

Нейропсихолог

в реабилитации
и образовании



Она знала главное
и делала главное —
действенно,
безоглядно
любила людей.
*Александр Асмолов
об Антонине Цыганок*

Коллектив авторов

**Нейропсихолог в
реабилитации и образовании**

«Интермедиатор»

2015

УДК 159.922.7(081.2)(093.3)(092)Цыганок А.А.
ББК 88.4я434Цыганок А.А.+88.8я434Цыганок А.А.

Коллектив авторов

Нейропсихолог в реабилитации и образовании / Коллектив авторов — «Интермедиатор», 2015

ISBN 978-5-4212-0306-3

В книгу вошли материалы разнообразной тематики, и это прямое следствие междисциплинарного характера проблем, которыми занималась нейропсихолог А.А. Цыганок. К первому разделу отнесены работы в области афазиологии, посвященные когнитивно-личностным изменениям при поражениях мозга и методам реабилитации речи при афазии. В статьях второго раздела рассматривается широкий круг вопросов помощи детям с нарушениями развития и их семьям, отражающий интересы и направления практической деятельности А.А. Цыганок в период с 1989 по 2007 год. В третьем разделе помещен список основных публикаций. Книгу завершают воспоминания родных, друзей, коллег, которым выпало счастье тесно общаться с Антониной Андреевной Цыганок. Книга адресована широкому кругу читателей, в особенности она будет интересна психологам, педагогам, дефектологам.

УДК 159.922.7(081.2)(093.3)(092)Цыганок А.А.
ББК 88.4я434Цыганок А.А.+88.8я434Цыганок А.А.

ISBN 978-5-4212-0306-3

© Коллектив авторов, 2015
© Интермедиатор, 2015

Содержание

Нейропсихолог в реабилитации и образовании	5
Редакционная группа сборника	7
От редакционной группы	8
Афазиология	11
Когнитивно-личностные изменения при афазии	11
О нарушении понимания слова при разных формах афазии	11
О некоторых аспектах изменения личности при афазии	15
А.А. Цыганок	21
Психофизиологические корреляты распознавания эмоциональных состояний больными с разной топикой поражения больших полушарий мозга	28
Реабилитация речи при афазии	29
Об одном методе групповой реабилитации больных с афазией	29
Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией[1]	34
Глава II. Методы, формы И организация групповых занятий	34
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Нейропсихолог в реабилитации и образовании



Антонина Андреевна Цыганок
1948–2007

Редакционная группа сборника

Асмолов Александр Григорьевич – доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологии личности факультета психологии МГУ, Москва

Ахутина Татьяна Васильевна – доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией нейропсихологии факультета психологии МГУ, Москва

Битова Анна Львовна – дефектолог-логопед, президент РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва

Герасименко Ольга Анатольевна – педагог, член правления РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва

Глозман Жанна Марковна – доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ, Москва

Дименштейн Роман Павлович – педагог, председатель правления РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва

Константинова Ирина Сергеевна – психолог, секретарь Экспертного совета РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва.

Содействие и техническая поддержка

Казарновский-Кроль К.В., Кибрик А.А., Ларикова И.В., Мальгинов Ф.М., Туркельтауб Н.А.

От редакционной группы

Составители и авторы посвящают этот сборник памяти Антонины Андреевны Цыганок.

А.А. Цыганок внесла в теорию и практику комплексной помощи детям с нарушениями развития вклад, который невозможно переоценить. Ее широкая эрудиция в смежных областях знания, интерес к новым идеям и выдающиеся человеческие качества сделали ее одним из ведущих специалистов в этой сфере.

Антонина Андреевна была талантливым ученым, всю жизнь сохранявшим живой интерес к еще не разгаданным тайнам развития и функционирования мозга и к людям, которым она помогала. Она была необыкновенно доброжелательна, даже бережна к коллегам и всегда готова на практике помочь проверке и развитию новых идей. Дело, которым она занималась, ее видение проблем было принципиально междисциплинарным, и высокопрофессиональные консультации Антонины Андреевны и участие в обсуждениях очень ценились коллегами смежных специальностей, от студентов до профессоров.

Вся жизнь А.А. Цыганок связана с факультетом психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Антонина Андреевна окончила университет в 1972 году, но осталась на факультете – сначала в аспирантуре, затем в лаборатории нейропсихологии: лаборантом, младшим, а потом старшим научным сотрудником. Ее работа вначале была посвящена проблемам исследования речи при афазии, и на эту тему в 1984 году она защитила кандидатскую диссертацию. А.А. Цыганок получила и описала новые интересные данные о механизмах понимания речи и их нарушениях при афазии, об особенностях личности больных с афазией, специфике восприятия музыки и эмоциональных состояний. Почти двадцать лет ее жизни были посвящены помощи больным с поражениями мозга, разработке и применению новых методов реабилитации на базе Клиники нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова. Затем научные и практические интересы Антонины Андреевны обратились к детям с отклонениями в развитии.



Доклад в лаборатории нейропсихологии. 1978 г.

Будучи одним из создателей детской нейропсихологии, последние 18 лет А.А. Цыганок успешно разрабатывала теоретические основы, создавала и развивала практику комплексной помощи детям с отклонениями в развитии. Все эти годы она была научным руководителем и Председателем Экспертного совета Центра лечебной педагогики. Под руководством Антонины Андреевны Цыганок реализован на практике междисциплинарный подход, обеспечивающий эффективное взаимодействие профессионалов разных профилей в процессе диагностики и коррекционной помощи детям; показаны уникальные возможности междисципли-

нарной команды специалистов, включающей нейропсихолога, и определены его функции при работе в составе такой команды.

Хотя основным научным и научно-практическим интересом Антонины Андреевны Цыганок всегда оставался нейропсихологический подход к изучению индивидуально-психологических особенностей детей, имеющих проблемы «пограничного» уровня, она принимала постоянное участие в оказании помощи детям с самыми разными проблемами, включая выраженные отклонения в развитии.

А.А. Цыганок руководила реализацией ряда инновационных проектов, нацеленных на отработку основных принципов интеграции детей с проблемами развития и трудностями обучения в образовательной среде обычных сверстников. В рамках этого направления были выделены и изучены типичные группы детей, обучающихся в массовой школе, с точки зрения имеющих у них проблем развития и обучения. На основе нейропсихологического анализа особенностей психической сферы сформулированы рекомендации по обучению детей с различными типами проблем; подготовлены рекомендации по созданию вариативных программ, позволяющих детям с выраженными трудностями постепенно наращивать образовательные возможности, а педагогам осуществлять индивидуализированный подход в рамках общего урока. Под руководством А.А. Цыганок на базе Центра лечебной педагогики отработывалась модель службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией.

Антонина Андреевна Цыганок была научным руководителем первых в стране интегративных детских садов – экспериментальных площадок, созданных Центром лечебной педагогики совместно с московской системой образования, где вместе с обычными детьми воспитываются дети с различными нарушениями развития. В ходе эксперимента показана высокая эффективность корректной реализации интегративного подхода, разработаны принципы формирования смешанных групп, обеспечивающие успешность интеграционного процесса.

Она руководила также рядом проектов, направленных на преодоление интолерантности в семьях таких детей и вокруг них, формирование навыков толерантности и партнерского взаимодействия с другими семьями, окружающим обществом и управленцами государственных структур, укрепление активной жизненной позиции в реализации права ребенка на образование, реабилитацию и интеграцию в обычном социуме.

А.А. Цыганок руководила крупным проектом «Развитие лечебной педагогики в России», в рамках которого поддержано большое число организаций, оказывающих помощь детям с нарушениями развития в различных регионах России и в Украине, проведено обучение специалистов и команд специалистов образовательных и реабилитационных учреждений, а также организаторов образования из многих городов России современным подходам и методам помощи детям с нарушениями развития, проведен ряд межрегиональных семинаров.

Антонина Андреевна Цыганок – автор и соавтор около 100 публикаций, редактор первых пяти выпусков научно-практического сборника «Особый ребенок: исследования и опыт помощи», руководитель многих курсовых и дипломных работ.

Представленный сборник довольно широк по тематике затронутых вопросов, и это прямое следствие междисциплинарного характера проблем, которыми занималась А.А. Цыганок.

К первому разделу отнесены работы в области афазиологии, посвященные когнитивно-личностным изменениям при поражениях мозга и методам реабилитации речи при афазии. Эти работы до настоящего времени не утратили своей актуальности, представленные в текстах результаты исследований и методические рекомендации будут интересны каждому любознательному читателю от студента до практикующего профессионала.



В Центре лечебной педагогики. 1995 г.

В статьях второго раздела рассматривается широкий круг вопросов помощи детям с нарушениями развития и их семьям, отражающий интересы и направления практической деятельности А.А. Цыганок в период с 1989 по 2007 год. Работая на стыке новейшей теории и передовой практики, она оказывала решающее влияние на результаты работы всего Центра лечебной педагогики, на построение системы помощи детям в Центре. Глубокое понимание проблем ребенка и возможных путей их преодоления, обширный клинический опыт и личный опыт помощи детям с самыми разными нарушениями развития обусловили большую практическую ценность публикуемых работ.

В третьем разделе сборника помещен список основных публикаций Антонины Андреевны Цыганок.

Сборник завершают воспоминания родных, друзей и коллег, которым выпало счастье тесно общаться с этим выдающимся ученым и замечательным человеком. Она обладала удивительным даром дружбы и несла тепло и поддержку в жизнь всех, кто с ней соприкасался. О том, каким человеком была А.А. Цыганок, о ее роли в жизни других людей рассказывается в воспоминаниях.

При подготовке работ к печати редакционная группа руководствовалась принципом крайне бережного отношения к текстам, сохраняя оформление иллюстраций, ссылок и списков литературы так, как это было в первоисточниках.

Надеемся, что эта книга будет интересна многим читателям (в том числе психологам, дефектологам, педагогам и другим специалистам) и даст представление о человеке и ученом, уважаемом и любимом всеми, кому посчастливилось с ней общаться...

Афазиология

Когнитивно-личностные изменения при афазии

О нарушении понимания слова при разных формах афазии

Л.С. Цветкова, А.А. Цыганок

Badania Lingwistyczne nad Afazją3 – Warszawa: Ossolineum, 1978, p. 69–74.

Наша работа представляет собой попытку исследования механизмов и структуры нарушения понимания речи при афазии.

Нарушение сложного многоуровневого процесса понимания речи давно привлекает к себе внимание многих исследователей, занимающихся изучением афазии.

