

О ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АФАЗИЕЙ

Ж.А. Пайлозян

*/Армянский государственный педагогический университет им. Х.Абовяна,
кафедра дефектологии/
375010 Ереван, ул. Ханджяна, 13*

Ключевые слова: восстановление, речь, логопед, афазия, логотерапия

Одним и, пожалуй, наиболее тяжелым последствием органического поражения головного мозга являются речевые расстройства — афазии. Афазия — это системное нарушение речи, которое охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи [4].

При афазии у больного нарушаются понимание речи, повторение, называние, самостоятельные речевые высказывания, произношение, чтение, письмо и счетные операции. Афазия сочетается с агнозиями, апраксиями и другими нарушениями высших корковых функций. Проблема афазий — одна из старейших и в то же время актуальных проблем неврологии, психологии, физиологии.

Учение об афазии начало развиваться во второй половине XIX в. и связано с такими известными именами как П. Брока, К. Вернике, Г. Хэд, Дж. Джексон, П. Мари и др. Однако расцвет афазиологии неразрывно связан с именем А.Р. Лурия. Им создана наиболее распространенная и "работающая" классификация афазий. Согласно этой классификации в зависимости от очага поражения различают семь форм афазии: эфферентная моторная (нарушение фразовой речи), афферентная моторная (артикулярная афазия), динамическая (отсутствие речевой активности), сенсорная акустико-гностическая (нарушение понимания речи), акустико-мнестическая (нарушение слухо-речевой памяти), семантическая (нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций, предлогов и т.п.), амнестическая (нарушение называния). В силу того, что амнестическая афазия в чистом виде встречается крайне редко, ряд авторов [1] рассматривают данную форму или в синдроме семантической афазии, или как симптом акустико-мнестической афазии.

Потеря дара речи является для больного и его близких трагедией. Меняются социальный и семейный статус больного, его отношение к своей личности и к окружающей действительности. Все это, как правило, сопровождается тяжелыми психологическими переживаниями.

Восстановление речи в большинстве случаев не происходит спонтанно. Лечение больных с афазией не ограничивается обычной восстановительной терапией (лекарственные препараты, массаж, лечебная физкультура и пр.). Многочисленные научные исследования, данные специальной литературы, а также собственный опыт показывают, что лишь профессиональная логопедическая помощь способствует восстановлению речи, не вызывая каких-либо осложнений.

Речевые расстройства при афазии весьма разнообразны. Нередко у разных больных отмечаются на первый взгляд совершенно одинаковые речевые симптомы. Между тем механизмы этих симптомов отличны друг от друга. В подобных случаях, несмотря на схожесть речевых расстройств, должны применяться различные методы логотерапии. По образному выражению одного из ведущих логопедов-афазиологов М.К. Бурлаковой, для этой речевой патологии как нельзя больше подходит пословица: "Что посеешь, то и пожнешь". Например, если чрезмерно побуждать больного к повторению и не требовать от него самостоятельной речи, можно надолго (если не навсегда) лишить больного речевой активности. В другом случае, отсутствие должного речевого режима может стать тормозом для восстановления у больного понимания обращенной речи. Неправильно подобранные методы восстановления речи, как и неверные способы лечения, чреваты серьезными отрицательными последствиями.

В 1986 г. при ангионеврологическом отделении НМЦ "Скорая помощь" г. Еревана была создана логопедическая служба для оказания помощи взрослым с речевой патологией. Основной логопедический диагноз — различные формы афазии. За прошедшее время больные с афазией составили 81,5% общего числа пациентов.

За годы работы в стационаре накоплен определенный научный и практический опыт по оказанию логопедической помощи взрослым с речевой патологией, в частности, афазией. В начале работы мы изучаем историю болезни, консультируемся с лечащим врачом, беседуем с родственниками больного. Уточняется соматическое состояние пациента, выясняется его образовательный уровень, характерологические особенности, профессия, увлечения и пр. Интересуемся обстановкой в семье, чтобы в ходе логотерапии случайно не коснуться каких-либо эмоционально-значимых "запретных" тем.

