

Оппель В.В.

**Восстановление речи после
инсульта**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
О-62

О-62 **Оппель В.В.**
Восстановление речи после инсульта / Оппель В.В. – М.: Книга по Требованию, 2013. – 152 с.

ISBN 978-5-458-38294-6

В книге обобщен многолетний опыт работы по восстановительной терапии. Подробно изложены принципиальные направления работы по коррекции афазии.

ISBN 978-5-458-38294-6

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2013

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2013

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 первозданном 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.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

Глава I

ИСХОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАБОТЫ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧИ

Методика восстановления речи после инсульта исходит в своем построении из успехов, достигнутых медицинской наукой в вопросах лечения и предотвращения острых нарушений мозгового кровообращения.

В настоящее время, когда восстановительная работа с больным начинается в ранние сроки заболевания (на первой-третьей неделе), ее основной задачей является растормаживание речевой функции на основе старых речевых автоматизмов. В прошлом большинство больных, поступавших в больницу с афазией, выписывалось из нее совсем или почти неговорящими, а поступившие с дизартрией нередко оставались с нею на долгие годы. В настоящее же время, когда в крупных неврологических отделениях городских больниц работают штатные логопеды, до 24,0—30,0% больных выписываются из нее с практически восстановленной речью. А в поликлиниках, куда на долечивание попадают больные с более тяжелыми формами афазии, из числа больных с восстановленной речью, около половины выходит на работу.

Растормаживание речевой функции на основе *старых речевых стереотипов* должно проводиться на раздражителях малой силы (шепотом, вполголоса). Работа по восстановлению речи, как и всякая педагогическая работа, должна строиться, исходя из принципа *от легкого к трудному*. Другими словами, задания, предлагаемые больному, должны располагаться по принципу постепенно нарастающей трудности, учитывая, что степень трудности индивидуальна для каждого отдельного больного. Так, например, если одному больному легче всего повторить сказанное логопедом, другому — договорить начатое логопедом предложение, третьему окажется легче всего вступить с логопедом в диалог. Таким образом, с самого

легкого для конкретного больного и следует начинать восстановление речи. Однако на том, что дается больному легко, его не следует держать долго: трудности заданий должна постепенно нарастать и часть из них обязательно должна быть на пределе выполнимого. Не следует заканчивать занятие заданием, которое больной выполнить не может или очень затрудняется. По той же причине на начальных стадиях восстановительной работы должны быть исключены занятия ведущиеся на отдельных, взятых вне контекста словах и, тем более, на изолированных звуках речи, — даже для повторения.

Для первичного растормаживания речи фразеологический материал подбирается логопедом по его *смысловой и эмоциональной значимости* для больного, а не по признаку легкости или трудности произношения, поскольку этот признак не является ведущим при афазии. Если на первоначальных этапах растормаживание речи ведется главным образом на материале, наиболее близком больному, — что ему в данный момент нужно и что его тревожит, — в дальнейшем работа по растормаживанию, хотя бы частично, но обязательно, переводится на вопросы специальности, профессии. В возможно ранние сроки логопед переводит больного на диалогическую форму речи путем активного создания ситуаций, вызывающих у больного острую потребность в общении.

Время и форма включения в восстановительные занятия письменной речи (чтения и письма) различны для разных больных и обусловлены как особенностями речевого расстройства, так и тем местом, которое они занимали в жизни больного до заболевания.

Вся восстановительная работа ведется обязательно как с учетом оптимальных для каждого больного интервалов между речевыми заданиями и их выполнением, вопросом и ответом на него, так и индивидуальной истощаемости больных. Без учета этих двух факторов логопеду обеспечено возникновение у больного речевых эмболов, персевераций и, нередко, выхода больного в так называемое постинсультное заикание.

Уже не мало лет прошло с тех пор, как проф. Н. Мясичев в печати и публичных выступлениях оставил проблему отношений. Однако до настоящего времени не только при анализе процесса восстановления речи у больных, страдающих афазией, но и повседневной работе с ними, проблеме отношений не уделяется должного внимания. Между тем она является *одной из решающих* во всем ходе восстановительной работы с больным.