Так, в афазиологии хорошо известна сенсорная форма нарушения понимания речи, а также дефекты понимания, возникающие при акустико-мнестической и семантической афазиях. При сенсорной афазии дефекты фонематического слуха ведут к распаду звукового состава воспринимаемого слова. У больных с акустико-мнестической афазией расстройства понимания речи связаны с нарушением слухо-речевой памяти [3]. В основе нарушения декодирования сложных смысловых схем речи при семантической афазии лежит расстройство сложного симультанного гнозиса.

До недавнего времени большинство исследователей считали, что дефекты речи у больных с моторными афазиями касаются лишь устной, экспрессивной ее стороны, не затрагивая импрессивной речи. Однако в настоящее время все чаще высказывается мнение о том, что понимание речи при этих формах афазии также страдает. По мнению А.Р. Лурия [4], глубокий распад артикуляторных схем, в норме включенных в акт слухового восприятия, может вызвать вторичные нарушения понимания слов. В работе В.М. Когана [2] есть указания на возможность нарушения понимания значений слов при моторной афазии. Распад речи под влиянием первичного дефекта может привести к вторичным расстройствам понимания при моторной афазии, отмечает Э.С. Бейн [1]. Наиболее подробно вопрос нарушения понимания речи у больных, страдающих моторными (афферентной и эфферентной) афазиями, был изучен одним из авторов этой работы совместно с Э.В. Ахметовой [9]. В исследовании авторы показали, что понимание речи страдает при моторных афазиях, при этом дефекты понимания были обнаружены на всех речевых уровнях – слова, предложения, текста [9].

В нашей работе мы поставили задачу исследования механизмов и структуры нарушения понимания речи на уровне отдельного слова при разных формах афазии, уделяя особое внимание дефектам понимания, встречающимся при моторных афазиях.

Мы предположили, что решение специальной задачи – изучения расстройства процесса понимания слова при каждой форме афазии – позволит нам ответить и на общий вопрос: является ли симптом нарушения понимания слова частным симптомом, присущим лишь той или иной форме афазии, или же генеральным, имеющим общие звенья в структуре, механизмах и клинических проявлениях при любой афазии, независимо от ее формы.

Методика эксперимента, выбранная нами для решения поставленных задач, состояла из двух опытов: в первом исследовалось понимание слов, обозначающих предметы (существительных), во втором – понимание слов, обозначающих действия (глаголов). Экспериментальным материалом служили группы слов, в каждую из которых кроме основного слова-стимула

входило слово, близкое основному по звучанию, слово, близкое ему по значению, и нейтральное слово, далекое по звучанию и значению от основного. Предъявлялись 20 таких групп для существительных и 10 для глаголов. Индикатором понимания служил метод выбора картинки – перед испытуемым помещалась картинка с изображением, соответствующим основному слову-стимулу, и пустая карточка, которую нужно было показывать, когда звучащее слово не соответствовало лежащей перед испытуемым картинке.

Степень нарушения понимания измерялась по двум параметрам: во-первых, фиксировалось латентное время реакции (время понимания – время, проходящее с момента предъявления стимула до реакции испытуемого), и, во-вторых, проводился анализ допускаемых ошибок – неадекватных реакций.

Перед началом работы с больными эксперимент был проведен на 10 взрослых здоровых испытуемых. Слова, которые вызывали трудности или сомнения у данной группы испытуемых, были исключены из эксперимента. Среднее время понимания не превышало 1 сек.

В эксперименте принимали участие 16 больных, которые на основании клинических заключений нейропсихологов были разделены на 6 групп: по 3 больных входили в группы с семантической, акустико-мнестической, сенсорной, афферентной и эфферентной моторными афазиями, также был исследован 1 больной с динамической афазией.

Анализ полученных результатов позволил выделить следующие типы ошибок: 1) грубое отчуждение смысла слова, когда больной при предъявлении нейтрального слова выбирает картинку, 2) ошибки по типу нарушения звукоподобия, 3) ошибки по типу семантической близости.

Результаты эксперимента приведены в таблицах 1 и 2.

При предъявлении задания на понимание существительных у больного с динамической афазией лишь несколько, по сравнению с нормой, затянута поиск картинка, ошибок же он не допускает.

Во всех других группах больных отчетливо выражено нарушение понимания слов, обозначающих предметы.

Таблица 1. Нарушение понимания существительных

Форма афазии	Время понимания (в сек.)	Количество ошибок (в %)			
		I тип	II тип	III тип	Всего
Семантическая	2	0	0	7,1	7,1
Акустико-мнестическая	2,4	3,5	3	10	16,5
Сенсорная	2,6	6	10	13	29
Афферентная моторная	2,3	1	2,8	7,3	11,1
Эфферентная моторная	2	0,5	2	4,5	7
Динамическая	1,5	0	0	0	0

Грубее всего понимание слов-существительных страдает при сенсорной афазии, что выражается в затянутом времени понимания и в высоком проценте ошибок. Очень трудны для понимания слова, близкие по значению, высок также процент ошибок по типу звуковой близости. Больные этой группы при предъявлении каждого из четырех слов группы могут показывать одну и ту же картинку, воспринимая как одинаковый звуковой состав различных слов. Следующей по степени выраженности нарушения понимания значений слов является акустико-мнестическая афазия. Здесь также преобладают ошибки по типу семантической близости. Процент ошибок по звуковому типу меньше, чем при сенсорной афазии, хотя такие ошибки также имеют место. При семантической афазии обнаружены трудности в понимании лишь тех слов, которые близки друг другу по значению.

Дефекты в понимании значений слов обнаружены и при моторных афазиях. Грубые артикуляторные расстройства речи у больных с афферентной моторной афазией приводят не только к вторичным дефектам отождествления некоторых звуков, но и к изменению семан-

тических связей между словами. В этой группе также преобладают ошибки по типу семантической близости, но имеют место и ошибки в понимании слов, близких по звучанию. При эфферентной моторной афазии также ведущими являются ошибки по типу семантической близости, незначительны трудности в понимании слов, близких по звучанию.

Таблица 2. *Нарушение понимания глаголов*

Форма афазии	Время понимания (в сек.)	Количество ошибок (в %)			
		I тип	II тип	III тип	Всего
Семантическая	2,9	0,5	0,5	7,5	8,5
Акустико-мнестическая	3	4	3,5	10	17,5
Сенсорная	3	6	9	14	29
Афферентная моторная	2,8	2	2,5	8	12,5
Эфферентная моторная	3,1	1	1	6	8
Динамическая	3,5	1	0	10	11

Сравнение результатов первого и второго опытов приводит нас к выводу, что понимание слов, обозначающих действия, при разных формах афазии нарушается грубее, чем понимание существительных. Этот факт проявляется, во-первых, в увеличении времени поиска картинки, то есть перешифровка слова-глагола требует больше времени по сравнению с существительным, во-вторых, в увеличении количества ошибок, хотя тенденции в распределении количества неадекватных реакций по типам такие же, как и в первом опыте.

Больной с динамической афазией не допускал ошибок в первом опыте. При выполнении задания на понимание глаголов у больного значительно увеличилось время поиска картинки, в 11% случаев больной допустил ошибки. «Глагольная слабость» у больных с динамической афазией связывается исследователями с дефектами внутренней речи [3], [4], [6], [7]. Можно думать, что в основе нарушения понимания слов при этой форме афазии также лежат расстройства внутренней речи.

Произведенное нами на основании количественных показателей распределение форм афазии по степени тяжести нарушения понимания слова и по типам допущенных ошибок составило следующую картину.

По степени тяжести дефектов понимания, что выражалось в общем количестве допущенных ошибок, больные распределились следующим образом: динамическая афазия – 11% ошибок, эфферентная моторная – 15%, семантическая – 15,6%, при остальных формах афазии расстройства понимания выражены грубее: афферентная моторная – 23,6% ошибок, акустико-мнестическая – 34%, сенсорная – 58%.

Распределение форм афазии по ошибкам звукового типа произошло следующим образом: динамическая – 0, семантическая – 0, эфферентная моторная – 3%, афферентная моторная – 5,3%, акустико-мнестическая – 6,5%, сенсорная – 19%.

Аналогично распределение форм афазии и по ошибкам семантического типа: динамическая – 10%, эфферентная моторная – 10,5, семантическая – 14,6, афферентная моторная – 15,3%, акустико-мнестическая – 20%, сенсорная – 27%.

Из описанных распределений видно, что более грубые нарушения понимания слова обнаруживают афазии, возникающие при поражении постцентральных афферентных систем коры головного мозга. Значительный процент в этой группе афазий составляют ошибки звуко различения (литеральные парагнозии). Эти данные позволяют сделать вывод о нарушении понимания речи в случаях указанных афазий в звене звуко различения из-за дефектов акустического и кинестетического анализа звуков на сенсомоторном уровне. Вторично возникают дефекты понимания на более высоком уровне, где происходит выбор не звука, а слова из ряда слов одного семантического поля.

Что касается другой группы афазий – динамической, эфферентной моторной и семантической – то здесь практически не нарушено звено звуко различения, или сенсомоторный уро-

вень организации понимания речи, но нарушение выбора слов из семантического поля выражено отчетливо, ошибок по семантическому типу (вербальных парагнозий) в 10 раз больше ошибок по звуковому типу (литеральных парагнозий). В первой группе афазий количество вербальных парагнозий лишь в 2 раза превышает число литеральных парагнозий.

Вывод о нарушении разных уровней организации процесса понимания речи при разных формах афазии совпадает с имеющимися в литературе данными о дефектах экспрессивной речи у больных с афазией. При динамической, эфферентной моторной и семантической афазиях страдает также более высокий уровень порождения и реализации высказывания.

Наше исследование показало, что нарушение понимания слова сопровождается различными формами афазии, но структура расстройств имеет свои специфические особенности в зависимости от лежащего в основе афазии первичного дефекта.

К общим чертам нарушения понимания слова при всех формах афазии относится, прежде всего, более выраженное нарушение понимания глаголов по сравнению с существительными, а также дефекты понимания близких по значению слов.

Важным для понимания природы афазии является предположение о нарушении перешифровки значений слов как решающем признаке распада понимания речи при афазии.

