

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

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

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 картинку, 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 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 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-

Конец ознакомительного фрагмента.
Для приобретения книги перейдите на сайт
магазина «Электронный универс»:
e-Univers.ru.