Очень существенно, чтобы с самого начала персонал относился к больному не как к заранее обреченному на инвалидность, а как к человеку, который может и должен поправиться. Обращение с больным, даже полностью лишенным речи, должно быть таким же, как с говорящим: каждый имеющий с ним дело должен внимательно вслушиваться во все, что пытается сказать ему больной. При больном не следует говорить о нем. Ему не следует задавать изо дня в день те же стереотипные вопросы, давать стереотипные задания, не оправданные последующей реакцией дающего задания. Каждое выполненное больным задание должно подкрепляться репликой, утверждающей это выполнение, невыполненное — репликой, утверждающей, что это задание трудно сегодня, но через день-два станет выполнимым.

Особенно большую роль в процессе восстановления речи играет лечащий врач. Его высказывания нередко предопределяют будущее больного, правильно или неправильно формируя отношение больного к себе и своим возможностям. Иллюстрируем примером.

Больной С., 56 лет, научный работник, остро заболел 9/II 1966 г., когда на работе внезапно перестал понимать обращенную речь. Дома 9 и 10 февраля на все вопросы отвечал только «да» и «нет». 10 февраля из правой руки выпал мундштук. Госпитализирован в неврологическое отделение больницы 11 февраля с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне корковых ветвей левой средней мозговой артерии по ишемическому типу.

При приеме: не понимает предлоги, испытывает значительные трудности в подборе слов, многие слова произнести не может. Отвечает только на те вопросы, на которые можно ответить словами «да» и «нет». На письме грубая дисграфия.

14/II состояние ухудшилось, больной рисует рожи. Постепенно к 22/II общее состояние улучшилось, однако наросли явления

сенсорной афазии при одновременных явлениях апраксии языка.

Несмотря на выраженность речевых расстройств, и лечащий врач и зав. отделением непрерывно поддерживали в больного уверенность, что речевые расстройства преходящи и что все полностью восстановится в результате курса восстановительных занятий.

Восстановительные занятия начаты 29/III 1966 г., закончены в августе 1966 г. В сентябре больной вышел на работу по специальности.

Характерной для описанного случая является та спокойная уверенность, с которой занимался больной. Встречавшиеся на пути восстановления трудности и вызывали нежелательных, мешающих эмоций, поскольку больной знал, что он восстановится. И в этой большой заслуга врачей, лечивших его.

Но, к сожалению, бывает и иначе. По старой привычке относясь к больному с сенсорной афазией как к человеку, который ничего не понимает, лечащий врач иногда позволяет себе у постели больного говорить (то родственникам, то студентам, то персоналу) что больной ничего не понимает, что у него большие разрушения в головном мозгу, что он никогда не сможет работать и т. д. С взрывами отчаяния, слезящими глазами после таких «разъяснений», приходится иметь дело логопеду. И не раз больные, уже начинавшие восстанавливаться, категорически отказывались от дальнейших занятий на том основании, что лечащий врач неосторожно высказался при них о прогнозе.

Пример, говорящий о том, что может сделать неосторожное высказывание врача у постели больного.

Больная М. С., 80 лет, доставлена с улицы с явлениями острого нарушения мозгового кровообращения по типу тромбоза в левой гемисфере с явлениями правостороннего гемипареза и расстройствами речи. Если при приеме нарушения речи квалифицировались как тяжелая дизартрия, начиная с четвертого дня заболевания твердо устанавливается диагноз сенсо-моторной афазии с преобладанием сенсорного компонента. Больная долго находилась в тяжелом состоянии, почему логопедические занятия назначены только на 51-й день болезни.

Еще на 30-й день болезни в истории болезни запись: «Произносит хорошо некоторые слова. Говорит «хорошо», «спасибо». Чужую речь не понимает». После этого записи говорят только о том, что больная не понимает обращенной речи и не выполняет ни одного задания.

