

М.К. Шохор-Троцкая

**Логопедическая работа при
афазии на раннем этапе
восстановления**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
М11

М.К. Шохор-Троцкая
М11 Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления / М.К. Шохор-Троцкая – М.: Книга по Требованию, 2013. – 140 с.

ISBN 978-5-458-38814-6

Библиотека практического врача. Книга посвящена разработке логопедических методик восстановления речи больных с афазией после нарушения мозгового кровообращения на раннем этапе восстановления. Монография содержит описание использования предлагаемых методик в процессе восстановления речи этих больных. Книга предназначена для логопедов, невропатологов и психологов.

ISBN 978-5-458-38814-6

© 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

ния звуков больной должен повторять и использовать в речи самые употребительные слова. Таким путем Kussmaul удавалось достичь улучшения и даже, как говорит автор, «полного излечения» у больных с афазией. При этом он подчеркивал, что наибольшую пользу во всех случаях приносят систематические упражнения в разговоре с окружающими, упражнения в чтении и письме. Kussmaul называет эту методику, как и сурдопедагоги, «чтением с губ» или оптико-тактильным методом.

Mills (1904) опубликовал случай восстановления речи у больного с моторной афазией по «материнскому методу», или «физиологическому алфавиту». Этот метод заключался в группировке звуков по месту образования и вызову их у больного путем повторения вслед за педагогом. Звуки вводились в различные слоговые упражнения, закреплялись в словах и фразах. Каждому звуку, а одновременно и букве соответствовал набор предметов или предметных картинок, названия которых начинались с соответствующего звука. Любопытно, что Mills наметил методику сопряженного и отраженного повторения в целях постепенного усиления речевой активности больного.

В дальнейшем методика Mills, основанная на применении повторения, несколько варьировала и носила названия фонетической, акустической, слуховой. Таким образом, почти одновременно для восстановления речи при афазии стали применять две методики: оптико-тактильную и фонетическую.

Gutzmann (1901) первым обобщил накопившийся опыт восстановительной работы при афазии. Позднее (1924) он подробно останавливается на методике начального этапа восстановительного обучения при моторной афазии, считая, что эту работу надо начинать не сразу после инсульта, а спустя несколько месяцев, когда наступит максимальное спонтанное улучшение речевой функции. С абсолютно безречевыми больными Gutzmann рекомендовал работать по методике постановки звуков глухонемым. При тотальной афазии он предварительно проводил упражнения на повторение неречевых движений губ и языка, опираясь на тактильный и оптический контроль. Автор считал, что постановку звуков надо начинать с гласных и губных согласных, артикуляция которых наиболее видна; после проработки звуков в слогах он переходил к повторению слов, включающих прорабатываемый звук, а затем и к называнию предметов и предметных картинок.

Gutzmann, как и Kussmaul, советовал систематически энергично тренировать больного в спонтанном высказывании. В дальнейшем, если больной успешно расширял свой словарь, рекомендовались занятия по освоению синтаксиса в целях преодоления аграмматизма. Таким образом, так же как и последующие авторы, Gutzmann начинал работу по устранению аграмматизма тогда, когда «телеграфный стиль» и другие виды нарушения грамматического строя речи уже выявлялись. Он указывал на большие трудности в формировании модальных предложений.

Froschels (1919, 1928) также является сторонником оптико-тактильного метода, перенятого им из методик обучения глухонемых. Он, как и Gutzmann, считал, что занятия с больными при афазии сосудистого происхождения не следует начинать слишком рано, но в травматических случаях рекомендовал начинать их как можно раньше. Он использовал заучивание различных грамматических правил, а также упражнения, заимствованные из методик работ с заикающимися, например многократные повторения удачно произносимых слов. При сенсорной афазии Froschels применял акустический, или фонетический, метод. За спиной больного произносились отдельные звуки, слоги, слова, которые он должен был затем повторить. Если этот способ оказывался безуспешным, то обращались к оптико-тактильному методу.

В годы первой мировой войны появились попытки дифференцировать формы моторной афазии, и в связи с этим наметился новый подход к восстановлению речи при различных вариантах моторной афазии. Так, Reichmann и Reichau (1919) считали, что при апрактической моторной афазии следует использовать только оптико-тактильный метод, при других формах моторной афазии — акустический метод в сочетании с оптико-тактильным. Авторы отмечали, что восстановление речи у больных с моторной афазией облегчается при использовании автоматизированных речевых рядов.

