

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

М. К. ШОХОР-ТРОЦКАЯ

**ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ
РАБОТА
ПРИ АФАЗИИ
НА РАННЕМ ЭТАПЕ
ВОССТАНОВЛЕНИЯ**



МОСКВА «МЕДИЦИНА» 1972

УДК 616.89-008.434.5-08

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.

5—3—12

120—72

ВВЕДЕНИЕ

Проблема восстановления речевых функций при афазии теснейшим образом связана с общими вопросами учения об афазии и психологическим анализом отдельных форм этих расстройств. При нарушениях мозгового кровообращения и травмах в силу тех или иных особенностей клиники восстановление нарушенных речевых функций иногда происходит спонтанно и не требует длительного логопедического вмешательства. В других случаях при различных формах острого нарушения мозгового кровообращения или травме нарушения речевых функций оказываются стойкими, требующими для своего преодоления специальной работы (Э. С. Бейн и Е. Д. Маркова, 1960; Н. В. Коновалов, 1955; А. Р. Лурия, 1947; Л. Г. Столярова, 1963, 1964; И. М. Тонконогий, 1963).

Первые попытки восстановления речи у больных с афазией относятся к 70-м годам XIX века. Восстановлением речи при афазии в течение продолжительного времени занимались сурдопедагоги, невропатологи и психологи. Лишь в последние 20 лет в эту работу включились логопеды. Их участие в комплексном изучении расстройств речи при афазии, а главное, в работе по восстановлению речевых функций становится все шире. Педагогические логопедические способы воздействия на нарушенные речевые функции с учетом психологической структуры дефекта в каждом отдельном случае оказывают большую помощь врачам-невропатологам в лечении больных с афазией.

Несмотря на значительное количество публикаций, многие вопросы восстановительного обучения до сих пор остаются нерешенными. В частности, лишь в последние годы стало меняться представление о рациональных сроках начала восстановительного обучения и утверждается точка зрения, согласно которой положительные результаты восстановления речевых функций в значительной степени определяются ранним началом логопедической ра-

боты с больными (Р. А. Ткачев, Э. С. Бейн, И. Я. Плотникова, 1955; Schuell, 1953).

Значение раннего начала логопедической работы при афазии заключается в том, что оно активизирует спонтанный процесс восстановления нарушенных функций. В тех случаях, когда логопедическое воздействие начинается в поздних, резидуальных стадиях восстановления, приходится преодолевать уже фиксированные, стойкие речевые нарушения.

Первые попытки восстановления речи у больных с афазией относятся к началу прошлого века. Основные имеющиеся по этому вопросу работы касаются восстановления речи при грубой моторной афазии, меньше работ посвящено восстановлению речи при сенсорной афазии.

При анализе литературных источников обращает на себя внимание то, что большинство предлагаемых методик относится к работе с больными в резидуальной стадии речевых расстройств (Б. Г. Ананьев, 1946, 1947; Э. С. Бейн, 1947, 1964; В. М. Коган, 1947, 1948, и др.). Это связано с тем, что в течение долгого времени работа с больными начиналась в лучшем случае спустя несколько месяцев, а иногда и лет после инсульта, так как врачам казалось опасным «беспокоить» больных в остром периоде.

Методики восстановления речи первоначально заимствовались из опыта обучения глухонемых (оптико-тактильный метод) и приемов работы с детьми дошкольного возраста по «материнскому методу» («физиологический алфавит» Песталоцци, И. Г. Песталоцци, 1909—1912).

Еще в 60-е и 70-е годы XIX века Вгоса (1901) и другие клиницисты применяли некоторые речевые упражнения в работе с больными с афазией. Вгоса писал: «С моей точки зрения, если учесть остатки интеллекта у больных с афазиями после нарушения мозгового кровообращения, то в результате терпеливых занятий, как мать занимается со своим ребенком, можно достичь неплохих результатов».

Kussmaul (1910) первым ввел на основе так называемой лечебно-педагогической психотерапии систематическое восстановление речи у больных с афазией. Он считал, что прежде всего безречевых больных с моторной афазией следует приучать следить за ртом говорящего, и рекомендовал систему приемов постановки звуков и введения их в слоговые упражнения и слова по методике обучения произношению глухонемых, с опорой на тактильное и зрительное восприятие. По мере восстановления произноше-

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. Правдина¹1958, 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 работающих под их руководством логопедов внесли ценный вклад в разработку методов и методик восстановительного обучения.

В 1948 г. Э. С. Бейн[^] на основе психологического анализа сенсорной афазии у взрослых разработала методику восстановления акустико-гностической функции при этом сложном речевом расстройстве. Методика построена на восстановлении дифференци^{п(э)}ш[^] 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 смыслоразличительность», 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 обременено 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 оптического 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 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 постоянное, 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 ощупы-

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 ощупывания больной закрепляет не только название предмета, но и выделяет разные его свойства. Вслед за ощупыванием 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 применяются 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 непрес 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.лреморбидный 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 множества жевственных 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 названия предмета, задачей восстановления является самостоятельное нахождение слова по косвенным вопросам. После проработки 50—60 слов-существительных разрабатывается несколько типовых схем

лижайших смысловых связей, которые содействуют наложению предметов по словесным обозначениям, т. е. еглагольных предложений типа «стол — мебель», «вода — жидкость». Постепенно исключается наглядность и больной уже самостоятельно, без опоры на картинку, отвечает на вопросы. Завершающей является работа по составлению глагольного предложения.

При моторной (моторно-амнестической) афазии имеются значительные затруднения в формировании связного предложения, и поэтому, как только у больного восстанавливаются названия предметов, следует начинать стимулирование произнесения глагольных форм. С этой целью автор **предлагает** ставить больному вопросы, требующие обозначения действия (что делают ногами? что делают карандашом? и т. п.).

Опираясь на точку зрения В. М. Когана и других авторов, Л. С. Цветкова (1961, 1962, 1969) особо рекомендует восстанавливать нарушенную моторную сторону речи путем введения слова в смысловые контексты, без специального воспитания произвольного произнесения отдельных звуков. Беседа с больным приучала его слушать речь, соотносить слово с предметом, эмоционально реагировать на него. Одновременно проводилась работа по растормаживанию экспрессивной речи с помощью автоматизированных речевых рядов и пения с последующим активным вычленением из них отдельных слов.

В работе Л. С. Цветковой можно выделить две стадии восстановительного обучения. IЗ первой стадшГ^больного (как с афферентной, так и с эфферентной моторной афазией) обучают повторять, называть, писать и читать отдельные слова. Задачей второй стадии обучения является восстановление способности произносить фразу, что достигается путем использования различных внешних материализованных опор, помогающих больному ее сконструировать и произнести.

Автор особенно подчеркивает необходимость четкой программы восстановления речи при разных формах моторной афазии.

В литературе последних двух десятилетий имеется ряд высказываний о целесообразности раннего начала работы по восстановлению речевых функций у сосудистых больных. Так, Zangwill (1947) считает, что уже на раннем этапе нужна восстановительная речевая терапия, которая Должна заключаться в проведении игр, концентрирующих

внимание больных, в поощрении их к высказыванию. Дргой американский психолог Werman (1951), рассматрив. вопросы восстановления речевых функций, обращает внимание на то, что восстановительное обучение надо начинать не позднее 6 месяцев после заболевания и даже сразу после инсульта, как только к больному вернулось сознание. Основными приемами восстановительного обучения должны быть повторение, называние и закрепление слов путем показа больному различных картинок, записывания слова на доске, списывания его, лепки предмета из пластилина, срисовывания его. Одной из первых задач восстановления речи Werman считает развитие понимания. С этой целью больному предлагается выполнять различные действия с предметами. Если он плохо понимает задание, ему многократно повторяют название предмета. На этом этапе следует постоянно поддерживать с больным разговор. Стимулирование называния предметов, окружающих больного, является основой методики.

Автор считает, что не нужно спешить с введением речи больного полной фразы. После возникновения возможности называния следует перейти к восстановлению местоимений, глаголов и т. д. Работу над глаголами надо начинать с инфинитивной формы и лишь затем переходить к употреблению глаголов в различных временах и лицах. Werman подчеркивает, что фразеологические изменения глаголов усваиваются больными с большим трудом, и как и Gutzmann (1924), обращает внимание на то, что вспомогательные и модальные глаголы, местоимения, предлоги и союзы восстанавливаются в последнюю очередь. В тех случаях, когда простое повторение-подражание не приводит к желаемым результатам, Werman рекомендует пользоваться оптико-тактильным методом.

Американский психолог Schuell (1953, 1955) также считает, что восстановительное обучение надо начинать как можно раньше и что в основе процесса восстановления лежит не обучение словам, а стимулирование нарушенных речевых процессов. Автор полагает, что больной должен прежде всего слушать речь, схватывать ее содержание. Это не только улучшает понимание, но и развивает речь, чтение и письмо. Автор называет эти занятия «упражнениями на прислушивание».

В связи с вопросом об особенностях восстановления речи сразу после инсульта интересна монография В. В. Опель (1963). Автор очень детально разрабатывает

«лаву о первом занятии с больным, подчеркивая его психотерапевтическое значение. В основу работы на раннем этапе автор кладет восстановление диалогической речи. При этом используется фонетический метод повторения, постепенным увеличением речевой активности больного (сопряженно-отраженная речь, подсказ первого слова, звука и т. д.).- С первых же занятий, когда работа еще опирается на повторение, логопед стремится восстанавливать грамматически правильную речь, вводя слово-существительное в различные грамматические контексты, грамматические связи.

Очень большое внимание В. В. Оппель уделяет применению шепотной речи, считая, что такая речь как у «свежих», так и у резидуальных больных помогает более быстрому вызову повторения звуков и слов. В случаях грубой апраксии артикуляционного аппарата автор прибегает к «постановке» звуков перед зеркалом, т. е. к оптико-тактильному методу.

Краткое изложение основных методик и приемов восстановления речи при афазии позволяет сделать вывод, что подавляющее их большинство рассчитано на резидуальную стадию восстановления. Особенности логопедической работы в ранней стадии после инсульта или травмы посвящены лишь отдельные работы.

Проблема острого инсульта, занявшая в последнее десятилетие одно из основных мест в сосудистой неврологии, поставила задачу разработки логопедических методов работы с этой категорией больных. Еще в 1955 г. сотрудники Института неврологии АМН СССР Р. А. Ткачев, Э. С. Бейн, И. Я. Плотникова на основе статистической разработки большого количества наблюдений над больными с афазией, прослеженными с этапа острого инсульта, писали, что при относительно раннем педагогическом вмешательстве у подавляющего большинства больных как с легкими и средними, так и с тяжелыми речевыми расстройствами отмечаются более благоприятные результаты. Это связано с тем, что активное, стимулирующее, а затем и перестраивающее речевую функцию вмешательство оказывается особенно действенным, когда оно начинается на фоне самопроизвольного (спонтанного) процесса восстановления. Поэтому рациональное педагогическое воздействие тем более эффективно, чем раньше оно начато.

Все эти данные положили начало дифференцированному подходу к приемам восстановления речи у больных

с афазией в зависимости от его этапа. Возникла необходимость различать ранний этап восстановления сразу после инсульта и начальный этап восстановления у больных в резидуальной стадии.

Анализу методов восстановительной терапии при афазии посвящена монография Э. С. Бейн «Афазия и пути ее преодоления» (1964). В ней дается обоснование этапного принципа организации восстановительной терапии, связанного с различием в особенностях компенсации на раннем и резидуальном этапах динамики речевого расстройства. Статистическая разработка результатов восстановления речи у 400 сосудистых больных с афазией, проведенная в Институте неврологии АМН СССР, показала, что раннее начало работы обеспечивает сравнительно лучшие результаты восстановления речи. Автор детально обосновывает необходимость дифференциации методов восстановительного обучения в зависимости не только от формы речевого расстройства, но и от этапа восстановления речевых функций. На раннем этапе, когда больной только вышел из состояния нарушения сознания, следует помнить о функциональном характере некоторых речевых расстройств этого периода. Поэтому главной особенностью методик раннего этапа является их стимулирующий, растормаживающий и в то же время щадящий характер, предполагающий пассивное включение больного в восстановительный процесс. Э. С. Бейн пишет, что для восстановления речи при афазии характерны три типа процессов: а) восстановление речи в прежнем виде на основе механизма растормаживания; б) восстановление на основе мобилизации резервных возможностей анализаторов («органическая компенсация»); в) восстановление речи в измененном виде на основе функционального замещения или перестройки («функциональная компенсация»).

В монографии дается обоснование значения первых двух типов («а» и «б») для раннего этапа восстановительной терапии и компенсаторной перестройки — для резидуального периода. В этой работе был обоснован и так называемый «предупреждающий метод восстановительной терапии». Как будет показано ниже, этот метод позволяет активно вмешиваться в процесс восстановления не только в целях перестройки нарушенных функций, но и с точки зрения предопределения дальнейшего пути развития отдельных сторон нарушенной структуры речи. Данный метод, учитывающий системность речевых расстройств, по-

§оляет направить процесс восстановления по определен-
ту руслу и избежать возникновения некоторых стойких
трудно поддающихся коррекции симптомов.

Целью настоящего исследования является обоснование
лстемы логопедических методик восстановления речи у
ольных с афазией в ранней стадии после инсульта. За-
ачей работы является описание приемов растормажива-
ия и стимулирования речевых функций у больных с то-
альной, моторной и сенсорной афазией, ^а также методик
редупр^ждения некоторых патологических речевых симп-
омов. Работа охватывает все стороны нарушенной рече-
ой функции при моторной, сенсорной и тотальной афазии,
омогает выявлению истинной картины органического ре-
евого расстройства и подводит больного к активному уча-
тию в восстановительном процессе.

Разработанные методики были апробированы при вос-
тановлении речи у 86 больных из клинических отделений
[нститута неврологии АМН СССР, руководимых проф.

А. Ткачевым, доктором медицинских наук Д. К. Луне-
ым и доктором медицинских наук Л. Г. Столяровой."

Глава I

МЕТОДИКИ РАННЕГО ЭТАПА ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ

Задачей работы на раннем этапе после инсульта являются максимальное содействие спонтанному процессу восстановления, активизация темпа восстановления угнетенных и нарушенных речевых функций. Это связано с тем, что сразу после инсульта не всегда бывает ясна форма афазии, а в картине речевого расстройства имеется много функциональных, нейродинамических симптомов. Изжитию этих симптомов и призваны содействовать растормаживающие и стимулирующие приемы восстановления.

Эти прямые методы растормаживания и стимулирования временно заторможенных функций мозга по своей компенсаторной природе отличаются от так называемых обходных методов перестройки, с успехом используемых на поздних этапах работы, когда выявляется та или другая форма афазии (Э. С. Бейн, 1964).

Разработанные нами методики стимулирования и растормаживания речевых функций на раннем этапе восстановительного обучения предусматривают не только стимулирование угнетенных речевых функций, но по возможности и предупреждение некоторых симптомов афазий на поздних этапах восстановления. К этим методикам относятся: стимулирование понимания речи на слух у больных с афазией, растормаживание экспрессивной стороны речи у больных с моторной афазией, стимулирование устной речи у больных с моторной афазией.

СТИМУЛИРОВАНИЕ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ НА СЛУХ У БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ

Напомним некоторые данные о развитии понимания речи у ребенка и о процессе восприятия речи на слух у взрослых в норме. Еще И. А. Бодуэн де Куртене (1963) писал: «При восприятии мы постепенно получаем синтагмы как составные части предложения, морфемы как со-

ставные части синтагмы, фонемы как составные части морфем». Как показывают исследования Р. М. Боскис и Р. Е. Левиной (1936, 1938), Г. Л. Розенгарт-Пупко (1948), Д. М. Кольцовой (1949), Ф. И. Фрадкиной (1955), в начальных стадиях речевого развития первостепенное значение имеет глобальное восприятие речи на слух.

Рассматривая процесс овладения детьми фонетической стороной речи, Р. М. Боскис и Р. Е. Левина пишут: «Первые слова становятся доступными пониманию ребенка еще до восприятия речевых фонем. Сначала слух ребенка воспринимает целые речевые единства, затем эти звуковые комплексы дифференцируются друг от друга и тогда возникает возможность вычленения фонемы как дифференцирующего признака».

При изучении развития восприятия речи в детском возрасте Г. Л. Розенгарт-Пупко обнаружила, что в ситуации удовлетворения потребностей ребенка и ухода за ним можно организовать понимание слов, относящихся к действиям с предметами, но невозможно организовать понимание названия предмета. Прежде всего детьми понимались слова «на», «дай», «положи», «сними», т. е. глаголы в повелительном наклонении. Понимание названий предметов формировалось значительно позже. Понятия же образуются у детей на следующем возрастном этапе на основе выделения отдельных свойств предмета.

О роли слухового восприятия в формировании речи детей мы находим очень много сведений в современной детской психологии и физиологии. Работы А. Н. Гвоздева (1961), Р. М. Боскис (1955, 1963) раскрывают ведущую роль слухового анализатора в развитии речи ребенка. Так, А. Н. Гвоздев пишет: «Слуховая сфера является ведущей в том отношении, что благодаря раннему развитию слуха ребенок впервые на слух учится различать разнообразные фонетические элементы». Как показали исследования Р. М. Боскис, для полноценного развития речи требуется высокая степень сохранности слуха; с другой же стороны, для полноценного пользования слухом требуется определенный уровень речевого развития.

Наблюдения В. А. Артемова и других исследователей за восприятием устной речи у взрослых также имеют для нас немаловажное значение. В. А. Артемов (1953, 1954), исследуя процесс понимания речи у взрослых, отмечает, что весьма существенным является то, что собеседники не только слышат, но и видят друг друга. Его опыты подтвер-

дили, что при слушании собеседника из-за ширмы многие виды интонаций смешиваются и вследствие этого понимание услышанного затрудняется. В. А. Артемов показывает, что восприятие определяется единством смыслового содержания и интонационного строя. Он же подчеркивает, что интонация сопровождает любое речение, начиная от слова и кончая речевым периодом, и является «первой дверью в понимании услышанного». Иными словами, интонация — одна из особенностей речи, при помощи которой люди, пользуясь лексикой и грамматическим строем языка, придают мысли, выраженной в предложении, достаточную законченность. При помощи интонации наша речь делится на фразы, а фразы на синтагмы. Важно, что каждое конкретное суждение, помимо воли говорящего, содержит в себе его эмоционально-волевое отношение. Восприятие же «волевых» интонаций носит более непосредственный, адекватный характер, особенно при восприятии мимики и пантомимики говорящего.

В. В. Виноградов (1947), М. А. Виллер (1960), Г. М. Кузнецова (1960), Е. А. Попова (1961), П. С. Кузнецов (1962), рассматривая вопросы синтаксиса предложения, отмечают, что и интонационными средствами устанавливается коммуникативное значение слова в предложении, определяется членение предложения и осуществляется его внутреннее единство.

Таким образом, как показывают лингвистические исследования, в понимании речи интонация играет очень большую роль. Особенно облегчают понимание так называемые волевые интонации, а также мимика и пантомимика.

Эти данные имеют для нас большое значение, так как на раннем этапе после инсульта при всех формах афазий весьма часто выявляется нарушение понимания речи. При этом у больных обычно сохраняется восприятие мимики и интонации. Все это и использовалось в работе над растормаживанием понимания у больных с афазией на раннем этапе после инсульта.

По наблюдениям Э. С. Бейн (1964), нарушения понимания устной речи у больных афазией на раннем этапе после инсульта проявляются в разнообразной форме: в недоступности показа предмета по названию, в необходимости многократного повторения инструкции, в инактивности больного по отношению к слухоречевым раздражениям («необращение внимания»).

Характерной чертой различных форм нарушения понимания у больных с афазией является диффузность этого процесса на раннем этапе после инсульта. Лишь в дальнейшем, в процессе восстановления, понимание речи на слух становится более дифференцированным. Эту особенность восприятия речи мы и учитывали при разработке методик растормаживания понимания речи на слух у больных с различными формами афазии.

Диффузными, первичными в восприятии устной речи являются, как было сказано выше, синтагмы, т. е. различно интонационно окрашенные «отрезки» высказывания.

Наиболее насыщенной эмоционально-волевыми интонациями является так называемая побудительная форма речи, которую мы и использовали в работе с больными. При стимулировании понимания с помощью этой формы речи важным оказывается то, что побудительные предложения, выражая волю говорящего, стимулируют собеседника к активному действию и характеризуются особой интонацией, типичной для каждого вида побудительного предложения. В системе повелительного наклонения эта интонация является органической принадлежностью глагольных форм. Вне этой интонации повелительного наклонения, иными словами, побудительной речи не существует (М. К. Милых, 1953; А. В. Вельский, 1953; М. А. Виллер, 1960; П. П. Блонский, 1965). Побудительные предложения могут обозначать приказание или распоряжение, требование, приглашение, просьбу, объяснение, согласие, одобрение, запрещение, вопрос и т. п.

Побудительная речь требует не столько ответной речевой реакции, сколько выполнения того или иного действия. Эта особенность побудительной речи позволяет логопеду контролировать понимание услышанной больным речи и постепенно увеличивать сложность побуждений, заданий, уточнять понимание больным воспринятой им речи.

Важным для нас является и то обстоятельство, что побудительная речь по своему лексическому составу является глагольной (В. В. Виноградов, 1947). Глагол-сказуемое помещается в них в начале предложения, что позволяет с помощью логического ударения—«интонационного центра» — фиксировать внимание больного на словах, обозначающих действие. Логическое ударение является основным средством выделения слова по смыслу в устной речи, оно подчеркивает новое в высказывании (Е. А. Брызгунова, 1963; В. П. Сухотин, 1962).

Глагольность побудительной речи и используется нами в целях предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля» у больных с моторной афазией (Э. С. Бейн, М. К. Шохор'-Троцкая, 1965; М. К. Шохор'-Троцкая, 1964, 1966).

Стимулирование понимания речи на слух у больных с тотальной афазией

Особенно трудным для логопедов является подход к больным с тотальной афазией. Логопеды не знают, с чего начать работу, как подойти к больному, который не понимает обращенной к нему речи, не произносит сам ни одного слова. Многочисленные наблюдения показали, что нарушения рецептивной стороны речи при тотальной афазии часто носят функциональный нейродинамический характер. В этих случаях нельзя использовать методику восстановления фонематического слуха, применяемую у больных с сенсорной афазией, основанную на развитии фонематического слуха (Э. С. Бейн, 1948). Эта методика требует активного, сознательного участия больного в процессе занятия, предусматривает обход слухового различения речи путем использования оптической, тактильной, а главное, смысловой дифференцировки. Все это недоступно при работе с больными, которые только что вышли из состояния нарушения сознания и являются инактивными.

Логопедические занятия при тотальной афазии мы начинаем с восстановления понимания речи на слух. Анализируя структуру речевых расстройств у больных с афазией, многие исследователи в последнее время особенно подчеркивают значение сохранности у них слухового восприятия речи (Э. С. Бейн, 1964).

Для работы с больными при наличии тотальной афазии мы использовали побудительную речь.

Содержание методики. Методика стимулирования понимания речи на слух для больных с тотальной афазией основана на соотнесении ими интонаций с жестом, вызывании определенных двигательных и мимических реакций у больного, использовании фонологических особенностей интонаций. Для стимулирования понимания речи на слух больному с тотальной афазией предлагается выполнять по устной инструкции различные действия.

Первыми заданиями для больных тотальной афазией являются, как правило, следующие:

Закройте глаза (книгу, тумбочку, ящик и т. д.); откройте их; покажите язык; покажите зубы; поднимите руку; дайте руку (чашку, книгу); возьмите...; поправьте...; сядьте; причешитесь. А позже: натяните-пейте... наденьте..., встаньте... бросьте..., ложитесь... и т. д.

В тех случаях, когда больной затрудняется выполнить то или иное задание, мы показываем ему соответствующее действие, которое он должен затем выполнять по повторной инструкции. Каждое правильно выполненное действие подкрепляется мимическими и жестовыми поощрениями, сопровождаемыми соответствующе интонационно окрашенными словами: «Хорошо!», «Очень хорошо!», «Молодец!» и т. д.

Слова предикативного характера, неоднократно воспринятые больным на слух, становятся постепенно основой его «пассивного» словаря. Такое накопление пока еще «пассивного» глагольного словаря создает предпосылки для восстановления внутренней речи больного и тем самым отвечает задачам предупреждения в речи этих больных аграмматизма.