В процессе беседы с окружающими и персоналом выяснено, что однажды, на обходе лечащий врач сказал, что больная ничего не понимает. После обхода больная долго плакала. С этого дня больная ни слова не сказала врачу.

При первой встрече с логопедом на вопросы отвечает очень плохо, почти не слышно. Вопрос: «Как спали-то?» — Ответ: «Хорошо». В.: «Когда я приходила, вы спали?» — О. «Да». В.: «Вы днем спите?» — О.: «И не хочешь, да...» (ответ угасает). В.: «Иного днем спите?» — О.: «А что же еще...» (ответ угасает).

После двух месяцев занятия: В.: «Как вас зовут?» — О.: «Серафима». В.: «А отчество?» — О.: «Михална». В.: «А сколько вам лет?» — О.: «Много». В.: «А все-таки?» — О.: «Во... восемьдесят». В.: «Так вы 1905 г. помните?» — О.: «Да, хорошо». В.: «Вы что тогда делали?» — О.: «Работала». В.: «Где работали?» — О.: «Не знаю... не помню...».

Но за все это время больная ни разу не заговорила с лечащим врачом, не выполнила ни одного его задания и ни разу не повторила ни одного слова.

Недели через две после этого разговора пришли внуки, с которыми жила больная. Здесь же в палате лечащий врач повторил им, что больная ничего не понимает, на что внуки ответили, что в таком виде не возьмут ее домой. Больная промолчала.

На следующий же день больная отказалась вставать, на все уговоры поговорить с врачом или хотя бы с внуками отвечала: «Не хочу, уходи». А врач не верил ни логопеду, ни методисту ЛФК, что больная говорит.

Высказывания врача имеют огромное значение не только у постели больного, но и в беседе с родственниками больного и со страхделегатами. Поэтому врач должен постараться объяснить им, что афазия при систематических, достаточно длительных иногда занятиях чаще всего обратима, что парезы тоже претерпевают обратное развитие при длительной работе, но что *обязательным условием* восстановления является сохранение за больным во все время болезни его места в семье, которая ничем не дает почувствовать временную трудность в общении. При этом врач должен подчеркнуть, что больной как личность не деградирован, что надо его поддерживать, помочь в это трудное время, что выражение невнимания или пренебрежения мешает, затягивает восстановление.

К сожалению, далеко не все врачи действуют таким образом. Вот почему лечащий врач нередко, хоть и невольно, осложняет процесс восстановления больного, не учитывая отрицательного влияния своих высказываний на формирование отношения семьи и

коллектива (через страждеделегатов) к больному и его возможностям. Это отношение колеблется от снискающего сострадания, в силу которого больного делают всякой самостоятельности, как физической, так и психологической, до грубого игнорирования и одевания, вплоть до передразнивания дефектной речи больного. Как то, так и другое отношение принижает личность больного, ставит его в зависимое положение от всех членов семьи. Личность больного начинает изменяться. В одних случаях он уходит в себя, становится раздражительным, дает постоянные срывы, иногда начинает пить; в других — под постоянным нажимом семьи больной покоряется, превращаясь во вспомогательную рабочую силу для домашних. И все это в результате того, что лечащий врач не сумел правильно ориентировать семью, не сумел направить в правильное русло вновь формирующиеся, в связи с болезнью, внутрисемейные отношения. Страдает же один больной.

Лечащий врач должен также обеспечить и правильное отношение больного и его семьи к логопедическим занятиям. Очень важно, чтобы с самого начала они относились к этим занятиям как к обязательному звену восстановительного лечения. Врач должен разъяснить семье ошибочность точки зрения, бытующей в населении, что «речь сама отойдет». Ошибочность этой точки зрения, отмеченная еще Э. С. Бейн (1957), очевидна, однако бороться с ней бывает иногда очень трудно. Именно в силу этой причины многие больные, речь которых могла бы практически восстановиться, остаются на всю жизнь полуинвалидами.

