

Герценштейн Э. Н., Бейн Э. С.

**Пособие по восстановлению речи у больных
с афазией**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 616
ББК 53
Г41

Г41 **Герценштейн Э. Н.**
Пособие по восстановлению речи у больных с афазией / Герценштейн Э. Н., Бейн Э. С. – М.: Книга по Требованию, 2024. – 334 с.

ISBN 978-5-458-38490-2

Пособие содержит материал для работы многообразными методами с больными, страдающими различными формами афазий, на всех стадиях восстановления речи. Излагается звуковой, словесный, фразеологический и иллюстративный материал в том объеме и той последовательности, которые соответствуют задачам восстановления речи при органических заболеваниях мозга и нормальном слухе.

ISBN 978-5-458-38490-2

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2024
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2024

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

ВВЕДЕНИЕ

В первые часы, дни, а иногда и недели после нарушения мозгового кровообращения или после травмы афазии чаще всего проявляются в форме **т о т а л ь н о г о** расстройства речи: больной не говорит и не понимает чужой речи. Иногда же сразу проявляется более резкое нарушение одной какой-либо стороны речевой функции (сенсорной, моторной и др.).

Начальная стадия тотального речевого расстройства чаще всего сменяется какой-либо относительно чистой формой речевого расстройства, что связано с уменьшением тормозного влияния очага. Речевой анамнез (динамика речевых нарушений) помогает точнее и глубже определить сущность речевого расстройства и правильное наметить программу восстановительного обучения.

К л а с с и ф и к а ц и я ф о р м афазий основана на принципах динамической локализации функций и учитывает системный, комплексный характер речевых расстройств.

В зависимости от преимущественного поражения того или иного коркового анализатора или от нарушения взаимодействия анализаторов различают следующие основные формы афазий.

М о т о р н а я афазия. Она наступает в результате поражения речедвигательного анализатора и охватывает разнообразные нарушения двигательного-кинестетических речевых функций. При этом расстраивается собственная речь больных. Поражение локализуется преимущественно в задней трети нижней лобной извилины.

В одних случаях наблюдаются нарушения артикуляции, распад артикулярных «динамических стереотипов». Больные не в состоянии произносить или повторять речевые звуки и их сочетания. В других случаях расстраивается динамика речевого акта. Доступно произношение и повторение звуков речи, а иногда и отдельных слов, но затруднен переход от слов к фразе. Больной не может выразить мысли в оформленном предложении (аграмматизм).

При разных подвидах моторной афазии в разной степени нарушается также «внутренняя речь», чтение и письмо.

С е н с о р н а я афазия. Этот вид афазии связан с поражением речеслухового анализатора, с нарушением высшего анализа и синтеза

речезвуковых раздражителей и заключается в нарушении понимания чужой речи (поражение локализуется в задней части верхней височной извилины). Больные теряют возможность дифференцировать звуки речи (фонемы) и слова. Разные слова звучат для больных одинаково, а одни и те же могут звучать по-разному. Часто нарушается возможность повторения слов и не всегда доступно понимание даже правильно повторенного слова. Слова для больного теряют свое смысловое содержание. В большинстве случаев больные говорят много, но вследствие обилия парафазий речь их часто непонятна. Нарушается также письмо и чтение.

Амнестическая афазия. При выраженной форме амнестической афазии основным дефектом является затруднение в назывании предметов, причем подсказ начала слов помогает «вспомнить» его. Эта форма афазии чаще всего возникает при локализации поражения на стыке теменной, затылочной и височной долей мозга и тесно связана с семантическими (смысловыми) речевыми нарушениями. Нередко амнестическая афазия имеет место при очагах, расположенных в височной области. При этом больные неплохо говорят, понимают обращенную к ним речь, но затрудняются в понимании смысла более сложных грамматических конструкций. Такие больные не могут уловить отношения между словами, зависящие от значения флексий, предлогов, союзов и порядка слов во фразе (грамматические средства языка).

Следует заметить, что трудность в назывании предметов в той или иной степени может встретиться при всех формах афазий, но иметь разную основу и известные клинические особенности.

Остановимся на некоторых принципах восстановительной терапии при афазиях у взрослых.

Приемы восстановительной терапии дифференцируются в зависимости от сущности нарушения речи (расстройства деятельности того или иного анализатора или их взаимодействия). Внешние сходные проявления какого-либо дефекта могут иметь различную природу в зависимости от формы афазии и требовать поэтому различных восстановительных приемов.

