

Перечисленные варианты коммуникативных стилей присутствуют практически во всех культурах, но в каждой из них они оцениваются по-своему, всем им придается свое собственное значение. В каждом случае стиль коммуникации отражает ценности и нормы, лежащие в основе той или иной культуры, ее культурно-специфическую картину мира. Он усваивается ребенком в раннем детстве и составляет характерную неотъемлемую черту присущего ему способа взаимодействия с окружающим миром.

Библиографический список

1. Ковшиков В.К., Глухов В.П. Психолингвистика. Теория речевой деятельности. Учебник для педагогических и гуманитарных вузов / В.П. Глухов. - М.: Изд-во АСТ, М., 2007. – 346 с.
2. Красных В.В. Этнопсихолингвистика и лингвокультурология: Курс лекций. - М.: ИТДГК "Гнозис", 2002. - 284с.
3. Основы межкультурной коммуникации: Учебник для вузов / Под ред. А.П. Садохина. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. - 352 с.
4. Психолингвистика. Учебник / В.П. Белянин. - 2-е изд. - М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 2004. - 232с.

*А.Д. Покидова,
Коломна, ГАОУ ВПО «МГОСГИ»*

Восстановление речевых функций больных, перенесших инсульт²⁰

Около 30% пациентов в России, перенесших инсульт, умирает, а из оставшихся в живых примерно 40% живут с нарушением высших психических функций, в том числе речи, сочетающиеся, как правило, с психическими расстройствами и двигательными нарушениями [4]. В связи с этим в России постоянно растёт число клинических отделений реабилитации, научных центров, занятых исследовательскими и практическими проблемами организации и восстановительной терапии больных с речевыми нарушениями.

²⁰ Научный руководитель - Белоус Елена Николаевна, канд. психол. наук

Л. С. Цветкова под руководством А. Р. Лурия описала ряд принципов восстановительного обучения [5]. Их условно делят на психофизиологические, психологические, психолого-педагогические.

По данным отечественных и зарубежных авторов [2; 7] можно утверждать, что максимальная эффективность восстановления достигается при начале речевой реабилитации в первые 3 месяца, при проведении реабилитационных мероприятий не менее 3 часов каждую неделю в течение 5 месяцев и более. В ряде случаев постепенное улучшение речи продолжается и в сроки более 6 месяцев (вплоть до 2 лет).

В остром периоде занятия заключаются в установлении контакта с больным, в нейропсихологическом обследовании, направленном на выявление его речевых, интеллектуальных возможностей, остаточных возможностей высших психических функций, изучении эмоционально-волевой сферы. Первое время занятия рекомендуется проводить шепотом. К концу 3-й недели после инсульта в большинстве случаев выявляется форма афазии и начинается ранний восстановительный период (до 6 месяцев), когда ведется работа с конкретной формой афазии [7].

Больной с *эфферентно-моторной формой афазии* испытывает трудности начала фразы, не может переключиться со слога на слог (инертность), с одного слова на другое, что напоминает заикание. В данном случае преодоление инертности в речевом процессе можно достигнуть путем медленного, напевного, протяжного произнесения счета 1 – 10, дней недели, фраз, бытовой речи. Также применяется отстукивание ритма рукой; заканчивание фразы нужным словом (договаривание пословиц, поговорок); пересчет предметов, затем с опорой на числа; игры: лото, шашки, шахматы, конструкторы, игральные карты; выделение отдельного слова из ряда, например любой одной цифры при счете до 10-ти; метод противопоставлений (черный – белый и т.п.); вербализация действий (больной пытается проговорить то, что он делает); прорабатывание письма и чтения [3].

Пациенты с *афферентно-моторной афазией* страдают нарушением артикуляционных укладов, поисковыми реакциями губ, языка в момент произнесения. Для преодоления данного недуга применяют чтение стихов, ритмическое прого-

варивание с одновременным отстукиванием ритма фраз; рисование; классификацию предметов по выделенным признакам; игры: лото, домино, шахматы, шашки, предметное лото; счет 1 – 10, дней недели. На начальных стадиях письмо и чтение не подключаются, а лишь на более поздних производится работа по выделению звукобуквенного состава слов.

При *динамической афазии* у больного отсутствует активная, продуктивная речь, преобладает наличие речевых шаблонов, стереотипов. Короткая, рубленая фраза. Длительная пауза между словами. Сохранно повторение, называние, понимание речи, письмо и чтение. Необходимо исправить дефекты внутренней речи, восстановить способность актуализировать слова, восстановить программирование высказывания [3; 6].

Пациенты с *сенсорной афазией* страдают нарушением понимания речи, наличием в речи обилия бессмысленных слов (логоррея), нарушением контроля за собственной речью. Чтобы восстановить понимание больным обращенной к нему речи, необходимо показывать больному картинки с изображением предметов и действий по их названиям и другим признакам; показывать части тела на картинке и у себя; задавать вопросы с ответами «да», «нет». Применимы: выполнение больным простых устных инструкций; раскладывание подписей к предметным и простым сюжетным картинкам; письмо слов, слогов и букв по памяти; «озвученное чтение» отдельных букв слогов и слов; дифференциация слов, различающихся по длине и ритмической структуре; заполнение пропусков во фразах; письмо под диктовку слов и простых фраз; прослушивание текстов и ответы на вопросы по ним; составление рассказов по серии сюжетных картинок; пересказ текстов по плану и без плана [3; 6].