Семья должна знать, что занятия по восстановлению речи прекращаются только тогда, когда логопед получит на это согласие лечащего врача. Врач, а не логопед должен разъяснить семье, что на начальных этапах работы, когда *логопед является единственным человеком, понимающим речь больного*, больной, естественно, ждет логопеда и радуется его появлению. Он все оставит: обед, друзей, пришедших его навестить, близких, с которыми сматрел телевизор, — и пойдет заниматься с логопедом, потому что никто

ольше не понимает его речи, потому что ни с кем ругим он говорить не может (на начальных этапах ечь больного ситуативна), потому что от него он идет помощи в самом важном — возвращении ему озможности общения с окружающими. Особенно ледует объяснять *ситуативность* восстанавливаю- дейся речи, ибо она нередко является источником недоразумений («вот, с логопедом ты говоришь, а со мной говорить не хочешь»). Семья должна понять, то разрушить веру больного в логопеда, значит поч- и наверняка обречь его на неполное восстановление речи, но она также должна знать, что как только больной вернет себе речевую самостоятельность, он сам, достаточно энергично, начнет отходить от лого- педа, возвращаясь в круг своего обычного общения и отношений с окружающими.

Отношения между больным и логопедом должны строиться на дружеском взаимопонимании и взаи- моуважении (как равного с равным). Неизбежно они приобретают некоторый оттенок задушевности, ибо никому другому, кроме логопеда, больной не может рассказать, чтобы быть понятым, свои тре- воги и горести. А их у него много, и они чрезвычай- но разнообразны. Таким образом, совершенно неиз- бежно логопед оказывается в курсе всех нерадост- ных событий в жизни больного. Эту дружбу, это доверие, оказанное больным, надо уважать и беречь, используя в то же время для достижения основной цели — сохранить личность больного и восстановить его речь.

Мы придаем очень большое значение тому, чтобы логопед вникал в жизнь и интересы каждого боль- ного, знал и учитывал особенности домашних и ра- бочих условий своего больного, понимал, как каж- дый больной относится к своей болезни, к своим воз- можностям восстановления. Он должен искренно и горячо переживать вместе с больным все его успехи и огорчения, стараясь все время подчеркивать дости- жения, спокойно и уверенно объяснять трудности, возникшие на пути восстановления, стремясь создать у больного уверенность в своих возможно- стях.

Как упоминалось выше, уже на ранних этапах заболевания неосторожная реплика лечащего врача, начинающаяся словом «никогда», настораживает семью больного. Семья начинает присматривать к больному, ища в нем подтверждение слов врача. Где-то, уже на первых неделях болезни, они начинают поговаривать и, что самое скверное, *рассказывать* знакомым и *сослуживцам* больного о том, что он «стал совсем дурачком». Основания этим утверждениям берут свое начало в парафазиях, апраксиях, ряде других очаговых симптомов, расцениваемых с позиций обывателя.

Зная, к каким непоправимым последствиям для больного ведет распространение таких слухов, мы не проводим занятий в присутствии родных и друзей, не даем родным никаких заданий по восстановительной работе и, по возможности, исключаем всякую возможность вмешиваться во все, что касается восстановления нарушенных функций. К сожалению, не предвидя последствий, больной нередко, несмотря на запрет логопеда, поддается просьбам родных «а ты почитай мне», или «попиши со мной», или «почитай», и тогда уже логопед бессилён оградить больного от ненужных, неграмотных и вредных ему разговоров. Весть о том, что он «неполноценен», распространяется с невероятной быстротой. Начинают приходить люди, связанные с ним по работе, чтобы «удостовериться» в его неполноценности, а больной, не знаящий того, что сделала семья, искренно радуется увидеть людей, которых считает своими друзьями и как может и как умеет, пытается общаться с ними. Уходя, «друзья» в передней шепотом говорят что-то семье, сочувственно кивая головой.