Обычно стимулирование понимания речи на слух у больных с тотальной афазией с помощью побудительных инструкций длится 10—15 дней. К концу 3-й недели в большинстве случаев вырисовывается та или иная форма афазии, что позволяет на следующем этапе действовать более целенаправленно в зависимости от того, какая афазия выявлена — моторная или сенсорная.

Таким образом, посредством использования интонационно-эмоциональной стороны побудительной речи и активизации с ее помощью деятельности больного удается содействовать восстановлению контакта с больными и стимулировать в известной степени понимание им некоторых речевых инструкций.

Стимулирование понимания речи на слух у больных с моторной афазией

Психологический анализ нарушений речи при мозговых катастрофах помогает понять взаимоотношения различных патологических симптомов и на этой основе строить процесс восстановительной терапии. Так, при любой форме афазии можно обнаружить первичные звенья речевого расстройства и вторичные, закономерно связанные с первыми. Например, нарушение внутренней речи (первичный симптом моторной афазии) влечет за собой возникновение аг-

рамматизма типа «телеграфного стиля» в устной речи больных (М. С. Лебединский, 1941; А. Р. Лурия, 1947, 1962; Э. С. Бейн, 1964).

Нарушения понимания у больных с моторной афазией отчасти объясняются и «явлениями патологической инертности в речевой сфере, которые мешают быстрому и пластичному переключению с одного словесного образа на другой» (А. Р. Лурия, 1962).

Содержание методики. При восстановлении на раннем этапе вторично нарушенного понимания чужой речи у больных с моторной афазией и в целях предупреждения аграмматизма «телеграфного стиля» стимулируется понимание глаголов, предлогов, местоимений и понимание фраз, различных несложных синтаксических конструкций (восклицательных, вопросительных, повествовательных, побудительных) с постепенным включением придаточных предложений времени, места, причины, цели и т. п.

Понимание больными устной речи на первом этапе работы по этой методике проверяется так же, как и при тотальной афазии, посредством выполнения ими различных устных инструкций. В тех случаях, когда больной не понимает задания или выполняет его не совсем точно, логопед показывает ему непонятное действие, после чего больной должен выполнить его по повторной инструкции логопеда.

Побудительные инструкции в зависимости от состояния больного иногда повторяются, произносятся в замедленном темпе. В некоторых случаях приходится делать паузы между заданиями или предупреждать больного о переходе к другим видам работы.

Позже для проверки понимания больным обращенной к нему устной речи используется уже его речевая реакция, слова «да», «нет» и др.

Итак, кроме инструкций, которые мы перечислили при описании предыдущей методики, больным предлагаются задания:

Откройте книгу, тумбочку, ящик, дверь; закройте ее, его, закройте дверь (если это доступно больному); поднимите руку, ложку, карандаш; выньте...; возьмите...; положите...; положите НА книгу...; выньте ИЗ книги...; найдите ручку, сахар; найдите В тумбочке книгу; найдите В книге картинку; спрячьте В тумбочку книгу; положите В тумбочку...; положите НА тумбочку...; положите ПОД книгу; поправьте ошибку; поправьте ошибку карандашом; возьмите У соседа...; возьмите СО стола...; расскажите О...; повторите; повторите еще раз; напишите...; наденьте...; встаньте; ложитесь НА спину, НА бок; подойдите К...; попросите; возьмите

книгу и положите ее НА...; встаньте и откройте...; покажите картинку, на которой нарисовано: мальчик плавает, мальчик бежит, мальчик учит уроки и т. п.; покажите картинку, на которой нарисована женщина, которая режет хлеб (колбасу и т. п.); женщина, которая читает книгу (газету, письмо и т. п.); дайте мне картинку, на которой изображен бегающий мальчик, плывущий мальчик и т. п.; возьмите стакан, а затем поставьте его на окно; возьмите стакан, отпейте из него воды, а затем поставьте на тумбочку и т. п.

По мере восстановления понимания больным побудительных заданий и известного растормаживания его экспрессивной речи переходим к стимулированию понимания вопросов, иногда с опорой на картинку. С помощью вопросительной формы речи стимулируем, побуждаем больного к устному высказыванию и уточняем понимание им услышанной речи.

Больным предлагаются следующие вопросы:

Вас зовут...? вы живете в...? вы жили в...? вы ездили в (на)...? знакомы ли вы с...? знаете ли вы...? слышали ли вы...? любите ли вы...? читали ли вы...? смотрели ли вы...? помните ли вы...? бывает ли летом гололед? бывает ли зимой засуха? когда бывает гололед? когда бывает засуха? есть ли у вас пальто? когда надевают пальто? зачем его надевают? какие бывают пальто? где их шьют? и т. п.

Иногда предлоги выступают в качестве самостоятельных уточняющих, побудительных или вопросительных предложений (На!, На?, В!, В?, К!, К? и т. д.). С помощью вопросительной или различных побудительных интонаций уточняются и исправляются все допущенные больным ошибки.

Эти упражнения, включающие употребление существительных с предлогами и без предлогов в различных косвенных падежах, произносимых как логопедом, так, позже, и больным, являются частью логопедических занятий в течение довольно продолжительного времени (1½—2 месяца).

Стимулирование понимания речи на слух не только приучает больного к выполнению словесных инструкций, но и содействует более общему развитию восприятия речи. Так, логопед рассказывает больному о событиях дня, проводит «беседы» по эмоционально значимым картинкам, больные приучаются понимать различные грамматические конструкции предложения. «Беседы» на темы дня, которые проводит логопед с больными и в которых речь больного еще очень односложна, бедна, должны носить эмоциональный, заинтересовывающий больного характер, создающий ему бодрое настроение. Речь логопеда в процессе таких бесед дол-

жна быть четкой, не шаблонной, структурно несложной, но разнообразной, закладывающей понимание больным различных грамматических конструкций.

Таким образом, при использовании побудительной речи происходит как бы скрещивание двух основных методов восстановительного обучения — стимулирующего и предупреждающего.

Стимулирование понимания речи на слух у больных с сенсорной афазией

Больные с сенсорной афазией на раннем этапе после инсульта, как правило, крайне возбуждены, не осознают своего болезненного состояния, тяжело реагируют на трудности контакта с окружающими, не соблюдают режима клиники (встают, пытаются ходить, отказываются принимать лекарства и т. д.). Поэтому установление контакта с ними является первоочередной задачей.

Содержание методики. Процессу налаживания контакта, подведению больного к мысли о необходимости занятий с логопедом содействуют неречевые виды работы. **На** первых занятиях больному предлагают для срисовывания и списывания очень простые, схематичные рисунки и подписи к ним. В этих же целях используют складывание разрезных картинок. Инструкции к действию даются с помощью мимики и жестов, иногда приглашаются для наглядного объяснения лечащий врач или какой-либо другой «ассистент», который выполняет задание логопеда.

Как правило, больные с сенсорной афазией решительно берутся за выполнение такого «простого» задания, как списывание или срисовывание. При этом часто выявляется дефектность их копирования, которую больные не сразу замечают. Если больной сам не видит своих ошибок, ему на них указывают. При повторных попытках копирования, при попытках исправления больные, как правило, допускают новые ошибки.

По мере установления контакта в процессе занятия включаются устные инструкции, различные виды побудительной речи. Так, в процессе неречевых форм деятельности (срисовывание, списывание и другие виды копирования), когда больной подводится к пониманию самого факта речевого расстройства, логопед приучает его слушать и понимать интонацию речи.

С 5—6-го занятия вся подражательная работа больного сенсорной афазией, которая организуется путем мимики и жестов, сопровождается краткими интонационно-насыщенными репликами логопеда («Да!», «Нет!», «Нет-нет!», «Правильно!», «Хорошо!», «Еще раз!», «Здесь ошибка!», «Дайте!», «Покажите!» и т. д.). Постепенно словарный состав побудительных инструкций логопеда расширяется от одного до двух, а затем и трех слов.

Когда больной «свяжет» интонацию фразы «Дайте!» с жестом, в устную инструкцию вводится второе слово: дайте картинку; дайте ручку; дайте книгу. Это восприятие уже более сложной фразы, где логическое ударение перенесено с уже знакомого на новое слово. Фразы «дайте карандаш», «дайте ручку» логопед на первых занятиях обязательно сопровождает указательным жестом. Таким образом, усложняются инструкции, предъявляемые больному на слух. Больной приучается воспринимать двусловную фразу.

Если в побудительных заданиях больным с моторной афазией логическое ударение выделяет глаголы, предлоги, наречия, то при использовании побудительной речи у больных с сенсорной афазией логическое[^] фразовое ударение в речи логопеда падает на существительные, что соответствует задачам предупреждения аграмматизма, характерного для этой группы больных.

Это использование побудительной речи на самом раннем этапе подводит больного к более сложным видам работы, приучает его к слушанию речи и вычленению слова из речевого потока. В дальнейшем работа с больными сенсорной афазией проводится уже на другом уровне, в процессе восприятия нефонематических признаков слова (длина, ударение и т. п.), с постепенным подведением его к фонематическому восприятию речи.

Однако это уже более поздний этап работы, требующий осознанного участия больного в восстановительном процессе.

Для выработки у больного с сенсорной афазией смысло-различительного, фонематического слуха, т. е. восстановления правильного звукового анализа слова и получения константных и обобщенных звуковых групп, целесообразно применять методику Бейн (1964).

Вследствие кажущейся близости методик стимулирования понимания речи на слух при различных формах афа-
зии остановимся еще раз на вопросе дифференцированного

использования лексического материала и побудительной интонации в целях стимулирования понимания речи у больных с афазией.

В работе с этими больными надо иметь в виду принципиальное различие в нарушении внутренней речи при сенсорной и моторной афазии.

В норме для внутренней речи характерен предикативный, глагольный строй (Л. С. Выготский, 1956, 1960). У больных с моторной афазией грубо нарушается внутренняя речь, поэтому в их устной речи часто наблюдается так называемый аграмматизм типа «телеграфного стиля». В связи с этим в работе с этими больными делается акцент на восстановлении глагольной стороны речи и в целях предупреждения свойственного их речи аграмматизма логическое ударение переносится на глаголы. Иначе говоря, здесь избегается название предметов.

При сенсорной афазии, как показали исследования Э. С. Бейн (1948, 1954, 1957), внутренняя речь относительно сохранна, синтаксис устной речи этих больных весьма отличен от номинативного, вещественного строя речи при моторной афазии. В речи больных отмечается большое число глаголов, служебных слов, местоимений, и наряду с этим — сравнительно бедный номинативный, предметный словарный состав.

Применение побудительной речи на первом этапе работы с больными сенсорной афазией приучает их слушать речь, вычленять части предложения, главным образом дополнения, подводит их к этапу осознанного овладения фонематическим слухом. Такое специальное внимание логопеда к словам-существительным должно содействовать предупреждению аграмматизма, свойственного больным с сенсорной афазией.

Итак, дифференцированное использование побудительной формы речи в восстановительной работе при моторной, сенсорной и тотальной афазии достигается с помощью направленного применения логического ударения, различных интонаций, а также мимики и пантомимики.

В связи с тем что восприятие речи основывается на анализе и синтезе элементов звукового потока, который осуществляется совместной работой слухового и кинестетического анализатора (Л. С. Выготский, 1956; А. Р. Лурия, 1962), можно думать, что стимулирование слухового восприятия речи имеет значение и для растормаживания речи больных.

РАСТОРМАЖИВАНИЕ ЭКСПРЕССИВНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ

На сохранность при афазии музыкальных функций и возможность использования пения¹ и автоматизированных речевых рядов в целях восстановления речи указывали многие отечественные и зарубежные специалисты (С. Н. Давиденков, 1915; Ю. А. Флоренская, 1949; L. Granich, 1947; Е. М. Батурина, 1958, и др.). А. Р. Лурия (1962) отмечает, что сохранность автоматизированной речи является одним из необходимых условий для осуществления плавного развернутого высказывания. Однако венгерские афазиологи Vargha и Gereb (1959) дают подробное описание и обоснование этих видов работы в речевой стадии восстановления.

Как показал наш опыт, пение и автоматизированные речевые ряды могут быть использованы в целях растормаживания речи и на раннем этапе после инсульта при пассивном участии больного в восстановительном процессе. Мы широко применяли их в целях растормаживания экспрессивной стороны речи при моторной афазии.

Содержание методики. Как правило, растормаживание экспрессивной стороны речи следует начинать с выяснения круга хорошо знакомых и любимых больным песен. Это выяснение проводится в процессе беседы, когда логопед называет или напевает больному различные песни, а больной знаками показывает, насколько хорошо они ему известны. Если больной находится еще в относительно тяжелом состоянии и плохо понимает чужую речь, то об узнавании напеваемой мелодии можно судить по эмоционально-мимической реакции больного.

После выявления мелодий, на которые больной дает положительную эмоциональную реакцию, логопед отбирает одну из них и на каждом занятии 5—6 раз напевает ему эту мелодию (сначала без слов). При этом логопед побуждает больного мимикой и словесной инструкцией к совместному пению.

Как показал наш опыт, на первых двух занятиях по этой методике при сопряженном с логопедом напевании растормаживаются и выявляются контуры и ритм мелодии, паузы, делящие мелодию на синтагмы, интонацион-

¹ И. А. Бодуэн де Куртене (1963), Stocked и Tressov (1945) считают, что пение является старейшей и наиболее упроченной формой человеческого способа выражения.

ные ударения и т. п. На 3—4-м занятии восстанавливается относительно правильное продуцирование мелодии. В дальнейшем (5—7-е занятие) намечается и постепенно расширяется возможность произнесения больным в некоторых словах текста песни ударных гласных, губных согласных звуков и последних рифмующихся слогов. В процессе этих и последующих 2—3 занятий все более выявляется звуковой рисунок слов, который со временем становится все более полным, четким, развернутым.

Уже с 3—4-го занятия возникает необходимость использования других речевых рядов. Это вносит разнообразие в работу, помогает расширить словарь больного и позволяет избежать фиксирования его внимания на каких-то отдельных словах и закреплении каких-то определенных грамматических категорий (падеж, род и т. п.).

Наряду с пением в этой работе большое место занимает порядковый счет от 1 до 10, который также является устойчивым автоматизированным видом речевой деятельности. Он включает относительно короткие слова с повторяющимися слогами.

На 6—8-м занятии, а иногда и раньше вводится название дней недели, месяцев, перечисление пальцев руки. Тем самым делается попытка растормаживания произнесения более сложных в звуковом отношении и нерифмованных слов. Позже можно использовать чтение хорошо знакомых больному стихотворений. В некоторых случаях растормаживание речи с помощью пения и автоматизированных речевых рядов протекает несколько быстрее.

Возникшие в процессе пения или произнесения других речевых рядов слова закреплялись с помощью сопряженно-отраженного повторения вслед за логопедом, с опорой на специально подобранные картинки и цифры. Уже на 8—12-м занятии обычно отпадает необходимость сопряженного повторения с логопедом того или иного речевого ряда, появляется возможность отраженного произнесения слов текста песни, чисел цифрового ряда и т. п.

В отдельных случаях не рекомендуется растормаживание речи с помощью пения и автоматизированных речевых рядов. Это касается тех больных, которые сразу начинают хорошо, свободно петь вместе с логопедом. Пение в данном случае нецелесообразно, более того — оно противопоказано, как противопоказано повторение стереотипных фраз, речевых эмболов и т. п. Не всегда возможно использование пения и автоматизированных речевых рядов

при наличии у больного амузии, расстройства воспроизведения ритмов, грубой апраксии артикуляционного аппарата и стойкого речевого эмбола.

Важно, что вслед за возможностью повторения речевого ряда больному становится доступно повторение вместе с логопедом и других слов, произносимых в ритме этого ряда, но не входящих в его контекст. Эти слова постепенно начинают входить в активный словарь больного, однако наиболее быстрое накопление активного словаря протекает уже в процессе использования методики, стимулирующей элементарное устное высказывание больного.

В результате использования методики растормаживания экспрессивной стороны речи с помощью пения и автоматизированных речевых рядов, а также стимулирования понимания речи на слух у больных создаются предпосылки к восстановлению внутреннего интонирования, внутренней мелодики речи. Использование логопедом сопряженной речи, протекающей напевно, богатой плавностью интонационных переходов, гаммообразностью, является мостиком к появлению возможности повторения больным речевых периодов, состоящих из фраз, делимых на синтагмы.

Использование при афазии автоматизированных речевых рядов играет и более широкую пусковую роль. Оно, во-первых, восстанавливает ритм речевого высказывания с определенными интонационными подъемами и спадами, во-вторых, ведет восстановление речи не от слова к фразе, а от фразы к слову; в-третьих, само использование развернутого грамматического текста различных речевых автоматизированных рядов исключает насыщение речи больного словами номинативного характера и тем самым способствует предупреждению аграмматизма типа «телеграфного стиля».

Растормаживающий эффект данной методики безусловно связан с упрочненностью автоматизированной речи и эмоциональным воздействием пения (М. К. Шохор-Троцкая, 1966).

В некоторых случаях не рекомендуется уделять много внимания пению и автоматизированным речевым рядам, а также сопряженному повторению. Это касается тех больных, у которых наблюдается спонтанное восстановление автоматизированной и повторной речи. Для растормаживания и стимулирования речи этих больных рекомендуется

с первых же занятий переходить к глобальному чтению фраз к сюжетным картинкам, а затем уже к стимулированию чтения ответов на устные вопросы.

СТИМУЛИРОВАНИЕ УСТНОЙ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ

Рекомендуемое некоторыми авторами использование построения фразы по схеме: подлежащее + сказуемое + дополнение — невозможно на раннем этапе, так как этот прием работы требует осознанного, активного участия больного в восстановительном процессе.

Следует присоединиться к точке зрения Р. М. Боскис и др. (1955) о том, что всякая попытка положить в основу формирования речи лишь формальные грамматические правила обречена на провал. Это положение, высказанное по отношению к глухонемым и тугоухим детям, не теряет своего значения и в случаях, касающихся больных с афазией, особенно на раннем этапе восстановления после инсульта.

Методика стимулирования устного высказывания, рекомендованная для больных с грубой моторной афазией (корковой, эфферентной) на раннем этапе восстановления речи, основывается не на формальном изучении различных грамматических категорий, а на стимуляции восстановления так называемого чувства языка — терминов, принятых в лингвистике и психологии.

Содержание методики. Разработанная нами методика представляет определенную систему речевых заданий побудительного характера для вызова и активного употребления слов, необходимых для элементарного общения.

В результате растормаживания устной речи с помощью пения и автоматизированных речевых рядов достигается возможность довольно четкого сопряженного и отраженного повторения этих рядов. Как только больной включается в относительно свободное их произнесение, начинается подготовка нового вида работы: стимулирования устного высказывания.

По нашим наблюдениям, целесообразно начинать переход от растормаживания экспрессивной стороны речи к стимулированию устного высказывания не с коротких фраз или отдельных слов, а с фраз, состоящих из 3—5 слов, а иногда и целых рассказов к сериям сюжетных картинок. Такой переход от пения и чтения стихотворений к сопря-

женному, а затем отраженному повторению и чтению подписей к сюжетным картинкам позволяет заложить предпосылки к сложному фразовому общению больного в будущем.

На первых занятиях используется главным образом сопряженно-отраженный вид речи. Затем больной участвует пользоваться для ответа словами, входящими в вопрос логопеда, и подводится к овладению построением простой фразы по сюжетным картинкам.

Методика стимулирования элементарного устного высказывания на первом этапе работы заключается и в том, что в процессе специально организованной беседы у больного вызываются отдельные слова: «да», «нет», «вот», «тут», «там», «хочу», «дай», «хорошо», «плохо», «сегодня», «вчера», «хочу спать», «есть», «пить», «здравствуйте», «до свидания» и т. д. На первых порах, пока у больных не образуется установка к общению, к ответу и не восстановится звуковая структура этих слов, они произносятся сопряженно или отраженно с логопедом.

Для закрепления слов-словов: «да», «нет», «вот», «тут», «там» больному задаются не только адекватные этим словам вопросы, но и «провокационные». Например, логопед показывает ему картинку «дом» и спрашивает: «Это книга?», на что больной, понимая нелепость вопроса, на эмоциональном фоне удивления или досады отвечает: «Нет». Так же прорабатываются слова «тут», «там», «вот» и др.

Для вызова слов «да» и «нет» больному задаются вопросы: ваша фамилия...? вас зовут...? вы жили в...? вы знакомы с...? вы ели? вы спали? вы были в...?

Для вызова слов «хорошо», «сейчас», «сегодня», «плохо», «вчера», «завтра», «потом» задаются вопросы: как вы спали? как вы себя чувствуете? какая сегодня погода? когда к вам придет врач? когда приедут родственники? когда они (родственники) были? когда вы будете делать уроки? когда вы их делали? и т. п. Подобными вопросами больные побуждаются, стимулируются к ответной речевой реакции.

Как правило, первые спонтанно употребленные больным слова взяты им из уже введенного логопедом пассивного словаря. Интересно, что первыми словами больного являются, как правило, глаголы в повелительном наклонении, которыми больной в свою очередь побуждает логопеда к тому или иному действию. Например, первыми спонтанными словами многих наших больных были гла-

голы: идите, сидите, садитесь, дайте, скажите, повторите, не подсказывайте, подождите; наречия: сейчас, хорошо, плохо. Следует подчеркнуть, что на раннем этапе в звуковом отношении эти слова являются скорее лишь контурами будущих слов, например слово «садитесь» звучит у больного как «садите», слово «хорошо» — как «хоошо».

Как только у больного начинают появляться спонтанные слова, мы переходим к более широкому стимулированию устного высказывания — к самостоятельному высказыванию по сюжетной картинке. Различными наводящими вопросами стимулируется неосознанное употребление больным глаголов сначала в настоящем, затем в прошедшем и будущем временах. Например: что делает мальчик? чем он (она, они) занимается? что он собирается делать? что он делал перед этим? разве он читает? может быть, он рисует?

В процессе занятий с помощью подобных вопросов выясняется, что делал больной в течение дня. Одновременно с глаголами по ходу беседы по картинкам или на темы дня больной овладевает местоимениями «я», «он», «мы», «вы», «они». Постепенно, по мере восстановления и закрепления двучленного предложения (без опоры на схему), оно расширяется до 3—4 слов, вводится существительное-дополнение. Использование больным существительного в косвенных падежах также стимулируется различными вопросами, сначала простыми: куда идет мальчик? чем он копает землю? что он читает? где они купаются? где вы живете? куда вы ходили после завтрака? откуда я взяла карандаш? и т. д. Затем больному для развития развернутого высказывания задаются более сложные вопросы, например: зачем он идет в школу? зачем вы пришли в кабинет? почему мальчик спешит? как вы думаете, о чем они беседуют? и т. п.

Во время таких занятий больной не всегда удачно выражает свою мысль. Направляя высказывание больного, мы не ограничиваем его рамками какого-то трафаретного двух- или трехсложного предложения. С точки зрения развития свободного высказывания важны «поиски» больным отдельных слов и фразеологических отрывков. На первых порах это могут быть грамматически неправильные и даже парафазные фразы. Однако эти самостоятельные «путешествия» больного в «мир слов» чрезвычайно ценны и являются залогом восстановления развернутой речи, восстановления «чувства языка».

Такие высказывания больного следует всячески поощрять, они имеют большое эмоциональное значение, внушают ему уверенность в успешности восстановления речи.

Привлечение внимания больного к допущенным им ошибкам построения и согласования, к парафазическим заменам в этом периоде работы еще преждевременно. Это является задачей последующих этапов восстановительного обучения.

В процессе работы с больным по возможности необходимо использовать все богатство родного языка, не ограничиваться каким-нибудь одним трафаретным вопросом (что он делает? что она делает? что они делают?), а максимально варьировать вопросы, стимулирующие устное высказывание больного.

Одним из видов стимулирования устного высказывания является развитие активного, инициативного общения с окружающими больного людьми. Известно, что больные, овладевшие в известной мере активной речью, долгое время остаются безынициативными, сами редко вступают в беседу. Для преодоления их речевой пассивности целесообразно использовать такой вид занятий, на котором инициатором беседы ведущим является сам больной. Конкретно это выражается в том, что больной побуждает логопеда к различным действиям (например: откройте стол! постучите карандашом в стенку! откройте окно! и т. п.) или задает логопеду различные вопросы по сюжетным картинкам, открыткам, по содержанию каких-либо литературных произведений, биографиям писателей и других известных людей. Больной приучается «направлять» и «управлять» чужими действиями с помощью речи и вновь обретенной интонации волевых побуждений. Логопед, побуждаемый больным к различным действиям, «допускает ошибки», и больной пытается поправить логопеда, если он дает неадекватные ответы.