Логопедическая работа начинается с нейропсихологического обследования речи больного, которое включает состояние гнозиса и праксиса, исследование импрессивной (обращенной) и экспрессивной (самостоятельной) сторон речи, а также исследование чтения, письма и счетных операций. Обследование осуществляется с помощью специально разработанных методов, тестов и приемов, позволяющих проводить его в форме беседы, не утомляя и не травмируя больного. На основании результатов обследования ставится речевой диагноз, который входит в клинический диагноз и фиксируется в истории болезни. Практика показывает, что одна и та же форма афазии по-разному проявляется у разных людей в зависимости от их преморбидного образовательного и культурного уровня, знания языков, особенностей личности и пр. [3].

Восстановление речи осуществляется посредством специальных занятий, продолжительность которых зависит от лечебного процесса, состояния больного и этапа восстановительной терапии. Логопедическая работа начинается с ведома и по рекомендации врача обычно на 7–12-й день после возникновения афазии. Первые занятия длятся 5–15 мин, желательно дважды в день. Затем продолжительность занятий постепенно увеличивается, достигая 40–60 мин (иногда и более) один раз в день. Занятия проводятся в дневные часы не реже трех раз в неделю. Так как восстановление речи требует больших сил и энергии, то мы рекомендуем больным обязательно отдыхать до и после занятий, освобождая их в дни плохого самочувствия.

В начальный период восстановления речи, когда пациент находится на постельном режиме, занятия проводятся в палате. Больным с афазией бывает

трудно сосредоточиться, они быстро истощаются и устают. Кроме того, по мере выздоровления у них восстанавливается критика, они осознают свой дефект, тяжело переносят и стесняются его, поэтому всех, кто в состоянии передвигаться, просим на время занятия выйти из палаты. Подобным образом удается избежать лишних комментариев, шуток, ненужных советов и пр. Как только больной начинает ходить, восстановление речи продолжается в логопедическом кабинете. Безусловно, логопед находится в постоянном сотрудничестве с врачом и родственниками больного. Членам семьи даются разъяснения, как вести себя с больным, каков диапазон его речевых возможностей, как с ним общаться, какие использовать при этом речевые модели.

Основными механизмами коррекционной работы являются механизмы растормаживания и компенсации. На раннем этапе логотерапии в основном используется механизм растормаживания временно угнетенных речевых функций. Растормаживание осуществляется с помощью активизации определенных речевых структур, которые больной воспроизводит на непроизвольном уровне. К подобным автоматизмам относятся порядковый счет, слова песен и стихов, причем не новых, а знакомых с детства, пословицы и поговорки, индивидуальные речевые штампы и пр. Благодаря использованию автоматизма даже у самого "безречевого" больного удается получить какую-то речевую продукцию и создать впечатление самостоятельной спонтанной речи, что имеет большое психотерапевтическое значение. Растормаживание и стимулирование речевых функций способствуют предупреждению возникновения ряда патологических симптомов афазии (эмболов персевераций пр.), осложняющих процесс восстановления речи. Объем использования методик растормаживания и стимулирования различен при разных формах и степенях тяжести афазии.

На раннем этапе возникновения афазии не сразу решается вопрос о том, сенсорные или моторные расстройства преобладают в речи больного. Как правило, не бывает "чисто" моторной или сенсорной афазии. Нарушения понимания всегда отражаются на собственной речи больного точно так же, как расстройства моторной стороны речи приводят к ее сенсорным нарушениям. Восстановление импрессивной и экспрессивной сторон речи проводится при любой форме афазии с учетом ее специфических особенностей.

На более поздних, резидуальных этапах логотерапии, когда речевые расстройства приобретают четкую форму той или иной афазии (или их сочетаний), более активно используется механизм компенсации. В подобном случае та или иная речевая функция не восстанавливается в прежнем виде, а меняет свое строение. Логопедическая работа строится при этом на сохраненных речевых функциях со стимулированием деятельности сохранных анализаторных систем.