Литература

1. Бейн Э.С., Овчарова П.А. Клиника и лечение афазий. – София, 1970.
2. Коган В.М. Восстановление речи при афазии. – М.: Изд. ЦИЭТИН, 1962.
3. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – М.: Изд. МГУ, 1969.
4. Лурия А.Р. Травматическая афазия. – М.: Изд. АМН СССР, 1947.
5. Морозова Н.Г. Воспитание сознательного чтения у глухонемых школьников. – М.: Учпедгиз, 1953.
6. Рябова Т.В. Психологический и нейропсихологический анализ динамической афазии. Дисс., 1970.
7. Цветкова Л.С. Исследование нарушения предикативной функции речи при динамической афазии. В сб. «Психологические исследования». – М.: Изд. МГУ, 1969.
8. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. – М.: Педагогика, 1972.
9. Цветкова Л.С., Ахметова Э.В. Нарушение понимания речи при моторной афазии. В сб. «Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы». – М.: Изд. ЦИЭТИН, 1972.

L.S. Cwietkowa, A. A. Cyganok

Ozaburzeniu rozumienia słów w różnych formach afazji. Streszczenie

Praca poświęcona jest badaniu mechanizmów i struktury zaburzenia rozumienia mowy na poziomie oddzielnych słów w różnych formach afazji (badano 6 form afazji — według klasyfikacji Łurii). Sprawdzono rozumienie rzeczowników i czasowników, bliskich brzmieniowo, a także bliskich semantycznie. Stwierdzono, że zaburzenie rozumienia słów jest objawem występującym we wszystkich formach afazji i polega przede wszystkim na gorszym rozumieniu czasowników w porównaniu z rzeczownikami, a także na trudności rozumienia słów bliskich znaczeniowo. W pracy wypowiedziana jest hipoteza o zaburzeniu w różnych formach afazji różnych poziomów procesu rozumienia mowy. W afazji sensorycznej, akustyczno-mnesticznej i ruchowej-aferycznej

zaburzenie rozumienia słów związane jest z uszkodzeniem poziomu różnicowania dźwięków, tj. z zaburzeniem akustycznej i kinestetycznej analizy dźwięków na poziomie sensomotorycznym. W afazji dynamicznej, ruchowej eferentnej i semantycznej uszkodzony jest wyższy poziom, tj. poziom wyboru słowa z pola semantycznego.

On impairment of word comprehension in various forms of aphasia. Summary

The paper deals with the problem of the mechanisms and patterns of speech comprehension difficulty at the level of isolated words in various forms of aphasia (examined were 6 forms of aphasia according to Luria's classification) . We were interested in the ability to understand nouns and verbs that sounded similarly or denoted related concepts.

The study showed that word comprehension difficulty is a symptom typical to aphasia, as revealed by a worse comprehension of verbs than nouns, and by miscomprehension of words with semantic similarity.

The hypothesis is proposed that different levels of the comprehension process are impaired in various forms of aphasia. For instance, in sensory, acoustic-mnemonic, and afferent motor aphasias, word comprehension impairment is caused by difficulty at the level of sound discrimination, that is, acoustic and kinesthetic analysis of sounds at the sensory-motor level. In dynamic, efferent motor, and semantic aphasias, a higher level is disturbed, that of word selection in a semantic field.

О некоторых аспектах изменения личности при афазии Ж.М. Глозман, А.А. Цыганок

Опубликовано в «Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», 1982, № 12, с. 67-72.

Summary. An experimental study of self-estimation of patients with aphasia carried out by the polar profile method in the course of restorative training is described. It is shown that the aphasia causes substantial changes in the patients' self-estimation that manifest themselves in a disparity of the latter during and before the disease. A comparison with a control group of neurological patients without aphasia showed a specificity of the revealed changes for aphasia and their connection with the communication disruption. As the general and verbal communication restore, a positive course of the patients' self-estimation, and approach of the latter to the premorbid level are noted. A relation between the self-estimation shift and the aphasia form was discovered. A conclusion on diagnostic and prognostic importance of personality examination in aphasia is drawn.

При исследовании личности важно выяснить те психологические образования, которые возникают как прямой итог процессов, формирующих человеческую личность, и которые, в свою очередь, определяют то, как человек относится к явлениям окружающего мира, к собственным статусу, ролям, характеру.

Эти психологические образования личности могут претерпевать изменения, как в процессе онтогенеза, так и у уже сформированной личности под влиянием изменений ее социального статуса, систем общественных и личностных взаимодействий [1]. Одной из частых причин подобных изменений является тяжелое заболевание, приводящее к полной или частичной инвалидизации и потере трудоспособности, например, тяжелое заболевание головного мозга (инсульт, травма, опухоль и др.), сопровождающееся нарушением речи.

Практика наблюдений в клинике за больными с различными формами афазии свидетельствует о том, что дефекты речи приводят не только к нарушению общей и речевой коммуникации больного, но и к изменениям некоторых его личностных характеристик. Действительно,

человек, лишенный возможности нормального привычного общения из-за дефектов вербального характера, испытывает определенный социальный дискомфорт. Пострадавшие коммуникативные функции приводят к возникновению у заболевшего человека отрицательных эмоциональных реакций и личностных установок, замкнутости. У них возникает так называемый страх речи. Больные не могут использовать даже те речевые возможности, которые у них есть, для общения с окружающими: результаты, получаемые педагогом в ходе индивидуальных занятий, часто не переносятся в сферу общения за пределы урока [2, 3]. Поэтому учет личностных изменений, наблюдающихся при афазии, необходим в ходе восстановительного обучения. Изменения личности больных с афазией отмечались многими исследователями [2–7]. Однако специальных экспериментальных исследований нарушений личности у таких больных почти не проводилось.

К. Rodgers [8] считал самооценку основой личности, так как все поведение человека должно, по мнению этого автора, совпадать с его представлением о себе. Самооценка непосредственно связана с проблемой самосознания и является обобщенным результатом познания себя и эмоционально-целостного отношения к себе [9]. Самооценка связана также с психологическими механизмами защиты, являясь компенсацией в некоторых случаях неудовлетворенности собой и обеспечивая социально-психологическую адаптацию субъекта к неблагоприятным условиям [10, 11]. Она обеспечивает приятие индивидом самого себя, которое, как показали психологические исследования, позитивно связывается с тем, как он воспринимает других [12]. В связи с этим самооценка становится для человека инструментом самоуправления, обеспечивает связь личности с окружающим миром и в значительной степени определяет характер социального поведения индивида, его активность, продуктивность деятельности, постановку новых целей, определение перспектив взаимоотношения с окружающими людьми и т.д. [13, 14]. Следует учитывать, что самооценка является динамическим образованием: она существенно изменяется в онтогенезе, при изменении жизненных условий, а также при патологии психической деятельности. Поэтому развитие самооценки рассматривается как один из значительных показателей уровня зрелости, а в патопсихологии – сохранности личности [15].

Все это указывает на важность и значимость изучения самооценки при исследовании личности больных с афазией. В настоящее время работ в этой области практически нет.

Мы предположили, что нарушение речи, приводящее к дефектам общей и вербальной коммуникации больного, к изменению всей системы его связей с миром, вызывает существенные изменения самооценки больного. Иначе говоря, в результате заболевания изменяются представления больного о своей личности, эмоциональное отношение к себе и к окружающим. В таком случае восстановительное обучение, расширение коммуникативных возможностей больного должно, как нам кажется, повлиять на возникшее изменение самооценки, сближая ее с самооценкой до болезни.

Для проверки выдвинутой гипотезы было проведено экспериментальное исследование динамики самооценки больных с афазией, в ходе которого мы пытались ответить на следующие вопросы: есть ли расхождения в оценках больными себя в настоящее время и до заболевания, и если да, то одинакова ли степень расхождения для различных качеств личности; зависит ли динамика самооценки от таких факторов, как возраст и пол больного, форма афазии и степень ее выраженности; как влияет на динамику самооценки восстановительное обучение, улучшение возможностей вербальной коммуникации при разных формах афазии.

При исследовании самооценки авторы обращают внимание на сложность ее структуры, которая включает множество параметров, таких как представление испытуемого о себе, представление о своей социальной роли и отношении к окружающим, представление о своем физическом состоянии и здоровье, о своих целях, желаниях, планах на будущее и др. Наиболее распространенным методом исследования самооценки является метод полярных профилей Т. Dembo, модифицированный С.Я. Рубинштейн [16]. Испытуемый должен отметить свое место

на отрезке прямой, конечные точки которой обозначают полярные выражения какого-либо качества личности. Измеряется расстояние от поставленной испытуемым отметки до полюсов. Обычно при исследовании самооценки этим методом предлагались такие шкалы, как «здоровье», «характер», «ум», «счастье». Некоторые исследователи в зависимости от характерологических и возрастных особенностей обследуемых групп испытуемых включали дополнительные шкалы, такие как «трудолюбие», «живость», «доброта», «упрямство» и др.

Нам представляется, что при изучении самооценки важно выделить качества личности, отражающие ее смысловые образования, динамично изменяющиеся под воздействием внешних условий, что приводит к изменению социального статуса, жизненной позиции больного. Именно эти качества могут оказывать влияние на степень выраженности речевых дефектов и на эффективность реабилитации больных с афазией. В этом смысле представляет интерес, по нашему мнению, работа С.А. Дорофеевой [7], в которой дана интересная модификация метода полярных профилей. Личностные качества больных оценивались их родственниками по следующим параметрам: эмоционально-волевые качества, активность, отношение к окружающим. Оценка производилась дважды: первая отражала личностные качества больных до заболевания, вторая – после перенесенного инсульта. В работе были получены данные, подтверждающие, что у всех больных, страдающих афазией в результате сосудистой патологии, как реакция на болезнь имеют место определенные изменения личностных качеств.

Нам представляется, что оценка качеств личности их родственниками не всегда адекватна и, самое главное, не дает представления о самовосприятии и самосознании больного и их изменении в результате заболевания. Для решения задачи изучения динамики самооценки больных с афазией мы, во-первых, выбрали те характеристики личности, которые наиболее связаны с вербальной коммуникацией и могут отражать ее динамику, и, во-вторых, учитывая, что шкалирование будут проводить сами больные, а не их родственники, давали такие определения измеряемых качеств, которые были бы доступны пониманию больных с афазией. Иначе говоря, предлагалось развернутое определение каждого качества с привлечением нескольких синонимов, например: «Я очень замкнутый, не люблю общество людей, трудно знакомлюсь с людьми – Я очень общительный, люблю общество людей, легко знакомлюсь с людьми».

Изучение изменений личностных характеристик приводилось по четырем группам качеств: 1) эмоционально-волевые качества, 2) активность, 3) отношение к окружающим, 4) коммуникативность (всего по четырем шкалам 22 качества).

