

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПРАВОГО ПОЛУШАРИЯ МОЗГА

© Шабетник О.И.*

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского округа – Югры
Окружная клиническая больница «Травматологический центр» г. Сургут

Статья посвящена теме речевых расстройств в субдоминантном полушарии мозга. Исходя из недостаточной изученности данной темы, автор проводит собственное исследование на больных с очаговыми поражениями правого полушария. Описаны выявленные у них речевые расстройства.

В специальной литературе накоплено значительное количество теоретического и практического материала по нарушениям и восстановлению ВПФ у больных с правополушарными очаговыми поражениями мозга. Наиболее распространенным является мнение, что леворукость и соответственно особый профиль межполушарных взаимоотношений обуславливает попадание в группу риска в плане патологических последствий субдоминантных поражений [2, 7]. Бизюк А.П. [1] отмечает также, что «клинические исследования позволяют констатировать наличие при поражении правого полушария слабо выраженных речевых расстройств не только у леворуких, но и у праворуких». Симерницкая Э.Г. [6], объясняет возможность развития субдоминантных афазий уникальностью лексической структуры правополушарного языка. Согласно представлениям лингвистики, правополушарное слово «не имеет фонетического кодирования и в связи с этим обеспечивает понимание устной и письменной речи не на основе фонетического анализа, а методом интегрированных фонологий и графологий, которые извлекаются из долговременной памяти и связываются с соответствующим значением подобно тому, как животные понимают слова». Такая языковая стратегия соответствует принципу функционирования «правого мозга» и необходима для полноценного владения речью наряду с дискретно-логическим (левополушарным). Если же правополушарный языковой механизм страдает, то возникает специфический речевой дефицит, характерный для субдоминантных афазий. [3]. Несмотря на эти ценные осмысления нарушений речевой функции и причин их развития при правополушарных очагах поражения, они остаются недостаточно изученными.

Нами проведено исследование на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации Окружной Больницы «Травматологический центр» г. Сургута в течение 2 лет (2007-2009 гг.). В эксперименте участвовало 54 пациента:

* Логопед отделения Нейрореабилитации

19 женщин и 35 мужчин (средний возраст – 51,5 лет), перенесших инсульт в недоминантном полушарии. Геморрагический инсульт отмечался у – 29,6 %, ишемический – 70,4 %. Возраст *женщин* от 32 до 76 лет (средний – 53,3 года). *Ишемический инсульт* отмечался у 15 больных; *геморрагический инсульт* – у 4 больных. Давность заболевания составляла от 1 года до 16 лет. Возраст *мужчин* от 29 до 68 лет (средний – 50,6 лет). *Ишемический инсульт* отмечался у 23 больных; *геморрагический инсульт* отмечен у 12 больных. Давность заболевания составила от 1 года до 9 лет.

Использовалась диагностическая нейропсихологическая методика А.Р. Лурии и его последователей [4, 7, 8], которая позволяет выявить универсальные закономерности патологических синдромов, а их также индивидуальные особенности. Из 54-х исследованных больных, у 14 человек, несмотря на очаг поражения в недоминантном полушарии мозга, имелись речевые нарушения, которые оказались аналогами формам афазии, имеющих в классификации А.Р.Лурии. Приведем клинические примеры.

П-в Георгий Андреевич 1955 г.р. (51 год); (ист. б-ни № 8054); образование среднее (водитель); правша. *Диагноз*: ЦВБ. ПОНМК по типу САК (от 5.2004г.). Поздний восстановительный период. Состояние после клипирования аневризмы ВМА справа (15.10.04 г.). Правосторонняя пирамидная недостаточность. *Соп. диагноз*: Артериальная гипертензия III степени, осложненная форма, риск IV. НК-0. Атеросклероз сосудов головного мозга. *КТ*: от 17.10.2004г. – состояние после КППЧ в правой височной области и клипирования аневризмы ВМА справа. Пневмоцефалия.

Пересказ: рассказа «Почтовая марка» – «Каждому хочется заработать.

Чтобы больше заработать, марку нужно наклеить. Почтальону тяжело было нести письмо» [текст см. 5].

При пересказе текста пациент допускает характерные для семантической афазии ошибки: трудности восприятия и, соответственно, употребления пространственных предлогов; неправильный порядок слов, пропуск членов предложения; не в состоянии соотнести значение предлога со схемой, изображающей пространственные взаимоотношения объектов. Больной не сказал о том, *кто* и *куда* пришел («Мужчина пришел на почту, чтобы отправить письмо»). Также больной не справился с пересказом фразы почтальона: «Это письмо тяжелое, поэтому нужно наклеить ещё одну марку». Восприятие причинно-следственных оборотов речи оказалось для пациента недоступно.

Пересказ по памяти прослушанных двух текстов: «Галка и голуби» – «Галка услышала, что хорошо кормят. Она прилетела ... и стала жить с ними. Потом однажды каркнула и они ее выгнали» [текст см. 5].

