

Нейропсихолог

в реабилитации
и образовании



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

Факультет психологии
Московского Государственного Университета
им. М.В. Ломоносова

РБОО «Центр лечебной педагогики»

Нейропсихолог

в реабилитации
и образовании

Под ред. Дименштейн М. С.

3-е издание (электронное)

Москва
«Теревинф»
2015

УДК 159.922.7(081.2)(093.3)(092)Цыганок А.А.
ББК 88.4я434Цыганок А.А.+88.8я434Цыганок А.А.
Н45

Н45 **Нейропсихолог в реабилитации и образовании** [Электронный ресурс] / Под ред. М. С. Дименштейн. – 3-е изд. (эл.). – Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 401 с.). – М. : Теревинф, 2015. – Систем. требования: Adobe Reader XI ; экран 12".

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.

Деривативное электронное издание на основе печатного издания: Нейропсихолог в реабилитации и образовании / Под ред. М. С. Дименштейн. – 2-е изд. – М. : Теревинф, 2014. – 400 с. – ISBN 978-5-4212-0177-9

В соответствии со ст. 1299 и 1301 ГК РФ при устранении ограничений, установленных техническими средствами защиты авторских прав, правообладатель вправе требовать от нарушителя возмещения убытков или выплаты компенсации



Содержание

От редакционной группы	9
13 афазиология	
когнитивно-личностные изменения при афазии	15
О нарушении понимания слова при разных формах афазии	15
О некоторых аспектах изменения личности при афазии	22
Нарушение понимания слова при разных формах афазии	31
Психофизиологические корреляты распознавания эмоциональных состояний больными с разной топикой поражения больших полушарий мозга	43
реабилитация речи при афазии	44
Об одном методе групповой реабилитации больных с афазией	44
Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией	52
103 детская нейропсихология	
нейропсихологический подход к диагностике и коррекции нарушений развития у детей	105
Нейропсихологический анализ школьной неуспеваемости среди учащихся массовых школ	105

Нейропсихологический подход к типологии онтогенеза	119
Нейропсихологическое исследование уровня сформированности речевых автоматизированных рядов у младших школьников	134
Нейропсихологический подход к двигательным нарушениям у детей	135
диагностика и коррекция	142
Предисловие редактора выпуска	142
Коррекция пространственных представлений у детей	146
Восприятие музыкальных произведений детьми	154
Опыт Центра лечебной педагогики в диагностике и коррекции нарушений развития детей раннего возраста	163
Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий	183
различные аспекты построения педагогической среды	230
Методические рекомендации по организации педагогической среды для детей с эмоционально-волевыми нарушениями и нарушениями общения	230
Общая концепция интегративного детского сада	287
Принципы формирования смешанных групп детей и оптимальное построение единого абилитационно-педагогического процесса в интегративном детском саду	293
Вариативность и индивидуализация в образовании	304
Изоляция или интеграция: два подхода к помощи детям с проблемами развития	309
В какой руке нести портфель?	329

социальная адаптация, интеграция, толерантность 334

Каждый человек бесценен,
ибо в сердце у него скрыты неисчислимые сокровища 334

Семья и государство: от противостояния к диалогу 339

343 основные публикации Антонины Андреевны Цыганок

353 in memoriam

Александр Асмолов. Человек света 355

*Анна Морозова (Цыганок). Она была для всех
только «Тонечкой» 357*

Жанна Глозман. Какой мы ее помним 360

*Анна Битова, Роман Дименштейн.
Остается нашим собеседником 362*

Марина Иванова. Близкая всем 364

Белла Котик. Ее знают и в Иерусалиме 365

Татьяна Прибылова. Она оставила частичку себя 366

Юлика Форман. Она была готова помочь во всем 368

Ольга Попова. Отогревала, прикрывала, учила 369

Ольга Седакова. Память о Тоне 370

*Наталья Гнатовская (Дузенко). В моей жизни
Тонечка была всегда 383*

Татьяна Ильина. Нам всем не хватило времени 387

Ольга Почекутова. Жизнь, полная радости и добра 389

Валентина Невидомская. Уйду, не состарившись 391

... И еще три фотографии 396

Об авторах этого раздела 398

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, заведующий 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 в последние десятилетия 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.

Будучи одним из создателей детской нейропсихоло-

*Доклад
в лаборатории
нейропсихологии.
1978 г.*



гии, 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 междисциплинарной 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 реали-



В Центре лечебной педагогики. 1995 г.

зации 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 взаимо-

действия 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 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

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 афизиологии 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 звукоразличения, 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 картинкой, 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 сте-

пени 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 семантических 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 динамичес-

кой 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 звукоразличения (литеральные парагнозии). Эти данные позволяют сделать вывод о нарушении понимания речи в случаях указанных афазий в звене звукоразличения 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 звукоразличения, или сенсомоторный уровень 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 (литераль-

ных 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.

O zaburzeniu 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 Lurii). 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-afarentnej 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-mnestic, 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

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

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

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 (все-го 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. изменение 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 поражением 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 вос-