Между каждыми двумя полярными утверждениями была линия длиной 10 см, на которой испытуемый должен был поставить 2 точки разного цвета: синим при оценке данного качества у себя до болезни, красным – в настоящее время. Измерялось расстояние между этими двумя точками – «расхождение самооценки». Таким образом, в отличие от традиционного варианта метода полярных профилей мы могли установить не только то, как больной оценивает себя в настоящее время, но и его оценку изменений, происшедших в результате болезни. Подобное шкалирование у большинства больных проводилось дважды: при поступлении больного в неврологический стационар для прохождения курса восстановительного обучения и при выписке, что позволяло наблюдать, как изменяется самооценка под влиянием реабилитации («сдвиг самооценки»). В начале эксперимента на примере двух полярных утверждений: «Я самый счастливый – Я самый несчастный» больному объяснялось задание. Все последующие утверждения читались экспериментатором сопряженно с больным, что позволяло контролировать степень понимания больными предложенного материала.

Для того чтобы дифференцировать изменения самооценки, вызванные нарушением коммуникации при афазии, от изменений, связанных с заболеванием вообще, пребыванием в больнице, нарушением трудоспособности, была обследована по той же методике контрольная группа из 11 больных, госпитализированных в ту же клинику по поводу поражения спинного

мозга (5 женщин и 6 мужчин в возрасте от 32 до 57 лет, 7 с высшим и 4 со средним или неоконченным средним образованием).

Кроме того, в эксперименте участвовали 21 больной с афазией (7 женщин и 14 мужчин), из которых у 10 были поражены передние отделы речевой зоны коры мозга (эфферентная и афферентная моторная афазии), а у 11 – задние отделы (сенсорная, акустико-мнестическая и семантическая афазии). 3 больных были моложе 25 лет, 13 – в возрасте от 25 до 50 лет, 5 больных старше 50 лет. У 12 больных было высшее образование, у 9 – среднее или неоконченное среднее. У 15 больных афазия возникла вследствие сосудистого заболевания (инсульт), у 5 – вследствие травмы, и у 1 – после удаления опухоли мозга.

Остановимся, прежде всего, на устойчивости самооценки разных групп больных, т.е. на характере и степени расхождения оценки больными качеств своей личности до и после заболевания.

Анализ результатов показал, что у большинства больных контрольной группы (без нарушений речи) отсутствовало расхождение самооценки до и после заболевания (табл. 1), только у 3 из 11 больных было незначительное расхождение по шкале «активности» и, прежде всего, по качеству «быстрый и медленный». Среднее расхождение по этой шкале составило 0,5 см. По остальным шкалам расхождение самооценки было еще меньше или отсутствовало совсем. Не отмечалось зависимости от возраста и пола больных. В целом по 22 качествам среднее расхождение самооценки составило 0,2 см, т.е. в основном больные контрольной группы считали, что болезнь не повлияла на исследуемые качества их личности.

Таблица 1. Средние показатели (в см) расхождения самооценки до и после заболевания

	Б. Контрольная группа					Больные с поражением передних отделов мозга					Больные с поражением задних отделов мозга						
	Э	А	О	К	М	в.а.	Э	А	О	К	М	в.а.	Э	А	О	К	М
1	0	2,5	0	0	0,4	37	0	1,2	0	1	0,4	0	1,4	0	0	1,3	1
2	0	0	0	0	0	182	2,4	1,8	0	2	2	225	1,2	3,2	2	1,7	1,8
3	0	0	0	0	0	195	4,3	3	1	2	3	195,5	1,1	0	0	0	0,4
4	1	1,2	0	0	0,04	235	1,1	0	0	0	0,4	189	0,5	2,5	0	0	2,7
5	0	0	0	0,4	0,4	193	3,2	1,8	0	1,4	2,1	134,5	0,5	0	0	0	0,2
6	0	0	0	0	0	114,5	1,3	1,2	0	0,4	1,1	232	2,1	0,7	0	0	1
7	0	2	0	2,3	1,1	281	1,7	1,8	0	1,4	1,4	129,5	1,2	5	0	0	0,6
8	0	0	0	0	0	213,5	7,1	8	4	2,7	5,6	99	4,1	2,5	0	2,9	3
9	0	0	0	0	0	229	1,5	1	0	0	0,8	255,5	1,5	0	0,5	1,7	1,2
10	0	0	0	0	0	135	1,4	0,7	0	0	0,7	159,5	2,4	1,7	0	0	1,3
11	0	0	0	0	0							240,5	5,1	1,7	0	3,9	3,6
с.г.	0,01	0,5	0	0,2	0,2		2,4	2	0,5	1	1,75		1,9	1,6	0,2	1	1,5

Примечания. Здесь и в табл. 2: **Б.** – больной, **в.а.** – выраженность афазии; **Э** – эмоционально-волевые качества; **А** – активность; **О** – отношение к окружающим; **К** – коммуникативность; **М** – общее расхождение показателей по 22 качествам, **с.г.** – в среднем по группе. Больные расположены в порядке увеличения возраста.

В отличие от контрольной в обеих экспериментальных группах больных отмечались выраженные расхождения самооценки по трем шкалам: эмоционально-волевые качества, активность и коммуникативность (см. табл. 1). Шкала качеств, характеризующих отношение к окружающим, оказалась относительно устойчивой. Наибольшие расхождения самооценки были обнаружены в группе эмоционально-волевых качеств. Общий показатель среднего сдвига самооценки по 22 качествам у больных с афазией был в 7–9 раз выше, чем в контрольной группе. Это убедительно показывает, что изменение самооценки при афазии является следствием не заболевания вообще, но нарушения способности к вербальному и невербальному общению, резко изменяющего всю систему социальных взаимодействий больного, т.е. измене-

ние самооценки является важным компонентом синдрома нарушений личности при дефектах коммуникации.

Исследование показало, что степень расхождения самооценки по всем шкалам была выше в группе больных с поражением передних отделов мозга, чем с поражением задних. Не выявлено отчетливой корреляции изменения самооценки с полом и возрастом больных, со степенью выраженности речевых дефектов, определяемой по шкале оценки речи при афазии [17]. Это совпадает с данными Thompson [18] о том, что личностные реакции больных с афазией на свое заболевание зависят в основном не от их возраста или тяжести дефектов, но от индивидуальных особенностей.

Обратимся теперь к анализу влияния восстановительного обучения на динамику самооценки у больных с афазией. 14 из обследованных больных были обследованы повторно в конце цикла индивидуального и группового восстановительного обучения. При этом мы определяли разницу в показателях расхождения самооценки до и после восстановительного обучения – сдвига самооценки.

Количественный анализ результатов в группе из 6 больных с поражением передних отделов речевой зоны (табл. 2) показал отчетливую положительную динамику самооценки (уменьшение степени расхождений между самооценками до и после заболевания) по всем исследованным шкалам (средний показатель сдвига равен 8 %).

В группе больных с поражением задних отделов речевой зоны положительная динамика наблюдалась только у 5 из 8 дважды обследованных больных, а средний сдвиг значительно меньше, чем в первой группе, и равен 0,25 % (см. табл. 2).

Качественный анализ результатов позволяет установить, что в группе больных с поражением передних отделов мозга положительная динамика самооценки наблюдалась в наибольшей степени в группе эмоционально-волевых качеств (сдвиг равен 13 %). В группе больных с поражениями задних отделов мозга наибольшая положительная динамика характеризовала сферу активности больных, а в сфере коммуникативности динамика была даже отрицательной, т.е. степень расхождения между самооценкой до и после заболевания несколько увеличилась. Эти данные хорошо коррелируют с общей направленностью восстановительного обучения в обеих группах больных: с тенденцией к растормаживанию, снятию скованности, неуверенности в себе, общей и эмоциональной заторможенности больных с поражением передних отделов мозга, а также с тенденцией к затормаживанию избыточной общей и речевой активности, преодолению общей и эмоциональной расторможенности, восстановлению контроля, осознанного отношения к своей речи у больных с поражениями задних отделов речевой зоны коры мозга [2].

Таблица 2. Сдвиг самооценки после восстановительного обучения (средние показатели в % от общей величины шкалы — 10 см)

Б.	Поражение передних отделов мозга						Поражение задних отделов мозга					
	э.в.	Э	А	О	К	М	э.в.	Э	А	О	К	М
1								1	0	0	13	5
2							25,5	-3	15	0	-9	-4
3	44,5	23	18	0	1	13						
4	25,5	0	0	0	0	0	36,5	5	25	0	-20	1
5	40	15	-14	0	10	7						
6							30	14	7	0	0	7
7	10,5	3	10	0	0	2	67	-12	30	0	0	-10
8		29	38	15	10	24						
9	38	7	3	0	0	4	19,5	14	0	15	13	10
10							68,5	8	17	0	0	6
11							11,5	-8	-20	-10	-14	-52
с.г.		13	9,3	2,5	3,5	8		2,4	9,2	0,6	-2,1	0,25

Примечания: э.в. – эффективность восстановления.

Сдвиг самооценки в обеих группах больных не зависел от их возраста и пола. Мы проанализировали также корреляцию между показателем эффективности восстановления речи, определенным по шкале оценки динамики речи при афазии [7], и степенью сдвига самооценки после восстановительного обучения. В группе лиц с поражением передних отделов мозга больные так расположились по показателю роста возможностей речевой коммуникации: 7, 4, 9, 5, 3 (см. табл. 2). Видна отчетливая корреляция с порядком увеличения сдвига самооценки: 4, 7, 9, 5, 3. В группе больных с поражением задних отделов речевой зоны мозга подобная корреляция не обнаружена.

Мы полагаем, что этот факт в сочетании с данными о незначительном (а нередко и отрицательном) сдвиге самооценки после восстановительного обучения в этой группе больных может объясняться тем, что, как известно, у этих больных вследствие дефекта контроля за своей речью и многоречивости нарушается осознание дефицита своих коммуникативных возможностей [2, 4, 5].

Проведенное исследование показало, что у большинства больных в процессе восстановительного обучения отмечается положительная динамика самооценки: они начинают оценивать себя ближе к тому, как оценивали до болезни, т.е. более оптимистично смотрят на возможности восстановления своего социального статуса, возвращения к прежним интересам и занятиям, у них уменьшается страх речи, сглаживаются отрицательные личностные установки. Эти результаты хорошо коррелируют с данными проведенного ранее исследования, которое выявило у 80 % больных с афазией положительную динамику в сфере коммуникативности [19]. Таким образом, данные нашего исследования подтверждают взаимосвязь изменений личности у больных с афазией и дефектов их речи, а также взаимообусловленность этих явлений и их взаимовлияние в ходе восстановительного обучения.