При моторных афазиях необходимо прежде всего восстановление двигательного-кинестетического анализа и синтеза речевых элементов, а при сенсорных афазиях — развитие устойчивого и дифференцированного восприятия речи и т. д.

Афазия представляет собой сложное расстройство, охватывающее все стороны речевой системы человека. За первичными симптомами, являющимися прямым следствием нарушения того или иного анализатора, неизбежно следуют вторичные нарушения речевой деятельности в целом. Поэтому восстановительное обучение при всем внимании к первично нарушенному звену должно охватывать все стороны речи больного и быть комплексным. При всех формах афазии следует

работать над звуковым анализом и синтезом состава слов, чтением и письмом, расширением словарного запаса, грамматическим строем речи больных и т. д.

При афазиях нередко в той или иной степени страдает восприятие смыслового значения слова. Наблюдается сужение «многообъемлемости» (И. П. Павлов) значений слов или, наоборот, происходит чрезмерное расширение значения слов в восприятии больных и их использовании.

Специальная работа по восстановлению дифференцировки словесных значений необходима при всех формах афазий.

Сущность восстановительной терапии состоит в перестройке нарушенных функций речи с использованием компенсаторных возможностей сохранных анализаторов.

Большое значение в работе с больными, страдающими афазией (особенно в начальных стадиях восстановления), имеет снятие тормозного фона, растормаживание речевых функций. Приемы и способы растормаживания в процессе обучения сводятся в основном к разнообразному активированию речевой деятельности. Больных настойчиво стимулируют посредством различных заданий к активному речевому общению. Эти приемы особенно важны на начальных этапах работы с больными.

Направления восстановительного обучения имеют черты сходства и свои особенности при разных формах афазий.

При моторной афазии в большинстве случаев следует уделять внимание как постановке звуков, так и выработке новых, более сложных динамических стереотипов, новых артикулярных связей. При помощи сохранных зрительного и звукового контроля обходным путем вырабатывается двигательно-кинестетический анализ и синтез. Сидя перед зеркалом рядом с логопедом, больной наблюдает за его артикуляцией и воспроизводит ее. Особенности произношения каждого звука контролируются ощупыванием гортани, ощущением звуковой струи воздуха на кисти руки и т. д. Иногда органам артикуляции приходится искусственно придавать нужное положение при помощи шпателей.

Большое значение имеют вспомогательные наглядные схемы и словесные объяснения правил артикуляции каждого звука.

С самого начала обучения больным дают буквы разрезной азбуки, содействующие закреплению артикуляции звука.

Необходимо как можно раньше вводить усвоенный больными звук в эмоционально-выразительные междометия (ой! ох! ух!) или в несложные слова, помогающие общению (вот, на, дай и т. д.).

Строго постепенно должна проводиться работа над артикуляцией звуков речи и их сочетаниями. При постановке согласных звуков следует начинать с более простых артикуляций (видимые губные звуки) или артикуляций звуков и их сочетаний, имеющих сигнальное значение (му, но, на, с-с-с, ш-ш-ш и др.).

тельностью. Опыт показывает, что излишнее увлечение повторением не ведет к развитию активной речи.

При сенсорной афазии (с характерным для нее нарушением сложного анализа и синтеза звуков речи и звукоречевых словесных комплексов) главное внимание должно быть обращено на восстановление дифференцированного восприятия речи с помощью использования сохранных анализаторов: зрительного и двигательного-кинестетического. Компенсаторная перестройка и состоит в том, что при помощи букв (оптическое буквенное обобщение) и двигательной-кинестетической формулы звука речи, слогов и слов, а также предметно-смысловых различий (картинки) у больных восстанавливается нарушенная слуховая дифференцировка.

На первом этапе работы с больными, страдающими сенсорной афазией (особенно в тяжелых случаях), необходимо привлечь, сосредоточить и удержать внимание больного на конкретном содержании слова. Для этого в упражнения вводят несложные для восприятия слова и эмоционально насыщенные легкие фразы. На данном этапе работы необходимо добиться от больных дифференцировки слов и фраз по их различному звуковому, ритмическому рисунку, их разной длине и т. д. Например, больной должен дифференцировать по картинкам слова: кот — замок, ружье — лестница, шкаф — самолет, или выполнить инструкции: «дайте ручку», «встаньте», «откройте большую книгу». Очень важно, чтобы при этом больной наблюдал за артикуляцией логопеда.

