

Щербакова М.М. ©

Логопед, Городская клиническая больница №13, Москва

ПЕРЕСМОТР ПОДХОДА К МЕТОДИКЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧЕВОГО МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕМАНТИЧЕСКОЙ АФАЗИЕЙ

Аннотация

Статья посвящена поиску наиболее эффективного пути восстановления речевого мышления у больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения. В работе рассматривается подход к методике коррекции семантической афазии.

Ключевые слова: методика, восстановление речевого мышления, семантическая афазия
Keywords: technique, recovery thinking in words, semantic aphasia

Восстановление речи при афазии занимает одно из ведущих мест в структуре реабилитации больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). По некоторым данным [6, 3; 16, 4] от 15- до 20% лиц переживших ОНМК впоследствии страдают афазиями. Актуальность работы обусловлена необходимостью преобразования методики коррекции семантической афазии из-за пересмотра к подходу механизмов их протекания и способов реабилитации [5, 197-201; 7, 115-124; 11, 35-46; 13, 37-45; 17, 107-177 и др.].

Методологической основой настоящего исследования служили современные представления о системной организации и динамической локализации высших психических функций в коре головного мозга (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, И.П. Павлов.).

Изучение высших психических функций и динамика восстановления речевой функции у больных с семантической афазией осуществлялись по методике Лурия А.Р. 1948 в модификации Шкловского В.М. 1996.

Усовершенствованная методика создавалась с опорой на зарекомендовавшие себя ранее методики, использующиеся в логопедической практике: Бейн Э.С., 1982, Бурлаковой М.К. 1991, Визель Т.Г. 2005, Евзельмана М.А. 2006, Когана В.М. 1962; Лурии А.Р. 1948, Оппель В.В. 1963 Цветковой Л.С. 2002, Шкловского В.М., Визель Т.Г. 2000.

Базой исследования являлась Городская клиническая больница № 13 (первое неврологическое отделение для больных с последствиями мозгового инсульта). Изучалась группа больных с острым мозговым инсультом (со сроком давности мозгового инсульта от 2-х до 10 дней).

Достоверность мозгового инсульта у больных выбранной группы подтверждалась как объективными данными КТ, на которых выявлялось наличие очага в задних, теменно-височно-затылочных областях левого полушария головного мозга, так и данными неврологического обследования.

При построении коррекционно-восстановительной работы, автор учитывал современные научные данные по анализу синдрома семантической афазии. Известно, что к семантической афазии приводит угнетение функционирования третичных полей второго функционального блока (по А.Р. Лурия) – блока приема, переработки и хранения экстерорецептивной информации. В данном случае первично страдает парадигматическая

организация речи, что проявляется в сложности оперирования логико-грамматическими отношениями. То есть первично нарушается категориальное значение слов. При этом, в структуру дефекта входит нарушение и других неречевых высших психических функций: нарушения симультанного пространственного восприятия, астереогноз, затруднения в выполнении счетных операций (акалькулия). Так затруднения в решении арифметических и логических задач приводят к вторичным интеллектуальным нарушениям. Страдают структурные предпосылки мышления.

В работе также учитывался индивидуальный подход, так как на характер течения синдрома и прогноз восстановления речевого мышления влияет целая группа факторов, таких как:

1. этиология (ОНМК – смешенный характер синдрома, вместо ЧМТ – «чистого характера»);
2. давность заболевания (ранний период);
3. первичность и повторность нарушения мозгового кровообращения (в связи с развитием у данных больных вторичных когнитивно-дементивных изменений в результате интоксикации коры головного мозга);
4. обширность очага поражения;
5. состояние спонтанной речи (компенсаторные возможности);
6. преморбидный уровень (наличие среднего и высшего образования);
7. возраст (возрастные нейродинамические нарушения);
8. социальный статус;
9. личностные особенности (эмоционально-волевая сфера)
10. реакция на болезнь (развитие депрессии или апатии).

Задача данной работы – поиск и создание наиболее оптимального и эффективного пути восстановления семантической афазии. Цель – восстановление коммуникативной функции речи. Поэтому на протяжении всей восстановительной работы автор пытался воздействовать на все компоненты речевой системы одновременно с учетом как принципа нарастания усложнения речевого материала, так и необходимости активизации тех или иных психических процессов в определенный момент времени. Преобразованная методика была разделена по степеням тяжести на три части. При этом в каждой из частей дифференцировалось три этапа.

В первой части применялся обходной путь восстановления, заключающийся как в привлечении сохранных возможностей субдоминантного полушария, так и в подготовке к стимуляции и растормаживанию угнетенного доминантного полушария. Так, например нарушение зрительного гнозиса и трудности называния предметов корректировались и методом показа предметных картинок. Для этого применялись следующие приемы: дифференциация предметных картинок; дифференциация стилизованных изображений; соотнесение недорисованного предмета с образцом.

На втором этапе целью работы ставилось восстановление понимания математических знаков и простейших математических операций; улучшение зрительного внимания. Для этого применялись методы дифференциации цифр, решения

математических примеров и показа предметных картинок.

На третьем этапе центральной задачей работы ставилось восстановление пространственного восприятия. Применялись методы: разбора схемы тела на картинке с переносом на себя; показа предметных картинок; работы с предметами, находящимися в комнате.