Литература

1. Асмолов А.Г., Братусь Б.С., Зейгарник Б.В. и др. – *Вопр. психол.*, 1979. – № 4. – С. 35–47.
2. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. – М., 1972.
3. Цветкова Л.С. — В кн.: Проблемы афазии и восстановительного обучения. – М., 1979. – Т. 2. – С. 145–155.
4. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – М., 1948.
5. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. – Л., 1964.
6. Оппель В.В. Восстановление речи после инсульта. – Л., 1972.
7. Дорофеева С.А. — *Ж. невропатол. и психиатр.* – 1975. – № 8. – С. 1127–1131.
8. *Rodgers K. Client-centered Therapy.* Boston, 1951.
9. Виноградова Т.В. — *Вестн. Моск. ун-та. Серия «Психология».* – 1979. – № 2. – С. 56–61.
10. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1976.
11. Смигирева Т.В. — В кн.: Вопросы психологии личности. – Ульяновск, 1977, с. 46–57.
12. Психологические методы в комплексном лонгитюдном исследовании студентов. Под ред. А.А. Бодалева, М.Д. Дворяшиной, И.М. Палей. – Л., 1976.
13. Габриял Т.М. — В кн.: Проблемы патопсихологии. – М., 1972. – С. 105–118.
14. Кузьмина З.В. Новые исследования в психологии. – 1974. – № 1 (9). – С. 21–22.
15. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. – М., 1971.
16. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 1970.

17. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Полонская Н.Н. и др. – В кн.: Проблемы афазии и восстановительного обучения. – М., 1979, с. 129– 145.

18. Thompson Y.N. — Bull. Los Angeles neurological Society, 1948, vol. 13, p. 233–236.

19. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией // Цветкова Л.С., Глозман Ж.М., Калита Н. Г. и др. – М., 1980.

А.А. Цыганок

Нарушение понимания слова при разных формах афазии

Сокращенный вариант автореферата диссертации А.А. Цыганок на соискание ученой степени кандидата психологических наук по медицинской психологии, Москва: факультет психологии МГУ, 1983.

Знание патофизиологических и психологических основ афатического синдрома является необходимым условием точного нейропсихологического анализа нарушений высших психических функций, постановки топического и дифференциального диагноза поражения головного мозга и разработки адекватных методов восстановительного обучения.

Нарушения понимания речи, возникающие при локальных поражениях мозга, у больных, страдающих афазией, с давних пор привлекали внимание исследователей – неврологов, психологов, лингвистов. В афазиологии известно большое количество работ, посвященных этому вопросу, однако они весьма противоречивы. Многие авторы до сих пор, вслед за первыми исследователями афазии, считают, что понимание речи нарушается лишь при сенсорной афазии и не страдает при моторной. Существует и другой взгляд на эту проблему: нарушение речи, как целостной речевой деятельности, ведет к дезорганизации всей речевой системы в целом, и поэтому в той или иной степени при любом афатическом синдроме страдают различные формы и виды речи.

Несмотря на большой интерес к данной проблеме, нарушение понимания речи на уровне отдельного слова изучалось преимущественно у больных, страдающих сенсорными формами афазии. Систематических экспериментальных исследований этого процесса при других формах афазии практически не было. С другой стороны, до сих пор недостаточно изученным является вопрос о влиянии различных параметров слова на его понимание при разных формах афазии.

Решение данной проблемы позволит уточнить и углубить наши представления, с одной стороны, об афазии, о синдромах различных ее форм, о природе и механизмах нарушения речи при афазии, с другой – сделает определенный вклад в учение о психологии речи, взаимодействии экспрессивной и импрессивной речи, о сложном их единстве. Исходя из представлений о понимании речи как сложном многоуровневом и многозвенном процессе переработки вербальной информации, мы предприняли попытку экспериментального изучения нарушения понимания звучащего слова методами нейропсихологического и психологического анализа, а также попытались исследовать влияние некоторых явлений, известных в клинике афазии, таких как форма афазии, различные характеристики слова и др. на формирование дефекта понимания речи.

В этой связи нами был сформулирован ряд конкретных задач настоящего исследования: 1) выяснение, нарушается ли понимание отдельного слова при разных формах афазии, в том числе и при моторных; 2) изучение вопроса о влиянии или отсутствии общих симптомов в основе нарушения понимания слова при разных формах афазии; 3) выяснение влияния специфических особенностей разных форм афазии на понимание слова; 4) изучение влияния различных психолингвистических параметров слова на его понимание при афазии; 5) изучение влияния объема зрительного поля на понимание слова при афазии.

Внутри общей проблемы понимания понимание речи занимает особое место, хотя понимание вообще часто сводилось именно к пониманию речи (Дж. Локк и др.). Однако большинство исследователей рассматривают понимание речи как частную самостоятельную проблему. Так, Л.С. Выготский определял понимание речи как процесс, заключающийся в установлении отношений, выделении важного, в переходе от отдельных элементов к смыслу целого. А.Р. Лурия, рассматривая понимание речи как сложную многозвенную и многоуровневую деятельность, выделил целый ряд условий, необходимых для его полноценного протекания. Во-первых, как считает А.Р. Лурия, субъект должен обладать всеми особенностями фонематического слуха и уметь пользоваться фонематическими кодами языка. Во-вторых, необходимо твердо знать слова и логико-грамматические коды языка. В-третьих, важна сохранность симультанного декодирования логико-грамматических конструкций. И, в-четвертых, необходимо нормальное протекание тормозных процессов для выделения существенного и отторгивания лишнего.

Дальнейшее развитие проблема понимания речи получила в трудах Л.С. Цветковой, выделившей 2 формы понимания: простую, протекающую на основе контекстной догадки, и сложную, аналитико-синтетическую, имеющую место при знакомстве со сложным, ранее не встречавшимся текстом. Л.С.Цветкова считает, что в процессе понимания необходимо произвести работу по реструктурированию лексического значения, а также грамматического и семантического, в «психологический смысл». Вслед за Н.Г. Морозовой Л.С.Цветкова выделяет 2 уровня понимания речи: лингвистический, на котором осуществляется анализ значений, и психологический, где происходит анализ смысла информации.

В афазии известна и изучена форма нарушения понимания речи при сенсорной афазии. В литературе долгое время главенствовало представление о полной сохранности импрессивной речи при моторной афазии. Известный русский невролог М.Б. Кроль считал, что при моторной афазии не страдает понимание речи, если же такие нарушения отмечаются, то исследователь просто не заметил сопутствующую сенсорную афазии. Эта точка зрения до сих пор встречается в учебной и справочной литературе по неврологии.

Существует и другой взгляд на состояние импрессивной речи при моторной афазии. П. Мари и К. Гольдштейн отмечали нарушения понимания речи и при этой форме афазии, связывая их с интеллектуальными расстройствами. Но чаще в литературе встречаются просто указания на дефекты понимания речи при моторной афазии в форме предположений без феноменологических или же, что особенно важно, экспериментальных доказательств, без гипотез о возможной природе таких нарушений (М.С. Лебединский, В.М. Коган, Э.С. Бейн и др.).

Впервые постановка вопроса о механизмах и структуре нарушения понимания речи стала возможной после создания А.Р. Лурия теории о системном характере локализации высших психических функций в коре головного мозга человека, об их дезинтеграции в случаях локальных поражений мозга. А.Р. Лурия показал неправильность положения о локализации целой функции в отдельном участке мозга – локализируются факторы, входящие в состав различных психических функций. Поэтому и процесс понимания речи, как сложная психическая функция, не может нарушаться лишь при поражении определенного участка мозга, например, его височных отделов. При разных по локализации поражениях мозга страдают и разные уровни и звенья процесса понимания речи. Даже при поражении левой височной области коры головного мозга могут нарушаться два различных фактора, в зависимости от того, какой участок височной доли поражен, что приводит к разным по психологической структуре проявлениям дефекта импрессивной речи.

Нейропсихологический факторный анализ, введенный А.Р. Лурия в психологию, позволил вплотную подойти к исследованиям нарушения понимания речи при разных формах афазии. А.Р. Лурия предполагал, что вторично нарушения понимания речи могут наблюдаться и при афферентной моторной афазии из-за патологии речевых кинестезий, и при эфферентной

моторной афазии вследствие нарушения кинетического анализа и т.д. Теоретические положения А.Р. Лурия были подтверждены в дальнейших исследованиях, а также позволили объяснить ранее полученные факты. Подробный анализ нарушений понимания речи при локальных поражениях мозга дан в работах Л.С.Цветковой, которая, в частности, изучала механизмы нарушения понимания речи при поражении лобных долей мозга. Было показано, что в этих случаях страдает активная работа по декодированию смысла сообщения из-за отсутствия анализа текста и невозможности отторгнуть возникающие побочные ассоциации. Л.С. Цветковой также описаны механизмы нарушения понимания речи при акустико-мнестической афазии, дана их новая трактовка. Таким образом, нейропсихологический анализ позволяет выявить отдельные звенья и уровни в структуре реализации процесса понимания речи, уточнить их роль, соответствие и связь с определенными образованиями головного мозга. Мы исходили из представлений в психологии, лингвистике и психолингвистике о речи как сложном высоко интегрированном процессе, в котором взаимосвязаны различные его стороны, а также звенья и уровни. Афазия, как нарушение речепроизводства и речевосприятия, затрагивая различные компоненты процесса понимания речи, может по-разному отразиться на нем в зависимости от ее механизма и первичного дефекта. Основываясь на анализе литературных данных и собственных клинических наблюдениях, мы выдвинули гипотезу о том, что нарушение понимания речи при разных формах афазии может проявляться уже на уровне отдельного слова, так как слово является важным элементом речи, с понимания отдельного слова начинается понимание целого текста, и оно невозможно без адекватной оценки значений отдельных слов. В свою очередь, слово также характеризуется сложной внутренней структурой, поэтому, базирываясь на данных литературы, мы выделили ряд параметров слова, отражающихся на нарушении его понимания при афазии.

Для решения поставленных в исследовании задач применена методика выбора картинки в соответствии со звучащим словом, которая имеет несомненное преимущество перед вербальными методиками, так как исключает участие в эксперименте нарушенной устной речи больных. Методика нами модифицирована и была составлена таким образом, что позволяла изучить влияние на понимание слова тех его параметров, которые отмечались в изученной литературе: звукового и семантического состава, отнесенности слова к определенной грамматической категории, его длины и частотности. Участие в эксперименте больных с различными формами афазии позволило исследовать влияние на понимание слова специфических особенностей каждой формы афазии. Вербальный материал эксперимента состоял из групп слов, при этом каждая группа включала в свой состав: 1) тестовое слово, 2) слово, семантически близкое к тестовому, 3) слово, фонологически близкое к тестовому, 4) слово, не связанное с тестовым ни по звучанию, ни по значению (нейтральное). Между связанными определенным образом словами не должно было наблюдаться других связей. Все слова одной группы относились к одной грамматической категории и имели одинаковую длину – количество слогов и морфем. Все слова одной группы относились к среднечастотным. Имеющиеся различия в нарушении понимания слов позволили оценить роль и этого параметра при анализе результатов. Для нашего эксперимента мы выбрали 25 групп существительных и 10 групп глаголов (всего 140 слов). Среди вербальных стимулов были односложные, двусложные и трехсложные слова.

