

Разработка процедуры динамической оценки коммуникативных возможностей у пациентов с афазией

Научный руководитель – Ковязина Мария Станиславовна

Козлова Лидия Владимировна

Аспирант

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Факультет психологии, Кафедра нейро-и патопсихологии, Москва, Россия

E-mail: lidiakozlova@bk.ru

Современные исследования афазии демонстрируют постепенное смещение акцента от изолированной оценки языкового дефицита к анализу функциональной коммуникации и участия в повседневной деятельности [5]. В отечественной нейропсихологической традиции диагностика афазии опирается на представление о системной организации высших психических функций и их нарушений при локальных поражениях мозга [1, 2], а также на клиничко-психологический анализ речевой деятельности [3]. Вместе с тем остаётся открытым вопрос разработки процедуры, позволяющей количественно фиксировать особенности коммуникативного поведения пациентов с тяжёлыми формами афазии в условиях, приближённых к реальному взаимодействию.

Цель работы — разработка процедуры динамической оценки коммуникативных возможностей (ПДКВ) для пациентов с афазией. Теоретико-методологической основой разработки данного протокола выступают положения о системной структуре речевой функции [1, 2], концепция поэтапного формирования умственных действий П. Я. Гальперина, а также модель коммуникативной компетентности, включающая лингвистический, операциональный, социальный и стратегический компоненты [6]. В рамках данного подхода коммуникация рассматривается как действие, включающее ориентировочную основу, операциональный состав и контроль результата.

ПДКВ представляет собой структурированную процедуру продолжительностью 30–35 минут с обязательной видеорегистрацией и последующим кодированием с участием независимых экспертов. Процедура оценки включает два этапа.

Первый этап представляет проведение пробы в естественной среде («палата») и направлен на фиксацию коммуникативной инициативы в условиях актуальной потребности (например, приёма пищи). Специалист создаёт ситуацию выбора и выдерживает паузу до предъявления вербальной инструкции. Оценивается степень самостоятельности включения пациента в коммуникацию.

Второй этап организован в форме ролевой игры («аптека»), представляющей собой симуляционное задание. Сперва пациенту предъявляется инструкция - краткий видеоролик, демонстрирующий коммуникативную ситуацию с неуспешной попыткой передачи сообщения исключительно посредством устной речи (визуальная маркировка — красный крест) и последующим использованием альтернативного канала (зелёная галочка). Данный этап рассматривается как стандартизированное предъявление ориентировочной основы действия и позволяет фиксировать реакцию пациента на демонстрацию иной стратегии коммуникации. Затем пациенту предлагается роль покупателя в симулированных условиях «аптека», специалист выполняет роль фармацевта. В ходе задания используется иерархия подсказок (обычная речь, замедленная речь, речь в сочетании с жестом, речь с опорой на символ, предъявление предмета). Фиксируются такие параметры как: уровень коммуникативной инициативы, успешность транзакции (степень достижения коммуникативной

цели), минимальный уровень необходимой поддержки и мультимодальность (количество использованных каналов).

Уровень коммуникативной инициативы — степень самостоятельности включения пациента в коммуникацию; фиксируется момент начала взаимодействия и необходимость внешнего побуждения (от спонтанной инициации до реакции только после прямого вопроса или полного отсутствия ответа).

Успешность транзакции — степень достижения коммуникативной цели в рамках ролевой ситуации; определяется по тому, распознаёт ли партнёр сообщение пациента и приводит ли взаимодействие к завершённому коммуникативному результату.

Минимальный уровень необходимой поддержки — уровень подсказки, при котором пациент включается в выполнение задания; определяется по иерархии помощи (от обычной устной инструкции до предъявления предметной опоры).

Мультимодальность коммуникации — количество и типы каналов передачи сообщения, используемых пациентом в ходе задания (например, вокализация, речевая попытка, жест, взгляд-выбор, использование символа или предмета). Индекс рассчитывается как суммарное число задействованных способов коммуникации.

Таким образом, на основе полученных показателей рассчитываются количественные индексы, отражающие функциональную коммуникацию, коммуникативный ресурс и реакцию на стратегическое моделирование. Анализ проводится как по отдельным шкалам, так и по интегральному показателю. Представленная процедура динамической оценки коммуникативного действия ориентирована на количественную фиксацию параметров коммуникативного поведения и может использоваться в исследованиях, посвящённых изучению роли альтернативных способов коммуникации в реабилитации афазии [4, 7].

Источники и литература

- 1) Лурия А. Р. Восстановление функций после повреждения мозга. М.: Изд-во АМН СССР, 1948.
- 2) Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Академический проект, 2000.
- 3) Цветкова Л. С., Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Методика оценки речи при афазии. М.: Изд-во МГУ, 1981.
- 4) Фон Течнер С., Мартинсен Х. Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию. М.: Теревинф, 2016.
- 5) Wallace S. J., Worrall L., Rose T., Le Dorze G. Using the International Classification of Functioning, Disability, and Health to identify outcome domains for aphasia // *Disability and Rehabilitation*. 2019. Vol. 41. No. 5. P. 564–573.
- 6) Light J. Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems // *Augmentative and Alternative Communication*. 1989. Vol. 5. P. 137–144.
- 7) Dietz A., Wallace S. E., Weissling K. Revisiting the role of augmentative and alternative communication in aphasia rehabilitation // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2020. Vol. 29. P. 909–913.