Для облегчения этой задачи и систематичности овладения больными различными видами побудительной и вопросительной речи им предлагается пользоваться списком вопросительных слов, введением обращения¹ в побудительные или вопросительные предложения (имя и отчество

А. Г. Руднев (1955) указывает, что обращение имеет характерную для него интонацию начала развернутого высказывания, побуждения собеседника к слушанию.

собеседника). Больному дают вопросительные слова: «когда», «сколько», «где», «чем», «зачем» и т. д. Он должен расспросить логопеда, обращаясь к нему по имени и отчеству, о событиях дня, о содержании газет, жизни и творчестве А. С. Пушкина, Л. Н. Толстого, событиях романа «Война и мир» и т. п.

Введение в речь больного обращения со свойственной ему совершенно особой интонацией имеет решающее значение в стимулировании, активизации спонтанной речи больных. Больные начинают чувствовать себя в процессе беседы «ведущими», у них появляется уверенность в своих речевых возможностях. В шуточной форме они вступают в «дискуссию» с логопедом, с окружающими их людьми. Так осуществляется задача максимального овладения больным речью для общения.

В заключение надо сказать, что стимулирование устного высказывания тесно связано с методиками стимулирования понимания речи на слух у больных с моторной афазией и предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля».

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЛИТЕРАЛЬНЫХ ПАРАФАЗИИ И АГРАММАТИЗМА ТИПА «ТЕЛЕГРАФНОГО СТИЛЯ» У БОЛЬНЫХ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ

У больных с афазией на определенных этапах динамики речевых расстройств закономерно проявляются те или иные патологические симптомы нарушенной речевой функции. Так, М. И. Аствацатуров (1908), Kussmaul (1910), Pick (1919), А. Р. Лурия (1950, 1962), Э. С. Бейн (1954, 1957, 1961) отмечали возникновение у больных с моторной афазией literal paraphasia и аграмматизма типа «телеграфного стиля». Устранение этих речевых патологических симптомов требует большого времени и энергии со стороны логопеда и больного.

Мы поставили перед собой задачу создать условия, в которых не возникали бы эти патологические речевые симптомы. Разработка соответствующих методик носила сначала поисковый характер и заключалась в том, что мы анализировали условия возникновения literal paraphasia, стимулировали на первых порах употребление больными слов различных грамматических категорий. Сравнительный анализ результатов восстановительного обучения и морфологического состава активной речи

больного на разных этапах восстановления позволил апробировать методические приемы предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля».

Предупреждение лтеральных парафазий у больных с моторной афазией

В течение длительного периода восстановления речи различные авторы (С. М. Доброгаев, 1925; А. Р. Лурия, 1948; Ю. А. Флоренская, 1949, и др.) пользовались вариантами оптико-тактильного метода, заимствованного из опыта работы с глухонемыми. По мере развития дифференцированного подхода к сущности моторно-афазических расстройств все чаще возникали продуктивные попытки анализа и критики данного метода (В. М. Коган, 1962; Т. М. Мохова, 1948; Л. С. Цветкова, 1962). Однако даже авторы, критикующие этот метод, вынуждены признать, что при грубой моторной афазии без постановки звуков все же обойтись нельзя.

И по нашим наблюдениям, в некоторых случаях моторной афазии возникает необходимость прибегать к использованию оптико-тактильного метода. Это касается больных, у которых невозможно использовать для растормаживания речи пение и автоматизированные речевые ряды из-за наличия амузии, речевой аритмии или стойкого речевого эмбола.

Вместе с тем использование оптико-тактильного метода в работе с больными афазией отличается от применения его у детей. Так, при дислалиях развитие навыка произношения звуков является, как известно, трудоемким и длительным процессом. Постановка, автоматизация, введение таких звуков, как «с», «ш», «л», «р», в слова, дифференциация их требует одного и более месяцев работы. При этом закрепление звуков достигается путем специальных тренировочных упражнений, произнесения звука сначала в изолированном виде, затем в различных слогах. Лишь позже, когда звук достаточно автоматизирован, его вводят в слова и фразы.

Исследование лтеральных парафазий, проведенное Э. С. Бейн (1961), показало, что они являются симптомом, характеризующим начальную стадию восстановления. Это объясняется как распадом внутренней структуры слова, упрощениями, так и нарушениями нейродинамики, инерт-

ностью нервных процессов, отставанием дифференцировочного торможения.

Мы поставили перед собой задачу разработать методику предупреждения литеральных парафазии у больных с афферентной и смешанной афферентно-эфферентной моторной афазией. Имеются в виду замены и смещения близких по месту образования и способу произнесения звуков: м-п-б; н-д-т-л; а-о-у; д-б; м-н; т-б и реже: с-ш; з-ж; г-к-х.

В отечественной логопедии уже давно осуществляется дифференцированный подход к последовательности постановки звуков при разных формах речевых расстройств. Как показывают работы А. Г. Ипполитовой (1958) по ринолалии и псевдобульбарной дизартрии, Ф. И. Ивановской (1960) по нарушениям голосообразования у взрослых, С. Л. Таптаповой (1960) по изучению речи у лиц с экстирпированной гортанью, последовательность постановки звуков у каждой из этих категорий больных является специфичной, что связано с особенностями различных видов речевых расстройств, обуславливающими степень доступности тех или иных звуков речи.

При восстановлении произносительной стороны речи у больных афазией также приходится разрабатывать определенную последовательность вызова звуков. Нами была выработана следующая последовательность введения звуков в речь больных с афазией: «а», «у», «х», «м», «с», «т», «о», «в», «п», «н», «и», «ш», «л». Мы исходили при этом из следующих положений. Звуки, близкие по месту и способу образования, вызываются не в прямой последовательности, а в чередовании со звуками других артикуляторных групп. Они организуются разными приемами постановки, тем самым больному дается как бы ключ к их дифференциации. Каждое вновь вводимое в речь больного слово состоит из уже проработанных звуков.

Все звуки вводятся в речь с опорой на зрительное и слуховое восприятие (отраженная и сопряженная речь), но без логопедических приемов постановки (как это делается в работе при дислалии и дизартрии), без использования шпателей, графических звуковых схем, слоговых упражнений. Лишь иногда артикуляция уточняется с помощью показа положения языка и губ логопеда при произнесении того или иного звука, так как задача восстановления заключается не в том, чтобы заставить больного «сознательно координировать какими бы то ни было мышечными

группами, а в том, чтобы создать такие условия, при которых бы нужная координация естественно функционировала» (А. Н. Соколов, 1941.).

Как показал опыт работы, во многих случаях грубой моторной афазии типа апраксии артикуляционного аппарата не возникает необходимости в длительной постановке и автоматизации звуков. Более того, введение их в бессмысленные слоговые упражнения лишь тормозит их автоматизацию, вызывает стойкие персеверации. Как правило, сама постановка звуков у больных с моторной афазией носит характер «оживления» уже имевшихся артикуляционных навыков и проходит довольно быстро в процессе оптического восприятия и тактильного подкрепления, а чаще подражания артикуляционным движениям логопеда. Иногда приходится прибегать к устным инструкциям и гимнастике артикуляционного аппарата. Но все же уже на первых 2—3 занятиях удается «поставить» и ввести в слова 3—5 звуков.

Легче всего автоматизируется звук у больных с афазией, если он сразу введен в самое простое, односложное слово, необходимое для общения. В процессе восстановления произносительной стороны речи не столько закрепляются отдельные звуки, сколько слитное произнесение звукового словесного комплекса.

Речевыми упражнениями для автоматизации звуков служат те же предикативные слова, которые используются в методике предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля», т. е. слова-слоги: «ах!» «ох!» «ух!» «на!» «да!» «нет!» «дай!» «там!» «тут!» «вот!» «пить!» «есть!» «спать!» «хочу!» и т. д. Таким образом, закрепление звуков осуществляется не в бессмысленных слогах и словах-существительных, а в словах предикативного характера. Эти частицы, глаголы, местоимения нужны в данном случае главным образом для того, чтобы дать возможность безречевому больному с первых дней восстановительного обучения общаться с помощью постепенно расширяющегося словаря, что имеет психотерапевтическое значение.

Мы придаем большое значение краткости слов-слогов, изменению смысла слов в зависимости от перестановки в них отдельных звуков (ах, ха, ау, ам, мама и т. д.), так как с этих слов-слогов начинается восстановление звукового анализа, осмысливание значения той или иной последовательности звуков в слове, на что обращала внимание Р. Е. Левина еще в 1942 г.

Постепенно слог (слово) расширяется до трех звуков (тут, там, вот и т. д.), затем ведется звуковой анализ двух-сложных слов (хочу, буду, иду и т. д.). Таким образом, отпадает необходимость работы над структурой слога в бессмысленных звукосочетаниях и словах-существительных. Каждый вновь вызванный звук вводится в слово, необходимое для элементарного общения, предусмотренное программой предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля».

Как правило, после профилактической отработки указанной группы звуков остальные звуки, обычно не смешиваемые больными, не требуют специальной восстановительной работы. Таким образом реализуется пусковая роль восстановительного обучения. Можно высказать предположение, что в процессе работы над первой группой звуков начинается одновременно восстанавливаться возможность автоматизированного развертывания звукового словесного ряда, который раньше не актуализировался. В дальнейшем звуковые автоматизированные ряды различных слов содействуют восстановлению еще «непоставленных» звуков.

Навыки звукового анализа, воспитанные в ходе овладения смешиваемой группой звуков, должны помогать больному овладевать сложными в структурном отношении словами, предупреждать возникновение литеральных парафазии, персевераций и других нарушений структуры слова.

Предупреждение аграмматизма типа «телеграфного стиля» у больных с моторной афазией

Сущность этого вида аграмматизма заключается в том, что в речи больных с моторной афазией (эфферентной, корковой) на поздних этапах восстановления наблюдается не только отсутствие или смешение предлогов и флексий существительных, но и отсутствие глаголов, местоимений, наречий и других служебных частей речи. Иными словами, речь этих больных, как отмечают М. И. Аствацатуров (1908) и А. Р. Лурия (1962), почти полностью состоит из существительных в именительном падеже. По нашим данным, речь больных с аграмматизмом типа «телеграфного стиля» состоит примерно из 68% существительных, 8% глаголов, 8% частиц и междометий; 6,5% союзов, 3% наречий, 2% местоимений. На остальные части речи приходится 4—5%.

Аграмматизм типа «телеграфного стиля» является, по мнению ряда авторов, результатом распада внутренней речи больных с моторной афазией, так как именно для внутренней речи характерен предикативный, глагольный ее строй.

В отдельных методиках советских и зарубежных афазиологов разработана система восстановления грамматического строя речи у больных с афазией в резидуальной стадии восстановления (А. Р. Лурия, 1948; И. П. Серебренникова, 1948; Л. С. Цветкова, 1962). Общим в этих методиках является то, что восстановительный процесс проходит в 2—3 этапа. На первом этапе обычно ведется работа по постановке звуков, введению их в слоги и слова (имена существительные). Другие авторы на этом первом этапе пытаются вызвать произнесение слов-существительных посредством использования различных смысловых связей. И лишь на последующих этапах восстановления, как правило, начинается работа по анализу морфологической и семантической стороны слова, восстановлению грамматической структуры высказывания с опорой на картинку, схему предложения и т. п.

Таким образом, все авторы отодвигали восстановление структуры высказывания, структуры предложения на последний этап восстановительного обучения. Gutzmann (1924), С. М. Доброгаев (1925), Werman (1951), анализируя восстановление глагольных форм у больных с моторной афазией на поздних этапах восстановления, отмечали, что наибольшие трудности возникают у больных при овладении вспомогательными и модальными глаголами, в связи с чем работу над этими глаголами они также отодвигали на самый последний этап, когда больному уже было доступно составление фраз по сюжетным картинкам.

Мы коренным образом изменили последовательность борьбы с «телеграфным стилем». Прежде всего нами был использован самый ранний период восстановления — этап, когда активная, «развернутая» речь больного еще отсутствует.

В противоположность обычной методике восстановительного обучения, развивающей у больных на первом этапе название предметов, т. е. произнесение существительных в именительном падеже, мы стремились давать больному предикативный, глагольный материал уже на самом раннем этапе работы — этапе овладения структурой сло-

га и слова, чем пытались предупредить возникновение в будущем аграмматизма типа «телеграфного стиля». Это вполне оправдало себя.

Известно, что синтаксической категорией высказывания является фраза или предложение. Поэтому для предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля» необходимо было дать больному возможность уже на самом раннем этапе восстановления пользоваться элементарным, но грамматически правильным предложением. Возникла задача отобрать для безречевого больного максимально простые слова-предложения, необходимые для элементарного устного общения.

При выборе таких слов, выполняющих функцию предложения, были использованы некоторые положения языкознания. Прежде всего был рассмотрен вопрос о характерных чертах сказуемого и о том, какими языковыми средствами выражается предикативность в русском языке. Так, оттенок в слове, показывающий, что слово соответствует не представлению только, а целой мысли, называется в синтаксисе сказуемостью. Сказуемость,— пишет А. М. Пешковский (1934), — это определенная и притом важная грамматическая категория, «так как в ней тесно сцепляются речь с мыслью».

Эта связь слова-сказуемого с задачей высказывания в целом — характерная, основная особенность данной грамматической категории — представляет для нас особый интерес. Сказуемость (или предикативность) могут выражать глаголы всех времен и наклонений. Между тем инфинитив глагола сам по себе не несет функций сказуемости. Он приобретает их лишь в составном сказуемом, где является смыслоносителем. Инфинитив может употребляться как самостоятельное сказуемое лишь в повелительном наклонении.

Как показали исследования А. М. Пешковского (1934) и В. В. Виноградова (1947), сказуемость заключается в регулярном употреблении таких слов, как «есть» (в смысле «существует»), «нет» (в смысле «отсутствует»), «да» (в смысле «согласен»), «на» (в смысле «возьми»).

Подробное изучение интонаций, проведенное А. М. Пешковским, Е. А. Брызгуновой и др. показало, что когда человек произносит «да» или «нет» в процессе диалога, он как бы стягивает в одном этом слове интонацию целой фразы, имеющейся в любом длиннейшем сообщении. Иными словами, слова «да» и «нет» по интонации оказывают

ся равными в процессе беседы двух людей целым словосочетаниям.

Слово «на» является примитивным, по определению А. М. Пешковского, «первобытным» глаголом. Оно входит в категорию повелительного наклонения, тесно связано с жестом и означает не просто возьми, а возьми то, что я тебе даю, протягиваю. Аналогичны глаголу «на» некоторые указательные слова: вот, тут, там. Они также тесно связаны с жестом. Без жеста эти слова перестают быть членами предложения, а являются только вспомогательными, служебными словами. Этим словам в известном смысле подобны и междометия: «Ах!», «Ох!» и т. п., так как в них также заключено определенное переживание, законченная мысль. К предикативным словам также относятся наречия (хорошо, плохо, сейчас) — опять-таки если они сочетаются с определенной интонацией.

А. М. Пешковский считает, что каждое слово выражает мысль, каждое слово перестает быть «словом» только, а делается целой фразой, если оно воспроизводится с интонацией.

Таким образом, предикативность может выражаться любым словом или группой слов, если они оказываются носителями законченной мысли, которая подчеркивается той или иной интонацией. Для нас эти данные очень важны.

Содержание методики. Для больных с моторной афазией на раннем этапе восстановления мы в первую очередь отбираем слова предикативного характера, заключающие в себе законченную мысль, семантической особенностью которых является то, что в них совсем нет вещественного значения. Это слова: «ах», «ух», «да», «нет», «там», «тут», «вот», «на».

Так как все это — различные односложные слова, состоящие из прямых, обратных и закрытых слогов, они служат одновременно целям восстановления структуры слога и слова. Овладение этими словами проходит в процессе вопросно-ответной системы занятий.

Например, перед больным разложена серия картинок. Логопед просит больного дать тот или иной рисунок, и больной, подавая логопеду картинку, произносит: на! Или, наоборот, больной просит у логопеда или соседей по палате тот или иной предмет и произносит при этом: дай!

В шуточной, игровой форме прорабатываются слова: «да», «нет», «тут», «там». Например, логопед утверждает,

что на картинке нарисована кошка, тогда как в действительности на ней изображен дом. Больной в таких случаях «спорит» с логопедом, «утверждает истину», производит: нет!

Такие вопросы или утверждения, эмоционально задевающие больного, мы называем «провокационными».

Для вызова слов «да», «нет», «тут», «там» задаются самые различные вопросы на темы дня, вопросы по биографии больного. Например, логопед спрашивает больного, был ли он в Ленинграде, в Сочи, приходил ли к нему врач и т. п. Овладение этими словами с опорой на отраженно-сопряженное произношение больного вместе или вслед за логопедом является содержанием первого периода работы по предупреждению аграмматизма типа «телеграфного стиля». Как правило, он длится 2—3 недели.

В дальнейшем постепенно усложняется лексический состав фразы, используемый в работе с больным, за счет местоимений и наречий. Несмотря на то что местоимения, как считает В. В. Виноградов (1947), являются наиболее абстрактной грамматической категорией и овладение ими затруднительно для больных, мы все же вводим их на раннем этапе. Это вызвано тем, что посредством личных местоимений (я, он, она) нам удастся избежать употребления существительных в фразе, что также важно в связи с задачами предупреждения «телеграфного стиля». Трудно усваиваемые в дальнейшем вспомогательные и модальные глаголы (буду, хочу, могу) также используются нами рано. Делается это потому, что они обладают большой побудительной, мотивационной значимостью, связаны с речевым выражением потребностей больного. Конкретно это выражается в том, что на вопросы, поставленные логопедом: вы хотите пить? вы хотите есть? вы будете сегодня заниматься? и т. п.—больной отвечает: да, я буду; да, я хочу. Очень часто на первых порах «я» звучит как «а» или «иа», «хочу» — как «хошу», «хоу»; «буду» — как «пугу», но все же это уже первая развернутая фраза больного. Одновременно мы переходим к употреблению наречий «хорошо» и «сейчас». Эти слова и фразы имеют и большое психотерапевтическое значение. С их помощью больной утверждает, что он уже может что-то быстро и хорошо сделать.

Овладение этими словами и фразами, состоящими из 3—4 слогов, с учетом постоянного повторения и закрепле-

ния речевого материала предыдущего периода занимает 7—10 дней.

Затем мы вводим в речь больного (все еще на основе сопряженно-отраженной речи) сложносоставное сказуемое, местоимение «мне».

Я хочу пить (есть, спать, гулять, читать, писать).

Дайте мне пить (есть).

Для вызова этих слов используется система вопросов:

Вы хотите есть (пить, спать, читать)?

Вы будете есть (пить, спать)?

Во время этих упражнений больной приучается употреблять отрицание «не»: не буду, не хочу.

С помощью глагола больной на этом этапе должен уже сообщить о том, чем он занимался в течение дня. Сначала варианты таких сообщений составляются больным совместно с логопедом, затем события дня выясняются в процессе беседы и логопед стимулирует высказывание больного с помощью наводящих вопросов, позже больной самостоятельно — устно и письменно — рассказывает о прошедшем дне.

В ходе этих занятий, в процессе общения больной овладевает прошедшим временем уже употребляемых им в будущем времени глаголов. Он составляет фразы: я ел, пил, спал, читал, писал, говорил; а позже: я встал, умылся, оделся, пошел есть (кушать), позавтракал, пошел заниматься, потом пошел гулять, обедать и т. д.

Тогда же в речь больного вводятся наречия: сегодня, вчера, холодно, тепло и т. п.

К концу первого — началу второго месяца у больных, как правило, начинают появляться «свои» слова. Анализ показал, что первыми спонтанными словами оказываются глаголы, наречия и служебные части речи. Это слова: садитесь, покажите, не подсказывайте, не знаю, спасибо, сейчас, хорошо, сам, потом и т. д.

Эти спонтанно возникшие предикативные слова возникли в связи с предупреждением аграмматизма типа «телеграфного стиля». Они являются показателем начала восстановления у больных фразеологической речи. Так создаются условия для дальнейшей нормализации грамматического строя речи больных с моторной афазией.

Лишь после появления в активной речи больного глагольных слов возникает задача освоения существительных, но опять-таки не в виде названия предметов, не в имени-

тельном падеже, а в форме дополнения, в различных косвенных падежах.

Как считают языковеды, глаголы, как правило, требуют какого-либо определенного падежа существительного, т. е. являются элементом определенного словосочетания. Существительные же, наоборот, могут «обрастать» неограниченным числом глаголов в самых разных их формах (В. В. Виноградов, 1947; А. М. Пешковский, 1934). Эти грамматические особенности глагола и существительного использованы в дальнейшей работе по предупреждению аграмматизма у больных с моторной афазией.

Больной овладевает именем существительным в косвенных падежах (прежде всего винительный падеж без предлога), расширяется число используемых глаголов в настоящем времени. Это следующие предложения: я хочу пить воду (молоко, лекарство); я хочу есть суп (кашу, картошку); дайте мне палку (подушку, ложку, чашку). Из последнего примера видно, что больной овладевает и дательным падежом личного местоимения «я».

Позже, когда больной уже владеет элементарной фразой и употребляет существительные в косвенных падежах, используется несколько существительных в именительном падеже. Но это еще не конкретное название, а обобщенные обозначения (мужчина, женщина, мальчик, девочка).

Опираясь на сюжетную картинку, с помощью слов «мальчик», «девочка», «женщина», «мужчина» и местоимений «он» и «она» больной овладевает значительным числом глаголов во всех временах. Например: мальчик (он) читает, пишет, идет, стоит, бежит; мужчина читает, пишет, клеит, чистит; он (она) спит, лежит, играет, плавает, стирает, варит, вешает и т. д.

Состав дополнения (существительных) также расширяется с помощью сюжетных картинок. Например: мальчик копает огород; он держит лопату; он копает огород лопатой; мальчик читает книгу, письмо, газету.

В заключительном периоде ведется работа с больными по усвоению дополнений с предлогами во всех косвенных падежах. Например: мальчик спешит в школу (в магазин, на почту, на каток); книга лежит на столе (в шкафу, под тетрадью, за папкой); книга лежала на столе, а теперь лежит на окне (или под столом). Все эти фразы организуются системой стимулирующих вопросов. Возможность их произнесения связана с восстановлением у больного «чувства языка».

Таково краткое содержание фразового материала, который можно значительно расширять на раннем этапе работы с больными афазией.

Методика предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля» является частью комплекса методик, используемых на раннем этапе восстановления нарушенных функций. Прежде всего она связана со стимулированием понимания речи на слух у больных с моторной афазией. Так, работа над пониманием больным предлогов начинается задолго до того, как больной сможет употреблять их в своей устной речи, а работа над пониманием различных форм глаголов проводится до того, как больной начнет их использовать даже в самой элементарно[^] речи.

Как будет показано при описании процесса восстановительного обучения отдельных больных (глава II) и в заключительной главе, к концу раннего этапа становится очевидным отсутствие у наших больных-аграмматизма типа «телеграфного стиля». Иначе говоря, их речь хотя и несколько бедна и недостаточна по согласованию, но это фразеологическая речь, а не номинативные слова в именительном падеже.

Таким образом, исключение на раннем этапе работы из активного словаря имени существительного в виде ли называния предметов или же повторения названий вслед за логопедом и специально организованное стимулирование произнесения глагольных, предикативных форм позволяет в известной степени восстановить у больных с моторной афазией глагольное фразовое высказывание.

Начало работы по стимулированию чтения, письма и счета у больных с моторной афазией на раннем этапе начинается, как правило, одновременно со стимулированием устного высказывания. В процессе занятия, когда больной с помощью логопеда с опорой на сюжетную картинку произносит фразу из 2—3 слов, ему предлагают прочитать ее. Для чтения даются лишь те предложения, которые больной произносит уже более или менее самостоятельно. Как правило, такие предложения или небольшие рассказы по сериям картинок пишутся логопедом на отдельном листе, крупным шрифтом, в строчку, без переноса слова с одной строки на другую. Таким образом, сначала больной читает предложение, уже услышанное и произне-

сенное им, соотносит текст с сюжетной картинкой или ситуацией в процессе беседы.

Постепенно больной приучается читать подписи к иллюстрациям в газетах, журналах и небольшие тексты из соответствующих пособий.

Примерно так же проходит восстановление письма. Сначала больному предлагается писать слова, которые он уже может читать или которые он произнес сам. Затем эти слова или предложения логопед пробует диктовать больному.