«*Муравей и голубка*» – «Помню что голубка попала в сети. Охотник ставил на куропатку. Голубка бросила муравью соломинку, он торопился, пошел. Муравей перегрыз нитку в силках» [текст см. 5].

Трудности восприятия сложных предложных конструкций, приводят больного к ошибкам в пересказе: пропуски членов предложения – дополнений: «Галка услышала, что... (*голубей*) хорошо кормят»; «Она прилетела... (*к голубям*) и стала жить с ними»; обстоятельств: «Голубка бросила муравью соломинку, он торопился, пошел (*куда?*)».

Спутанность причинно-следственных отношений. В рассказе «Муравей и голубка» больной говорит о том, что голубка попала в сети (т.е. она попала в беду) и тут же «голубка бросила муравью соломинку...». И вдруг заканчивает свой рассказ тем, что описывает помощь муравья «Муравей перегрыз нитку в силках».

Нарушения восприятия взаимоотношений предметов в пространстве. Больной путается в определении ролей героев рассказа «Муравей и голубка». *Нарушение симультанного восприятия всего рассказа*. Пациент при пересказе путает порядок событий и действий героев, в результате чего теряется логическое построение всего рассказа, но это совершенно не смущает больного.

Понимание логико-грамматических конструкций: «Таня старше Лены, но моложе Кати». Кто самый старший? – «*Лена... ой! Катя*»

Понимание сравнительных конструкций, осложнённых двойным сопоставлением, больному оказалось недоступно.

«Я позавтракал после того, как прочел газету». Что сделал раньше? – «*Прочел газету*». «Петю ударил Ваня». Кто драчун? – «*Петя*».

Понимание инвертированных конструкций (порядок слов противоположен порядку действия) также вызвали у больного серьезные затруднения.

Таким образом, у больного выявились речевые нарушения по типу *семантической афазии*.

Следующий пример наглядно показывает нарушения речи по типу *динамической афазии*:

Б-ных Федор Иванович, 65 лет; (ист. б-ни №8979) образование среднее; ведущая рука правая. *Диагноз*: ЦВБ ОНМК по ишемическому типу (от 03.2006 г.) в ПСМА, грубый левосторонний гемипарез, умеренно выраженная атаксия. Субкомпенсация. Артериальная гипертензия III, осл. форма, с поражением сосудов головного мозга, сосудов сетчатки, риск IV, НК ПА, Церебросклероз

Составление рассказа по картинке «На реке» [рис. см. 5]: «Пруд. Милиционер бежит с веревочкой. Так. Один тонет... Делать нечего... Баба орала... Один полз спасать... Все».

В данном примере наблюдается речевой «примитивизм». Фразы скудные, стереотипные. Трудности в виде пауз, незавершенности построения предложений. Требуется постоянное побуждение к продолжению. Нарушено планирование и создания схемы фразы. Выявляется склонность к аграмматизму «телеграфного стиля».

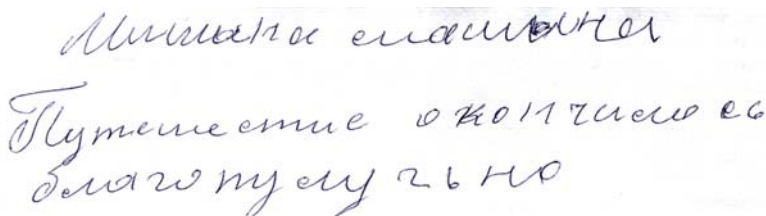
Ниже приведены примеры составления фразы по картинке, где также наблюдается бедное, однообразное высказывание, либо речевой штамп.

Составление фразы: а) по картинке – «Пацан стоит»; б) со словом «смотреть» – «Телевизор смотреть».

Понимание логико-грамматических конструкций: «Таня старше Лены, но моложе Кати». Кто самый старший? – Очень медленно: «Лена что ли? ... Нет? Тогда, может Катя?». «Я позавтракал после того, как прочел газету». Что сделал раньше? – «Прочитал газету, наверное». «Петю ударил Ваня». Кто драчун? – «Петя... Ой...Ваня».

Интерпретация пословиц, метафор: «Яблоко от яблони недалеко падает» – «Ну и что вы думаете? Это что, про сад нужно рассказывать? Да у нас не растут тут яблони. А! Вон что надо. Это отец с сыном похожи значит». «Не все то золото, что блестит» – «Конечно, не всякое золото блестит. Это нужно хорошая чтобы проба была»

В данном примере выявляется инертность. Больной с трудом переключился на выполнение задания «интерпретация пословиц» после составления фраз по картинкам.



Мини-машина
Путешествие о жонглировании
благотворно

На письме не выявляются грубые нарушения в области звукобуквенного анализа слова, однако имеются ошибки в результате недостаточности в сфере внимания.