И вот, когда больной должен выйти на работу, почва к тому, чтобы не допустить его к прежней работе, уже достаточно подготовлена за месяцы болезни. Нам приходилось видеть истертые до дыр заключения о состоянии здоровья больного, истертые в процессе ношения по разным инстанциям для доказательства «несостоятельности» больного занимать прежнюю должность. А эта должность, на которой нередко человек проработал много лет, является

асто той *единственной*, которая способствовала бы окончательному восстановлению речи, ибо эта работа *единственная*, на которой вырабатывались прочные, рабочие автоматизмы, которую он мог бы выполнять, восстанавливая старые навыки.

В наиболее трудном положении оказывается работник умственного труда, восстанавливающийся после афазии. Прикрываясь формулировкой о «пользе» больного, его не допускают до той работы, которую он хорошо знает, на которой мог бы окончательно восстановить нарушенные функции. Приобретать новую специальность, овладевать новыми навыками человеку, несколько месяцев тому назад перенесшему острое нарушение мозгового кровообращения, трудно, и его очень быстро аттестуют как «неполноценного». Его игнорируют, не щадя самолюбие, подчеркнуто стремясь показать, что его только терпят и снисходительно ждут выхода на пенсию. И никому нет дела до того, что человек как личность сохранен, что при правильном отношении его речь могла бы окончательно восстановиться и он мог бы принести еще много пользы.

Откуда же эта черствость, переходящая порой в жестокость к поправляющемуся после тяжелой болезни человеку? Нам кажется, что дело заключается в недостаточной осведомленности некоторой части медицинских работников в современном состоянии вопроса о лечении больных, страдающих афазией, что люди «по старинке» рассматривают этих больных как «умственно неполноценных», «сниженных», «психически ущербных». А между тем в настоящее время можно привести множество примеров того, как люди, у которых была афазия, на разных стадиях восстановления включавшиеся в работу по специальности, благополучно работают на своей прежней работе не один и не два года, справляются с ней и не дают повторных инсультов. Но, к сожалению, еще больше примеров можно привести тому, как люди, искусственно превращенные в инвалидов за претом выхода на работу, насильственно оторванных от труда, которым жили, обреченные на прозябание дома, т. е. люди, у которых отняты нормальный для

них ритм, темп и тонус жизни, быстро погибают и окончательно инвалидизируются в результате вторичных инсультов различной тяжести и частоты.

Жизнь, практика требуют, чтобы проблема афазии была пересмотрена. Практика показывает, что пора отрешиться от устаревшей точки зрения, что человек, перенесший афазию, остается неполноценным. Ведь сейчас уже достаточно бывших больных, работающих и врачами, и инженерами, и научными работниками, и в различных областях нашей промышленности, и закончивших после перенесенной афазии высшие учебные заведения, — для того, чтобы с сознанием полной ответственности отнестись к судьбам людей, могущих выйти в большую жизнь, но остающихся инвалидами в силу неправильно сформировавшихся отношений.

Большую роль в успехе восстановительной работы играет и стиль работы логопеда. В логопедической практике наметились два совершенно различных типа отношений к больному и отсюда — два противоположных манеры поведения логопеда с больным. Одни логопеды априорно считают своего больного неполноценным, некритичным и убеждены в том, что его надо подчинить себе, даже, если для этого необходимо «сломить» сопротивляющуюся личность. Для этого существует целая система приемов. Прежде всего такая организация первой встречи с больным, во время которой логопед, показывая больному все имеющиеся у него нарушения (нагромождая их), сперва подавляет психику больного объемом этих нарушений, затем подает надежду, говоря. «Но вы попали ко мне, и все будет хорошо», в конце предупреждая, что для того, чтобы восстановить речь, необходимо беспрекословное подчинение всему, что будет от него требовать логопед. Этот прием способствует подчинению личности больного логопеду. Больной ведь не знает, что невозможность выполнить то или другое задание при первичном обследовании еще не значит, что обследуемая функция полностью утрачена. В течение всей работы с больным логопед относится к нему чуть-чуть свысока, систематически подкрепляя у больного сознание ди-