По мере привлечения внимания больного с сенсорной афазией к словесному звучанию в упражнения вводят буквы. Прежде всего больного приучают вычленять из нечеткого для него звучания слова первый звук. Постепенно следует переходить к словам со сходным звуковым рисунком, но с различными первыми звуками (кот — рот, зуб — дуб и т. д.) и, наоборот, к словам с общим первым звуком и разным звуковым рисунком (дерево — дом, стол — собака). Эти слова не только воспринимаются на слух, но и составляются из букв разрезной азбуки, записываются и прочитываются больными.

Следующий этап заключается в работе над более тонкой слуховой дифференцировкой слов, сходных по звуковому рисунку и близким по звучанию первыми звуками (балка — палка, дом — том и т. д.).

Таким образом, тонкая звукоречевая дифференцировка вырабатывается благодаря привлечению внимания больного к словам, сходным по звучанию, но различным по смыслу. Больной начинает улавливать, вычленять ранее недоступные для него признаки звуков (фонем), наличие или отсутствие которых (твердость — мягкость, глухость — звонкость) меняет смысл слова.

Эти основные направления работы с больными, страдающими сенсорной афазией, способствуют восстановлению постоянства восприятия речи. Тем самым улучшается понимание больными чужой устной речи, содержания прочитанного и т. д. Слова в восприятии

При особо выраженных у больного персеверациях (трудностях переключения) и плохой слуховой дифференцировке звуков речи желательно, чтобы логопед при выборе последовательности в работе чередовал далекие по артикуляции звуки.

Согласный звук как можно скорее надо сочетать с гласными и также вводить в слово. Произнесение первого и каждого нового слова — радостное событие в жизни больного, мощный стимул в дальнейшей работе!

При нарушении динамики речевого акта (трудность перехода от слогов к словам, от слов к фразам) используются многообразные приемы, задача которых заключается в восстановлении структуры слова и фразы. Большое значение в этом отношении имеет звуковой анализ слова с фиксацией внимания больного на последовательности звуков и букв. Полезно также составлять слова из букв разрезной азбуки, заполнять буквенные пропуски, проводить слуховой диктант, а также морфологический анализ слов (выделение частей слова, подбор комплексных однокорневых слов и т. д.).

Восстановлению внутренней схемы фразы, часто нарушенной при моторной афазии, помогают наглядные схемы структуры предложения.

Активное составление фраз может сопровождаться инсценировками, рассматриванием картин и называнием собственных действий.

Постепенно фразы усложняются, вводятся распространенные предложения (дополнения, обстоятельства, определения и т. д.). Полезны также упражнения по заполнению пропусков во фразах (нахождение предлога или глагола) и составление фраз по «опорным словам».

Конечной задачей при работе с больными, страдающими моторной афазией, является восстановление спонтанной, самостоятельной речи. Важно добиться от больного не только объяснения картинок или повторения слов, но главным образом самостоятельного речевого выражения им его потребностей. Если больной начал пользоваться речью в общении с другими лицами, даже если она аграмматична и фонетически недостаточно чиста, то главная трудность может считаться преодоленной.

Этой цели служат упражнения в устных ответах на вопросы по прочитанному тексту, письменные и устные объяснения картинок и т. д.

Что касается распространенного в педагогике метода повторения, то его значение в восстановительной работе со взрослыми больными афазией ограничивается главным образом случаями полного отсутствия активной речи. У таких больных подражательная (отраженная) речевая деятельность является стимулом и стадией развития самостоятельной речи.

У больных, у которых сохранились остаточные возможности только повторной речи, ее следует использовать с большой осмотри-

таких больных начинают приобретать устойчивый смысл, несмотря на изменяющуюся форму.

На следующем этапе необходимо проводить работу по дальнейшему закреплению восприятия устойчивого смысла слов при изменяющейся грамматической форме. Одни и те же слова даются в различных предложениях, т. е. изменяются по падежам, числам и т. д. Используются смысловые комплексы слов с одинаковыми корнями, вычленяются суффиксы и флексии.

При амнестической афазии, часто сочетающейся с семантическими нарушениями¹, основная задача заключается в восстановлении системы грамматических отношений и обобщенных значений словесных понятий (многообъемлемости слов). Иногда эта форма афазии сопровождается акалькулией, при которой требуется специальная работа по восстановлению у больных арифметических понятий и операций.

Методика работы при амнестической афазии должна заключаться в систематическом изучении больным грамматических отношений при помощи доступных опосредствующих звеньев и наглядно обозримых оптических схем.