Во второй части использовался прямой путь восстановления, задачей которого служила перестройка функции, то есть привлечение запасных афферентаций в сочетании со стимуляцией и растормаживанием. Для этого были поэтапно введены такие методические приемы, как: восприятие геометрических фигур, чтение текста, написанного в вертикальном направлении, различение близких по абрису чисел, дифференциация предложно-падежных конструкций, анализ возвратных конструкций, решение математических задач, составление предложения с заданными словами, интерпретация пословиц, пересказ текста, дифференциация омонимов.

В третьей части также применялся прямой путь восстановления с целью закрепления восстановленной речи, дальнейшего ее стимулирования и растормаживания. Для этого были включены в восстановительную работу такие методические приемы, как: выявление причинно-следственных связей, подбор антонимов и синонимов, толкование стойких речевых выражений, подбор предлогов, исправление грамматических ошибок, допущенных в тексте, составление предложений с заданными словами, дифференциация слов-омографов, решение логических задач и выявление логических ошибок.

Инновационная новизна разработанной методики заключается в следующих аспектах:

1. Выделены отдельные этапы восстановительной работы при семантической афазии для грубой степени тяжести.

2. Систематизированы этапы восстановления речи.

3. Учтены особенности компенсаторных возможностей обработки речевой информации головным мозгом, такие как:

- 3.1. опора на сохраненные звенья:

- 1) высшие уровни мозговой организации речевой деятельности: передние отделы коры головного мозга (лобные отделы, отвечающие за регуляцию и контроль вербальной информации [7, 121; 13, 44 и др.]);

- 2) низшие уровни мозговой организации, отвечающие за речевую деятельность: субдоминантное полушарие и подкорку (обходной путь восстановления);

- 3.2. избирательная активность определенных областей головного мозга при решении тех или иных речевых задач (фонологической, семантической, грамматической, лексической);

- 3.3. взаимосвязь полушарий – принципы их взаимодействия: комплементарность и реципрокность (торможение либо активизация субдоминантного полушария, т.к. при грубой степени тяжести прогноз зависит от того, способно ли правое полушарие временно взять на себя функцию левого).

Также, на основе разработанной методики восстановления семантической афазии было создано практическое пособие, которое апробировано в течение трех лет в Городской клинической больнице №13. Вербальный материал для практического пособия подбирался с учетом следующих факторов: 1) адекватность возрасту; 2) лексическое наполнение слов; 3) упроченность речевой информации (т.к. распознавание упроченных, автоматизированных слов связано с их непосредственной передачей в префронтальную кору) [10, 166 и др.].

Внедрение разработанной методики в практику показало ее эффективность. Из 37 человек с семантической афазией практическое восстановление и значительное улучшение наблюдалось у 28 человек (76 %).

Литература

1. Ахутина Т.В., Малаховская Е.В. Сигнификативное значение слова при афазии // Вестник Московского университета. Серия 14 «Психология». 1985, №1, стр. 29-38.
2. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Исследование оптико-пространственных функций в норме // Журнал прикладной психологии М. 2006 №6-1 стр.36-44
3. Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией – М.: Медицина, 1982
4. Бурлакова М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии – М. Просвещение, 1991 (стр. 57, 58; 67, 68, 74-81)
5. Вартанов А.В., Пасечник И.В. Мозговые механизмы семантического анализа слов-омонимов// Шевелев И.А. Журнал Высшей нервной деятельности имени И.П. Павлова т.55, номер 2; март-апрель 2005 (стр.197-201)
6. Евзельман М.А. Нарушение речи у больных с мозговым инсультом и ее коррекция – Орел, 2006 (ст. 3, 30-31)
7. Кауфман Д.А., Траченко О.П. Функциональная асимметрия мозга и восприятие слов, относящихся к разным грамматическим категориям // Леушина Л.И., Бару А.В. Сенсорные системы. Сенсорные процессы и асимметрия полушарий – Л., Наука, 1985 (стр.115 - 124)
8. Коган В.М. Восстановление речи при афазии – М., 1962 (стр. 38,42-44, 53-55)
9. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы – М. Акад.мед.наук, 1948 (стр.59-65;68-75, 141-145; 157-165;194, 195)
10. Маршинин Б.А. Перцептивные и мыслительные процессы, их мозговое обеспечение - М.: Логос 2007 (стр. 148-169)
11. Новиков А.И. Семантика текста и ее формализация – М., 1983 (стр.35-46)
12. Оппель В.В. Восстановление речи при афазии - Л., Изд-во мед. лит-ры 1963
13. Харченко Е.П., Клименко М.И. Пластичность и регенерация мозга.// Неврол.журнал. – 2006. – т. 11, №6. – стр. 37-45
14. Цветкова Л.С. Афазиология – современные проблемы и пути их решения – М.: Издательство МПСИ, 2002 (68-76, 100-103, 158-179)
15. Шкловский В.М. Карта нейропсихологического исследования больных с нарушениями высших психических функций – М. Отделение патологии речи МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1996
16. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии – М.; Ассоциация дефектологов, 2000 (стр. 4, 24-29; 41-43)
17. Fredericu A., Ruschemeyer S. Hahne A., Fielach C. The role of left inferior frontal and superior temporal cortex in sentence comprehension: localizing syntactic and semantic processes// Cereb. Cortex 2003 vol. 13, № 2 – p. 170-177
18. Friedrich C. Neurophysiological correlates of mismatch lexical acces/ Friedrich C. BMC Neurosci – 2005 vol.6 – p. 64
19. Gold B., Balota D., Kirchoff B., Buchner R. Common and dissociable activation patterns associated with controlled semantic and phonological processing: evidence from f. MRI adaption// Cereb. Cortex - 2005 vol. 15, № 9 – p. 1438-1450