В 1922 г. Eliasberg впервые рекомендует работать с больными, страдающими моторной афазией, не по оптико-тактильному методу, а с помощью «погружения слова в различные ряды понятий», т. е. путем использования смысловых словесных связей. Иначе говоря, он рекомендует добиваться произнесения слова на основе процесса обобщения. Eliasberg пишет, что по существу эта методика не отличается от приемов работы с больными амнестиче-

ской афазией, так как, по "его мнению, амнестическая афазия является остаточным проявлением моторной.

Длительное время за рубежом продолжали пользоваться оптико-тактильным методом. Goldstein (1948) писал: «В начале тренировки мы не можем использовать слух больных. Мы должны упражнять их движения с помощью осязания и зрения. Подготовительный этап заключается в тренировке мускулов в неречевой деятельности и подражании движениям губ, языка, неба педагога, в использовании схем производства звуков». Однако при этом автор справедливо считает, что вначале гораздо важнее использовать речь для общения, добиться какой-то степени понимания больным чужой речи, нежели восстановить четкое произношение.

В 20-е годы XX века восстановление речи при афазии стало предметом исследования советских специалистов. Первым подробно описал использование оптико-тактильного метода в восстановительной работе при афазии С. М. Доброгаев (1925). В его дневнике-отчете подробно разработан и протокольно изложен путь восстановительного обучения по этой методике. Важно, что автор приводит очень полно тот словарный материал, который предлагался больному. Это преимущественно вызываемые путем называния или повторения слова-существительные, близкие интересам больного, на какой-либо прорабатываемый звук. После того как больной стал хорошо повторять слова и у него появилась возможность называния многих предметов, с ним была начата работа по составлению фраз.

Тридцатые годы являются периодом широкого развития логопедии в Советском Союзе. В практике детской логопедии получает заслуженное признание оптико-тактильный метод (Ф. А. Рау, 1932). В 30-е годы и позднее было раскрыто особое значение расстройств слуховой стороны речи для различных типов речевых аномалий у детей (Р. М. Боскис и Р. Е. Левина, 1936; Р. Е. Левина, 1940). Постепенно логопедия выросла в стройную систему знаний, в науку, охватывающую почти все виды патологии речи у детей (Р. Е. Левина, 1940, 1951, 1961; О. В. Правдина¹ 1958, 1960, и др.).

/ Ряд положений детской логопедии был в дальнейшем успешно применен при развитии логопедического подхода к восстановлению речи у больных с афазией. Это касается в первую очередь использования в анализе речевых расстройств у взрослых фонологической теории.

К 40-м годам относится новый этап в развитии учения об афазии и выработке методов восстановительной работы. В течение нескольких лет многими авторами пересматривались или уточнялись имеющиеся методики. Восстановительное обучение становится объектом пристального внимания советских психологов А. Р. Лурия, (1947, 1950), Б. Г. Ананьева (1946, 1947), Э. С. Бейн (1947, 1948, 1959), В. М. Когана (1947).

Несколько коллективов советских психологов и работавших под их руководством логопедов внесли ценный вклад в разработку методов и методик восстановительного обучения.

В 1948 г. Э. С. Бейн¹ на основе психологического анализа сенсорной афазии у взрослых разработала методику восстановления акустико-гностической функции при этом сложном речевом расстройстве. Методика построена на восстановлении дифференци² звучанию звуков (звонких и глухих, " твердых и мягких согласных) путем постепенного подведения больного к их восприятию, т. е. к выделению фонематических признаков. В работе применялась отработка звука в контексте оптического, предметно-смыслового образа. Больному предлагалась серия картинок с подписями к ним на какой-либо звук в начале, середине и конце слова, в закрытых и открытых слогах. В процессе сравнения и различения, посредством которых «воспитывается основная, характерная для звука речи черта — его смысловозначительность», восстанавливалось звуковое восприятие речи. Большое внимание Э. С. Бейн уделяет восстановлению чтения и письма. Для преодоления их дефектов рекомендуется звуковой анализ состава слов, работа с разрезной азбукой, заполнение пропущенных букв в словах, слуховые диктанты и т. д.

В эти же годы появляются интересные работы по анализу и приемам восстановления речи при моторной афазии.