Так, больным при этой форме афазии нередко трудно понять значение относительных предлогов (под—над), отсюда трудность восприятия фразы «крест под кругом». В таких случаях вводят безотносительные наречия (сверху — снизу), доступные больным, и трудную фразу «крест под кругом» заменяют более доступной фразой «крест внизу, а круг наверху» (все это поясняется оптической схемой). В данном примере наречия играют вспомогательную, опосредствующую, роль и помогают больному расчленив сложную для него грамматическую конструкцию и, следовательно, овладеть недоступными раньше грамматическими отношениями.

Устранение собственно амнестических расстройств — трудностей называния предметов — заключается в расширении и систематизации словесных значений. С этой целью конкретное понятие прорабатывается в разнообразных фразеологических контекстах. Логопед стремится к насыщению данного понятия как можно большим количеством связей различной степени обобщения.

Например, слово «ручка» вводится в следующие фразы: «я пишу автоматической ручкой», «мальчик нажал ручку двери», «детская ручка протянулась к нему за помощью», «человека довели до ручки». Внимание больного обращается на то, что ручка может быть деревянной, металлической, слоновой кости, пластмассовой и т. д.

Такое насыщение конкретного понятия различного рода связями, расширение его значения разнообразным содержанием выводят слово за пределы ограниченных, конкретных ситуаций и содействуют восстановлению обобщений, скрытых за словом, а это приводит к вос-

¹ Нарушениями смысловой стороны речи. — Р е д.

становлению в той или иной степени возможности называния предмета.

Следует упомянуть, что в отдельных случаях полезно использовать часто сохраняющуюся у больных автоматизированную, так называемую рядовую речь (дни недели, порядковый счет, чтение стихов и т. д.).

Необходимо еще раз подчеркнуть громадное компенсаторное значение чтения и письма. Больной с моторной афазией часто произносит звуки, слова и их сочетания лишь после того, как написал или прочитал их про себя. У больного с сенсорной афазией письмо и чтение содействуют компенсации нарушений в понимании. Нарушение чтения и письма (алексия и аграфия) при афазиях часто бывает очень стойким. Поэтому при всех формах афазии следует уделять большое внимание восстановлению письма и чтения, восстановлению дифференцировок внутри системы буквенных раздражителей.

У больных с афазией часто сохраняется способность списывания или чтения привычных слов, что связано с сохранностью оптико-моторного механизма письма и чтения. При всех формах афазии в таких случаях нарушается процесс вычленения звуков из слова и их обозначение буквами. Как в письме, так и при чтении происходит замена букв и звуков, близких по артикуляции или звучанию, и нарушается их последовательность. Восстановительные упражнения должны быть направлены в первую очередь на процесс вычленения звуков из живой речи и сохранения их последовательности в слове.

Опорой при сенсорной и некоторых видах моторной афазии служит сохранность оптического рисунка буквы и артикуляции звука. При моторной афазии с нарушением артикуляции в процессе постановки звуков в упражнения включаются графические (оптические) формы буквы. Начертания букв ассоциируются со звуками речи и теми кинестетическими ощущениями, которые испытываются больными при произнесении этих звуков. Постепенно вырабатывается навык обобщения звуковых и графических словесных комплексов.

Используются приемы складывания слогов и слов из букв разрезной азбуки, составления слов из отдельных слогов, заполнения пропущенных букв в словах и т. д.

У людей, знавших до болезни несколько языков, следует в первую очередь восстанавливать родной язык как наиболее привычный больному с детства.

При любой форме афазии большую роль в процессе восстановительного обучения играют различные методы работы над анализом и синтезом элементов речи. Постоянно используются приемы разложения слова на звуко-буквенные элементы и синтез слова из них. Восстановление правильных грамматических обобщений также связано с развитием у больных соответствующих видов анализа и синтеза речи.

В работе с больными, страдающими афазией, необходимо учитывать огромное значение эмоционального состояния больного. Поэтому организация активности больного играет особенно важную роль в процессе восстановления речи.

Таковы в общих чертах основные направления восстановительного обучения при разных формах афазий.

Нередко при различных поражениях головного мозга у больных обнаруживаются и другие нарушения высших корковых функций: апраксии (нарушение целенаправленных действий), агнозии (нарушение процессов восприятия), расстройства счета. В настоящем пособии мы ограничиваемся приведением материалов для восстановления процессов счета, нарушения которого имеют неоднородный характер. Приемы восстановления счетных операций (раздел V), приведенные в настоящем пособии, ориентируются на основные формы распада счета, наблюдаемые в клинике.

Поэтому в работу по восстановлению счета мы включаем следующие разделы:

1) восстановление разрядного строения числа и десятичной системы счисления, при помощи которой осуществляются операции счета;

2) восстановление счетных операций в собственном смысле слова, т. е. возможности выполнения основных арифметических действий. С этой целью приводятся задания по автоматизированному счету, по восстановлению сложных операций счета, осознанного отношения к арифметическому знаку.