При каждой из форм афазии неизбежны расстройства чтения и письма: алексии (дислексии) и аграфии (дисграфии). Эти расстройства отражают основной речевой дефект, т.е. различны для каждой из форм афазии. В связи с этим все приемы логопедической работы, направленные на восстановление устной речи, способствуют также восстановлению чтения и письма. Кроме того, используются и специальные методы предназначенные непосредственно для восстановления письма и чтения [1,4]. Особое внимание уделяется также восстановлению счета и счетных операций. Ведь число само по себе является словом, а кроме того — с детства упроченным автоматизмом.

Больной с афазией очень нуждается в помощи, а еще больше — в правильном отношении к себе. Однако как правило, окружающие не знают, как вести

себя с подобным больным: говорят чересчур громко, кричат, не разрешают больному разговаривать или же, наоборот, без конца заставляют его повторять одни и те же слова, обращаются с ним как с ребенком и т.п. Видя, что больной затрудняется говорить, окружающие предлагают ему объясниться с помощью ручки и бумаги. И тут обнаруживается один из симптомов афазии — больному не удается ни написать, ни прочитать, или же он это делает с большим трудом и ошибками. Таким образом, пытаясь помочь, окружающие зачастую идут по неверному пути, тем самым задерживая и искажая восстановление речевой функции, порой нанося дорогому для них человеку невосполнимый психологический ущерб.

Одной из распространенных ошибок является попытка окружающих "учить" больного разговаривать по детским книжкам. Такие книжки воспринимаются больным весьма болезненно, вплоть до отказа от занятий. Кроме того, подобный подход неэффективен, т.к. логотерапия афазий — это не развитие речи, а ее восстановление. Эти два процесса существенно отличаются друг от друга как методически, так и психологически. Уметь разговаривать — еще не значит уметь восстанавливать речь. Безусловно, родственники и окружающие больного с афазией должны участвовать в процессе логотерапии, но лишь в соответствии с инструкциями логопеда. Анализ имеющихся у нас статистических данных показывает, что уже начиная с пятого занятия, в речи подавляющего числа пациентов (88,4%) отмечается положительная динамика различной степени. Кроме того, логопедические занятия обеспечивают больному необходимую психологическую поддержку, направленную на восстановление речи [2–4].

За 1986–2000 гг. к моменту выписки из стационара речь была практически восстановлена у 32,1% больных с афазией. Значительное восстановление речи было отмечено у 29% больных, улучшение речи — у 25,5% и лишь у 13,4% больных изменений не отмечалось. Таким образом, восстановление речи требует большего времени, чем улучшение общего состояния пациента. Логотерапию больных с афазией необходимо продолжать в амбулаторных условиях. Логопедическая работа при афазии — длительный и трудоемкий процесс, требующий сотрудничества врача-логопеда, пациента и его ближайшего окружения, причем восстановление речи должно проходить не эмпирически, а квалифицированно, на серьезном профессиональном уровне.

Поступила 29.01.01

ԼՈԳՈՊԵԴԱՅԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՅՈՁԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻՆ

Ժ.Ա. Փայլոյան

Հորվածում քննարկվում են աֆազիայով տառապող հիվանդների խոսելու ունակության վերականգնմանը ուղղված լոգոպեդային աշխատանքի հետ կապված խնդիրները:

Հիմնվելով գրականության փյալների, ինչպես նաև անձնական փորձի վրա հեղինակը շեշտում է լոգոթերապիայի կազմակերպման անհրաժեշտությունը Հայաստանի Հանրապետությունում:

ON LOGOTHERAPY OF PATIENTS WITH APHASIA

Zh.A. Pailozyan

The paper deals with the problems of improvement of speech function in patients with aphasia. On the basis of the literature data, as well as on the results of the author's practical experience, the necessity of organization of logopedical services for patients suffering from defect or loss of the power of expression by speech is emphasized.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бурлакова М.К.* Коррекция сложных речевых расстройств (сб. упр.). М., 1997.
2. *Оппель В.В.* Восстановление речи при афазии. Л., 1963.
3. *Пайлозян Ж.А.* Восстановление речи при афазии у билингвов. Канд. дисс. Ереван, 1996.
4. *Цветкова Л.С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.