

УРОВНЕВЫЙ ПОДХОД К ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧИ ПРИ МОТОРНОЙ ФОРМЕ АФАЗИИ АФФЕРЕНТНОГО ТИПА

Аннотация

Статья посвящена поиску новых возможностей восстановления речи в логопедической практике, осуществляемой в рамках комплексной реабилитации больных с органическими поражениями головного мозга. В ней представлены эмпирические данные конкретного научного исследования, показаны направления методики логопедической работы с больными-участниками эксперимента. В заключение статьи приводится анализ полученных результатов, подтверждающий эффективность проведенных мероприятий.

Ключевые слова: апраксия, артикулема, афферентная форма, дифференциация звуков, кинестетическая афферентация, речевые функции.

Keywords: apraxia, articuleme, afferent form, sound differentiation, kinesthetic afference, speech functions.

Согласно мировой статистике, в настоящее время отмечается стремительная тенденция к увеличению числа больных с инсультом, а также его «омоложение». По данным ВОЗ, 30 % больных составляют лица трудоспособного возраста, преимущественно мужчины (соотношение мужчин и женщин 3:1). Сегодня инсульт не только является одной из основных причин смерти, но и делает инвалидами многих людей. Помимо инсультов, растет количество черепно-мозговых травм, опухолей головного мозга, проявляются негативные последствия нейрохирургических вмешательств (примерно 60 % больных от общего числа). Как правило, такие серьезные нарушения здоровья сопровождаются патологией высших психических функций (различные виды агнозий и апраксий), гемипарезами, парезами, параличами, психическими расстройствами. На фоне органических поражений головного мозга - частых предшественников распада речи – возникают афазии, тяжелые расстройства речевой функции, которые приводят больного к потере привычного семейного, профессионального и социального статуса. При этом чаще всего диагностируется афферентная форма моторной афазии в различной степени тяжести [2, 6].

В наиболее часто применяемой в отечественной логопедии классификации афазии ее автор А.Р. Лурия обосновывает нейрофизиологическую предпосылку указанной формы – кинестетическую апраксию, и описывает её симптомы следующим образом. «В связи с недостаточностью кинестетической афферентации двигательного акта больной в процессе выполнения отдельных произвольных движений постоянно мучительно ищет нужные положения языка, губ, нижней челюсти» [4, 231]. Это свидетельствует о том, что при афферентной форме моторной афазии в речи распадаются основные базовые компоненты – артикуляционные уклады фонем – артикулемы. В результате происходит «цепная реакция» во всей функции речи, приводящей к разрушению и искажению обобщенных артикуляторных схем, вследствие чего возникают многочисленных замены звуков в речи больного и в конечном итоге нарушаются процессы письма, чтения, а в более тяжелых случаях - понимание слов и фраз [4, 239].

Вместе с тем, в логопедической практике хорошо известен парадокс: некоторые привычные высказывания, как хорошо упроченные кинестетические стереотипы, могут оставаться относительно сохранными.

Т.В. Ахутина, А.Р. Лурия считают поэтому, что существует два варианта афферентной моторной афазии. Первый вариант характеризуется нарушением пространственного, симультанного синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата и полным отсутствием ситуативной речи. При этом спонтанная речь больных практически блокируется, и они не могут повторить ни одного звука. Второй вариант отличается значительной сохранностью ситуативной речи при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи. Характерной чертой этих больных является то, что они хорошо слышат все свои ошибки и пытаются преодолеть артикуляционные трудности [1, 57; 4, 46]. Важную роль в их повседневной речи играет

конкретность ситуации, и возникающая при этом так называемая «избыточная информация», которая маскирует речевые дефекты, создавая иллюзию полного понимания смысла [1, 29].

С позиций строгой психофизиологии это не поддается четкому объяснению, поэтому все более популярной становится идея лингвистического изучения афазии. Исследователи Т.И. Ахутина, И.А. Бодуэн-де Куртене, В.А. Богородицкий, В.В. Иванов, Jakobson и др. полагают, что поражение артикуляторного праксиса при афферентной моторной афазии вряд ли может привести у взрослого человека к распаду уже сложившейся системы символических языковых обобщений. «При расстройствах развития, - указывает Л.С. Выготский, - вызванных каким-либо церебральным дефектом, при прочих равных условиях больше страдает в функциональном отношении ближайший вышший по отношению к пораженному участку центр и относительно меньше страдает ближайший низший по отношению к нему центр; при распаде наблюдается обратная зависимость» [3, 154].

