АКР-01 «МОНОЛОГ» в комплексной коррекции речи при заикании. // ж. «Российская оториноларингология», 2002 (1, май).

21. Шевцова Е.Е. Заикание. Учебное пособие для академического бакалавриата. Москва: Издательство Юрайт, 2019/ (Серия: Бакалавр. Академический курс) – с. 242.

22. Шкловский В.М., Лукашевич И.П., Мачинская Р.И. и др. Патогенетические механизмы заикания // Неврология и Психиатрия им. С.С. Корсакова. 2000. №4. С.50.

23. Шкловский В. М., Лукашевич И.П., Мачинская Р.И. и др. Патогенетическая классификация заикания // Неврология и Психиатрия им. С.С. Корсакова. 2000. №8. С.67.

24. Шкловский В.М. Заикание. Учебное пособие для академического бакалавриата. Москва: Издательство Юрайт, 2020/ (Серия: Бакалавр. Академический курс) – с. 356.

25. Alm PA. Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: review and analysis with focus on causality. J Fluency Disord. 2014 Jun;40:5-21. doi: 10.1016/j.jfludis.2014.01.004. Epub 2014 Feb 8. PMID: 24929463.

26. Coleman CE. Comprehensive Stuttering Treatment for Adolescents: A Case Study. Lang Speech Hear Serv Sch. 2018 Jan 9;49(1):33-41. doi: 10.1044/2017\_LSHSS-17-0019. PMID: 29322184.

27. Flynn TW, St Louis KO. Changing adolescent attitudes toward stuttering. J Fluency Disord. 2011 Jun;36(2):110-21. doi: 10.1016/j.jfludis.2011.04.002. Epub 2011 Apr 16. PMID: 21664529.

28. Garcia-Barrera MA, Davidow JH. Anticipation in stuttering: A theoretical model of the nature of stutter prediction. *J Fluency Disord.* 2015 Jun;44:1-15. doi: 10.1016/j.jfludis.2015.03.002. Epub 2015 Mar 26. PMID: 25841698.
29. Ladouceur R, Caron C, Caron G. Stuttering severity and treatment outcome. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1989 Mar;20(1):49-56. doi: 10.1016/0005-7916(89)90007-4. PMID: 2768510.
30. Peters HF, Hulstijn W, Van Lieshout PH. Recent developments in speech motor research into stuttering. *Folia Phoniatr Logop.* 2000 Jan-Jun;52(1-3):103-19. doi: 10.1159/000021518. PMID: 10474010.
31. Tichenor S, Yaruss JS. A Phenomenological Analysis of the Experience of Stuttering. *Am J Speech Lang Pathol.* 2018 Oct 19;27(3S):1180-1194. doi: 10.1044/2018\_AJSLP-ODC11-17-0192. PMID: 30347062.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МКФ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ (*тезис*)

Агланбекова М.Б.<sup>1</sup>, Алтынбекова А.Т.<sup>2</sup>, Дарибаев Ж.Р.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Руководитель управления клинической реабилитации НАО «Национальный центр детской реабилитации», Астана, Казахстан.

<sup>2</sup> Заместитель Председателя правления НАО «Национальный центр детской реабилитации», Астана, Казахстан

<sup>3</sup> Эксперт управления клинической реабилитации НАО «Национальный центр детской реабилитации», Астана, Казахстан.

### Актуальность.

Современная реабилитация и, в частности, нейрореабилитация применяет различные методы оценки пациентов и эффективности лечения. Благодаря внедрению международной классификации функционирования в мировой практике, участники всего реабилитационного процесса понимают и говорят по единой, унифицированной системе.

### Цель.

Внедрить и активно применять МКФ в практике нейрореабилитолога.

### Задачи.

Поделиться опытом применения МКФ со специалистами нейрореабилитации.

### Материалы и методы.

С января 2022 года МКФ внедрена в работу мультидисциплинарной команды «Национального центра детской реабилитации». Проводится регулярное обучение всей МДК по работе и дальнейшему внедрению МКФ на конференциях центра. Ежегодно 4200 пациентов оцениваются по критериям МКФ с заключением ШРМ. Разработан протокол работы МКФ. Проводятся выездные курсы по МКФ в регионы и на базе центра (преподаватель: Ph.D, врач невролог Дарибаев Ж.Р.).

Каждый заезд мы проводим заседания мультидисциплинарной команды-командная оценка на 3-5 дни госпитализации и накануне выписки. Каждым специалистом заполняется лист командной оценки, куда вносятся домены в критериях МФК индивидуально на каждого пациента.

### Результаты.

В результате комплексной реабилитации пациентов с церебральным параличом использование инновационных методов реабилитации улучшают качество жизни. Практическое применение МКФ в НЦДР показало ее информативность, позволило объективно оценить динамику показателей здоровья в разных категориях. МКФ — это единый язык для описания показателей и взаимопонимания между членами МДК, удобный и эффективный инструмент определения ШРМ при поступлении и при выписке, и для объективной оценки эффективности реабилитации.

### Выводы.

На сегодняшний день в мировой практике широко МКФ как эффективный инструмент оценки пациентов. План реабилитации на основе МКФ, который включает общий язык, понятный членам команды, пациентам и их семьям, является ценным инструментом в нейрореабилитации. Таким образом, использование МКФ позволило разработать общую структуру для методологии нейрореабилитации, независимо от диагноза или инвалидности.

### Рекомендации

Необходимо активно применять МКФ каждому специалисту нейрореабилитации, используя большой выбор категории доменов. МКФ дает уникальную возможность оценки состояния здоровья пациента в практической практике.