Приведем ещё один пример обследования больного с правополушарным очагом поражения мозга с речевыми нарушениями по типу *акустико-мнестической афазии*:

Ив-ов Владислав Александрович, 1979 г.р. (История болезни № 6650).

Диагноз: ЦВБ ОНМК по ишемическому типу в СМА справа (19.08.08 г.).

Умеренно выраженный левосторонний гемипарез до пlegии в кисти. Вестибулоатаксия. Ранний восстановительный период. Артериальная гипертензия III ст., осложненная форма с поражением сосудов головного мозга, сетчатки, риск IV, НК 0.

Память: сужен объём слухоречевой памяти до 3-4 элементов из одного семантического ряда с первого предъявления. Выявляется слабость акустических рядов. Пересказ прослушанного текста вызывает затруднения по амнестическому типу. *Речь. Импрессивная:* ошибки осмысления при восприятии развёрнутых текстов, отчуждение смысла слова при предъявлении серии названий предметов. *Экспрессивная:* короткие фразы,

частые вербальные парафазии и паузы, обусловленные трудностями нахождения нужного слова, трудности продуцирования малочастотных слов, искажение их звуковой структуры.

Пересказ прослушанного рассказа «Почтовая марка» [текст см. 5]: «На почте... Не знаю что хотел... На почте был... может эту... как её?... почитать... газету надо?... (После наводящего вопроса) А! Марку купить!... А зачем она?... Я их не собираю... (После наводящего вопроса) Письмо написал... А газета зачем?»

Затруднения в нахождении нужных слов и выражений. Замена номинации на её функцию (вместо слова «газета» – «почитать»). Частые паузы внутри предложений и между ними. Фразы не закончены. Выявляются вербальные замены, которые приводят к грубому искажению всего смысла рассказа.

Выводы:

1. При проведении нейропсихологического обследования больных, перенесших инсульт в недоминантном полушарии мозга, наряду с нарушениями ВПФ, нами были выявлены и другие речевые нарушения у части больных. Эти нарушения соответствовали нарушениям речи при семантической, динамической и акустико-мнестической афазий.
2. Часть больных, перенесших очаговые поражения в недоминантном полушарии мозга, могут иметь речевые нарушения по типу афазий, осложнённых нарушениями других высших психических функций.
3. Преодоление нарушений неречевых функций (ориентация в окружающем; конструктивный праксис; симультанный гнозис и др.) при очаговых поражениях правого недоминантного полушария мозга является самостоятельной задачей восстановительного обучения.
4. Восстановление нарушенных функций расширяет рамки коммуникативных возможностей с окружающими (самостоятельное передвижение при восстановлении функции ориентации в окружающем; возможность написать письмо родным; полное, симультанное восприятие окружающего и т.д.). Дает возможность больным улучшить качество своей жизни, в основе которого лежит бытовая и трудовая реабилитация.

Сложность и высокая вариативность синдромов при поражениях правого полушария требует дальнейшего изучения, поиска новых приемов работы с данным контингентом больных.

Список литературы:

1. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. – СПб.: Речь, 2005.
2. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологического исследования. – СПб.: Стройлеспечатль, 1997.

3. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. – М.: Астрель, 2005.
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: МГУ, 1973.
5. Нейропсихологическая диагностика / Под ред. Е.Д. Хомской. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. – Ч. II.
6. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М.: МГУ, 1985.
7. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2004.
8. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевых функций у больных с разными формами афазий. – М.: Ассоциация дефектологов, 2000.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КРИЗИСА

© Юрков С.А.*

Липецкий государственный педагогический университет, г. Липецк

Кризис – это кризис жизни, критический момент и поворотный пункт жизненного пути. Он может стать причиной внутриличностного конфликта и наоборот, внутриличностный конфликт может стать причиной кризиса.

В статье рассмотрена сущность внутриличностного кризиса и выделен ряд причин его возникновения.

Кризис – это внутреннее состояние человека, оказавшегося в тупиковой, с его точки зрения ситуации, которая, в свою очередь привела к очень сильному нарушению его внутреннего состояния. Кризис может стать причиной глубокого внутриличностного конфликта, также как и внутриличностный конфликт может привести к кризису, к ситуации, при которой требуется немедленное действие извне при участии кого – либо для того, чтобы предотвратить возможность нанесения себе вреда или даже смерти.

Кризис, как внутриличностный конфликт, может привести к регрессу и разрушению, или к разрешению и новому росту.

В отечественной психологии до сих пор нет единого мнения по поводу понимания феномена «внутриличностный ценностный конфликт»; не в полном объеме исследованы причины его возникновения и последствия, еще менее изучен вопрос о значимости субъектной позиции личности при выборе способа разрешения внутриличностного ценностного конфликта. В то же время, теоретические и практические разработки по данным про-

* Соискатель кафедры Истории и теории педагогики