Если путем такого стимулирования чтение и письмо не удастся восстановить, то работа над ними отодвигается на более поздние этапы обучения, когда уже возможно использование обходных приемов восстановления с сознательным участием больного в процессе занятий (систематическая работа с разрезной азбукой, восстановление звукового анализа и аналитического чтения и письма).

Для установления контакта с больным, укрепления его уверенности в том, что в результате занятий речь его постепенно восстановится, вся беседа логопеда с ним проводится в бодром, спокойном, доброжелательном и несколько шутливом тоне, который, как правило, тонизирует больного. Если больной недостаточно критичен по отношению к своему речевому расстройству, используется сугубо деловой, рабочий тон, которым логопед показывает, что обеспокоен его состоянием речи и призывает к серьезному отношению к занятиям.

В тех случаях, когда больной угнетен, заторможен, надо всеми способами стремиться вызвать у него надежду на восстановление речи, подчеркивать каждый малейший успех в процессе занятия. Необходимо добиваться доверия с его стороны, уверенности в успехе восстановительного обучения. Для этого устраиваются встречи с другими больными, речевые функции которых уже в значительной степени восстановлены.

Очень многое в процессе растормаживания речевых функций зависит не только от тяжести речевого расстройства, сроков начала восстановительного обучения и возможного в отдельных случаях некоторого спонтанного восстановления, но и от темпа и энергичности логопеда в занятиях с больным. Наступательная тактика логопеда, когда он не задерживается на одном каком-либо материале или упражнении, а настойчиво и планомерно переходит от одного вида речевой деятельности к другому,

значительно ускоряет темп восстановления речи больного. В тех случаях, когда наблюдается некоторое спонтанное улучшение речи, логопед должен опережать и ускорять процесс восстановления, направляя его по наиболее целесообразному пути, предупреждая аграмматизм согласования в речи больного, вербальные парафазии, заикание и некоторые другие патологические симптомы, появляющиеся иногда при быстром спонтанном восстановлении речевых функций.

Итак, мы исходим из системного анализа нарушений речи и из представлений о поэтапной организации ее терапии, учитывая различные процессы восстановления и компенсации на разных стадиях динамики речевого расстройства. Разработанный нами комплекс методик восстановления речи у больных с афазией на раннем этапе с определенной последовательностью их использования содействует различной степени растормаживания речевых функций в течение двух — трех месяцев.

Общей особенностью предлагаемых методик является их профилактический характер. Они направлены на восстановление всех сторон нарушенной речи, в основном при пассивном участии больного в процессе «обучения». На их основе удастся предупредить возникновение и фиксирование некоторых патологических речевых симптомов, а также активизировать восстановление речевых функций.

Методика стимулирования понимания устной речи у больных с различными формами афазий обеспечивает развитие слухового восприятия больных на основе использования логопедом мимики и эмоционально-волевых интонаций побудительной речи. Методика растормаживания экспрессивной речи с помощью автоматизированных речевых рядов у больных с моторной и тотальной афазией содействует активации возможности произнесения больными слов и коротких фраз. Благодаря использованию методики стимулирования устного высказывания удастся расширить словесный и фразеологический словарь больных.

Глава II

ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ НА РАННЕМ ЭТАПЕ

По приведенным выше методикам проводились занятия с 86 больными, из которых с 72 работа начиналась в ближайшие дни и недели после инсульта. С 14 больными занятия были начаты через 2 месяца после инсульта. В эту группу входили больные более молодого возраста с тяжелыми речевыми расстройствами без какого-либо спонтанного восстановления речевых функций. В процессе занятий с ними осуществлялись основные поиски и апробация приемов восстановительного обучения.

В настоящей главе будет приведено семь подробных описаний восстановления речи у больных с тотальной, моторной и сенсорной афазией.

Наблюдение 1. Больная Л-ва, 63 лет, искусствовед, поступила в Институт неврологии АМН СССР 10 января 1963 г. с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии, правосторонний гемипарез, моторная афазия, аграфия, алексия.

По разрешению врача через 10 дней после инсульта с больной были начаты логопедические занятия. На первом занятии больная в сознании, очень слаба и быстро устает. При обследовании понимания ею чужой речи выявилась его относительная сохранность. Больной доступно выполнение простых инструкций. Обнаружены явления апраксии артикуляционного аппарата. Больная не могла повторить простые артикуляционные позы — высунуть язык, надуть щеки, вытянуть губы вперед и т. д. При этом она иногда непроизвольно, почти беззвучно в ответах на вопросы произносила слова «да» и «нет».

Первые три занятия были посвящены установлению контакта с ней. В кратковременных беседах выяснились ее литературные и художественные интересы, велись ободряющие беседы. Постепенно стал устанавливаться контакт.

В целях растормаживания экспрессивной речи были использованы речевые ряды и в первую очередь порядковый счет, так как больная отказывалась петь. Очень часто при произнесении речевого ряда больная сбивалась на эмбол «нет», но все же при четвертом повторении порядкового счета от 1 до 10 больная могла произнести несколько слов.

Выписка из протокола от 29 января 1963 г.

Логопед один, два три, четыре.

Больная: нет,, нет, нет.

Логопед: еще раз: один, два, три, четыре, пять.

Больная один, да, три, нет... нет.

Логопед: уже лучше, еще раз: один, два, три, четыре, пять, шесть.

Больная: нет... нет... нет... нет... нет...

Логопед: следите за моими губами, это вам поможет: один, два, три, четыре, пять, шесть, семь, восемь, девять, десять.

Больная: один, два, ти... семь... восемь... деть... десять.

На ближайших занятиях продолжалась работа с порядковым счетом. Больная плохо себя чувствовала, иногда приходилось делать в занятиях перерывы. 13 февраля 1963 г. удалось перейти от порядкового счета к пению хорошо знакомых больной песен. Во время пения проскальзывали полностью произнесенные слова; из припева к песне Дунаевского «Веселый ветер» больная пропела целую строку: «Кто привык за победу бороться». Тогда же мы начали «обсуждать» слова по различным сюжетным открыткам. С подбором материала для «обсуждения» возникало много трудностей. Больная — искусствовед. Репродукции картин известных художников ее очень волновали. Приходилось специально подбирать дидактический материал. Наиболее подходящими оказались различные художественные фотографии из жизни детей.

Больная внимательно слушала рассказ логопеда по открытке и время от времени спонтанно произносила те или иные слова. Так, на пятом занятии она произнесла слова «точек», «очек» (цветочек), «обите», «абитети» (обидели), «рыбакор» (рыбаки), «удоно устость» (удобно устроились), «усны ель» (вкусный кисель).

На предложение логопеда: «Давайте споем песенку» — больная тихо, как бы про себя, ответила «Давайте». При пении песни «Вечерний звон» она сопряженно с логопедом тихо напевала мелодию и иногда на фоне мелодии произ-

носила слова или окончания слов: ...ени...зон, вечени...зо, как моно...ум...наодит он».

В процессе пения песни на слова А. С. Пушкина «Зимний вечер» мы получили больше слов: «Буря мою небо коет, вихри снежные кутя, зверь она завоет, то запачет как итя». Во время пения больная довольно четко артикулировала все слова, иногда переходя на беззвучное, но артикулируемое произношение отдельных слов.

Через месяц после начала работы (18 февраля 1963 г.) у больной появились свои слова. На вопрос логопеда, как она себя чувствует, ответила: «Лучше, хорошо». Слова звучали еще не очень четко: «хорошо», «уше».

С каждым днем расширялась возможность повторения. Оно восстанавливалось по ходу обсуждения тех или иных картинок. Логопед обращал внимание больной на улучшение ее речи, запрещал «зубрить» отдельные слова, повторять их несколько раз.

Повторение фразы было доступно лишь после нескольких предъявлений ее логопедом.

Приведем несколько примеров из протокола от 19 февраля 1963 г.
1-й раз. Логопед: девочка делает уроки. Больная: уроки.
2-й раз. Логопед: девочка делает уроки. Больная: девочка уроки.
3-й раз. Логопед: девочка делает уроки. Больная: девочка делает уроки.

При каждой очередной попытке повторения больная произносила разные звуки, слова и звуковые сочетания. Например:

1-й раз: один, два, ти, р, -, -, -мь, -м, -деть, сять.

2-й раз: один, два, три, четыре, а, ше, -мь, вое-, -десять.

3-й раз: один, два, три, четыре, пять, ше-, -, восемь,

21 февраля была начата работа по методике стимулирования устного высказывания. На вопросы, поставленные логопедом, больная сопряженно с ним отвечала: я хочу говорить; я хочу пить; я хочу есть; дайте мне...

Вначале ответ произносился сопряженно с логопедом, затем отраженно и под конец занятия — самостоятельно.

Через 2 месяца после начала работы (11 марта) между логопедом и больной произошел следующий разговор:

Логопед:	Больная:
Как ваши дела?	Ничего.
Как вы спали?	Я с... (па) ла хорошо.
У вас кто-нибудь вчера был в гостях?	Были.
Кто у вас был?	Зуя (друзья).
Вы занимались с ними?	Нет.

13 марта у больной появились попытки составить фразу по простым сюжетным картинкам:

Картинка: мальчик поливает огород.

Больная: идет... нет идет... огород... поливает... от.

19 марта. **Картинка:** мальчик удит рыбу.

Больная: мальчик... дит рабу.

Картинка: девочка играет в мяч.

Больная: здесь... дечка играет мячик.

Выписка из протокола от 25 марта 1963 г.

Логопед:

Больная

Я вам принесла несколько от-
крыток, в том числе Айвазовского.

Это девятый...

Вал.

Что здесь нарисовано?

Девятый вал.

Что случилось с кораблем?

По-то-нул.

Он...

Корабль утонул.

Корабль утонул.

В живых осталось...

Несколько человек.

Самостоятельное составление фраз по картинкам.

28 марта. **Картинка:** мальчик рисует дерево.

Больная: он... он сидит и сует дерево.

Картинка: мальчик поливает огород.

Больная: он валяет ародод.

Через 27¹/₂ месяца после инсульта больная была выпи-
сана домой. По-прежнему у нее оставалась картина тяже-
лой моторной афазии, аграфия, алексия. Была достигнута
возможность лишь некоторого речевого общения. Больная
отвечала на вопросы логопеда словами. Активная, само-
стоятельная речь у нее еще отсутствовала.

Мы привели краткое описание восстановления речевых
функций этой больной как иллюстрацию того, что, не-
смотря на тяжелое расстройство речи, преклонный воз-
раст (63 года), плохое состояние¹, использование растор-
маживающего и стимулирующего метода работы дало не-
которые положительные результаты. Растормаживание
речевой функции было достигнуто в процессе пения и
многократного произнесения различных речевых рядов,
стимулирования повторения фраз, а также стимулирова-
ния устного высказывания.

Результаты восстановительного обучения этой больной
можно оценить лишь как частичное улучшение.

При описании процесса восстановительного обучения
больного Р. основное внимание будет уделено психотера-

¹ Вследствие большой истощаемости больной логопеду часто при-
ходилось делать перерывы в занятиях.

певтическому подходу к больному, тяжело переживающему свое состояние, и использованию закономерностей мелодики речи при переходе от растормаживания устной речи к стимулированию устного высказывания.

Наблюдение 2. Больной Р., 49 лет, врач, поступил в Институт неврологии АМН СССР 3 апреля 1968 г. сразу после инсульта с диагнозом: атеросклероз, острое нарушение мозгового кровообращения в левом полушарии, в бассейне корковых ветвей левой средней мозговой артерии, правосторонний гемипарез.

Обследование психолога 9 апреля 1968 г.: больной в сознании, вял, безынициативен. Понимание чужой речи частично доступно, больной выполняет устные инструкции. Повторение, называние, собственная речь полностью расстроены. Речевого эмбола нет. Возможно чтение про себя отдельных слов. Письмо недоступно. Тяжело переживает свое заболевание. Слабодушен.

Занятия с больным были начаты через неделю после инсульта. К началу логопедических занятий больной выполнял простые устные инструкции, был несколько оглушен и растерян. Называние и повторение были недоступны. На вопросы больной отвечал мимически, подчеркивая то, что он не может говорить, отворачивался от логопеда, стремился избежать речевого общения. Больной, врач по специальности, не верил в возможность восстановления речи, отказывался от какой бы то ни было речевой работы.

Прежде чем перейти к растормаживанию устной речи, логопед попробовал с помощью беседы вызвать у больного элементарные ответы на вопросы.

Протокол первого занятия (10 апреля 1968 г.)

Логопед:

Здравствуйте!

Здравствуйте. Давайте познакомимся. Меня зовут М. К. Я логопед. Мне сказали, что у вас есть затруднения в речи, вот я к вам и пришла. А как вас зовут?

Немного трудно. Ну, я сейчас это узнаю из истории болезни. Вас зовут В. А.?

В. А., повернитесь ко мне. Ну, вот так. Не надо так огорчаться. Давайте попытаемся сказать ваше имя. В. А.

В. А., ваша фамилия Р.?

Больной:

Больной кивает в ответ головой. А...а...с Больной пытается что-то сказать, отворачивается к стене и тихо плачет.

Больной безучастно лежит, отвернувшись лицом к стене.

А...а...ш... (жестами показывает, что не может говорить).

А...а...ш...

Скажите «да».

А...а...ш...с... (больной опять отворачивается, отстраняет руку логопеда, пытавшегося погладить его по руке, издает неопределенные сердитые звуки. Плачет).

Первоочередной задачей восстановительного обучения было установление с больным контакта, ободрение его, внушение уверенности в возможности восстановления речевых функций. Приведем примерный протокол психотерапевтической беседы с больным.

— В. А., мне трудно убеждать вас в том, во что вы заведомо не верите. Вы врач. Но вы не невропатолог и, по-видимому, вы не представляете себе, чего можно достигнуть в процессе логопедических занятий. Здесь присутствует ваш лечащий врач, который был свидетелем многих случаев, когда своевременные речевые занятия приводили к быстрому восстановлению речи вплоть до того, что многие наши больные возвращались к своей работе. Вы показываете на больную руку. Да, она у вас пока не действует. Но ведь вы больны всего несколько дней, и вам еще нельзя делать массаж и гимнастику. Через несколько дней эти занятия тоже начнутся, и все, что можно будет сделать, будет сделано и для руки. С восстановлением речи медлить нельзя. И я не собираюсь давать вам непосильные задания. Вы только попробуйте сделать то, что я предложу вам, послушайте меня, и вы увидите, что кое-что уже сегодня сможете сказать. Я вас очень прошу, послушайте меня и поверьте, что я вам помогу вернуть речь.

Беседа с больным велась спокойным, немного приглушенным и замедленным голосом, не травмирующим слух больного. Логопед в такт своей речи слегка поглаживал руку больного, как бы приучая его к себе. Больной плакал во время беседы, но к концу ее, после небольшой паузы, неохотно, как бы из вежливости разрешил логопеду поговорить с ним позаниматься.

Логопед перечислил цифры от 1 до 10, выждал небольшую паузу, поймал взгляд больного и, улыбнувшись, решил предложить ему испытанный прием более быстрого вызова речи, а именно повторить числа цифрового ряда от 1 до 10.

Логопед: один, два, три, четыре, пять, шесть.

Больной: ин... ва... ри... ере... ять... ять

Логопед: шесть, шесть, семь, восемь.

Больной: ешть... ень... осемь...

Логопед: девять, десять.

Больной: евять... сять...

Логопед: В. А., да это просто замечательно. Вы с первого раза почти совсем верно все повторили. А вы не верили и не хотели это сделать. Ложитесь поудобнее, и давайте повторим числа еще раз. Вот так. А теперь в бой. Надо бороться с болезнью.

Логопед: один, два, три, четыре, пять.

Больной: один, ...ва ...ри ...тыре... пять...

Логопед: шесть, семь, восемь, девять, десять.

Больной: есть... емь... семь... теть... сять.

Логопед: Отлично. С цифрами, как видите, у нас все отлично получается, а вот как будет с названием дней недели? Сначала я произнесу эти слова, а затем и вы. Хорошо? Слушайте,

Логопед ритмично произносит названия дней недели и опять предлагает больному повторять их. Слова, входящие в этот речевой ряд, значительно сложнее, чем порядковый счет, поэтому его произнесение почти всегда бывает труднее для больных.

1-й раз

Логопед: понедельник, вторник, среда, четверг, пятница, суббота, воскресенье.

Больной: одеде... вотик... еда... тег... пять... бота... сене...

2-й раз

Логопед: понедельник, вторник, среда, четверг, пятница, суббота, воскресенье.

Больной: одельник... оник... седа... етек... ятица... убота... восене...

При каждом повторении отдельные слова автоматизированного ряда произносились различно, но больной с каждым разом повторял все увереннее и увереннее этот ряд и в последний, четвертый, раз по собственной инициативе попытался повторить его самостоятельно, но тут же сбился, и логопеду пришлось прийти ему на помощь, чтобы довести автоматизированный ряд до конца.

Логопед: В. А., самостоятельно вам говорить еще рановато, давайте пока все говорить вместе. А теперь попробуем спеть какой-нибудь душещипательный романс. Ну, не обязательно душещипательный, будем петь классику. Хорошо? Ну, допустим: «Средь шумного бала»¹. Вспомните, как вы познакомились со своей женой, и давайте споем. Только сначала спою я одна.

Логопед поет, напоминая больному слова первого куплета романса, а затем предлагает петь вместе.

1-й раз. Средь шумного бала, случайно
едь умного ала учайно

Романс П. И. Чайковского.

В тревогах мирской суеты
гах иской еты
Тебя я увидел, но тайна
ия я уде, а айна
Твои покрывала черты,
ои окывала четы.

3-й раз. Среди шумного бала, случайно
едь умого пала лучайно
В тревогах мирской суеты
в тевогах миской суеты
Тебя я увидел, но тайна
тебя а увител, о тайна
Твои покрывала черты,
той поктывала четы.

Так с каждым новым повторением различных автоматизированных речевых рядов у больного появлялось все больше и больше произнесенных слов.

Больной был еще очень слаб, быстро уставал, но первое же занятие внушило ему веру в возможность восстановления, и он неохотно отпустил логопеда.

На следующем занятии, 16 апреля, больной приветливо встретил логопеда, охотно приступил к занятию. После довольно четкого повторения уже использованных на предыдущем занятии автоматизированных речевых рядов логопед предложил больному повторить известное четверостишие А. С. Пушкина «Ветер по морю гуляет...». Вместе с логопедом больной сопряженно произносил некоторые слова этого автоматизированного ряда, но самостоятельно или хотя бы отраженно еще не мог сказать ни одного слова. Логопед попробовал привлечь чтение и сопряженно с больным прочитал несколько фраз к простым сюжетным картинкам. Фразы записывались больному крупным печатным шрифтом в тетради, каждая фраза иллюстрировалась. Сопряженно с логопедом больной повторил фразы, некоторые из них вызвали у него живую эмоциональную реакцию, так как логопед, помимо сопряженного чтения, дополнительно комментировал в шутливым тоне содержание рисунков. Весь комментарий к рисункам был направлен на эмоциональное оживление больного. Например, после того как больной прочел сопряженно с логопедом фразу «Мальчик ловит кошку», логопед спросил больного: «Нравится вам этот пострел? Интересно, когда последний раз от вас удирала кошка? Давно вы перестали ловить кошек и мучить их?» Или по поводу картинки «Мужчина улыбается»: «Смотрите, какая у него приятная, просто обаятельная улыбка? А не

напоминает ли он вам одного из известных наших актеров?» Больной закивал головой, и логопед подсказал ему, что мужчина, изображенный на картинке, напоминает Аркадия Райкина. Больной во время беседы очень оживленно и доброжелательно реагировал на шутки логопеда, улыбался, хотя время от времени глаза его наполнялись тревожной грустью и логопеду приходилось всячески отвлекать его от грустных мыслей. На этом занятии больной сопряженно с логопедом не только повторял автоматизированные речевые ряды, но и читал с помощью логопеда фразы, написанные в тетради.

В конце занятия была сделана первая попытка записать несколько слов. С небольшим числом ошибок больной записал слова: рыбы (рыба), очбки (очки), часты (часы), окно (окно).

Больному было дано первое «домашнее» задание: считать от 1 до 20, называть дни недели, читать фразы к картинкам, рассказывать по картинкам.

Через неделю после начала логопедических занятий больной был осмотрен психологом. Приведем подробное психологическое заключение о состоянии речевых функций больного.

17 апреля (психолог В. Н. Волков): больной в окружающем ориентирован. Обращенную к нему речь воспринимает правильно, семантических затруднений меньше, чем встречается при данной форме афазии. Собственная речь крайне неразборчива, парафазична, слов, адекватных ситуации, практически нет. Самостоятельное называние предметов значительно затруднено, при попытках называния больной произносит отдельные звуки и слоги. Лишь изредка общий контур слова, произнесенного больным, похож на искомое слово.

Подсказ первого слова, а также предварительный контекст значительно помогают называнию. В тех случаях, когда произносимое слово представляет трудности в артикуляционном отношении, подсказ первого слога помогает называнию. Особенности называния соответствуют изменениям этого процесса при эфферентной моторной афазии.

Повторение без особо грубых нарушений, иногда отмечаются литературные парафазии. Чтение про себя доступно. Трудности при чтении вслух объясняются трудностями разговорной речи. В письме выраженные параграфии (перестановки, персеверации, пропуски, добавления лишних букв). Отмечаются вербальные парафазии. Имеются элементы премоторной апраксии, что также соответствует наличию эфферентной моторной афазии. Пространственной апраксии нет. Заключение: значительно выраженная эфферентная моторная афазия, грубая аграфия.

Из данного заключения видно, что повторение, чтение и письмо были несколько расторможены уже через неделю после начала логопедических занятий, собственная же речь продолжала оставаться еще крайне затрудненной.

20 апреля логопед обратил внимание на то, что чтение как бы организует речь больного: если подсказать больному первое слово, то затем не очень внятно, но довольно самостоятельно больной прочтет всю фразу. Логопед предложил больному прочитать фразы к картинкам, сначала сопряженно, затем самостоятельно, подсказывая в тех случаях, когда больной затруднялся: «Парнишка залез на дерево и очень доволен тем, что его никто не может достать; на дереве было гнездо. И надо думать, что этот парнишка только посмотрит на гнездо и не будет его разорять. Так оно и есть. Гнездо цело, и около него уже сидят взрослые птицы. Парнишка спустился вниз и полез на крышу. Он открывает новые для себя миры. Сестренка его тоже собиралась залезть вслед за ним. Но ее стащили с лестницы и наказали — посадили на диван».

Шутливый тон фраз и успешность процесса чтения создавали больному хорошее настроение.

На следующем занятии логопед повторил с больным автоматизированные речевые ряды и продолжал, используя чтение, стимулировать свободное устное высказывание по сюжетным картинкам. В конце логопед с помощью вопросно-ответной системы вызвал у больного несколько фраз и две из них, наиболее четко сказанные больным, предложил ему записать. Больной почти без ошибки записал эти фразы, так как во всех затруднительных случаях логопед незаметно подсказывал ему, как бы утрированно диктуя фразу.

Фраза: сегодня очень хорошая погода

Письмо: сегдня очень хорошая погода

Фраза: я сегодня не сделал ни одной ошибки

Письмо: я зигдна не стал не одной ошабикки

Так как у больного быстро поддавались растормаживанию и стимулированию не только устная речь, но и чтение и письмо, последние стали использоваться логопедом как наглядные, ощутимые для больного примеры восстановления его речевых функций. На 23 апреля больному было задано рассказывать по картинкам, написать три фразы к ним, читать по «Пособию для больных с афазиями» три небольших текста, беседовать с родными на темы дня.

Несмотря на то что больной мог читать и повторять фразы к картинкам, собственная его речь продолжала оставаться очень бедной, слова для ответа он в основном заимствовал из вопросов.

Некоторую речевую аспонтанность больного логопед решил преодолеть также на самом раннем этапе. Для этого использовались разные приемы: рассказ по серии картинок в соответствии с заранее составленным планом, задание составить определенное число фраз к картинке и, главное, беседа между больным и логопедом, в которой «ведущим» был больной. Такие беседы устраивались на темы дня, по сюжетным картинкам, а позже — по художественным произведениям.

23 апреля.

Логопед:

В. А., я вас расспросила о всех ваших делах, о самочувствии, а вы ни разу меня ни о чем не спросили. Конечно, редко больные интересуются жизнью врачей, но мне было бы приятно, если бы вы обо мне позаботились и о чем-нибудь спросили.

А вы прислушайтесь, В. А., как я вас спрашиваю. Вот я сегодня спросила вас, как вы себя чувствуете, был ли у вас врач, выпили ли вы лекарство.