О. П. Кауфман (1947), вскрывая состояние распада внутренней речи у больных с моторной афазией, рекомендует пользоваться оптико-тактильным методом. Она считает, что организация артикуляторной деятельности является на первых порах ведущей в обучении больного с моторной афазией, так как слова, произнесенные даже в чисто отраженном виде, являются входными воротами в их внутреннюю речь. Одновременно с восстановлением артикуляционных возможностей и развитием звукового анализа начинается работа по организации и обогащению

смысловых связей слова. Автор считает, что чем большим количеством смысловых и грамматических связей обрastaет слово, тем легче вывести его из круга амнестического западения, тем быстрее восстановится словарный запас больного. О. П. Кауфман обосновывает и раскрывает содержание этого метода. Смысловые связи формируются в процессе работы над каким-либо определенным суффиксом или в системе определенного корня, с помощью которого образуются гнезда слов.

Позже, по мере восстановления словаря больного, О. П. Кауфман, как и другие авторы, предлагает начинать работу по устранению аграмматизма типа «телеграфного стиля», для чего используются наглядные схемы предложения и заполнение пропущенных в тексте слов.

Л. В. Занков (1945) кратко описывает методику логопедической работы при моторной афазии. В процессе занятий практиковались: повторение больным звуков и слов, медленно и четко произносимых педагогом; упражнения по группам звуков в порядке возрастания трудности слогов; упражнения в письме (списывание, диктовка) с последующим чтением написанного; заучивание наизусть коротких стихотворений, включающих проработанные звуки. Автор начинал занятия с упражнений в произнесении губных согласных звуков, сначала изолированно, затем в прямых слогах с гласными «а», «о», «у» и т. д. Часть звуков восстанавливалась без специальной работы над ними.

В ряде монографий А. Р. Лурия (1947, 1948, 1950) обобщен большой опыт по восстановлению речевых функций, накопленный в годы Великой Отечественной войны. А. Р. Лурия, в частности, приводит подробную методику восстановления речи у больных с моторной афазией, по которой восстановительное обучение проходит три этапа. Первый этап — постановка звуков с помощью оптико-тактильного метода, их в слоги и закрепление в словах при повторении или назывании предметов и предметных картинок). Особое внимание на этом этапе уделяется восстановлению структуры слова и его состава с опорой на различные виды звукового анализа состава слова. Второй этап — работа над анализом морфологической и семантической стороны слова (словообразование). Третий этап — восстановление грамматической структуры высказывания, т. е. изжитие аграмматизма, с опорой на схему предложения, сюжетную картинку и т. п.

В годы Великой Отечественной войны под руководством Б. Г. Ананьева в Тбилиси и в Ленинграде группа психологов и педагогов разрабатывает некоторые оригинальные методики восстановления речи при различных формах афазии. Б. Г. Ананьев и С. Н. Астахов (1946, 1947) предлагают так называемую конструктивно-аналитическую методику для устранения у больных с моторной афазией литеральной аграфии, причину которой они видят в оптических и пространственных нарушениях. Эта методика применялась ими как основное подспорье при работе по оптико-тактильному методу. Восстановление письма при использовании этой методики опережало восстановление устной речи. Как показывают авторы, сначала путем конструирования из элементов восстанавливался графический образ буквы, затем способность больного записывать со слуха отдельные звуки и слова; лишь после этого приступали к приемам отработки четкости произношения. После этих двух этапов Б. Г. Ананьев и С. Н. Астахов переходят к изжитию аграмматизма типа «телеграфного стиля».

По конструктивно-аналитической методике работали А. Я. Колодная (1945), В. К. Орфинская (1948) и др. А. Я. Колодная применила конструктивно-аналитический метод у больных с сенсорной афазией. При моторной афазии она работала по оптико-тактильному методу с опорой на «кинестетические схемы», причем с первых же занятий звуки вводились не в слоговые упражнения, а в слова. Работа начиналась с постановки гласных звуков («а», «у», «и»). Из этих гласных звуков сразу же восстанавливалось слово, которое вначале звучало, например, так: «у — а» (рука), «и — а» (мина) и т. п. Такой контур слова наполнялся постепенно усваиваемыми согласными звуками. Автор данной методики пишет, что восстановление слогового состава слова оказалось наиболее трудным. Эта методика является шагом вперед по сравнению с обычным оптико-тактильным методом в том смысле, что уже на этапе постановки звука последний вводился не в -слог, а в слово, создавая его костяк.