Изучив вышеизложенный уровневый подход к распаду речи при афферентной моторной афазии, мы обнаружили отсутствие в логопедической литературе конкретных заданий и упражнений, позволяющих с учетом такого подхода проводить эффективную восстановительную работу. Руководствуясь актуальностью этой проблемы, мы организовали и провели локальный экспериментальный комплекс логопедических мероприятий с включением в формирующий этап собственных разработок. В период с сентября 2008 года по апрель 2009 года в центре патологии речи и нейрореабилитации мы обследовали по методике Т.В. Ахутиной качество речевой функции 12 пациентов от 26 до 79 лет (8 мужчин и 4 женщины) с афферентной моторной афазией различной степени выраженности. Результаты анализа состояния первичного расстройства речи позволили обнаружить три типа больных. Для типа А характерны нарушения артикуляторного звена гностико-праксического уровня речевой функциональной системы. У больных типа В страдает в основном система фонологических обобщений. Тип С свидетельствует о недостаточности у больных как гностико-праксического, так и обобщенного языкового уровня речевой функциональной системы.

При изучении вторичных расстройств актов речевого общения картина клинических синдромов речевой недостаточности у испытуемых стала еще разнообразнее и дополнила типы больных следующими компонентами. Тип А: оральная и артикуляторная апраксия; искажения артикуляторного уклада; литеральные парафазии. Коммуникативные акты понимания речи окружающих и письма у этих больных практически сохранены, подсказ хорошо помогает нахождению артикуляционной стороны слова. Тип В: амнезия слов и искажения их фонологической структуры; вербальные парафазии; подсказ по нахождению артикуляционной стороны слова помогает не всегда. Коммуникативные акты понимания окружающих и письменной речи серьезно нарушены. Тип С: по совокупности и качеству признаков здесь объединяются симптомы типов А и В.

У всех обследованных больных выраженность системных нарушений речи в коммуникативной деятельности была меньше степени первичных расстройств речевой функциональной системы. В динамической организации устных и письменных видов речевой коммуникации очаговая недостаточность речи постоянно восполнялась за счет статистических свойств различных контекстов речевой деятельности — ситуационного, эмоционального, фонетико-фонологического, грамматического, семантического и графического. На основе статистических свойств этих контекстов осуществлялись различные функциональные перестройки в целостной речевой системе.

Исходя из анализа констатирующего эксперимента, логопедическую реабилитацию в экспериментальной группе (6 человек) мы организовали по двум направлениям: восстановление первичного речевого расстройства и восстановление актов речевого общения. Остальные 6 испытуемых (контрольная группа) занималась по обычной программе реабилитационного Центра.

Экспериментальная методика обучения больных с афферентной формой афазии отличалась определенной новизной и была построена на индивидуальных планах восстановления утраченных функций речи у каждого испытуемого. Прежде всего, мы побуждали каждого больного к выработке и усилению мотивации к излечению. Учитывая преморбидный уровень, темперамент и характер, мы находили всевозможные факты и отправные точки в его упроченном словарном запасе, связанным с работой, семьей, хобби. Обязательным компонентом явились внешний вид, настроение, оптимизм, речь логопеда.

Восстановительная работа, направленная на компенсацию первичного расстройства, включала в себя стандартные задания и упражнения, позволяющие преодолевать нарушения произносительной стороны речи и фонематического слуха различной степени сложности.

Восстановительная работа по формированию и развитию актов речевого общения была представлена авторскими заданиями на: выполнение фонетико-семантических и фонетико-

синтаксических языковых ориентировок по памяти и аналогии; восполнение умений к формированию впечатления о законченности или незаконченности мысли в предложении; оценке языковой правильности представленных речевых высказываний с последующим предложением возможности или невозможности языковых преобразований; оценке уместности и оптимальности использования того или иного языкового обобщения или противопоставления; развитию способности к языковой игре и т.п.