А вот вы и поинтересуйтесь этим. Спросите меня: «М. К., пьете...»

Вот, как хорошо вы меня об этом спросили. Нет, сейчас я лекарства не пью. Но иногда приходится. Еще спросите меня о чем-нибудь.

Я веду дневник.

Это надо. Вы ведь за своими больными тоже ведете записи.

Спросите.

Скоро одиннадцать.

Сейчас без пятнадцати одиннадцать.

Проведение этих занятий помогло преодолению речевой аспонтанности.

Стимулирование восстановления письма проводилось не только путем заданий самостоятельно написать фразы к картинкам, но и во время занятий, когда логопед мог регулировать составление и запись фраз.

Так, 23 апреля больной самостоятельно составляет фразы: «Девочка покупает молоко», «Мальчик уступил место

Больной:

Я с удовольствием, М. К., но я не знаю, как это сделать.

Но я не знаю, пьете ли вы лекарство!

Да, да, М. К., пьете ли вы такие чудесные лекарства, как я?

Сейчас, сейчас. Дайте подумаю. Ах, да. Меня интересует, что это вы все время пьете?

А это так уже интересно?

Правда. Это так. Еще спросите вас о чем-то?

Скажите мне, пожалуйста, М. К., а сколько сейчас времени?

Нет, вы скажите мне точно, мне надо... лекарство принимать.

Вот, вот. Самое время. Сейчас я его выпью.

старушке», а затем записывает их (рис. 1). 24 апреля во время беседы на темы дня больной пожаловался, что спит без сновидений. Логопед предложила больному записать эту мысль в тетради (рис. 2).

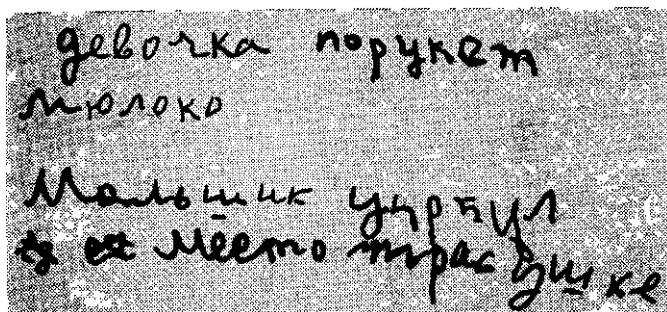


Рис. 1. Образец письма больного Р.

Обращало на себя внимание то, что больной в большинстве случаев при самостоятельном письме верно записывал существительные и часто искажал глаголы. Логопед незаметно приходил к нему на помощь и, когда больной записывал глаголы, сопряженно с ним «проговаривал» трудное слово.

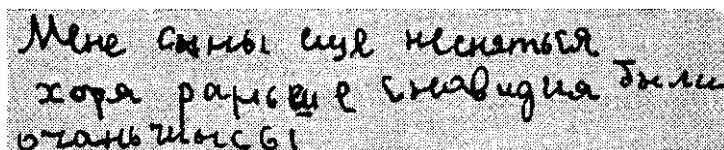
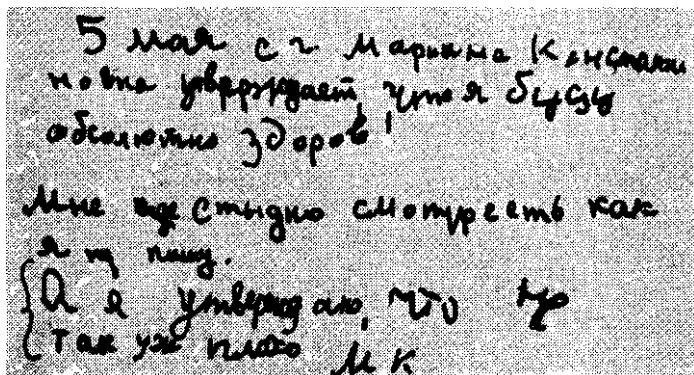


Рис. 2. Образец записи спонтанного высказывания больного Р.

Этот факт возникновения больших затруднений при записи глаголов также говорил о некоторой слабости, неточности внутренней речи больного, хотя в устной речи не отмечалось каких-либо трудностей в подборе слов к простым сюжетным картинкам или намеков на аграмматизм.

Одним из видов стимулирования письма была самостоятельная, по памяти, запись пословиц и поговорок, скороговорок и четверостиший, известных больному.

В устной речи больного к этому периоду на первый план выступала не только некоторая дезавтоматизация при произнесении сложных слов, но и выраженная корковая дизартрия. Больной с большим трудом произносил звуки «л» и «р», «в», «с», «ш», «ж», выявлялась вялость артикуляционного аппарата. Логопед предложил больному для укрепления губ, кончика и правой половины языка специальные упражнения (гимнастику артикуля-



5 мая с.г. Мария Константиновна утверждает, что я буду абсолютно здоров!

Мне стыдно смотреть как я пишу.

{ Я утверждаю, что так уже пишу МК

Рис. 3. Пример стимулирования письменного высказывания больного Р.

ционного аппарата, массаж правой половины языка, чтение слоговых упражнений на трудные звуки, чтение пословиц, поговорок и скороговорок). Эти упражнения со стечениями согласных предлагалось произносить в замедленном темпе. Во время замедленного произношения больной мог более четко артикулировать трудные "звуки, не спеша развернуть слово, сохранив его слоговую структуру; этим предупреждалось заикание, которое иногда возникает при быстром восстановлении речи.

С каждым днем к больному все более возвращалась уверенность в том, что речь у него восстановится. На занятиях по мере надобности проводились психотерапевтические, ободряющие больного беседы.

5 мая. После праздника и перерыва в занятиях на несколько дней больной говорит:— Какой сегодня хороший день.— Почему?— Потому, что вы пришли. Я теперь верю, что буду здоров.— Логопед поглаживает руку больного.

Больной:— Я буду здоров? — Будете.— Совсем-совсем? — Совсем.— И чтобы утвердить эту уверенность, он записывает в тетрадь фразу: «Марианна Константиновна утверждает, что я буду абсолютно здоров» (рис. 3).

Деловой и в то же время мажорный тон логопеда во время занятий сопутствовал всем видам деятельности больного. Так, когда больной с грустью записал в тетради

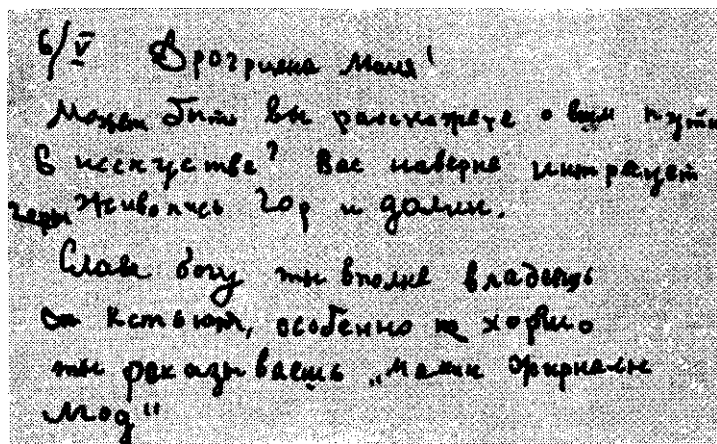


Рис. 4. Письменный рассказ больного Р по открытке «Наташа рисует».

фразе:— «Мне стыдно смотреть, как я пишу»,— логопед рядом с записью больного пишет левой рукой: «А я утверждаю, что не так уж плохо» (рис. 3).

Мажорный тон появился в текстах к открыткам, которые больной начал писать регулярно по заданию логопеда.

6 мая больной пишет к открытке «Наташа рисует» следующий текст: «Драгоценная Майя, может быть, вы расскажете о вашем пути в искусстве? Вас, наверное, интересуют живопись гор и долин? Слава богу, ты вполне владеешь кистью, особенно хорошо ты раскрашиваешь мамин журнал мод» (рис. 4).

Почти в каждом слове этого первого «сочинения» по открытке есть ошибки, главным образом пропуски и замены букв. Логопед в целях ободрения больного хвалит его за самостоятельное письмо, не останавливается на

анализе сделанных ошибок и вводит работу по развитию звукового анализа, используя для этого слова различной сложности, но не из текстов больного. Больной довольно часто болезненно реагировал на то, что логопед делал записи во время занятий. Так, 6 мая логопед записал за больным его фразу: «Я все свои мысли четко представляю, но не могу их оформить. Я больше не буду рассказывать». Больной заметил, что логопед записал эту его фразу и обиженно сказал: «Зачем, зачем вы записываете? Я с вами не буду дружить».

Пришлось объяснить больному, что записи делаются для фиксации восстановления его речи. После этого объяснения логопеда больной сказал: «Ну, ладно, пишите, потом я куда-нибудь попаду. Знаю я, для чего это делается. Наука требует жертв, как и искусство». И опять стал доброжелательным и благодушным.

Итак, через 4 недели после начала логопедических занятий были достигнуты следующие результаты. Устная и письменная речь больного обильная, фразовая, без явлений аграмматизма согласования. Наблюдаются пропуски отдельных слов как в устной, так и в письменной речи. Иногда больной не может кончить фразу, так как пытается изъясняться не простыми, а сложными фразеологическими оборотами. В устной речи изредка встречаются вербальные парафазии: вестибюль — «сени»; «была жизнь не насмарку, а на кипение»; фотограф — «фармаколог»; алкоголик — «аптекарь»; прогулка — «визит»; выход — «проспект»; кабинет — «человеческая комната, нет, творческая» и т. п.

Устная речь больного очень дизартрична, сказывалась слабость правой половины языка, вялость губ. Помимо дизартрии, наблюдалось упрощение структуры сложных слов за счет опускания 1—2 слогов.

Стало доступно письменное изложение мысли с употреблением придаточных предложений, причастных и деепричастных оборотов. В письме имелись пропуски слов, слогов и букв, замены звонких букв на глухие.

Отмечалась быстрая смена настроения больного от грустного к шутливо-смешливому.

Задачами второго этапа работы, длившегося с 30 апреля по 15 июня, было: преодоление аспонтанности больного; стимулирование активного письма от себя (ведение дневника, составление текстов к открыткам, описание историй заболевания больных); преодоление вербальных

парафазии; усиление самоконтроля больного; замедление темпа речи, упорядочение высказывания с помощью составления планов; изжитие дизартрии (артикуляционная гимнастика, массаж губ и языка, слоговые упражнения и т. п.).

В конце второго этапа работы логопед смог сделать следующую запись в истории болезни больного: наблюдается значительное улучшение всех речевых функций больного. Увеличился объем речевой продукции, преодолена речевая аспонтанность, доступно получасовое высказывание на профессиональные темы. Уменьшилось число вербальных парафазии. Больной стал слышать свои словесные ошибки и пытается сразу же их исправить. В устной речи литеральных парафазии не наблюдается. Имеется выраженная корковая дизартрия, проявляющаяся особенно во время убыстрения больным темпа речи. При замедленном и обычном темпе речи звуки в словах звучат четко и внятно, за исключением звуков «р» и «л», что объясняется в основном трудностью поднимания кончика языка. Больной нечетко произносит окончания слов. Значительно улучшилось письмо под диктовку. На странице сложного диктанта больной допускает 6—8 ошибок, главным образом пропуски букв и слогов. Собственное письмо больного еще весьма ограничено (6—7 строк в день). Во время письма больной опирается на проговаривание слов по слогам.

На третьем этапе, длившемся с 17 июня по 20 июля, изжитию дизартрических трудностей уделяется больше внимания и времени. В целях развития свободного письменного высказывания от больного требовалось более расширенное описание содержания сюжетных открыток с постепенным увеличением объема написанного текста. Для преодоления дисграфии большое место во время занятий отводилось звуковому анализу сложных слов.

Для развития свободного устного изложения мысли проводились чтение и пересказ по плану глав из учебника для медицинских училищ по специальности больного.

20 июля больной был выписан из института на долечивание в домашних условиях.

Итак, с больным в течение 3 месяцев проводилась систематическая логопедическая работа. К моменту выписки из института больной был в состоянии изложить сложную мысль, иногда наблюдались вербальные парафазии, поиски нужного слова. Речь больного была все еще ди-

затрична. Больному доступно вслух и про себя чтение сложных научных текстов и краткий пересказ прочитанного. Появилась возможность письменного изложения рассказа по серии сюжетных картинок и по открыткам. В письме имелись пропуски букв и слогов, иногда наблюдались инверсии, своеобразное переставление слов в предложении.

Общая оценка состояния речи больного: значительное восстановление.

Таким образом, растормаживание устной речи с помощью автоматизированных речевых рядов привело к тому, что у больного уже через неделю после начала занятий появилась возможность сопряженного повторения небольших текстов, состоящих из простых фраз, произнесенных в том же темпе и ритме, с которыми произносились перед этим автоматизированные речевые ряды. Общий ритм и мелодика, в которых произносились эти первые фразы, были максимально интонационно приближены логопедом к ритму, в котором читались перед этим стихотворения и устные рассказы к картинкам. Этот перенос ритма речи из одного вида речевой деятельности (произнесение автоматизированных речевых рядов) в другой (сопряженное повторение фраз, необходимых для общения и достаточно упроченных в прошлом речевом опыте) позволил получить не очень четкое в звуковом отношении, но сохраняемое в слоговой и словесной структуре сопряженное повторение нескольких фраз, необходимых для элементарного устного общения.

В дальнейшем этот прием использования небольшого рассказа по сюжетным картинкам сыграл свою положительную роль, заложив основу сложного в структурном отношении устного и письменного высказывания больного.

Все это создало условия, в которых не успел возникнуть аграмматизм в устной и письменной речи больного. Характер высказываний больного уже через месяц после начала занятий имел не шаблонный, не схематичный характер. Больной получил возможность пользоваться гибкой, свободно построенной фразой. Пример восстановительного обучения больного Р. показывает, что в некоторых случаях на самом раннем этапе целесообразно начинать работу не с фразы, а с простого текста. Особое внимание при описании этого больного мы уделили необходимости постоянной психотерапевтической помощи боль-

ному, помогающей ему преодолеть внезапно свалившееся на него несчастье.

Наблюдение 3. Больная Л-на, 21 года, студентка, находится под наблюдением в Институте неврологии АМН СССР с октября 1962 г. 2 июля 1962 г. больная была сбита автомашиной и с улицы доставлена в Больницу имени Боткина. Состояние при поступлении в больницу крайне тяжелое, больная без сознания. Обнаружена рваная рана левой височно-теменно-затылочной области с повреждением твердой мозговой оболочки и мозга. В тот же день произведена операция — хирургическая обработка раны. Удалены свободно лежащие костные отломки, опорожнена внутримозговая гематома.

Диагноз: состояние после операции по поводу черепно-мозговой травмы, правосторонний гемипарез. Моторная афазия.

Через 3 месяца после травмы больная поступила в Институт неврологии АМН СССР для восстановления речи.

До болезни больная хорошо училась в школе, была любознательна, самостоятельно изучала иностранные языки. Перед заболеванием успешно училась в МГУ имени Ломоносова на факультете журналистики. Была начитана, музыкальна.

При поступлении в Институт неврологии АМН СССР больная очень угнетена, растеряна, к занятиям приступила неохотно, вяла, безынициативна. Понимание чужой речи частично доступно: выполняла простые инструкции, многозвеньевые инструкции выполняла лишь после второго-третьего повторения. При общении с окружающими широко пользовалась жестами. Грубая моторная афазия выражалась в полном отсутствии спонтанной речи, повторения и называния. Отмечалась апраксия артикуляционного аппарата, а также грубая аграфия, алексия, акалькулия. Речевого эмбола не было, но был призвук «ааа», которым больная пользовалась для отрицательных ответов. Апраксия артикуляционного аппарата выражалась в малой подвижности языка и губ. При попытках повторить какой-либо звук возникали хаотичные артикуляционные движения. Голос больной при произнесении «ааа» был очень тихий, не модулированный. Под диктовку доступно письмо нескольких букв, фамилии, имени. Частично сохранено глобальное чтение (узнавание отдельных слов), возможны арифметические действия в пределах 20.

Перейдем к изложению процесса восстановительного обучения. На первых двух занятиях была сделана попытка различными приемами стимулирования речи вызвать слова «да», «нет», «вот», «тут», «там» и др. Для этого

больной задавались вопросы на темы дня, выяснялись ее вкусы, любимые книги. Эти попытки вызвать произнесение отдельных слов вначале оказались неудачными. Больная беззвучно открывала рот, кивком головы давала тот или иной ответ, но слов не произносила.

В связи с тем что работа по методике прямого стимулирования речи на первых занятиях не привела к положительному результату, мы перешли к приемам растормаживания речи с помощью автоматизированных речевых рядов.

Больной предложили петь вместе с логопедом знакомые ей мелодии, песни. Она согласилась напевать только песню «Вечерний звон», которую любила до заболевания. Первые попытки вызвать мелодию со словами были неудачными. Вначале пение походило на мелодичный стон, но при пятом-шестом повторении стали появляться ритм мелодии, паузы, членящие мелодию на синтагмы, интонационные ударения.

На следующем, четвертом, занятии (15 октября) продолжали работу по этой методике. Удалось получить мелодию без слов песен «Вечерний звон» и «Катюша». Мелодии часто прерывались, и их продуцирование было возможно только с опорой на сопряженное пение с логопедом, слов еще не было. К пению мелодии каждой песни возвращались по 5—6 раз.

На этом же занятии был использован для растормаживания речевых функций порядковый счет от одного до десяти. Больная давала звуковой ритм, но почти не артикулировала слова, однако в словах «семь» и «восемь» был слышен звук «м», в словах «три», «четыре» намечен звук «р», в слове «пять» больная беззвучно артикулировала «п». Малейшие успехи больной поощрялись.

В конце занятия с помощью сопряженно-отраженной речи был вызван звуковой рисунок фразы «я хочу пить» как ответ на вопрос: «Что вы скажете, если захотите пить?». Фраза звучала примерно так: «а хоу пи»; так же с опорой на сопряженную и отраженную речь было вызвано слово «пока» — «поа». Звук «к» пропускался больной, его место в слове заменялось короткой паузой.

16 октября (занятия с больной проводились ежедневно 2 раза в день) во время пения песни «Вечерний звон» у больной уже появилось более четкое артикулирование некоторых звуков, появились контуры слов, обозначился ударный слог слова.

При каждом новом повторении мелодии больная давала все большее количество элементов слов, часто беззвучно, артикулируемых.

В тех же целях, для растормаживания речевых функций, было привлечено чтение стихотворений. По желанию больной логопед читал стихотворение А. С. Пушкина «Бесы». При первом и втором прослушивании четверостишия больная только в такт покачивала головой, затем подключалась к повторению за логопедом. При третьем-четвертом повторении стали четко слышны окончания многих слов.

К концу занятий были «обсуждены» некоторые слова из песни «Катюша» припевы к песне «Веселый ветер». Так, для вызова слова «выходила» больной показывалось несколько картинок: «Собака выходит из конуры»; «Мальчик выходит из сада»; «Дети вышли на берег реки». Слово «любила» обсуждалось в процессе выяснения литературных, художественных и других вкусов больной. Причем на вопросы логопеда больная сначала сопряженно с ним, а затем самостоятельно, но, конечно, нечетко отвечала: «да любила», «не любила» и т. д. Очень удачными, эмоционально затрагивающими больную оказались слова «бороться» и «смеяться».

Конечно, слова не были полностью фонетически оформлены, часто больная произносила лишь один слог или общий рисунок слова, пропускала часть согласных звуков. Например, слово «выходила» звучало как «ила», «дила»; слово «бороться» — как «отса».

Во время занятий виды работы часто сменялись, логопед переходил от пения к счету, от счета к чтению стихотворения, к перечислению дней недели. Больная очень радовалась своим быстрым успехам. Уже при третьем прослушивании названий дней недели больная произнесла за логопедом: «поник, тоник: да, четег, пятица, убота, ень».

Во всех этих случаях опорой для больной было четкое, интонационно подчеркнутое логопедом произношение слов. Больная все время следила за губами логопеда. В процессе такого пристального внимания к артикуляционному аппарату у нее появлялись наиболее удачные звуковые оформления слов. Произношение, таким образом, было чисто подражательного характера, но для подражания брались не отдельные звуки, а целые слова. Лишь в некоторых случаях логопед возвращался к произнесенному слову

с целью его звукового уточнения, когда чувствовалось, что больная уже может его произнести более четко.

На этом же этапе больная приучалась использовать слова, содержащиеся в вопросе логопеда, что являлось переходным этапом к более активной речи.

Занятия от 16 октября 1962 г. (шестое занятие).

Логопед:

Больная:

Т., повтори еще раз последние две строки из этого куплета: «Про того, которого любила... про того, чьи письма берегла».

любила (на мелодии)

любила

Т., ты музыку любила?

Скажи: «да, любила».

Бетховена любила? Хорошо!

А Чайковского?

Значит, ты любила оперу «Пиковая дама»?

А любила ты ходить в лесу, в поле?

А дождь и холод ты любишь?

Не любишь?

А любишь ли ты живопись?

Рериха ты любишь?

Скажи: я картины Рериха...

А. Рафаэля?

Т., скажи, ты хочешь хорошо говорить?

Повтори за мной: «я хочу хорошо...»

0...0...0...0000...уила...

0...0...0...и...и...ааа...

Люиа

Люила

А! Та!

А... юиа...

Люила.

О! Люила! О!

А! Та!

Люила.

Не любила (больная дала стереотипный ответ в прошедшем времени).

Не... ую (не люблю).

А — (пожимает плечами, мимикой показывает: «смотря какую»).

Та! (утвердительно кивает головой).

Луплю.

Люблю (улыбается).

Да.

Я хочу хорошо... говорить.

Таким образом, потребовалось всего шесть занятий (одна неделя работы) для вызова слова на фоне мелодии и ритма песни, речевого ряда, сопряженной и отраженной речи. Больная стала активнее, сама пыталась петь, называть числа в пределах десяти и дни недели.

Речь больной при произнесении доступных ей слов была еще очень тихой, малоартикулируемой, но больная могла сказать, какой сегодня день недели, назвать количество показываемых ей пальцев, наметился переход к активной речи. На следующих занятиях у больной появилась возможность более четкого произнесения слов стихотворения, числового ряда и песни.

Начался второй этап работы. Задачей его было расширенное стимулирование устного высказывания больной. При высказывании по простой сюжетной картинке больная продолжала пользоваться словами, сообщенными ей логопедом в вопросе. Сначала логопед спрашивал больную о содержании картинки, но предлагал ей не вопрос «что здесь нарисовано?», который стимулировал бы название предметов, изображенных на картинке, а вопрос «что делает девочка?». Тем самым ее внимание отвлекалось от названия действующего лица и переносилось на обозначение действия, т. е. преследовалась цель предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля».

Если больная затруднялась в произнесении или нахождении нужного слова, логопед подсказывал ей глагол и предлагал составить предложение по картинке. Лишь в заключение, для уточнения произношения, применялся сопряженный вид речи, когда больная, следя за губами логопеда, одновременно с ним произносила фразу.

Например, в конце седьмого занятия больной было предложено составить предложение по картинке «Мальчик поливает огород». Был задан вопрос «что делает мальчик?». Она произнесла «Мальчик»,— слово, взятое из нашего вопроса, затем после некоторой паузы пришлось подсказать больной первый слог слова «поливает» — «по», после которого она произнесла остальную часть слова «ливает». На повторный вопрос «что поливает мальчик» больная отрицательно покачала головой: «не знаю». Мы произнесли всю фразу «мальчик поливает огород».

По другой картинке из этой серии она уже составляла предложение самостоятельно. Глагол был произнесен раньше существительного.

Картинка: мальчик копает огород.

Больная: копает... мальчик... огород.

Итак, к концу первой недели восстановительного обучения у больной появилась возможность произнесения фразы по простой сюжетной картинке.

Для развития возможности элементарного устного общения стимулировались ответы на вопросы в беседах на темы дня, позже были привлечены чтение и пересказ прочитанного текста сначала по вопросам, затем без них.

Вся работа этого периода подкреплялась как сопряженной речью, так и различными наводящими вопросами. Из них больная частично черпала ответ, и они подводили

ее к продуцированию «своих» слов. Слова «да» и «нет» закреплялись в ответах на вопросы.

Некоторое время лучшему произнесению слова больной помогала фраза, начатая логопедом. Например, слово «там» в самостоятельном ответе на вопрос логопеда dribилось на отдельные звуки и было свободно произнесено в предложении: «Город Горький находится... ТАМ».