Даются и основные арифметические действия, начиная с более элементарных, с последующим их усложнением. Приводятся также задания, когда требуется удержать ряд чисел и сделать результат предыдущего действия исходным для последующего. Эти приемы счисления в первую очередь направлены на восстановление у больных динамики числовых операций.

Для восстановления осознанного отношения к математическому знаку приведены серии примеров, в которых все числа и результаты даются в готовом виде. Больной должен лишь указать, с участием какого арифметического знака получаются соответствующие результаты. В пособии даются лишь немногие примеры арифметических задач, так как в работе с больными с поражением различных корковых функций может быть использован любой тип задач. Невозможность решения задачи больными связана не только с нарушением у них счетных операций, но и с другими последствиями корковых поражений (нарушения слухового восприятия и невозможность восприятия задачи в устном виде; спонтанность, импульсивность, персеверации, затруднения, обусловленные утратой пространственных соотношений, и т. д.).

Применяемые нами приемы, предполагающие тщательный анализ характера нарушений счетных операций, дают возможность диффе-

рецидивировать различные дефекты их в зависимости от поражения различных корковых анализаторов и облегчают восстановление утраченных функций.

Остановимся в заключении на некоторых организационных вопросах восстановительной терапии.

Большое значение для результатов восстановительного обучения имеет срок начала занятий, их своевременность. Обучение, начатое на фоне продолжающегося спонтанного восстановления (приблизительно до 6 месяцев с момента нарушения мозгового кровообращения), когда у больного еще не успели образоваться стойкие патологические привычки, оказывается значительно более успешным, чем тогда, когда начинают позднее этого срока.

Таким образом, своевременное начало восстановительной терапии имеет очень важное значение. Желательно начинать восстановительное обучение больных с афазией в срок от 3 недель до 1¹/₂ месяцев после инсульта или травмы, а иногда и раньше. Противопоказанием к восстановительному обучению является склонность к повторным нарушениям мозгового кровообращения и резким колебаниям кровяного давления, а также наличие выраженных психических расстройств. Следует подчеркнуть, что начало восстановительного обучения и его дозировка устанавливаются лечащим врачом в зависимости от состояния больного. Логопед (или педагог, ведущий занятия) должен постоянно находиться в контакте с лечащим врачом и сигнализировать ему об изменениях в состоянии больного во время занятий (усиление речевых расстройств, нарастание отвлекаемости и т. д.).

Частота и длительность занятий, интервалы между ними, изменения формы работы также определяются состоянием больных, степенью индивидуальной истощаемости. Продолжительность индивидуальных занятий должна составлять в среднем 30—45 минут. Проводятся они не реже 3 раз в неделю. Коллективные занятия (не более 3—5 человек в группе) продолжаются 45—60 минут.

Выбор типа занятий (индивидуальные или коллективные) и их продолжительность должны основываться на анализе состояния каждого больного. При организации коллективных занятий необходимо включать в группы больных с однотипными формами речевых расстройств и относительно одинаковой стадией восстановления. При работе с больными, страдающими афазией, основной все же является индивидуальная форма занятий, так как именно она обеспечивает необходимый контакт логопеда с больными и наибольшие возможности психотерапевтического воздействия на них. В более поздней стадии восстановительного обучения целесообразно собирать всех больных для демонстрации достижений в восстановлении речи. С этой целью полезно использовать записи речи больных на магнитофоне, которые следует по возможности делать до, во время и в конце обучения.

Общая продолжительность восстановительного обучения зависит от индивидуальных особенностей больных и тяжести расстройств. В среднем обучение должно длиться 3—5 месяцев (при выполнении больными домашних заданий). После некоторого перерыва чрезвычайно полезно повторять курсы занятий.

Восстановительному обучению должно предшествовать тщательное обследование речи больного. Это обследование, производимое врачом совместно с логопедом, должно выявить характер и глубину расстройств различных сторон речи, обнаружить сохранные элементы речи и других корковых функций. По возможности нужно обследовать все стороны речи, а также состояние оптического восприятия, счета и т. д.

На основе такого обследования и данных клинического осмотра делается общее заключение, определяющее как форму речевого расстройства, так и стадию восстановления речевых функций, составляется конкретный план, программа восстановительного обучения. Так как в динамике восстановления речи меняется характер афазических симптомов, то в связи с этим изменяются и конкретные задачи обучения — они углубляются, расширяются, заменяются новыми.