В I серии эксперимента мы ставили перед собой задачу выявления механизмов и структуры нарушения понимания отдельного слова при различных формах афазии. Были подобраны картинки, соответствующие тестовому слову каждой группы. Эксперимент I серии состоял из 2 опытов: на понимание существительных и на понимание глаголов. Процедура эксперимента в I серии была следующей: испытуемый должен был производить выбор из двух стимулов – перед ним на столе лежала картинка, соответствующая тестовому слову, и пустая карточка. Психологический смысл пустой карточки заключается в материализации возможного отсутствия картиночного аналога звучащему слову. Наличие пустой карточки снимает элемент неуверенности

при ответе, организует поведение больного. Испытуемому предъявлялись слова соответствующей группы на слух. Затем менялась картинка и предъявлялись слова следующей группы в случайном порядке.

Во II серии эксперимента перед исследованием ставились специальные задачи: 1) изучение влияния расширенного зрительного поля (количества картинок) на понимание отдельного слова при афазии, 2) исследование характера семантических замен. Был использован тот же вербальный материал, что и в I серии, только соотнесение звучащего слова испытуемым приходилось производить с 5 зрительными стимулами – четырьмя картинками в соответствии с четырьмя словами группы и пустой карточкой, то есть перед испытуемым помещались на столе 4 картинки и пустая карточка, затем по очереди произносились все 4 слова группы, фиксировалась правильность выбора картинки – понимания слова.

Измерялось нарушение понимания слова в обеих сериях по двум критериям: с помощью секундомера отмечалось латентное время реакции (время понимания), проводился подробный количественный и качественный анализ допускаемых ошибок.

В эксперименте приняли участие 63 испытуемых: 20 взрослых здоровых испытуемых (2 контрольные группы по 10 человек) и 43 больных с афазией. I контрольная группа испытуемых участвовала в отборе методического – вербального и картиночного материала. Все слова и картинки, которые вызвали сомнения у данной группы испытуемых, были исключены из методики. Больные с афазией на основании нейропсихологических заключений были разделены на 6 групп: 5 испытуемых с динамической афазией, 7 – с эфферентной и 9 – с афферентной моторными афазиями, 6 – с сенсорной, 10 – с акустико-мнестической и 6 – с семантической афазиями.

В ходе эксперимента было обработано 29 680 ответов. Анализ полученных результатов позволил выделить несколько типов ошибок: грубые ошибки понимания – парагнозии без видимой связи с тестовым словом, литеральные и вербальные парагнозии. При обработке полученных данных подсчитывалось среднее время понимания слова, индексы нарушения понимания слова, удельный вес каждого типа ошибок. Для изучения статистической достоверности различий между полученными рядами данных использовался критерий Уайта, который применяется для оценки несопряженных наблюдений количественных признаков в выборках как одинакового, так и разного объема.

Полученные данные показали, что для контрольной группы испытуемых эксперимент не представляет никаких трудностей, испытуемые этой группы не допускали ошибок понимания, время понимания в обеих сериях не превышало одной секунды.

Нами было выявлено нарушение понимания слова при динамической афазии. Ошибки в основном допускались при понимании тех слов, которые обозначают действия (глаголов), при этом подавляющее большинство ошибок носило характер вербальных парагнозий. Влияние длины слова на его понимание при динамической афазии не было выявлено в нашем эксперименте. Известные при данной форме афазии дефекты устной речи, такие как нарушение активного высказывания, «глагольная слабость», сочетаются с негрубыми, но отчетливыми трудностями понимания отдельного слова.

При эфферентной моторной афазии, центральным механизмом которой является инертность возникающих стереотипов, также выявляется нарушение понимания отдельного слова: отмечаются дефекты понимания как существительных, так и глаголов, но нарушение понимания глаголов выражено отчетливее. На фоне различных типов ошибок, допускаемых испытуемыми этой группы, преобладают вербальные парагнозии. Влияние длины слова на его понимание при эфферентной моторной афазии, так же, как и при динамической, выявлено не было.

Рассматривая те данные, которые были получены в группе больных, страдающих афферентной моторной афазией, мы пришли к выводу, что понимание отдельного слова в данном случае выражено грубее, чем при двух уже рассмотренных формах афазии. В этой группе боль-

ных отмечалось нарушение понимания как существительных, так и глаголов, хотя и здесь преобладало нарушение понимания глаголов. При выполнении заданий эксперимента встречались ошибки различных типов: значителен процент literalных парагнозий, что связано с первичным дефектом, лежащим в основе данной формы афазии – нарушением кинестетического анализа. Однако трудности различения слов, близких по значению, преобладают, видимо, происходят смысловые перестройки, вторично возникающие из-за дезинтеграции всей речевой деятельности больного с афазией. Выраженным оказалось влияние длины слова на его понимание при данной форме афазии: проще всего для понимания двусложные слова, самыми трудными оказались короткие слова, состоящие из одного закрытого слога.

Дефекты понимания речи при сенсорной афазии хорошо известны в афизиологии и описаны многими авторами. В нашем эксперименте был еще раз подтвержден этот факт. Было обнаружено, что и испытуемым данной группы труднее понимать глаголы по сравнению с существительными. Хотя здесь процент ошибок фонологического характера очень высок (выше, чем во всех остальных группах), трудности различения близких по значению слов преобладают. Как и при афферентной моторной афазии, больным данной группы труднее всего понимать короткие односложные слова, которые, видимо, несут недостаточную звуковую информацию, не обладая ею в достаточной или же в избыточной степени, что помогает выдвинуть гипотезу о роли значения слова при нарушенном звуко различении для более точного и быстрого понимания его.

При акустико-мнестической афазии также был подтвержден феномен нарушения понимания слова. Оказалось более выраженным нарушение понимания слов, обозначающих действия, по сравнению со словами, обозначающими предметы. Как и в других группах испытуемых, страдающих афазией, мы получили преобладание вербальных парагнозий, т.е. больным труднее различать слова, близкие по значению. Увеличение длины слова при данной форме афазии приводит к ухудшению его понимания.

В группе больных с семантической афазией также выявилось нарушение понимания речи на уровне отдельного слова. Эти дефекты выражены не так грубо, как, например, при сенсорной или же акустико-мнестической афазиях, но носят отчетливый характер. Больше страдает понимание глаголов. При практическом отсутствии ошибок звуко различения выявляются вербальные парагнозии. Негрубо выражено ухудшение понимания слова с увеличением его длины.

Во II серии эксперимента был получен следующий основной результат: было обнаружено, что увеличение объема зрительного поля (количества картинок) не приводит к облегчению процесса понимания отдельного слова, как можно было предположить, а затрудняет его, что выражается в увеличении времени понимания. Отметим, что в контрольной группе взрослых здоровых испытуемых не было различий во времени понимания звучащего слова в I и II сериях эксперимента. Характер допускаемых испытуемыми с афазиями ошибок, их абсолютные показатели и распределение по типам не отличаются от тех данных, которые были получены в I серии эксперимента.

Условно разделив вербальные парагнозии, выявленные у больных с разными формами афазии, на ошибки, связанные с «сужением» или же «расширением» значения слова, мы обнаружили у больных с так называемыми «передними» формами афазии тенденцию к «сужению» значения слова, в то время как при «задних» формах афазии отмечалось преобладание «расширения» значения слова.

Таким образом, в ходе нашего исследования было выявлено влияние специфических особенностей разных форм афазии на процесс понимания отдельного слова, что выразилось в характере допускаемых ошибок, их распределении по типам, в степени выраженности процесса нарушения понимания речи. Однако был получен факт существования общих симптомов нарушения понимания слова, которые имеют место при различных формах афазии. К ним относится, во-первых, более выраженное нарушение понимания глаголов по сравнению

с существительными, что объясняется различной внутренней структурой глагола и существительного и разной их ролью в процессе речепроизводства и речевосприятия. Глагол является более емкой частью речи с более сложной смысловой структурой, неся на себе свойство предикативности, глагол практически может отождествляться с целым высказыванием. Другим симптомом, общим для различных форм афазии, является нарушение понимания близких по значению слов.

Изучение влияния фактора частотности на понимание слова позволило нам сделать заключение о том, что для фонологического уровня слова этот параметр не играет решающей роли в процессе понимания, но на семантическом уровне влияние частотности выражено отчетливо, что еще раз позволяет говорить о связи частотности слова, прежде всего, с его семантической организацией.

Результаты, касающиеся влияния длины слова на его понимание при афазии, оказались также интересными. Так, при динамической, эфферентной моторной и семантической афазиях увеличение длины слова в нашем эксперименте не оказывало влияния на его понимание. При акустико-мнестической афазии, как и следовало ожидать, увеличение длины слова ухудшает его понимание. При сенсорной и афферентной моторной афазиях самыми трудными для понимания оказались короткие слова, состоящие из одного закрытого слога, видимо, несущие слишком малую звуковую информацию для выдвижения гипотезы об их значении в условиях дефицита звуко различения.

Основные результаты исследования представлены на рис. 1, 2 и 3.