В эти дни у больной стали появляться свои слова.

25 октября 1962 г.

Логопед:

Как ты сегодня спала?
К тебе кто-нибудь приходил?

Больная:

Не знаю... не могу... хорошо.
После длительной паузы ма-
ма... была... нет (т. е. мама не бы-
ла).

27 октября.

Логопед:

Т., какой сегодня день?
Ты гуляла?
А завтра пойдешь гулять?
Ты завтракала?
Врач у тебя был?
Врач был один?

Больная:

Суббота... пасмурно... осень.
Нет, сегодня не гуляла.
Пойду.
Да, уже завтракала.
Сегодня врач был.
Врач... один... нет... врач был
один.

Речь больной была аграмматична. Больная пропускала предлоги, но при указании на ошибку всегда исправляла ее. Во время занятия самостоятельно, без вопроса логопеда произнесла: «Мама придет понедельник». Логопед: «Когда?» Больная: «В понедельник».

27 октября, т. е. через 3 недели после поступления больной в Институт неврологии, в истории болезни было записано: «В процессе логопедических занятий отмечаются значительные положительные сдвиги в состоянии речи больной: расширился словарь, повысилась речевая активность, появилась возможность элементарного устного общения с окружающими. Больная несколько негативистична, в процессе восстановительных занятий приходится постоянно вести ободряющие, корригирующие ее поведение беседы». Можно проследить увеличение объема словаря больной в процессе дальнейшего восстановления.

28 октября.

Логопед:

Что ты делала вчера?

Больная:

Умывались, кушали, укол, шах-
маты, обед... нет... гулять.

Кто-нибудь к тебе приходил?

Ко мне приходили пать... пать...
пять человек... мама... папа... тетя
Женя, Ксеша, дядя Геннадий.

30 октября.

Логопед:

Больная:

Почему ты опоздала?

Профессор... смотрел... меня.

Долго он тебя смотрел?

Долго. Он смотрел в палате.

Почему ты не хочешь сходить к

Много причин.

Ире?

Не скажу.

Какие же причины?

С первых же дней с больной велась работа над письмом. Обращала на себя внимание ее крайняя неуверенность. В процессе письма ей надо было собраться, вычленив звук из слова, найти букву в разрезной азбуке, — только после этого она могла его записать. Ошибки больной были обычными, специфическими для больных с моторной афазией. Она заменяла «м» на «п» и наоборот (рис. 5).

Если больной давалось «на дом» задание — заполнить в словах пропущенные буквы, то она под контролем матери путем «проб» на полях тетради находила нужную букву и лишь после этого вставляла ее в слово.

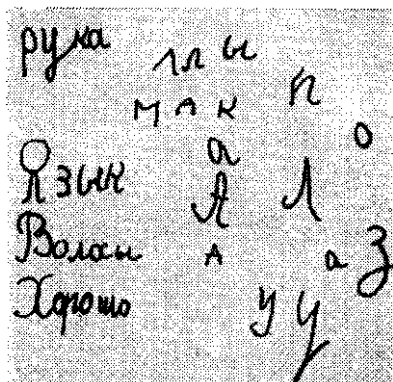


Рис. 5. Образец письма больной Л-ной.

Тяжело переживая свое заболевание, очень тщательно выполняя все «домашние» задания, она аккуратно вела записи в специальной тетради. Свой черновик неохотно показывала логопеду, принося, как правило, «домашнее» задание почти без ошибок.

Приведем пример письма больной первого периода работы (рис. 6). Из этого примера видно, насколько грубо было нарушено у нее письмо и как она стремилась скрыть свои трудности от окружающих.

Через IV2 месяца, к концу первого периода восстановительного обучения, больная все еще говорила тихим, истощающимся голосом, очень медленно, но речевое об-

поД^одит... Внук! Бабушка читает письмо внуку... Нет, это портрет... (письмо от кого?) от внука».

В дальнейшем больная в течение 2 лет продолжала заниматься амбулаторно. На последующих этапах работа с ней вышла за рамки прямого стимулирования и приобрела характер систематической перестройки дефектных сторон речи. Через 4 месяца после выписки из Института неврологии больная уже владела фразеологической речью со следами аграмматизма. В письме держались явления аграфии.

Через полтора года речь больной приобрела развернутый характер. В настоящее время ей доступны устное и письменное изложение мысли на сложные, абстрактные темы. Элементы аграфии держатся.

Приведем иллюстрации устной и письменной речи больной на последующих этапах работы.

Устный рассказ о прочитанной книге (через 9 месяцев после начала восстановительного обучения):

«Когда-то я читала это книгу, немножко. Щепкина-Куперник... Из воспоминаний... Я люблю театр и люблю воспоминания. И я начала читать. Первые главы... Хорошо! И еще раз, хорошо! Как она пишет! Просто и хорошо! И от первого лица! Я сейчас быстро не могу (читать), но это ничего. Зато смакую. Очень хорошая книга».

Устный рассказ о поэмах «Одиссея» и «Илиада»:

«Поэмы «Илиада» и «Одиссея» родились в древней Греции. Мифы о войне, о подвигах, о природе лучше всех знали аэды. Это народные певцы, сказители. Таким был и Гомер. Он был слепой. Когда он ослеп — неизвестно. Гомер сидел на камне, держал на коленях лиру и пел. Гомер пел торжественные песнопения. Дифирамбы. И все это до нашей эры. Двадцать лет войны, гнев богов, подвиги Одиссея! Мифы!

Аэды передавали песни Гомера от города к городу...

Примеры письменной речи больной приведены в рис. 7, 8, 9.

Через 4 года логопедической работы больная вернулась к занятиям в МГУ

Итак, несмотря на молодой возраст больной Л-ной и афазию травматического происхождения, у нее в течение первых 3 месяцев после травмы не отмечалось какого-либо спонтанного восстановления речи. Лишь в условиях специальной логопедической работы началось быстрое развитие речевых функций. Растормаживание экспрессив-

обучения привели к возможности произнесения слов[^] раз-

12 III с. Все работают и мальчик. Мальчик
9 или 10 лет. Он работает, а папа ^{он} ^{он} ^{он}
Работает ^{он} ^{он} Работает ^{он} ^{он}
Мать пришла и принесла буханку. Он
ест. А мать - мать и мама. А она
смотрит, глаза смотрит. Мама дуется
мальчик, мал работает, заки. Заки и
У Батинки - кет, фаршук и фаршук
а тая. Да, мама дуется."

Рис. 7 Письменный рассказ больной Л-ной по картине
Маковского «На свидании с сыном».

За Чацкого!

Борьба против французского общества
и личная драма — все тесно, переплетающееся
друг с другом. Это — Чацкий, разобитый по
приездам по всему складу ума и души.
Чацкий — свершивший человек; он всё,
всё видит и поэтому у него душа
кроткая.

А за Чацкого!

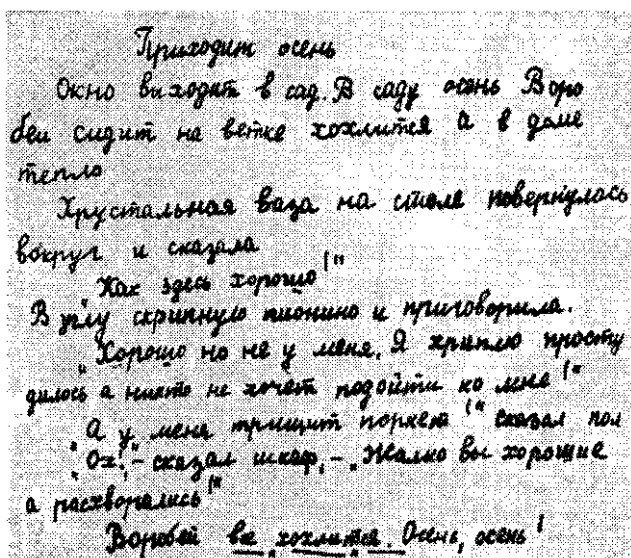
Рис. 8. Пример самостоятельного письменного высказывания больной Л-ной.

личной сложности. Использование с первых занятий методики предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля» в процессе стимулирования устного высказывания предотвратило возникновение этого вида аграмматизма в речи больной.

При оценке значительного восстановления речи в данном случае необходимо принять во внимание следующее:

а), расстройство речи больной, безусловно, носило органический характер. Об этом говорит клиника травматического мозгового поражения и наличие, даже спустя 2 года после начала восстановительного обучения, незначительных расстройств речи и письма;

б) тяжесть картины речевого расстройства (полное отсутствие речи) в первые 3 месяца до поступления в Ин-



Приходит осень
Окно выходит в сад. В саду осень. Воробей сидит на ветке хохлит а в доме тепло
Хрустальная ваза на столе повернулась вокруг и сказала
"Как здесь хорошо!"
В углу скрипнула пианино и приговорила.
"Хорошо но не у меня. Я хитрю просто дулю а никто не хочет поговорить со мной!"
А у меня тридцать порков!" сказал пол.
"Ох," сказал шкаф, - "Нельзя вы хорошие а расточались!"
Воробей ва хохлит. Осень, осень!

Рис. 9. Письменное сочинение больной Л-ной на свободную тему.

ститут неврологии в какой-то мере связана с нейродинамическими, функциональными расстройствами. Вероятно, именно поэтому специальная работа по растремаживанию речевых функций привела к их быстрому улучшению;

в) общий хороший результат восстановления речи у данной больной связан как с ее молодым возрастом, так и с длительной восстановительной работой (4 года восстановительного обучения).

На примере работы со следующим больным будет показано использование методики предупреждения литеpаль-

ных парафазии у больного с апрактической формой/моторной афазии. J

Наблюдение 4. Больной Г-зе, 33 лет, научный сотрудник, поступил в Институт неврологии АМН СССР 10 ноября 1957 г., через 2 месяца после инсульта, с диагнозом: ревматический комбинированный митральный порок сердца, остаточные явления нарушения мозгового кровообращения по типу эмболии в системе левой средней мозговой артерии. Моторная афазия. Правосторонний спастический гемипарез.

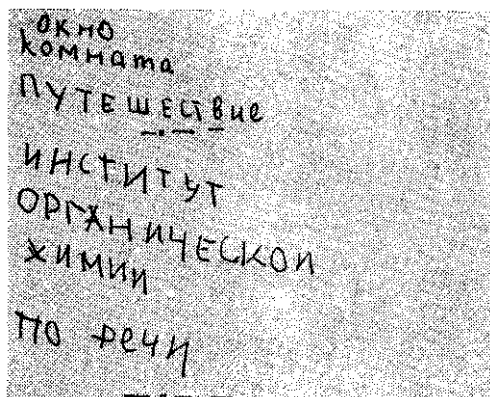


Рис. 10. Пример письма под диктовку больного Г-зе.

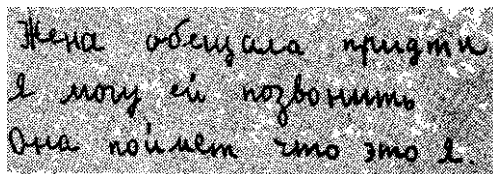


Рис. 11. Пример общения с помощью письма больного Г-зе.

При обследовании было обнаружено полное понимание больным речи окружающих. Он свободно выполнял любые сложные инструкции. Мог писать под диктовку. Общался с помощью письма (рис. 10, И). Собственная речь отсутствовала. Больной произносил лишь звук «и» и слово «да». Повторение, называние недоступны. Выявилась грубая апраксия артикуляционного аппарата. Больной не

мог надуть щеки, имитировать плевков, поцелуй, высунуть язык и т. д. Выявилась амузия.

Задачами восстановительного обучения были: преодоление апраксии артикуляционного аппарата, «постановка» звуков, предупреждение возникновения литеральных парафазии.

На первых двух занятиях были сделаны попытки растормозить речь больного с помощью пения, автоматизированных речевых рядов, стимулирования устного высказывания. Попытки вызвать слова через пение не дали положительного результата. При стимулировании произнесения порядкового счета больной «соскальзывал» на имеющийся у него звук «и» (этот звук носил характер речевого эмбола) и не мог переключиться на произнесение других звуков.

Попытки стимулирования произнесения целого слова также не привели к каким-либо результатам. В ответ на стимуляцию слова через фразеологический контекст, эмоционально значимые ситуации и т. п. больной плакал, показывал жестаи и писал, что не может ничего сказать.

На третьем занятии (15 ноября), используя зрительный контроль и хорошее понимание чужой речи, мы начали работу по преодолению апраксии артикуляционного аппарата. При попытках вызвать ту или иную артикуляционную позицию губ и языка отмечались длительные артикуляционные поиски. Переключения с одной артикуляторной позиции на другую были очень трудны. Использование артикуляционной «гимнастики», сопровождаемой ободряющими больного беседами, привело к тому, что он по устному заданию логопеда научился спокойно и свободно открывать и закрывать рот, высовывать язык, делать им круговые движения, поднимать язык вверх, отводить его влево, вправо, вниз. Все эти упражнения он лучше выполнял по устной инструкции, нежели по показу.

Выписка из протокола от 15 ноября 1957 г.

Логопед:

В. Н., откройте рот!

Больной:

— 1 — (сначала делал хаотические движения, затем открыл рот спокойно и вновь начал делать хаотические артикуляционные движения).

В. Н., вы не волнуйтесь, откройте рот спокойно, как будто показываете мне горло.

Вот видите, если вы спокойны и не очень задумываетесь над тем, как вам открыть рот, вы справляетесь с заданием.

Откройте еще раз рот!	- + - +
Закройте рот!	+
Откройте рот!	+
Закройте рот!	+
Откройте рот!	+
Очень хорошо.	+
А теперь высуньте язык!	— (пишет: «Не могу, плохо»)
Покажите язык!	+
Вот вы его и высунули.	
Закройте рот!	+
Откройте рот!	+
Покажите язык!	+
Закройте рот!	+
Высуньте язык!	—
Покажите язык!	+
Откройте рот и скажите «а»!	
Покажите горло!	—+ (пишет: «Вы меня обманываете. Смеется».)
Закройте рот! «Помычите» немного. «М».	+ (пишет: «Как просто»)
Теперь отдохните.	
В. Н., ответьте на вопрос — вы едите сами?	С...АМ
А одеваются сами? САМ.	ССАМ (сопряженно логопедом).
Ходите вы сами или вас привезли на каталке?	(улыбается) СААМ.

На этом же занятии были получены фразы «я сам», «я тут», «тата там», «я» звучало пока как «а».

На следующем занятии были вызваны звуки «н», «и», «я» (иа) и слова «пит» (пить), «ива», «пути», «тип», «Сима» (медсестра), «сито», «на», «Нина», «нет». Иногда у больного возникали артикуляционные поиски нужного звука. Эти поиски служили сигналом утомления больного; занятие прерывалось.

На двух следующих занятиях закреплялись уже полученные звуки. Каждое занятие начиналось с «гимнастики» артикуляционного аппарата, с повторения звуков в различных слоговых вариантах; работали над слитностью произношения уже отработанных слов.

Выписка из протокола занятия от 22 ноября (седьмое занятие).

Логопед:

Больной:

Начнем с гимнастики.

Откройте рот!

Высуньте язык!

+

+

Поднимите язык вверх!
Поднимите язык на губу!
Будем делать быстрые движе-
ния языком вверх, вниз, вверх,
вниз!

Сделайте круговые движения
языком вокруг губ!

Еще раз!

Еще!

В другую сторону!

Хорошо.

В. Н., теперь попытаемся слитно
произнести слово «мама».

Попытаемся. Ма-ма.

Повторяйте за мной. Звуки не-
сколько потяните — мммааа...

МММ...

Вы правильно тянете звуки, но
не сливаете их. Я буду отсчиты-
вать количество слогов, а вы по-
пытайтесь произнести звуки «ма»
слитно 2 раза (отсчитывает рукой
два такта).

Еще раз!

Очень хорошо! Еще раз!

Самое главное для нас — до-
биться слитности произношения.

Теперь возьмем имя вашей стар-
шей дочери: «Тата».

Нет. Так не годится. Постарай-
тесь сразу после звука «т» произ-
нести «а» — «та» — «та»!

Да, лучше. Еще раз произнесите
имя вашей дочери, но слоги по-
ставьте ближе, чтобы получилось
слово!

Хорошо! А теперь повторим уже
отработанные слова.

+

+

+

(делает несколько замедлен-
но, иногда поднимает язык 2 ра-
за вверх, закрывает рот).

+

+

+

+

Пишет: «Это трудно».

М...а...м...а.

Мм...аа...мм...аа.

Мма...мма.

Ма...м...а.

Ма...мма.

(пишет: «Я понимаю»)

Т...а...т...а.

Т...т...та...та (пишет: «Чуть-чуть
лучше»)

Т...та...та...тат...а...та...та...тага...
т...Тата.

(Читает по своей тетради) В~.
от, вот; ту...т, т... ут; та...м, ...та...
м...тамм... са...м; саам...сам.

Как видно из приведенных примеров, уже на седьмом
занятии иногда удается достигнуть слияния согласного
звука с гласным.

Продолжим выписку из протокола этого занятия.

Логопед:

Теперь попробуем получить еще
один звук. Поднимите язык к
верхним зубам. Кончик языка
можно немного высунуть вперед.

Так, верно.

Повторите за мной: «ини». Мед-
ленно, не спешите, язык не отры-
вайте... Дайте свою руку. Прило-

Больной:

+

+

(кивает головой)

жите ее к моей ноздре. Ёот... Слушайте... «нин». Чувствуете, как «дрожит» ноздря? Послушайте: «нин», а на «Т» дрожания нет.

Приложите палец к своей ноздре.

Вот так, «нинн», язык не опускайте.

Еще раз: «нин»!

Если поняли, то попытаемся произнести слово «на».

Дайте мне свою тетрадь!

Как зовут вашу младшую дочь?

Произнесите слитно: «На-та»!

+

Нин (смеется, пишет: «Хорошо»).

Нин (пишет: «Я понял»).

Н...на...н...а.

На!

Н...а...т...а.

Ннна...та.

На десятом занятии больному было уже доступно чтение отдельных предложений вслух. Например, фразу «У дома мусор» он прочитал следующим образом: «У дома му...са...л». Звука «р» у больного не было, и он сознательно заменял его звуком «л». Фразу «Сима метет мусор» больной читал: «Си...ма... Си...ма... матот му...со...л». Таким образом, больному уже частично доступно слияние звуков в слоги, но слово все еще остается «рубленным» на слоги.

Улучшилось произнесение и при назывании предметов. До сих пор слияние звуков в слоги удавалось лишь при чтении и повторении вслед за логопедом.

Выписка из протокола от 30 ноября.

Картинка «Сумка».

Название: «с...у...м...к...а, су...м...ка... сум...ка, сумка».

На вопрос, что помогло ему слить звуки в слоги, а слоги в слово, больной пишет: «Про себя читаю».

Несмотря на то что у больного вначале имелся эмбол «и», в процессе работы пришлось длительное время отрабатывать этот звук, так как он все время заменял его звуком «ль». Для автоматизации звука «и» были взяты слоги со всеми уже имеющимися у больного звуками (н, т, м, п, ф, л, с, ш, к). Обратные слоги получались легче, чем прямые. Поэтому мы начали со слогов: ин, ит, им, ип, иф, ис, иш, ик. Перед этими слогами были поставлены уже имеющиеся у больного согласные звуки (т, м и др.) и получены следующие звуко сочетания: т-ин, м-ин, с-им, т-ис, м-иф и т. д. Затем прибавлением в конце закрытого слога гласного звука было получено произнесение открытого слога со звуком «и» в словах: ти-на, кар-тина, мина, Сима, ми-фы и т. д.

При слиянии звуков «сь», «ть», «мь» со звуком «и» обращалось внимание больного на особенности произнесения мягкого согласного. Так мы добились частичного смягчения согласных звуков в сочетаниях со звуком «и».

Все большее место на занятиях начинала занимать работа над плавностью, слитностью произношения. Это достигалось путем протяжного произнесения гласных и проторных согласных звуков. Больной быстро уловил особенности произнесения звонких согласных на примере звука «в» и перенес озвончение на остальные звуки. Таким образом в течение первых 3 недель были получены звуки: «а», «у», «о», «э» — и многие согласные: «б», «в», «д», «ж», «з», «к», «л», «м», «н», «п», «с», «т», «ф», «х», «ш». Непоставленными были йотированные гласные, аффрикаты, «г» и «р».

Приведем пример речи больного в этом периоде.

Выписка из протокола от 30 ноября 1957 г.

Логопед:

Больной:

В. Н., как вы себя чувствуете?
Вы уже что-нибудь делали сегодня?

Лу...ш...ше.
Эл (ел), пил шай, у мэ-на был влаш (врач). Он с...ка...зал ...он по...х...ва...лил мэ...на...мэна... Но... м...не мо...на лэш (речь) из...н...н...ла...ви...са (ел, пил чай. У меня был врач. Он сказал... Он похвалил меня... Но мне моя речь не нравится).

Что вы вчера вечером делали?

За...ни...ма...л...са..., шитал с...ло...ва по те...т...ла...ди... Вот! Потом было кино. Потом по...шо...л с...на...т (занимался, читал слова по тетради. Вот! Потом было кино. Потом пошел спать).

Дальнейшими задачами логопеда в работе с больным были достижение плавности произношения и постановка недостающих звуков. В решении первой задачи помогло интонационное выделение ударного главного звука в слове и сокращенное, краткое редуцированное произнесение остальных гласных, входящих в произносимое слово. Больному было объяснено, что не столь важно четкое произнесение каждого слога, сколько получение звукового контура слова. Сначала ему предлагалось слитно произнести гласные, входящие в слово, затем по возможности ввести в него согласные звуки. Так прорабатывались различные варианты гласных звуков: ао, уа, иа, аи и т. д.

Из-за наличия у больного амузии мы не смогли привлечь в процессе занятия пение, даже на этом этапе. Поэтому по-прежнему большое внимание уделялось гимнастике артикуляционного аппарата. Если вначале больной лучше выполнял артикуляционные задания по устной инструкции, осознавая каждое движение губ и языка, то теперь он мог уже копировать различные артикуляционные позы по подражанию. При этом переключения с одной позиции на другую предлагались больному в очень быстром темпе. Эти беззвучные упражнения помогли добиться улучшения произнесения стечений согласных.

Через месяц после начала восстановительного обучения больной стал пользоваться речью в общении с окружающими.

Выписка из протокола от 12 декабря.

Логопед:

Больной:

Как вы спали?

Пло...хо.

Почему?

**Потому ш...то была от...клы...та
фол...точ...ка.**

Почему вы ее не закрыли?

Не мог за...лезть.

Было холодно?

Мне не осо...бен...но, другим.

За время этого диалога больной ни разу не прибегнул к помощи карандаша, но иногда останавливался в особо длинных словах, как бы читал это слово про себя.

Систематическая работа над плавностью, озвончением и смягчением согласных проводилась в течение второго месяца обучения и привела к положительным результатам. При выписке больного дефектными оставались лишь звуки «р» и «г». Африкаты и мягкие согласные были поставлены. Не было грубой разорванности в произнесении стечений согласных и отдельных слов и типичных при моторной афазии литеральных парафазии. Звуки «р» и «г» сознательно заменялись звуками «л» и «х», это допускалось в целях облегчения и ускорения возможности устного общения с окружающими. Больной общался с помощью речи. Но все же время от времени в его речи возникали паузы — он как бы читал про себя сложные слова или подбирал более легкие для произнесения.

Выписка из протокола от 21 января 1958 г.

Рассказ по серии картинок «Письмо к бабушке»:

«Ле-ша, опу-с-тиф письмо, побежа...побежал икать. Его письмо... письмо... по... ш... ло пошло сна...шала, пет сна...ч...ала на поч...ту почту. Там ево с другими письмами сло...жи...ли... сложили и в мешке отпра-ви...ли... отправили к бабушке...»

Таким образом, в данном случае 2/3 месяца упорных занятий по восстановлению речи дали значительное улучшение нарушенной функции. Полная автоматизация про-износительной стороны речи была достигнута позже, через 4 месяца, в процессе амбулаторных занятий.

Главная задача — предупреждение возникновения ли-теральных парафазии — была выполнена путем исполь-зования оптико-тактильного метода с учетом определенной последовательности постановки звуков (а, у, м, в, о, с, х, т, п, и, н, я, ш, л). Все вызванные звуки сразу же вводились в слова, необходимые для элементарного общения. Слоговые упражнения использовались очень непродолжи-тельное время для образования смягчений (слоги: ти, ми, си). Как только дефект смягчения был преодолен, эти слоги были введены в слова и фразы.