В. К. Орфинская при восстановлении речи у больных с моторной афазией использовала оптико-конструктивный (т. е. конструктивно-аналитический+оптико-тактильный) метод, а также «фонологическую методику», в основе которой лежало утрированное произнесение звуков, подкрепляемое соответствующими артикуляционными схемами.

Для восстановления словаря больных с моторной афазией проводилась работа над словообразованием с помощью суффиксов, префиксов и т. п. Позже начиналась работа с глаголами и по формированию предложения.

Обращает на себя внимание статья Н. П. Серебренниковой (1948). Она, как и Б. Г. Ананьев, связывает аграмматизм типа «телеграфного стиля» с поражением нормальных форм двигательной активности у больных с моторной афазией. Н. П. Серебренникова предлагает определенную схему занятий по изжитию этого вида аграмматизма. Первый этап восстановительной работы является периодом формирования установки на обозначение действий. Затем действие — глагол — «обсуждается» в контекстах различных смысловых связей. Таким путем Ы. П. Серебренникова стремилась оторвать смысл глагола от лица и других грамматических категорий, чтобы он приобрел константное, логическое значение. На третьем этапе предлагается активизация простых предлогов и введение в речь больного абстрактных глаголов. Методика основана на приеме повторения слова и подсказа первого слога глагола с постепенным переходом к самостоятельному называнию своих и чужих действий и работе по сюжетной картинке. В этой работе содержится одно из немногих описаний методики по изжитию уже выявившегося аграмматизма типа «телеграфного стиля».

В 40-е годы наблюдаются дальнейшие попытки выхода за пределы оптико-тактильного метода. Так, Т. М. Мохова (1948) является сторонницей фонетического метода. Она критикует оптико-тактильный метод и излагает опыт работы с 3 больными, занятия с которыми строились по трем разным методикам (оптико-тактильной, фонетической, смешанной), в результате чего приходит к выводу, что наиболее целесообразно применять чисто «слуховой» (или фонетический, акустический) метод без работы перед зеркалом над постановкой звуков. «Слуховая» методика Моховой основана на глобальном повторении отдельных простых слов с «поверхностным» показом артикуляции. Для вызова звуков на первом этапе работы наряду с повторением отдельных слов применялся порядковый счет.

Имеется ряд работ, предлагающих восстанавливать речь больных с помощью закрепления словесных образов путем осязательного обобщения. Так, М. Б. Эйдинова и Д. С. Футер (1940) считают, что при тотальной афазии для стимуляции называния следует использовать ошупы-

вание предмета, так как больной с афазией, по их мнению «идет от вещи к ее имени». Таково же мнение по этому вопросу Ф. С. Розенфельд (1946). Сущность разработанной ею методики восстановительных занятий заключается* в том, что больному с афазией при закрытых глазах даются разные объекты (шары, цилиндры и т. д.) для осязательного восприятия. В процессе ошупывания больной закрепляет не только название предмета, но и выделяет разные его свойства. Вслед за ошупыванием он переходит к устному или письменному сообщению воспринятого, в заключение следует зарисовывание предмета. Таким образом, у больного в результате работы по этой методике восстанавливалось в первую очередь название признаков предметов.

Luchsinger, Arnold (1949), рекомендуя оптико-тактильный метод, большое внимание уделяют устранению первичного торможения в психической и моторной областях. Это достигается систематическим использованием мимики и пантомимики. Для восстановления письма ими применяется цветной алфавит. Упражнения в письме начинаются с заштриховывания фигур, списывания, тренировки левой руки.

Botez (1962), рассматривая вопрос о постановке звуков, считает, что артикуляционные навыки должны развиваться и автоматизироваться сначала только в бессмысленных слоговых упражнениях, а не вводиться сразу в слова, чтобы не вызвать продуцирования неправильных звуков. Таким образом, и в 50-е годы находились сторонники механистического варианта оптико-тактильного метода.

В послевоенное время в Советском Союзе и США вышли первые практические пособия по восстановительному обучению при афазии. Обращает на себя внимание в этих пособиях принципиальная разница в подходе к задачам восстановления речи. Если Taylor и Marks (1955) ставят своей задачей лишь восстановление названия 75—100 предметов обихода и для этого создают подобие картинно-предметного словаря, то авторы «Пособия по восстановлению речи у больных с афазией» (Э. С. Бейн и др., 1962) к этому вопросу подходят с позиций первоочередного восстановления элементарной фразы, высказывания.