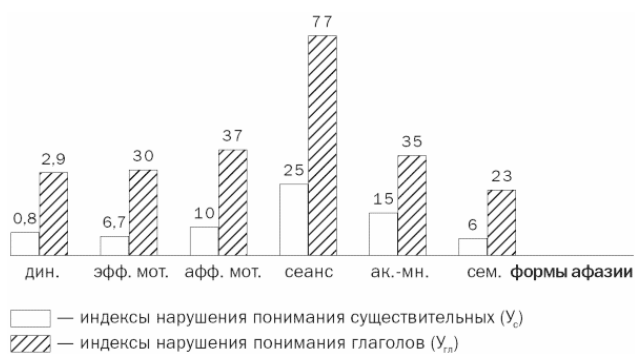


Рис. 1. Средние индексы (Y) нарушения понимания существительных и глаголов при разных формах афазии (I серия)

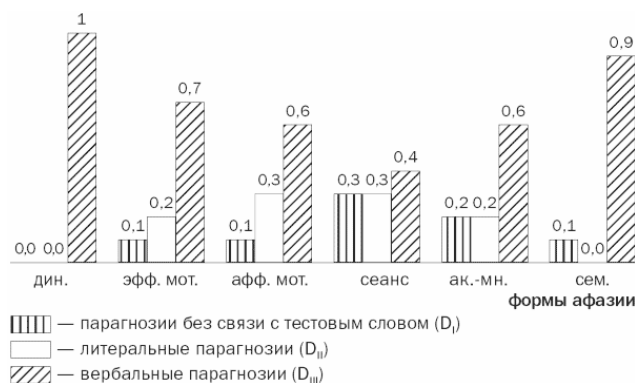


Рис. 2. Распределение удельных весов (D) типов ошибок при разных формах афазии в опыте на понимание существительных (I серия)

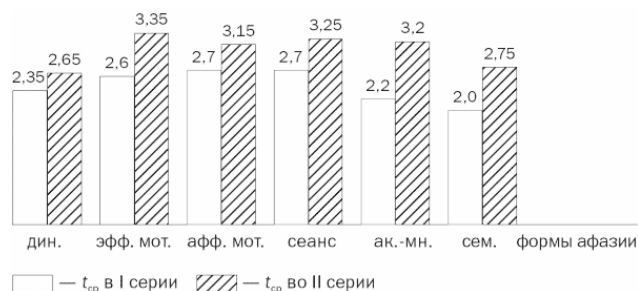


Рис. 3. Влияние объема зрительного поля на среднее время понимания слова (t_{cp} в сек.) в разных группах больных

Наши данные могут внести определенный вклад в изучение процесса понимания звучащей речи, еще раз обращая внимание исследователей на важную роль моторных (как кинестетического, так и кинетического) звеньев в его структуре. При анализе воспринимаемой человеком звучащей информации необходимо учитывать главенствующую роль ее семантических характеристик, а также то, что частотность слова связана прежде всего с его семантической организацией.

Выделение нарушения понимания отдельного слова как общего для различных форм афазии симптома, на наш взгляд, интересно с точки зрения нейропсихологии, так как позволяет уточнить синдромы различных форм афазии с учетом тех специфических особенностей изученного нами процесса, которые связаны с центральными механизмами, лежащими в основе каждой из форм афазии.

Результаты нашего исследования имеют не только теоретическое значение, позволяя уточнить и углубить представления о механизмах нарушения импрессивной речи при афазии, об иерархии отдельных компонентов слова в процессе его понимания. Наши данные найдут применение в практике нейропсихологической диагностики локальных поражений мозга и реабилитации больных с афазией в ходе разработки новых, более эффективных методов диагностического обследования и восстановительного обучения больных с афазией.

Выводы

1. Нарушение понимания отдельного слова имеет место при всех исследованных нами формах афазии: динамической, эфферентной и афферентной моторных, сенсорной, акустико-мнестической и семантической.

2. При всех формах афазии выявляются трудности понимания слов, близких по семантическим характеристикам.

3. При всех формах афазии обнаруживается худшее понимание глаголов по сравнению с существительными, что можно объяснить сложной семантической структурой глагола и его особой ролью в процессе речепроизводства и речевосприятия.

4. Влияние специфических механизмов разных форм афазии на понимание слова выражается в разной степени нарушения изучаемого процесса, а также в распределении различных типов ошибок.

5. Длина слова не влияет на его понимание при динамической, эфферентной моторной и семантической афазиях. Увеличение длины слова отрицательно сказывается на его понимании при акустико-мнестической афазии. При афферентной моторной и сенсорной афазиях наиболее трудны для понимания короткие односложные слова.

6. На уровне звуко различения параметр частотности значимо не влияет на понимание слова, на уровне выбора значения слова легче всего понимаются слова с высокой частотностью.

Психофизиологические корреляты распознавания эмоциональных состояний больными с разной топикой поражения больших полушарий мозга О.А. Сидорова, А.А. Цыганок, М.А. Куликов

Опознание эмоциональных состояний по мимике и мысленное воспроизведение эмоций исследовано у больных с локальными поражениями мозга различной этиологии.

Выделено четыре группы пациентов с заднелобными и височными очагами в левом и правом полушариях. Контрольную группу составили взрослые здоровые испытуемые.

В качестве индикаторов эмоциональных состояний выступили непроизвольные вегетативные проявления эмоционального возбуждения: изменение частоты сердечных сокращений и комплекс объективно измеряемых характеристик кожно-гальванической реакции. Изучались также самоотчеты испытуемых.

Показано, что эмоционально-волевая сфера непосредственно связана со структурно-функциональной организацией головного мозга человека.

При этом выявлена анизотропность (неоднородность) влияний, возникающих при повреждении различных участков головного мозга; отмечается также наличие перекрестного и реципрокного взаимодействия между «задними» и «передними» отделами левого и правого полушарий.

Деятельность разных полушарий связана с актуализацией эмоций определенного знака. Выявляется связь между знаком эмоций и различными вегетативными показателями.

I Международная конференция памяти А.Р. Лурия: Тезисы докладов. – М., 1997. – С. 86.

Реабилитация речи при афазии

Об одном методе групповой реабилитации больных с афазией

Ж.М. Глозман, Н.Г. Калита, А.А. Цыганок

Нарушение зрительных предметных представлений, проявляющееся в рисунке, как показали исследования Л.С. Цветковой и одного из авторов этой статьи, имеет место у всех больных с афазией независимо от ее формы. Это нарушение выражается в бедности, однообразии зрительных предметных представлений и трудности их актуализации. Была выявлена взаимосвязь между количеством зрительных представлений, которую больные могут самостоятельно вызвать, и величиной их активного словарного запаса [1, 2, 3, 4].

Это подтверждает положение советской психологии о связи речи с внеречевой предметной деятельностью, о связи слова и его чувственной основы [5, 6, 7, 8].

Одна из задач восстановительного обучения, по мнению Л.С. Цветковой, – работа над речью больного не изолированно, а в связи и в системе воздействий на другие психические процессы (память, восприятие, мышление, на личность больного).

В частности, автор считает необходимой работу над упрочением зрительных предметных представлений при всех формах афазии [1].

Разрабатывая теорию и методы групповых занятий с больными, страдающими афазией, Л.С. Цветкова также подчеркивает значение системного воздействия на речевые процессы и, в частности, необходимость опоры на зрительные образы и представления.

Статья депонирована Министерством здравоохранения СССР в 1979 г., УДК 616.89-003, 434.5-085, 851.6. Опубликовано на английском языке в 1980 г. *Gluzman J.M., Kalita N.G., Tsyganok A.A. On one system of methods in aphasic group rehabilitation. // Intern. Journal Rehab. Research, 1980, v.3, # 4, p. 519–526.*

Исходя из этого теоретического положения, мы попытались применить метод рисунка на групповых занятиях с больными, страдающими афазией. Мы применили два варианта метода рисунка: 1) рисование и распознавание изображений отдельных предметов в пределах заданной темы; 2) рисование и распознавание изображений отдельных ситуаций.

Групповое занятие, проводимое с применением первого варианта, включало три основные части: 1-я часть – оживление вербальных ассоциаций по предложенной теме. В этой части применялась групповая беседа на заданную тему с опорой на реальные предметы или картинки, изображающие эти предметы, а также классификация предметных изображений (или реальных предметов) по заданному признаку (например, подарки мужчине или женщине, покупки в продовольственном или промтоварном магазине и т.п.).

Необходимость этой подготовительной фазы была вызвана тем, что, как уже указывалось выше, у всех больных с афазией страдает сфера зрительных образов и представлений по типу их сужения, обеднения и трудностей актуализации. Поэтому и возникает задача их расторможения путем оживлений всех возможных вербальных и зрительных связей слова.

Как правило, использование в занятии реальных предметов положительно влияет на общий эмоциональный фон занятия, повышая вербальную коммуникацию больных, так как больные всегда реагируют на характеристики конкретных предметов (их цвет, форму, материал, стоимость и т.д.), пытаются обсудить их, дать оценку. Возможность манипулирования с реальными предметами позволяет подключить ряд дополнительных афферентаций (зрительную, тактильную, иногда обонятельную), что способствует, как указывала Л.С. Цветкова, оживлению всей системы связей искомого слова и существенно облегчает его называние, с одной стороны, а с другой – оживляет ряд дополнительных вербальных ассоциаций [1, 2].

Например, больной берет серьги, находит на них пробу, показывает ее другим членам группы, что вызывает серию вербальных реакций: «золотые», «это – дорого», «я такие жене» и т.д. На занятиях по теме «медицина» использовались, например, флаконы и облатки с различными лекарствами, бинты, вата, шприц, термометр и др., на занятиях по теме «покупки в магазине» – пакеты, упаковка различных продуктов и т.д. С другой стороны, картинки позволяют расширить отрабатываемый лексический материал, а также очень удобны для применения метода классификации. Следует отметить, что в этой части занятия учитывался и использовался лексический и грамматический материал, отработанный с больными на индивидуальных уроках. Например, на индивидуальном занятии шла тема «посуда». На групповом занятии на тему «подарки» внимание больного было обращено на то, что различные предметы посуды могут быть хорошим подарком женщине. Больной выбрал ряд картинок с изображением посуды, назвал их, вспомнил (с помощью группы) еще несколько предметов посуды, которые можно подарить. Таким образом, на групповом занятии был закреплен лексический материал индивидуального урока.

Важно подчеркнуть, что метод классификаций позволял принимать активное участие в работе группы даже больным с грубыми речевыми нарушениями или полным отсутствием экспрессивной речи, так как формой ответа могло быть не только название предмета, но и выбор соответствующей картинки. Очень часто больные с грубыми дефектами речи прибегали к жестовой речи, пантомиме, изображая определенный предмет, который пытались угадать остальные члены группы.

Во второй части занятия педагог убирает наглядный материал, раздает больным листы бумаги и карандаши, рассаживает их за разные столы и просит нарисовать то, что являлось сейчас предметом беседы (например, различные медицинские предметы, виды транспорта, подарки, покупки в магазине и пр.). То есть больной должен вспомнить и воспроизвести зрительные и вербальные ассоциации, вызванные в первой части занятия.

Следует отметить, что не для всех больных эта задача была одинаково доступной. Больные с грубыми, как правило, комплексными нарушениями речевых функций испытывали при этом большие затруднения, иногда отказывались от задания. В таком случае педагог помогал больному, давал дополнительные объяснения, начиная рисунок или выполняя весь рисунок вместе с больным, а в некоторых случаях вновь раскладывал перед больным несколько картинок, превращая задачу рисования по памяти в более легкую задачу выбора и копирования изображений. Характерно, что через 1–2 занятия с применением этого метода у данных больных появлялась возможность рисовать по памяти без опоры на наглядные образы, и педагог сразу же забирал картинки. Как правило, больной давал отчетливую положительную эмоциональную реакцию на расширение своих возможностей, и педагог поддерживал ее, одобряя и поощряя больного в присутствии других членов группы.