В предыдущих описаниях были приведены истории восстановления экспрессивной речи у больных с моторной афазией на раннем этапе восстановления. При этом были показаны приемы стимулирования понимания речи на слух у больных с моторной афазией. Однако в этих наблюде-ниях нарушения в понимании чужой речи носили скорее функциональный, вторичный характер.

При описании восстановительного обучения больных с сенсорной афазией мы остановимся на приемах работы самого раннего этапа восстановления. У этих больных на-рушения понимания составляли ядро афазического синдрома.

Наблюдение 5. Больной Г-ев, 61 года, образование начальное, шофер; поступил в Институт неврологии АМН СССР 29 июля 1964 г. через месяц после инсульта. Диагноз: гипертоническая болезнь III степени, общий и церебральный атеросклероз. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения в системе левой средней мозговой артерии. Легкий правосторонний гемипарез. Тотальная афазия.

При первичном обследовании обнаруживалось отсут-ствие понимания больным чужой речи. Он не выполнял никаких, даже самых простых инструкций. Отсутствовала и какая-либо спонтанная речь. Больной иногда произно-сил короткий набор нечленораздельных звуков. Повторе-ние звуков и слов, называние картинок, автоматизирован-ная речь, чтение, письмо, списывание, счет были недоступ-ны. Больной был спокоен, пассивен, жалоб на свое состоя-ние жеста и мимикой не выражал.

Возникали следующие первоочередные задачи восста-новительного обучения: установление контакта с больным;

стимулирование понимания речи на слух у больного с тотальной афазией; растормаживание экспрессивной речи больного.

В связи с общей пассивностью больного, непониманием им своего состояния и цели логопедических занятий, с ним прежде всего необходимо было установить контакт. С помощью мимики и жестов ему предлагалось срисовывать, списывать и копировать различные рисунки, подписи к ним, схемы. При срисовывании с образца больной делал ошибки. Логопед жестами и мимикой показывал ему на допущенные неточности. В процессе такого неречевого общения постепенно установился контакт логопеда с больным. На первых занятиях больной иногда «сердился» на логопеда, который перечеркивал неправильно решенный пример или искаженное слово.

Выписка из протокола от 30 июля.

Логопед:

Жестами предлагает больному сесть за стол.

Кладет перед больным схематичный рисунок дома и предлагает жестами срисовать его.

Снова берет рисунок. Дает больному карандаш, вкладывает в его руку и показывает место, где он должен нарисовать дом.

Рисует рядом с первым рисунком стены дома, оставляет недорисованной крышу и предлагает больному дорисовать.

Одобрят больного и предлагают ему списать слово «дом».

Недовольно качает головой и начинает списывать букву «д».

Показывает больному ошибки.

Хвалит больного за правильно списанную первую букву, старается жестами, мимикой и интонациями, сопровождающими слова

Больной:

Садится.

Берет рисунок, внимательно рассматривает и откладывает в сторону.

Берет карандаш и чертит им полосы.

Охотнее берет карандаш, рисует несколько полос рядом и показывает их логопеду. При этом выявились некоторые пространственные нарушения.

Берет карандаш, чертит несколько полос и показывает их логопеду.

Выхватывает у логопеда карандаш и быстро пишет набор букв «и», «ш», «м», «с».

Сердито смотрит на логопеда, закрывает блокнот, встает и уходит из кабинета.

Через пятнадцать минут он возвращается в кабинет, кладет перед логопедом блокнот, в котором рядом со словом «дом» написаны буквы «д», «и», «ш», «г».

Садится напротив логопеда и пытается еще раз списать слово «дом».

«хорошо!», «молодец!», показать, что больной уже частично справился с задачей.

После очередной неудачной попытки больного списать это слово логопед отвлекает его и переводит на новый вид занятия. Больному предложено решить пример $2+1$.

Для того чтобы несколько успокоить больного, логопед делает вид, что доволен им, и отпускает его в палату.

В процессе такого, еще не речевого общения начинает устанавливаться контакт между больным и логопедом. На третье занятие больной уже пришел самостоятельно, по мимическому напоминанию палатной сестры о том, что пора идти к логопеду.

На четвертом занятии логопед положил перед больным написанные на листе бумаги числа от 1 до 10 и несколько раз повторил их названия. Затем, загибая пальцы на руке, предложил больному их перечислить.

Выписка из протокола от 1 августа.

Логопед:

Один, два, три... (делает паузу и мимически предлагает больному перечислять пальцы. Начинает весь ряд снова).

Один...два...три...четыре...пять... шесть...семь...восемь... девять... десять... (повторяет то же еще раз).

Один...два...

Еще раз! Один... два... три... четыре...

Хорошо! Правильно!

Еще раз! Один... два... три... четыре... пять...

Хорошо!

Больной:

Слушает, смотрит на действия логопеда, поднимает руку и по очереди начинает разгибать пальцы, зажатые в кулак.

Делает то же самое.

Делает то же самое. И вдруг до этого безречевой больной произнес несколько слов: Ну...вот...так...

Пять вот так.

...два, пять, два... Ну, так.

После этого логопед предложил больному решить простой арифметический пример ($3+2$). Вместо решения примера больной после знака равенства переписал его. Логопед жестами и мимикой снова пытался объяснить ему, что результат решения будет иной, и написал ответ. Больной опять охотно переписал пример: $3+2=2+20$ (рис.12). На предложение логопеда решить пример больной по-прежнему продолжал копировать написанное. Однако при

предъявлении другого примера больной «осознал», что нужно не копирование, а решение его, и написал следующее: $2+3=2+3=37$. Пример был решен неверно, но, важно, что больной понял: нужно не копирование примера, а подведение его итога. При списывании слов он все еще не мог полностью копировать их и, написав правильно первую букву, продолжал случайным набором букв. В мо-

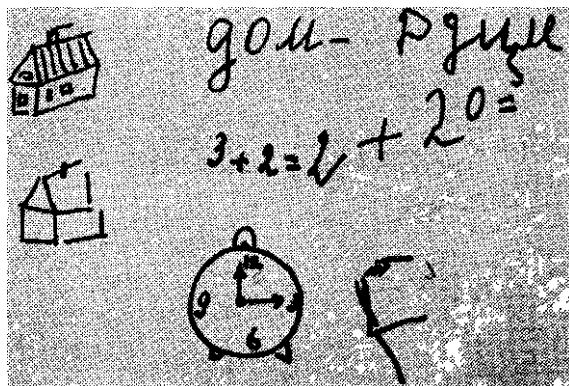


Рис. 12. Образец срисовывания, списывания и решения примера больным Г-вым.

менты эмоционального подъема при «исправлении» ошибок он стал произносить большее число слов: «ну», «вот», «так», «пять», «два», «восемь» и др.

Выписка из протокола от 3 августа (пятое занятие).

Логопед:

Здравствуйте!

Жестами показывает больному, что надо срисовать дом.

Больной:

Стутететете.

Когда было показано, что дом срисован неверно, больной произнес:

А, понял.

Очень трудно (в процессе перерисовывания).

Ничего... все (по окончании срисовывания рисунка).

На этом же занятии ему впервые было предложено выполнить несколько инструкций по устному заданию. Вначале эти задания, приуроченные к различным ситуациям, сопровождалась мимикой логопеда.

Логопед:

Больной:

Со стола упали тетрадь, линейка и карандаш. Логопед мимически просит больного поднять тетрадь и сопровождает мимическое задание устным побуждением.

Поднимите!

+ (поднимает тетрадь, скорее по смыслу ситуации).

Спасибо.

Поднимите линейку и карандаш!

+ А.- ничего... сейчас...

Спасибо! Хорошо!

Больному затруднительно было выполнить задание правой рукой, поэтому логопед воспользовался этим, чтобы перевести внимание больного на его руки.

Покажите мне свои руки! (мимически подкрепляет свою просьбу)

— (недоуменно смотрит на логопеда).

Эта рука хорошая?

— Да... ничего... вот... Спасибо

А эта рука болит?

— Спасибо... ничего.

Поднимите руку!

+ А вот... ничего... спасибо.

Поднимите руку!

(жестом подкрепляет задание)

— Пять? Нет, не пять!

Хорошо! Это рука хорошая! Здоровая! Поднимите руку! Поднимите ее! (едва уловимым жестом показывает, что надо больному сделать).

+ А так... пять... пять.

Хорошо. Опустите руку.

+ (но машинально).

Еще раз поднимите руку! Поднимите руку!

+ Спасибо... пять.

На этом и следующих занятиях, помимо инструкции «поднимите!», проводилась стимуляция понимания слова «закройте». Понимание этой инструкции было также приурочено к ситуации закрывания двери и окна, затем перенесено на закрывание глаз. Постепенно расширилось число выполняемых больным на слух инструкций. Было обнаружено, что он лучше понимает глаголы, хуже — существительные.

Выписка из протокола от 5 августа.

Логопед:

Больной:

Здравствуйте!

Здастутетем.

Е. Н., поднимите руку!

+

Хорошо!

Е. Н., закройте глаза!

+

Покажите язык!

+

Кладет перед больным картинки: рыба, машина, петух и поднимает к ним. -

Где рыба?

— (неуверенно протягивает руку к картинкам, берет картинку «машина» и кладет ее опять на стол).

Рыба!

— (отказ, отрицательно качает головой).

Е. Н., где машина?

Вот машина! (с указательным жестом).

Вот машина!

Это рыба!

Это петух!

Где рыба?

— (дает картинку «петух»).

Для растормаживания экспрессивной речи у этого больного еще на нескольких занятиях использовались как стимуляция устного высказывания, так и автоматизированные речевые ряды — порядковый счет от 1 до 10.

Выписка из протокола занятия от 8 августа.

Логопед:

Больной:

Е. Н., давайте посчитаем: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Теперь вместе: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Один... два... пять... семнадцать.

Еще раз: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Один, два, три, четыре... пятнадцать, двадцать семь.

Лучше!

Еще раз: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Итак, больной стал более контактен, стало более доступно срисовывание схематичных рисунков и списывание подписей к ним. В некоторой степени растормозилась экспрессивная речь больного, стало доступно решение простых арифметических примеров. Иногда при письменном обозначении цифр больной давал их парафазические замены.

Приведем несколько иллюстраций, подтверждающих эти изменения в состоянии экспрессивной речи больного.

8 августа в ответ на мимическое предложение логопеда срисовать дом больной произносит целую фразу: «Вот я сейчас говорю, что-нибудь, вот все». На предложение логопеда сосчитать пальцы он говорит: «Вы понимаете, их очень мало». Тогда же на занятии больной произносит слова ладно, хорошо, до свиданья.

При решении арифметических примеров он иногда еще только купирует их ($7+1=7+1$), иногда пытается решить ($4+1=15$; $5+2=7,14$), причем прибегает к помощи паль-

цев и вместо «пять» произносит и пишет «15». «Решив» второй пример, сначала пишет «7», а затем произносит: «Нет, четырнадцать» — и записывает это число.

На седьмом занятии у больного появилась некоторая возможность узнавания названий предметов со слуха.

Выписка из протокола занятия от 7 августа.

Логопед:	Больной:
Где рыба? Рыба! Рыба!	— Сейчас даже затрудняюсь.
Где белка?	+ А... вот.
Белка! Белка!	— Б (сначала указал на рыбу, затем правильно).
Где жук? Жук! Жук!	+ Жжж.
Где жук?	

Таким образом, уже через 10 дней после начала логопедических занятий наметился синдром грубой сенсорной афазии.

Несмотря на относительно быстрое растормаживание спонтанной речи, повторение и называние все еще оставались заторможенными. Больной еще не всегда охотно приходил на логопедические занятия, не всегда выполнял самостоятельное задание. Больному задавались списывание названий картинок и решение простых арифметических примеров, что, однако, было ему все еще недоступно. При срисовывании обнаруживались пространственные затруднения. Так, больной из рисунка «часы» вычленил только направление часовых стрелок. Однако при восприятии фразы «Дай...» или «Где...» больной стал уже не только давать логопеду ту или иную картинку или предмет, но и дифференцировать их по длине слогового рисунка. При этом иногда проскальзывало правильное повторение слов вслед за логопедом.

Пример. 7 августа 1964 г. Картинки: рак, коза, машина.

Логопед:	Больной:
Где рак?	— (показывает на козу)
Где коза?	+
Где машина?	+ Машита... машина...
Скажите еще раз: «машина»!	— Ма... не могу... вот... мае... нет, не могу.

С каждым днем больной становился все более собранным. Расширялся круг выполняемых им устных инструкций. При этом все чаще у него возникали попытки произнести слово.

8 августа. Картинки: рыба, жук, белка, коза.

Логопед:

Больной:

Где рыба?

+ Рыба? Рыба.

Где белка?

— (показывает на жука)

Где коза?

+ Коза?

Улучшилось списывание (рис. 13), причем при первичном списывании больной делал множество ошибок. При вторичном списывании того же слова внимание его фиксировалось уже на каждой букве. Все чаще в процессе занятий больной стал правильно подкладывать подписи к картинкам.

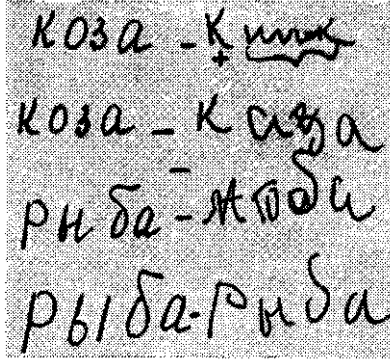


Рис. 13. Пример списывания больным Г-вым.

Через месяц восстановительного обучения контакт с ним был установлен полностью. Он охотно посещал логопедические занятия, был аккуратен, пунктуален в выполнении самостоятельных заданий. Ему стало доступно понимание и выполнение со слуха простых речевых инструкций.

Растормозилась экспрессивная сторона речи. В собственной речи больного отмечались литеральные и вербальные парафазии, элементы аграмматизма по сенсорному типу (обилие глаголов, наречий, местоимений, опускание существительных). Появилась возможность копирования по образцу элементарных рисунков и списывания отдельных слов. Иногда больной сам находил свои ошибки и пытался их исправить.

Можно было констатировать наличие у больного «сенсорной афазии с грубым нарушением фонематического слуха», аграфией, алексией, акалькулией.

Изжитие этих симптомов требовало уже иных, а именно компенсаторных, приемов работы. Дальнейшие занятия с больным велись по методике, разработанной Э. С. Бейн для больных с сенсорной афазией. Однако за время пребывания больного дома не произошло значительных положительных сдвигов в состоянии его речи.

Наблюдение 6. Больной М-ев, 66 лет, доставлен в Институт неврологии АМН СССР 21 марта 1957 г. машиной скорой помощи с ди-

агнозом: гипертоническая болезнь в склеротической стадии. Острое нарушение мозгового кровообращения с развитием очага размягчения в задних ветвях левой средней мозговой артерии. Сенсорная афазия.

В момент инсульта была недлительная потеря сознания, затем постепенно уменьшающаяся оглушенность. Экспрессивная речь не нарушена. Отмечались вербальные парафазии и сенсорно-амнестические нарушения. Через 2 дня после поступления больного в институт у него наблюдалось повторное нарушение мозгового кровообращения, выразившееся в основном в том, что явления сенсорной афазии значительно углубились.

Больной абсолютно не понимал обращенной к нему речи, не выполнял ни одной инструкции, не называл предметов, не мог ничего повторить, «говорил» же очень много, среди потока бессвязных звуков изредка проскальзывали отдельные членораздельные слова и обрывки фраз. Иногда по интонации можно было понять, что речь окружающих вызывает у него раздражение, шум в ушах, усталость. Приводим пример речи больного в этом периоде:

Выписка из протокола от 3 апреля.

Логопед:	Больной:
Как вы себя чувствуете?	Ка...се...маше да такое ос как зузум...
У вас доктор был?	Зум...ку...ку...шешаше такое ну... ну... (показывает рукой на голову, закрывает глаза, потом высовывает язык).

Таким образом, уже на этом раннем этапе выявлялась грубая сенсорная афазия. Полностью отсутствовала способность к письму и чтению, отмечались также пространственные и апрактические расстройства, нарушение схемы тела.

Больной не понимал тяжести своего заболевания, был крайне возбужден, вставал, выходил из палаты, вступал в конфликты с окружающими. В его речевом потоке всегда были ясны интонации объяснения, возмущения, жалобы или просьбы. В связи с этим лечащий врач попросил ускорить начало логопедических занятий, в процессе которых больной скорее мог бы осознать серьезность своего заболевания.

Работа с больным была начата через 5 дней после поступления в институт. Возникал вопрос, как подойти к больному, который был то возбужден, то слегка оглушен, а главное, крайне угнетен и растерян в связи с полным не-

пониманием им речи окружающих. В этом случае нельзя было сразу приступить к развитию дифференцированного восприятия речи на слух и к другим задачам восстановительного обучения, обычным для больных с сенсорной афазией. Первоочередной задачей было налаживание контакта и ободрение больного.

Первое время больной занимался неохотно, отказываясь от выполнения элементарных заданий, так как цель их для него была непонятна. Надо было довести до сознания больного любыми способами, что его будут учить говорить, читать и писать. Однако это не могло быть решено сразу. Прежде всего надо было добиться, чтобы больной сумел и, главное, захотел выполнять те или иные инструкции логопеда. Больному предлагались различные неречевые задания: складывание разрезанных картинок и фигур из элементов, срисовывание, списывание, отраженное повторение жестов и т. п. Таким образом удалось до некоторой степени собрать внимание больного, затормозить его речевой поток. Краткими интонационными репликами поощрялось каждое верно выполненное задание.

Выписка из протокола занятий от 7 апреля.

Перед больным положена картинка «Дом». Логопед жестами объясняет, что надо собрать из кусочков картинку «Дом». Больной сначала рассматривает треугольники, на которые разрезана картинка, затем смотрит недоуменно на логопеда. Логопед складывает из разрезанных частей картинку и снова смешивает их.

Логопед:

Больной:

Показывает, что из кусочков
картинки можно сложить дом.

+ Кас.касита! (понял).

Хорошо!

Дает картинку «яблоко».

Рассматривает каждый кусочек в отдельности и начинает к одному из них неверно подкладывать остальные части. Смотрит на логопеда.

Логопед пожимает плечами, отрицательно, недовольно качает головой, указывает на неразрезанную картинку, лежащую рядом на столе.

Сас... итам почему... (снова рассматривает части картинки и пытается их сложить. Берет целую картинку, накладывает на нее части и т. д.).

Больному предлагается сложить фигуры по простым рисункам из мозаики. Он с трудом справляется с заданием, удрученно качает головой, что-то тихо и бессвязно говорит. Ошибки, допущенные им, он уже видит сам, замечает, что плохо выполняет задание.

Одним из видов занятий с больным было копирование им движений логопеда. Каждое задание мы подкрепляли краткой похвалой или порицаниями: «Хорошо!», «Так!», «Не так!», «Правильно!».

После того как больной стал верно копировать движения, логопед перешел к другим видам подражательной деятельности, например, больному предлагалось срисовать часы и списать подпись под рисунком. При этом выявились пространственные нарушения. Часовые стрелки были вынесены за границу циферблата. При сравнении рисунка с образцом больной уловил недостатки и сделал несколько попыток исправить его. При списывании слова «часы» обнаружилось, что больной понял только то, что от него требуют нарисовать копию каких-то знаков. При переписывании букв было ясно, что больной не связывает эти знаки с названием нарисованного предмета. Тогда же больному предлагалось срисовать дом, очки, списать слова, решить простые арифметические примеры.

Постепенно удалось добиться известного доверия со стороны больного и понимания того, что занятия направлены на исправление его дефектов. С каждым новым рисунком улучшались подражательные возможности больного; он стал спокойнее, внимательнее.

Когда известный контакт с больным был достигнут, начался период большего включения речи логопеда в общение с ним. Больной приучался слушать речь, дифференцируя длину слова и фразы и другие нефонематические признаки. Так, при задании срисовать тот или иной предмет логопед называл его и больной пытался повторить вслед. За логопедом слово или назвать картинку.

9 апреля. Больному предложено срисовать дом.

Логопед:

Нарисуйте дом!

Хорошо!

Нарисуйте мяч!

Нарисуйте часы!

Больной:

Больной срисовывает и произносит: мом...моб...мос...мом

Срисовывает и произносит: мом...мой...мос...сеч

Срисовывает и произносит: масы...сасы...масы...шамы... и т. д.

Постепенно менялось отношение больного как к речи, воспринимаемой на слух, так и к своей собственной. Это выражалось в том, что больной стал вслушиваться в произносимое им слово, пытаться произнести его более верно, начались звуковые поиски слова. При этом на лице боль-

ного появлялась мучительная гримаса недовольства своей речью, он отрицательно качал головой, произнося все новые и новые варианты слов. Бесконтрольный поток речи больного стал тормозиться, и вместе с этим стали выявляться скрытые возможности его речи.

Повторение слов за логопедом стало помогать при списывании слов. Оно все еще носило характер срисовывания, однако больной уже понимал, что он списывает названия картинок.

Вторым приемом работы было стимулирование понимания речи на слух, подключение к жестовой инструкции устного задания. Больной приучался воспринимать побудительные интонации речи логопеда. На третьем занятии он уже правильно подносил руку к носу, показывал глаза и т. д.

После того как больной стал срисовывать и списывать несколько слов и выполнять по устному заданию элементарные инструкции, были начаты занятия по дифференциации слов, далеких по звучанию и отличающихся по длине. Например, «кот» и «телефон». Интонационными особенностями краткой фразы («дайте» или «покажите» тот или иной предмет), в которой логическое ударение подчеркивало существительное, больной подводился к вычленению слова. К концу 2-й недели такой работы поискам нужной картинке стало помогать проговаривание больным услышанного слова.

22 апреля. Перед больным положены две картинки: дом и самолет.

Логопед:

Больной:

Е. В., покажите дом!

— (внимательно следит за логопедом).

Покажите дом! (пауза) дом!

+ (неуверенно, но верно, так как это слово уже знакомо больному. Он рисовал дом, списывал это слово, неоднократно его слышал).

Покажите самолет! (пауза) самолет!

+

Дает больному другую пару картинок — шар и велосипед.

Е. В. покажите велосипед!

— (больной ловит направление взгляда логопеда).

Е. В., это шар. А вот это — велосипед. Покажите велосипед! (пауза)

— (больной пытается проговорить слово). сисисесе...сисипете...

Велосипед!

+ **Сисисисет!**

Хорошо! Правильно!

Покажите шар!

+ (сразу показывает)

Кладет перед больным четыре картинки—дом, самолет, шар, велосипед.

Покажите дом!

Покажите велосипед!

Покажите самолет!

Показывает больному на самолет.
Самолет!

+ (после некоторой паузы).
+ (также после некоторой паузы). Сисисет.
— (показывает сначала шар затем велосипед).
Саса...

Пасак... сапак... сасасок
(больной вслушивается в свою речь, недовольно качает головой).

Таким образом, больной постепенно все более осознает дефектность своей речи.

24 апреля. Перед больным положены знакомые ему картинки

Логопед:

Больной:

Е. В. дайте мне дом!

Ом...ом...ком...мом...дом...мом
+ (после этих попыток повторения больной правильно выполняет задание).

Е. В., вы уже хорошо повторяете.

Очень хорошо!

Поняв по интонации и мимике похвалу логопеда, вдруг разрыдался, затем овладевает собой и жестами и мимикой просит логопеда продолжать занятие.

Е. В., дайте шар!

Шар!

Больной прищуривается.
+ Р...р...ар...тар...тар... дочка, тар?... Вот тар.

Очень хорошо, Е. В.

Разрыдался вновь.

Начиная с этого занятия, больной стал активным, по несколько раз в день приходил сам в кабинет логопеда, жестами, интонацией просил как можно скорее помочь ему, стал собраннее, уменьшилась многоречивость.

Произносимые слова продолжительное время были очень нестойкими, быстро терялись и заменялись случайным набором звуков. Одновременно с появлением возможности повторения обнаружилось оптическое идеограммное узнавание («чтение») подписей к рисункам. Этот факт вновь обретенной способности к «чтению» имел огромное стимулирующее значение. Вместе с увеличением речевых возможностей стали более полно выявляться дефекты речи больного, в том числе вербальные парафазии: например, вместо слова «замок» больной произносит «лючик» (ключик); вместо «жилец» — «зилец», вместо «хвост» — «конец» (конец).