Granich (1947) говорит, что если надежда на восстановление невелика, больному должно быть предложено выучить некоторое ограниченное число специальных отве-

юв, которые формируются на основе повторения, а затем переходят в словарь больного. Granich обращает специальное внимание на эффективность применения пения, считая, что оно должно быть обязательно включено в программу восстановительной работы.

Ю. А. Флоренская и В. А. Гринер (1941), Ю. А. Флоренская (1936), Б. М. Рабинович, А. М. Смирнова, Н. А. Попова (1946), А. Д. Чернова (1958) использовали в своей работе оптико-тактильный метод. Они также применяли пение и автоматизированные речевые ряды, однако в этих работах отсутствует изложение соответствующей методики.

Вопросу об использовании пения в работе с больными афазией был посвящен еще ряд работ. Так, Е. М. Батурина (1955, 1958) пишет, что она проводила восстановительное обучение путем использования пения знакомых песен, однако развернутой методики также не приводит.

Наиболее полно методика использования пения в целях восстановления речи при афазии разработана венгерскими исследователями Vargha и Gereb (1959). Простые детские и народные песни с многократным повторением некоторых слов записывались ими на магнитофонную пленку. Запись производилась несколько раз в обычном ритме и ритмах, подчеркивающих паузой то или иное слово. Эти выделяемые паузой слова повторялись в 2—4 песнях. К песням изготавливались картинки и подписи к ним. Картинки подбирались в нескольких вариантах: одна (сюжетная) соответствовала содержанию песни в целом, на других изображались выделяемые из сюжетной картинки предметы, названия которых и служили предметом внимания больного.

Авторы описывают последовательность использования методических приемов. Прежде всего больному многократно предлагались для прослушивания простые мелодии. Затем показывались предметные и сюжетные картинки, которые он должен был называть. Эти картинки многократно предъявлялись в определенной последовательности. После упрочения возможности называния их в этой последовательности их давали вразбивку. Наконец, с помощью наводящих вопросов, как пересказ прочитанного, а также в процессе обсуждения назначения предметов слова соединяли в фразу.

Методика работы при сенсорной афазии больше основывалась на повторении, нежели на назывании слов, выделяемых при пении песни. Если больным с моторной афа-

зией вначале предлагается мелодия без текста для непр извольного всплывания слов, то больным с сенсорно афазией авторы предлагали мелодию одновременно с тем* стом. Достоинством методики является то, что она помогает растормозить речь больного с различными формам; афазии.

В отношении больных с афазией некоторые авторы особо подчеркивают необходимость учета особенностей и личности, интересов, склонностей, их лрemorбидный уровень. «Все приемы хороши, если они учитывают личность больного»,— пишет Eisenson (1954). Этот автор рекомендует обращать особое внимание на восстановление смысловой стороны речи у больных посредством создания множественных смысловых и грамматических ассоциаций.

Монография советского психолога В. М. Когана (1962) обобщающая 25-летний опыт работы, представляет для логопедов особый интерес тем, что в ней приводится оригинальная методика работы с больными афазией в резидуальной стадии восстановления. Методика восстановительной работы состоит из ряда приемов, при этом одним из основных является прием формирования словесно-предметных связей.

Первоначальный период включает рисование «по памяти» различных объектов, предметов сходных и близких, рисование «по представлению» и другие неречевые виды деятельности. В этих же целях используются классификации предметов, кубик Косса и различные психологические тесты. Затем автор переходит к установлению зрительно-слуховых связей, связи «предмет—слово». Позже те же предметы узнавались больным по их существенным признакам.

Автор считает, что, после того как безречевые больные начинают находить предметы по их признакам, с помощью наводящего вопроса стимулируется название того или иного предмета. При моторно-апрактической форме афазии автор рекомендует обычный оптико-тактильный метод, начинающийся с артикуляционной гимнастики, постановку звуков через имитацию «задувания свечи», «мычания» и т. п. Затем ставятся звуки «м», «п», которые вводятся в специально подобранные слова. Когда у больного возникает возможность называния предмета, задачей восстановления является самостоятельное нахождение слова по косвенным вопросам. После проработки 50—60 слов-существительных разрабатывается несколько типовых схем