Можно было также наблюдать в динамике групповых занятий увеличение объема зрительных образов, улучшение качества рисунков. Так, например, больной Сем., страдающий выраженной комплексной моторной афазией, в начале цикла занятий, когда в первый раз был применен метод рисования, смог нарисовать лишь четыре предмета на легкую для него и отработанную тему «покупки в продуктовом магазине». Через несколько занятий с применением этого метода он нарисовал уже 11 изображений на тему «транспорт» (рис. 1, а и б).

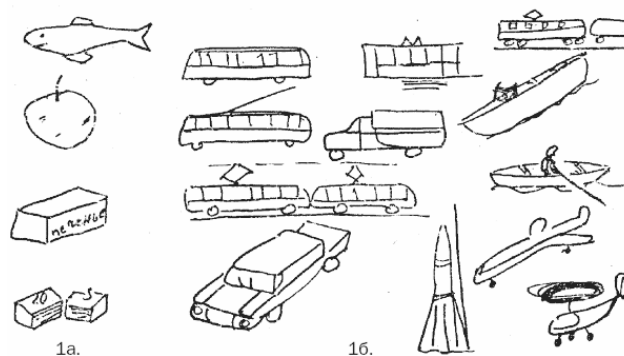


Рис. 1. Б-й Сем. Темы «Продовольственный магазин» (1а, 13.04.77) и «Транспорт» (1б, 18.04.77).

И, наконец, в третьей части занятия проводилось распознавание рисунка каждого больного всеми членами группы, иными словами, вставала задача распознавания сенсibilизированных изображений, что способствовало закреплению отработанной лексики. При этом больные могли опять пользоваться картинками. То есть, если больной не мог произнести данное слово, но узнал, что было изображено на рисунке, он находил аналогичное изображение на картинке. Этим способом пользовались также и авторы рисунка, чтобы помочь товарищам угадать его и найти нужное слово. Возможность использовать в качестве ответа выбор аналогичной картинке позволяла и в этой части занятия принимать активное участие больным с грубыми дефектами или полным отсутствием экспрессивной речи.

Таким образом, при применении этого варианта метода рисунка осуществлялось последовательное упрочение связи зрительного образа предмета с его словесным обозначением с постепенным расширением смысловых связей слова, расширением и упрочением сферы зрительных представлений и последующим переводом зрительного восприятия и представлений на речевой уровень.

Метод рисунка дает широкие возможности использования различных модификаций. Так, например, больным предлагалось кодировать (зашифровывать) рисунками содержание телеграмм, которые они хотели бы отослать своим родным или знакомым. Затем остальные члены группы должны были расшифровать телеграмму-рисунок, т.е. декодировать рисунки в речевые высказывания, узнать, какой смысл заключен в рисунке.

Приведем пример. Выписка из протокола группового занятия от 23.5.77 г., на котором с больными обрабатывалась тема «почта». Группа состояла из четверых больных Ч., С., К., Л., со средней степенью выраженности речевых нарушений. Вначале оживлялись различные речевые ассоциации, связанные с заданной темой, обсуждались операции, которые можно совершать на почте: послать телеграмму, посылку, письмо, получить деньги и пр.

Затем больным было предложено послать телеграммы кому-нибудь из своих родных или друзей. Так как процесс письма вызывал у многих больных значительные затруднения, предлагалось передать смысл, содержание телеграммы рисунками.

Больная Ч., которая чувствовала себя в группе уверенно и являлась ее лидером, так объяснила смысл задания: «Надо ... телеграмма. Писать. Никак. Тогда рисуй... кому надо – поймет».

Каждый больной самостоятельно составлял «текст» телеграммы. Затем всей группе предлагалась зашифрованная рисунками телеграмма, нужно было распознать смысл рисунка-телеграммы, передать содержание словами. Иллюстрируем сказанное примерами:

Рис. 2 – телеграмма больной К. (комплексная моторная афазия). Больная очень скучает по дому, ждет дня выписки. Она сразу рисует на листе бумаги ряд домов, бланк телеграммы и

человечка. Это верхняя часть рисунка, отделенная чертой. Внизу нарисована женская фигурка, поезд и лист календаря, на котором написано число «15».

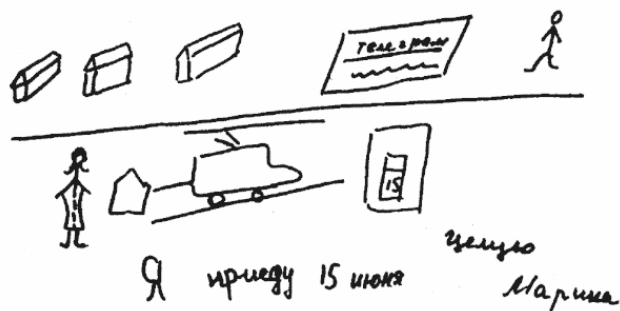


Рис. 2. Б-я К. 23.5.77. Тема: «Телеграмма».

Телеграмма предлагается группе для расшифровки:

Ч.: Вверху – адрес. Да?

К. (соглашается): Да, дома ..., город, улица. Я живу.

Л. (показывая на рисунок человечка): Муж. Это ему?

К.: Да.

Ч.: Дальше я знаю. Это значит «Я приеду 15 июля». Так?

К.: Да, домой хочу.

Иную телеграмму изобразил больной Л. (комплексная афазия: акустико-мнестическая с элементами афферентной моторной; рис. 3).



Рис. 3. Б-й Л. 23.5. 77. Тема: «Телеграмма».

Больной долго отказывался выполнять задание, ссылаясь на неумение рисовать. Потом решил отослать телеграмму группе о себе. На его рисунке изображены три фигурки едущего человечка. В конце рисунка человек сидит за столом.

Больной С. рассматривает рисунок и спрашивает у автора: Ты?

Л. утвердительно кивает.

С.: Что делает? (показывает на человечка за столом).

К.: Директор.

С.: Я знаю... Это он.

Берет карандаш и пишет под рисунком: «Я работаю директором».

На телеграмме больной Ч. (комплексная афазия – акустико-мнестическая и афферентная моторная; рис. 4) изображены разные овощи, которые трудно узнать. Внизу стоит подпись «Целую. Таня».

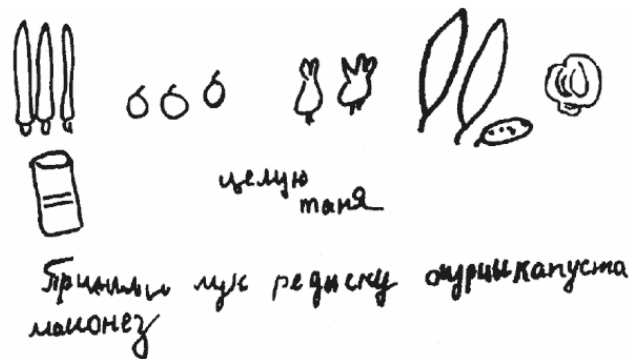


Рис. 4. Б-я Ч. 23.5.77. Тема: «Телеграмма».

Ч. (подсказывает): Я хочу это.

Л.: Какие-то овощи, наверно... капуста, лук.

К.: Со-ску-чи-лась, овощи хо-чет... редиска, огурец.

С.: Посылку прислать.

Общими усилиями текст телеграммы представлен следующим образом: «Пришлите мне лук, редиску, огурцы, капусту». Узнавание рисунков этой телеграммы затруднено из-за их нечеткости, что вызвало споры в группе, совместное обсуждение, т.е. коллективную деятельность по расшифровке содержания телеграммы.

Таким образом, при применении этого варианта метода рисунка больному необходимо, прежде всего, представить себе содержание телеграммы вербально, затем перевести его в зрительный образ и реализовать в рисунке. При расшифровке телеграммы, как и в первом варианте метода рисунка, происходит распознавание сенсibilизированных изображений, затем логическое их объединение и уже потом перевод на речевой уровень. В отличие от первого варианта метода этот вариант способствует актуализации не только слова, но и фразы.

В лаборатории нейропсихологии и восстановительного обучения клиники нервных болезней 1 ММИ было проведено 24 групповых занятия с применением метода рисунка, в которых участвовали 84 больных с афазией. Анализ этих занятий показал, во-первых, доступность метода для всех больных независимо от формы афазии и степени ее выраженности, что делает возможным проведение групповых занятий в смешанных группах, во-вторых, его эффективность для восстановления общей и речевой активности больных, расширения их активного словарного запаса и возможностей фразовой речи. В-третьих, применение этого метода в групповых занятиях с больными, страдающими афазией, еще раз подтверждает теоретическое положение о необходимости системного воздействия при восстановлении психических функций и, в частности, эффективности специальной работы, направленной на упрочение зрительных образов и представлений больных при всех формах афазии.

Литература

1. Цветкова Л.С. Процесс называния предмета и его нарушение. – Вопросы психологии. – № 4. – 1972. – С. 107–117.
2. Цветкова Л.С. Речь и восприятие при афазии. – Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – № 3. – 1976. – С. 527–533.
3. Цветкова Л.С. Калита Н.Г. Нарушение и восстановление называния при акустико-мнестической афазии. – Дефектология. – № 2. – 1976. – С. 3–10.
4. Калита Н.Г. О природе и механизмах нарушения номинативной функции речи при акустико-мнестической афазии. Канд. дисс. – М., 1976.

5. *Выготский Л.С.* Избранные психологические произведения. – М.: Изд-во АПН РСФСР. – 1956.

6. *Гальперин П.Я.* Развитие исследований по формированию умственных действий. – Психологическая наука в СССР. – Т. 1. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959.

7. *Леонтьев А.Н.* Проблемы развития психики. – М.: Изд-во МГУ, 1976.

8. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во МГУ, 1975.

**Социально-психологический аспект
реабилитации больных с афазией¹
Л.С. Цветкова, Ж.М. Глозман, Н.Г.
Калита, М.Ю. Максименко, А.А. Цыганок**

Глава II. Методы, формы и организация групповых занятий

Все методы мы условно разделили на две группы: в основе деления лежит степень активности методов, намеренности и произвольности их воздействия на речь больных, а также разные задачи, которые решаются этими группами методов.

¹ Главы II и III и заключение из книги: Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. – М.: Изд-во МГУ, 1980.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.