При повторном исследовании через 8 месяцев мы выявили следующие изменения в состоянии речи испытуемых больных.

1. Состояние первичного расстройства речи:

а) у больных типа А улучшилась слоговая разборчивость, значительно улучшилась разборчивость речи при записывании, уменьшилось количество литеральных парафазий.

б) у группы больных типа В в значительной степени улучшилось качество разборчивости речи, уменьшились ошибки имитации согласных и литеральных парафазий и параграфий.

в) у группы больных типа С увеличился процент разборчивости речи уменьшилось число литеральных парафазий и параграфий.

2. Вторичные расстройства актов речевого общения:

а) у больных типа А улучшилась моторная реализация собственного высказывания, они стали меньше запинаться, уменьшились литеральные парафазии, артикуляционные уклады приобрели большую четкость, и без подсказа. В значительной степени улучшилась разборчивость речи при чтении и письме.

б) у больных типа В улучшилась собственная речь, возросло количество называния слов, больные уже в меньшей степени искажают фонологическую структуру слов. Уменьшились вербальные парафазии; подсказ помогает больным в нахождении артикуляционной стороны слова. Смысл слов стал более доступен, снизились трудности понимания речи окружающих. Больные стали самостоятельно справляться с заданиями с называнием картинок по речевой инструкции. Улучшилась повторная речь и письмо, а также понимания прочитанного после прочтения текстов.

в) у больных типа С собственная речь стала более четкой, с меньшим количеством запинок, литеральных и вербальных парафазий. Артикуляция стала намного ближе к нормативной, тем более, при помощи подсказа. Улучшились функции понимания речи окружающих, повторение, уменьшилось количество вербальных парафазий. Однако по-прежнему наблюдается нарушение письма в виде недостаточности фонологических дифференцировок, недостаточное понимание читаемого «про себя».

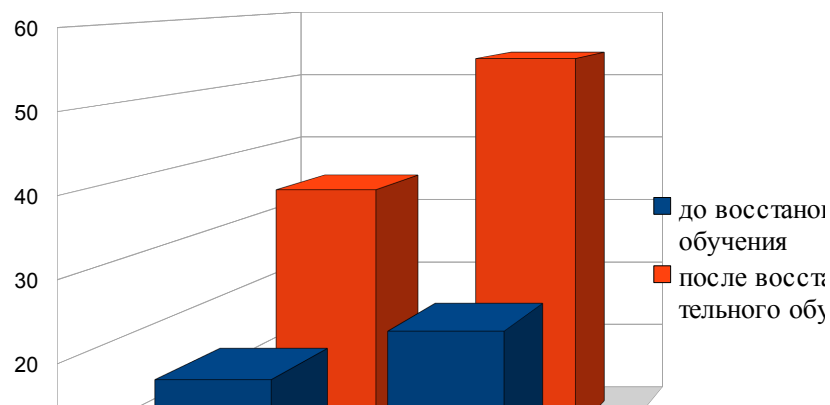
Таблица 1

Сравнительная таблица результатов исследования больных типа А, В, С экспериментальной группы до начала восстановительного обучения и после

Степень выраженности нарушения речи	До восстановительного обучения	После восстановительного обучения
А	64%	81%
В	45%	75%
С	16%	35%

Диаграмма 1

Сравнительная таблица результатов исследования больных типа А, В, С экспериментальной группы до начала восстановительного обучения и после



Таким образом, при восстановлении афферентной моторной афазии различной степени выраженности необходимо принимать во внимание как состояние высоко обобщенных символических функций мозга, опосредованных социальной системой языка, так и особенности поражения артикуляторного праксиса. Такой подход сделает логопедическую реабилитацию больных с указанной формой афазии более совершенной.

Литература

1. Ахутина Т.В. Единицы речевого общения, внутренняя речь, порождение речевого высказывания // Психолингвистические проблемы семантики. - М., 1983.
2. Винарская Е.Н. Клинические проблемы афазии (нейролингвистический анализ). - М.: В. Секачев, ТЦ «Сфера», 2007.
3. Выготский Л.С. Мышление и речь. Собр. соч. в 6 томах. Том 2-ой. - М., 1982.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. - М.: МГУ, 1969.