При *акустико-мнестической афазии* наблюдается сужение объема восприятия речи на слух, дефекты зрительных предметных образов. Способы реабилитации: показ предметов по названиям, предъявляемым парами, тройками; показ частей тела по тому же принципу; выполнение 2-3 звеньевых устных инструкций; прослушивание текстов и ответы на вопросы по содержанию текстов; письмо под диктовку с постепенным наращиванием фраз; чтение постепенно наращиваемых

фраз с последующим воспроизведением (по памяти); заучивание наизусть коротких стихотворений и текстов; повторный показ предметов и картинных изображений через 5-10 секунд, через одну минуту после первого предъявления; составление устно предложений по опорным словам; анализ зрительных изображений и самостоятельное рисование предметов, обозначаемых словами-названиями; смысловое обыгрывание слов в контекстах; классификация слов с самостоятельным нахождением обобщающего слова; составление рассказа по серии сюжетных картинок; пересказ текстов по плану [3; 6].

При *семантической афазии* у больных нарушено понимание логики – грамматических конструкций, понимание отдельных слов – сохранно. Главной задачей является преодоление дефектов восприятия предметов в пространстве, восприятия «левого» и «правого». Для этого применяются следующие способы: схематическое изображение пространственных взаимоотношений предметов; изображение плана пути, комнаты; конструирование по образцу, по словесному заданию; работа с географической картой, с часами; заполнение пропущенных «пространственных» элементов в слове и фразе; составление фраз со словами, имеющими пространственное значение; составление предложений с заданными союзами; изложения, сочинения; импровизация на заданную тему; толкование сложных по смысловой структуре слов [3; 6].

Нарушение номинативной функции речи дефекты выбора нужного слова из всплывающих альтернатив наблюдаются у пациентов с *амнестической формой афазии*. Восстановление направлено на расширение активного словаря больного, восстановление восприятия образов – представлений в зрительной сфере посредством вычленения существенных признаков предметов (объектов, явлений); показа предметов по названиям, предъявляемым парами, тройками; анализа зрительных изображений и самостоятельное рисование предметов, обозначаемых словами-названиями; смыслового обыгрывания слов в контекстах; классификации слов с самостоятельным нахождением обобщающего слова.

При выписке из стационара используются 4 оценки результатов восстановительного обучения [1]:

1. «Со значительным улучшением»: доступность свободного устного и письменного высказывания с элементами аграмматизма и с очень редкими ошибками в письме.

2. «С улучшением»: возможность общения с помощью фраз, составление несложных текстов по сериям сюжетных картинок, относительное восстановление письма и чтения, а при сенсорной афазии также общее улучшение восприятия текстов на слух.

3. «С незначительным улучшением»: появилась возможность общения с помощью отдельных слов, улучшилось понимание речи, восстановилось в той или иной степени чтение и письмо.

4. «Без изменений»: отсутствие положительной динамики в состоянии речевых функций.

В течение первых двух лет после инсульта желательно, чтобы больной регулярно занимался. Через каждые 2-3 месяца занятий делается небольшой перерыв (1-2 мес.). Общая продолжительность реабилитационных занятий составляет 2-3 года [2; 7].

Необходимо принимать во внимание прогностическое значение отдельных факторов, влияющих на эффективность восстановления (возраст, мотивация, наличие признаков левшества, соматические заболевания и их динамика, и т.д.).

Библиографический список:

1. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. 1964
2. Визель Т.Г. Как вернуть речь.- М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, В.Секачев, 2001.- 224 с.
3. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта.- М.: МИКЛОШ, 2003.-176с.
4. Марковская Е.П. Современные аспекты речевой реабилитации при афазии / Е.П. Марковская // Медицинские новости. – 2008. - №12.
5. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. М.,1988.
6. Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2000. – 96 с.

7. Шохор-Троцкая М.К. Коррекция сложных речевых расстройств / М.К. Шохор-Троцкая. – М., 2000.

*Т.Н. Симакова, Д.В. Сергеева,
Екатеринбург, РГППУ*

Исследование возникновения ситуативного страха под воздействием социального видеосюжета

Страх изучается как эмоция в ситуации реальной или придуманной опасности. Такой аспект исследования страха представлен в работах С. Л. Рубинштейна (1946), П. Фресса, Ж. Пиаже (1975), В. К. Вилюнаса (1976), П. В. Симонова (1981), А. Н. Лука (1982), Л. М. Аболина (1987), Л. А. Гозмана (1987), Б. И. Доднова (1987), К. Е. Изарда (1999), Г. М. Бреслава (2004) и др.

В теории дифференциальных эмоций К. Изарда страх отнесен к базовым эмоциям. Он является врожденным эмоциональным процессом с генетически заданным физиологическим компонентом, строго определенным мимическим проявлением и конкретным субъективным переживанием [1]. Страх основан на инстинкте самосохранения, имеет защитный характер и сопровождается определенными физиологическими изменениями высшей нервной деятельности, что отражается на частоте пульса и дыхания, показателях артериального давления, выделении желудочного сока.

В общем виде страх условно делится на ситуативный и личностный. Ситуативный страх возникает в необычной, крайне опасной или шокирующей человека обстановке. Часто он появляется в результате психического заражения паникой в группе людей, тревожных предчувствий со стороны членов семьи, тяжелых испытаний, конфликтов и жизненных неудач [2]. Надо учесть, что ситуация может не нести непосредственно реальной опасности, а лишь косвенно касаться индивида. Одним из таких раздражителей может служить видеосюжет об ужасающих человека социальных явлениях, таких как: война, природные катаклизмы, убийства, аборты и т.п.