Появилась возможность варьировать по объему и содержанию приемы работы. Так, например, от чтения отдельной подписи перешли к дифференцированию ряда подписей под картинками и т. п.

В это время (8—9-е занятие) все больше расширяется устная речь больного. Так, при выполнении задания он произносит: «очень просто» — или, найдя ошибку, говорит: «нет, вот так». Примером улучшения понимания обращенной к больному речи может служить следующий диалог. Больной не пришел на занятие. Логопед зашел за больным в палату.

Больной:	Логопед:
Вы разве говорили — сегодня?	Да.
Вы — завтра.	Да, но уже наступило утро, наступило завтра.
Тогда сейчас приду.	

Таким образом, больной начал употреблять слова и выражения, адекватные ситуации. При чтении подписей к картинкам он все чаще и чаще реагирует болезненной гримасой на свое нечеткое, неточное произношение.

Итак, к концу первого этапа восстановительного обучения контакт с больным был установлен, он стал доброжелательным, менее возбужденным. Улучшилось понимание им речи окружающих, появились элементы самоконтроля, расширился круг выполняемых на слух инструкций, стало доступным дифференцированное восприятие далеких по звучанию слов и чтение подписей под картинками.

Вместе с тем все больше уточнялась глубина и тяжесть речевого расстройства типа сенсорной афазии. Очень затрудненным оставалось понимание чужой речи, невозможно была на слух дифференциация близких речевых звуков. В собственной речи больного было много вербальных и литеральных парафазии, аграмматизмов. Ему еще недоступны звуковой анализ и аналитическое чтение и письмо. Все это уже требовало других специальных методических приемов, разработанных Э. С. Бейн.

В кратком описании восстановительного обучения больного М-ва показаны необходимость неречевого этапа работы при сенсорной афазии и значение речевой стимуляции в выявлении размеров и глубины речевого дефекта на фоне начала спонтанного восстановления речи.

В дальнейшем больной охотно занимался, серьезно относился к занятиям, но домашние задания самостоятельно

выполнять не мог, поэтому занятия с ним проводились ежедневно. Он был очень вежлив, услужлив, ко всем обращался с ласкательными эпитетами; его речь стала более содержательной. Время от времени у него возникали бурные вспышки беспокойства, тоски по дому, увеличивалось слабодушие. Спустя полтора месяца после начала заболевания он был выписан из института.

В заключение приведем подробное описание восстановительного обучения больного с тотальной афазией, в работе с которым на раннем этапе восстановления были использованы методики стимулирования понимания речи на слух, растормаживания экспрессивной речи с помощью пения и автоматизированных речевых рядов и стимулирования устного высказывания.

Наблюдение 7. Больной Г-р, 40 лет, техник, переведен из 13-й городской больницы, где находился с 21 декабря 1962 г. по поводу нарушения мозгового кровообращения.

Заболевание развивалось постепенно. 8 января 1963 г. возникла тотальная афазия, правосторонняя гемиплегия. 10 января больной был доставлен в Институт неврологии для обследования и лечения. 11 января была произведена пункционная каротидная ангиография. Выявлено отсутствие заполнения всего бассейна левой средней мозговой артерии » выключение коллатерального кровообращения.

Диагноз: атеросклероз сосудов головного мозга, тромбоз основного ствола левой средней мозговой артерии, очаг размягчения в левой лобной доле. Тотальная афазия, правосторонний гемипарез.

Протокол обследования речи больного в день поступления в Институт неврологии АМН СССР

Логопед:	Больной:
Здравствуйте!	Молчит, следит за логопедом.
Здравствуйте!	—
Как вас зовут?	—
Вы давно лежите у нас?	—
Поднимите руку!	+
Закройте глаза!	+
Покажите, где ухо!	—
Покажите нос!	—
Покажите ухо!	—
У вас рука болит?	—
Дайте мне вашу руку!	—
Закройте глаза!	+
Покажите глаза!	— (поднимает руку).
Давайте посмотрим картинки!	—
Покажите, где здесь девочка?	— (слушает, следит за логопедом глазами, двигательного ответа не дает).
Покажите, где здесь дом?	—
Дом!	—
Где рыба?	—

Повторите за мной «рука»!	—
Рука!	
Повторите «девочка»!	- А
Нате карандаш. Напишите «а»!	—
Напишите «а»!	— (берет карандаш, вертит им).
Напишите «у»!	—
Напишите «а»!	— (получаются какие-то каракули, отказывается писать),
Напишите свою фамилию!	—

Итак, при поступлении больной был в сознании, не понимал обращенной к нему речи, выполнял лишь две инструкции («закройте глаза», «поднимите руку») с частыми персеверациями, не мог найти по заданию предметные картинки; повторение звуков и слов отсутствовало, не мог написать ни одной буквы. Таким образом, у него выявлялись тотальная афазия, аграфия, алексия.

Первоочередной задачей было восстановление рецептивной стороны речи. С больным Г-ром, как и с другими больными, по мере установления контакта работа началась со стимулирования понимания с помощью побудительной речи. Больному предлагалось выполнять по устной инструкции различные действия. В случаях, когда он затруднялся выполнить то или иное задание, логопед показывал соответствующее действие, которое больной должен был воспроизвести при повторной устной инструкции.

14 января 1963 г.

Логопед:

Больной:

Закройте глаза!	
Откройте глаза!	+
Дайте мне вашу руку!	— (смотрит непонимающе).
Откройте рот!	— (закрывает глаза).
Где у вас рот?	—
Вот ваш рот. Откройте рот!	
(показывает больному свой открытый рот)	
Дайте мне яблоко!	— (смотрит непонимающе).
Поднимите руку вверх!	+
Очень хорошо! Молодец!	Улыбается в ответ на улыбку логопеда.
Слушайте. Вот это дом.	
Это рыба. Это девочка.	
Где здесь дом?	— (поднимает руку).
Покажите! (указательным жестом показывает, что надо делать).	
Где дом?	— (протягивает руку к картинке «девочка»).

Одновременно со стимулированием понимания речи на слух на первом занятии мы попытались вызвать у больного несколько звуков.

С помощью оптико-тактильного метода, путем подражания артикуляции логопеда, у больного были вызваны звуки «а», «у», «м» и слово «мама», которым он попытался назвать свою жену. Но через 2 дня слово «мама» превратилось в речевой эмбол и на все задания больной отвечал многократным повторением этого слова.

Приведем пример превращения слова «мама» и поставленного звука «а» в речевые эмболы.

17 января.

Логопед:	Больной:
Где у вас вода? Вот вода (берет стакан с водой). Вода нужна для питья. Мы пьем воду.	Мама (утвердительно кивает головой).
Это вода (льет воду на блюдце).	Слушает.
Вода — жидкость, она льется.	Слушает.
Вода течет в реках, морях, в умывальнике.	Слушает.
Вода нужна, чтобы заварить чай, сварить суп и другую пищу.	А! (сердито отворачивается).
В пустыне есть вода?	Мама (отрицательно качает головой).
Вы хотите воды?	Мама...а...
Что это такое? (показывает воду).	Мама...а (сердится, мимически объясняет, что не может говорить).
Как это называется?	А...а...а (показывает на рот).
Повторите за мной: «вода»!	А.

Таким образом, несмотря на многократное произнесение логопедом слова «вода» в различных контекстах, называние и произнесение его не получилось. Какая-либо речевая продукция (речевые эмболы) возникала у больного лишь в случаях направленного к нему вопроса, побуждения к речи.

Дальнейшие занятия проводились по методике стимулирования понимания речи на слух с помощью побудительной речи с характерными для нее интонациями. Больному предлагались как задания, которые он мог уже выполнить, так и новые инструкции, расширяющие круг понимания услышанной им речи.

19 января.

Логопед:

Как вы себя чувствуете?
Здравствуйте! Дайте мне руку!

Давайте заниматься!
Поднимите руку вверх!
Хорошо! Опустите!
Дайте мне яблоко!

Дайте мне полотенце!
Положите полотенце около подушки!
Где у вас подушка!

Вот подушка.
Положите полотенце около подушки!
Откройте тумбочку!
Нет! Где у вас тумбочка?
Вот тумбочка! Откройте тумбочку!

Больной:

А! (улыбается)
Кивает головой, дает руку.

Утвердительно кивает головой.
Поднимает ее.
Мама (опускает).
После заминки ищет глазами яблоко и дает его.
Дает.
Кладет на одеяло.

Не показывает, вопросительно смотрит на логопеда.

А! (выполняет правильно).

Открывает рот.

—
Мама! (выполняет правильно).

Таким образом, уже через неделю работы по методике стимулирования понимания речи на слух с помощью побудительной речи, мимики и жестов было достигнуто некоторое улучшение понимания больным чужой речи. Он вышел из стадии тотальной афазии.

В связи с тем что у больного восстановилось элементарное понимание чужой речи, была начата работа по реставрированию речевой функции с помощью пения и автоматизированных речевых рядов.

19 января.

Логопед:

Потихоньку, чтобы не мешать другим больным, споем какую-нибудь песню.

Сначала спою я. Какую песенку вам спеть?

Спою я вам «Катюшу» (вполголоса начинает петь песню).

Давайте споем вместе!

Вы раньше пели?

Вы хорошо поете, но очень громко; давайте петь вполголоса. Рот не надо широко раскрывать! Закройте рот! Давайте еще раз споем!

Больной:

Смотрит недоуменно.

Улыбается.

Слушает, постепенно становится активнее, в такт кивает головой.

Смущенно улыбается, начинает громко петь мелодию на звуке «а».

А! (утвердительно кивает головой).

Начинает петь тише.

Во время пения больным мелодии песни слышны паузы, переходы от одной строки к другой. Постепенно логопед начинает произносить в процессе пения слова: расцветали... поплыли... выходила... выходила... заводила... любила... берегла.

Из песни выделялись не существительные, а глаголы. Это делалось в целях предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля». Больной, копируя логопеда, стал пытаться произносить во время пения слова. При этом он внимательно следил за лицом педагога, старался уловить тот момент, когда логопед начнет что-либо произносить.

Первый раз

Текст песни: расцветали яблони и груши.

Логопед: расцветали... (остальное напевалось без слов).

Больной: а....а...

Текст песни: поплыли туманы над рекой.

Логопед: поплыли... (без слов)

Больной: а.....а...

Текст песни: выходила на берег Катюша.

Логопед: выходила... (без слов).

Больной: ...а.и.а....а (на слове «Катюша» больной пропел долгое «а»).

Текст песни: на высокий на берег крутой.

Логопед: (все без слов)

Больной: (все без слов).

Второй раз

Текст песни: расцветали яблони и груши.

Логопед: расцветали... (без слов).

Больной: а...и.али...

Текст песни: поплыли туманы над рекой.

Логопед: поплыли... (без слов).

Больной: попи. и...а.

Текст песни: выходила на берег Катюша.

Логопед: выходила... (без слов).

Больной: ы.а.ила.

Текст песни: на высокий на берег крутой.

Логопед: (все без слов).

Больной: а...а...

Таким образом, при втором напевании песни у больного несколько раз были попытки произнести слово во время пения. В третий раз логопед пел песню с произнесением всех слов.

Третий раз

Логопед: расцветали яблони и груши.

Больной: а...и.али...и.и у.и

Логопед: поплыли туманы над рекой.

Больной: па...и.и..у.а.....о...

Логопед: выходила на берег Катюша.

Больной: ви.а.ила..а....а.у.а

Логопед: на высокий на берег крутой.

Больной: а...и...а...ой.

Наиболее оформленными в звуковом отношении оказались те слова, которые больной услышал при пении раньше.

21 января продолжалась работа по растормаживанию устной речи с помощью автоматизированного счета от 1 до 10. Стимулировалось также выполнение больным действий по устным инструкциям логопеда. Так как самостоятельно сосчитать от 1 до 10 больной не мог, опять использовалось сопряженное и отраженное повторение. Так же, как и при пении, при повторении числового ряда в начале больной произносил какой-либо ударный звук слова. При следующих повторениях числовых рядов стали появляться отдельные слоги.

Через 4 дня после включения в восстановительную работу методики растормаживания речи с помощью пения и автоматизированных речевых рядов больному стало доступно произнесение контуров слов в тексте песни и речевого ряда.

Тогда же была сделана попытка вызвать первое, необходимое для общения слово «да» как ответ на вопросы.

23 января.

Логопед:

Больной:

Как вы себя чувствуете?

А (улыбается).

Вы себя чувствуете лучше?

А.

Да?

А!

Повторите за мной: «да»!

А, мама.

Положите язык на зубы!

Это больному удастся не сразу.

Прикусите язык! (показывает больному артикуляцию «д» с межзубным положением языка)

Повторите за мной: «да»!

А!

Держите язык на зубах! Да!

Да!

Хорошо! Еще раз скажите:

Да!

«да»!

Вы сегодня завтракали?	Молчит, утвердительно кивает головой.
Скажите «да».	Да!
Вы сегодня спали?	Молчит, утвердительно кивает головой.
Скажите: «да»!	Да!
Вас зовут Ф. И.?	Да! (уже без помощи логопеда).
Ваша фамилия Г.?	А!
Да!	Да!
Вы живете в Москве?	А (неопределенное покачивание головой).
Вы живете в Расторгуеве? Да?	Да!
У вас жена сегодня была?	Да... мама.
«Мама» говорить не надо!	
У вас есть дочка?	А! (кивает головой).
Скажите: «да»!	Да.
Ее зовут Лена?	Да (улыбается).

Как видно из приведенного протокола, все же иногда использовался и оптико-тактильный метод, «подтолкнувший» образование звука «д» и слова «да».

На следующих занятиях у больного появилось обильное нечленораздельное бормотание, которое он произносил, как бы обращаясь к окружающим. Постепенно в течение нескольких занятий закрепилось слово «да», появилась возможность повторения слов не только в речевом ряду, но и отдельно, вне речевого ряда. Улучшилось понимание чужой речи. Одновременно со стимулированием устного высказывания продолжалось стимулирование понимания больным глаголов, предлогов, местоимений. Они выделялись интонацией и логическим ударением. Приведем протокол занятия, в котором сочетались эти приемы работы.

24 января.

Логопед:	Больной:
Как ваши дела?	(что-то бормочет, непонятно)
	а-каты...ла...та
Вы сегодня ели?	Да.
У вас доктор был?	Да, был.
Давайте позанимаемся! Слушайте меня внимательно! Возьмите книгу!	+
Положите книгу!	+
А теперь будет немного труднее. Слушайте внимательно! Откройте книгу!	+
Найдите картинку, где мальчик БЕЖИТ! Мальчик БЕЖИТ!	+
Хорошо!	(очень неуверенно).

>/4*

107

Теперь покажите картинку, где
девочка ПЬЕТ чай!

+ (медленно рассматривает
картинки, смотрит на логопеда,
неуверенно показывает на нуж-
ную картинку и произносит: пи...).

Вы ПИЛИ сегодня чай?

Хорошо. Отдохните.

Сейчас будем с вами петь. Да-
вайте споем песню про Катюшу!

Да, пили.

Дате атака.

В процессе этих занятий иногда у еще безречевых боль-
ного возникала возможность произнесения отдельных слов:
«пи... (пить)», «да, пили», «дате атака» (видимо, «давай-
те»).

При пении больной все чаще договаривает окончания
слов, иногда правильно произносит целое слово:

Логопед: расцветали яблони и груши.

Больной: ат...итати а. лани и уши...

Логопед: поплыли туманы над рекой

Больной: потили тутаны на й ой

Логопед: выходила на берег Катюша

Больной: ...ила на и ек Катюша

Логопед: на высокий на берег крутой

Больной: а и окий на и ек утой.

Логопед:

Больной:

Какую мы песню сейчас пели?

Атапакататата (беспорядочный
набор слогов, но не эмбол «ма-
ма»).

О ком мы пели?

А таката.

О Катюше?

Да.

Что она делала?

Дела.

О чем она пела?

А тетекате та та.

Как видно из протокола, наряду с элементами повторе-
ния, иногда правильного употребления слова «да», у боль-
ного появился набор непонятных, бессвязных слогосочета-
ний, которыми он отвечал на сложный вопрос. В дальней-
шем он довольно часто, даже в стадии некоторой возмож-
ности самостоятельного построения ответа на заданный
вопрос, будет соскальзывать на подобные бессвязные сло-
говые сочетания. Интересно то, что они были обильно ин-
тонационно окрашены и можно было «понять», что боль-
ной стремится «изложить свою мысль». Чтобы не травми-
ровать больного, логопед делал вид, что понимает его.

¹ Наряду с этой песней мы использовали в своей работе песню Ду-
наевского «Веселый ветер» и народную песню «Во поле березонька
стояла».

Стимулирование понимания речи на слух с помощью побудительных инструкций и общего развития слухового восприятия через 2—3 недели привело к некоторым положительным результатам. Шире стал круг выполняемых инструкций, с больным был установлен контакт, он охотно занимался с логопедом. Однако трудности понимания связной речи все еще имели место. Больному было доступно произнесение контуров отдельных слов в тексте песни и цифрового ряда (от 1 до 10), повторение и частичное употребление слова «да». Главным достижением являлось то, что больной вышел из стадии тотальной афазии. Это был уже больной с грубой моторной афазией, со значительными еще нарушениями понимания чужой речи.

* Дальнейшая работа была подчинена следующим задачам: стимулированию понимания речи на слух; дальнейшему растормаживанию речевой функции; предупреждению аграмматизма типа «телеграфного стиля»; подготовительным упражнениям к употреблению предлогов; изжитию склонности к речевым эмболам, которые занимали к этому времени большое место в общении больного с окружающими. Это достигалось самыми различными приемами: выполнением побудительных инструкций логопеда, включающих в себя доступные больному действия; включением в число побудительных инструкций фраз, содержащих конкретные предлоги («на», «в», «под», «к», «из» и т. д.); употреблением готовых формулировок в ответах на повторяющиеся вопросы; стимулированием названия действий (больному предоставлялась возможность взять ответ-глагол из вопроса логопеда, в трудных случаях применялось договаривание начатого логопедом слова); беседой с больным на темы дня и по сюжетным картинкам и стимулированием высказываний по простым сюжетным картинкам— сначала совместно с логопедом, затем самостоятельно.

Иногда с больным «обсуждались» предметные картинки для развития понимания фраз различных конструкций, что содействовало более общему стимулированию восприятия речи. Например, для «беседы» о слове «стол» были привлечены следующие картинки и фотографии: стол без скатерти, обеденный стол с посудой и письменный стол; стол среди другой мебели; столяр делает стол; столы из разных материалов (деревянный и больничный — металлический столик); столы в столовой, в библиотеке, в мастерской. В процессе беседы логическое ударение в речи логопеда пе-

реносилось, как правило, на глагол, что соответствовало задачам предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля».

30 января.

Логопед:

Ф. И., ПОСМОТРИТЕ на эту картинку! ПОСЛУШАЙТЕ, что я вам о ней расскажу! Это стол. ПОКАЖИТЕ, где ваш стол?

Правильно! А теперь внимательно ПОСЛУШАЙТЕ, что можно сказать о столе! Вот стол! Из чего он состоит? СМОТРИТЕ, вот ножки стола. Четыре ножки. ПОСЧИТАЙТЕ ИХ! ДАВАЙТЕ считать вместе. Раз, два, три, четыре.

Нет, ВЫ НЕ СПЕШИТЕ. У стола только четыре ножки. Раз, два, три, четыре. Четыре ножки.

У стола есть крышка. ГДЕ крышка у стола?

ВОТ крышка.

У ЭТОГО стола где крышка? (показывает на больничный стол).

У ЭТОГО стола ГДЕ крышка? ВОТ ОНА.

У этого стола ящика нет, а вот другой стол. У НЕГО есть ящики. ПОКАЖИТЕ, где ящик в ВАШЕЙ ТУМБОЧКЕ! ОТКРОЙТЕ ЯЩИК, ВЫДВИНЬТЕ ЕГО!

Хорошо!

Какие бывают столы? Смотри-те, вот обеденный стол, вот письменный, вот стол рабочего (показывает картинки).

Вы не устали, Ф. И.?

СЛУШАЙТЕ ДАЛЬШЕ! Здесь нарисована комната. В КОМНАТЕ много мебели. Вот стол, стулья, диван, шкаф. ЭТО ВСЕ МЕБЕЛЬ. И стол — мебель. Да?

А теперь ДАВАЙТЕ ПОСМОТРИМ, где делают мебель, где делают столы. Вот картинка. Рабочий СТРОГАЕТ доску. Он ДЕЛАЕТ стол. Вам такая картина знакома?

А куда ставят столы? Где столы находятся? Давайте посмотрим еще картинки. Вот стол в комнате. Да?

Больной:

Больной показывает сначала на тумбочку, затем на больничный передвижной столик.

Раз, два, три, четыре, пять.

Что-то бормочет, не понимает.

Больной показывает не сразу.

Больной открывает дверцу тумбочки, потом закрывает ее, поправляется и выдвигает ящик тумбочки. Все время пытается что-то сказать, но получается только бормотание.

(Слушает, молчит)

Отрицательно качает головой. А! (в знак согласия).

А! (радостно).

Молчит, слушает.

Вот стол на кухне. Вот стол в мастерской. Вот стол у вас в палате. А теперь давайте посмотрим, из чего делают столы. Этот стол из дерева. А вот этот столик из железа. Да?

Да!

Так для чего же нам нужны столы? ЧТО МЫ ДЕЛАЕМ за столом? МЫ ЕДИМ за столом? ТАК?

А!

Мы работаем за столом? Да? И мы пишем за столом. Скоро вам разрешат сидеть, и вы тоже будете СИДЕТЬ за столом.

Да!

И т. д.

В процессе занятий с помощью логического ударения и интонаций выделялись слова глагольного происхождения, предлоги, местоимения.

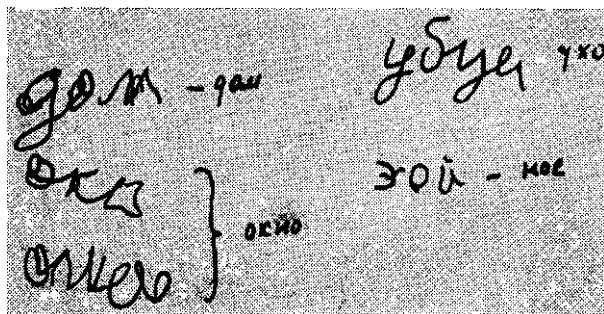


Рис. 14. Пример письма под диктовку больного Г-ра.

В конце двенадцатого занятия лечащий врач разрешил больному впервые сесть, и мы воспользовались этим для того, чтобы начать работу по стимулированию восстановления письма. Больному были даны для диктанта и списывания несколько простых слов (рис. 14). При этом обнаружилась грубая аграфия. Часть слов больной написал верно, но по мере нарастания утомления письмо его ухудшалось (дом+; нос— «эой»).

На этом этапе мы все еще возвращались к использованию автоматизированных речевых рядов. Если на первых занятиях порядковый счет произносился больным совместно с логопедом, то на последующих занятиях логопед временно включался из произнесения числового ряда и боль-

ной самостоятельно продолжал перечислять цифры. Затем логопед писал какое-либо число и больной должен был остановиться, дойдя до этой цифры. Позже больному предлагалось назвать эти числа без предварительного проговаривания вслух всего речевого ряда.

1 февраля.

Логопед:

Больной:

Ф. И., сейчас мы опять повторим числа от 1 до 10, но сегодня вы немного посчитаете сами. Хорошо!

А! (улыбается).

Один, два, три, четыре (молча показывает на пальцах — пять, шесть, семь, восемь, девять, десять).

Ии, да, ти, титие, пять, шесть, се...ть, ...ть, сять.

Еще раз, Ф. И. но сейчас я вам покажу цифры; будем считать вместе: один, два, три, четыре, пять, шесть, семь, восемь, девять, десять.

Айн, два, ти, титие, пять, шесть, семь, восемь, деть, десять.

А теперь вы опять будете часть чисел называть сами, без меня. Начнем вместе: один, два... (остальные числа показывает больному на пальцах молча).

Один, два, ти, титыре, пять, шесть, емь, семь, деть, сять.

Хорошо! А теперь я покажу вам число (5), а вы скажете, как оно называется!

Ти... ти.

Нет, вы не спешите! Сосчитайте шепотом про себя, а это число скажите громко!

(шепотом). Ати. . . . та...ри.. пять.

Повторите: «пять»!

Пять.

А это какое число? (2)

Ади, да...

Повторите: «два»!

А!

Два!

Д-ва.

А это какое число? (4)

А...ди...да...та...ка...та.

Четыре!

А как та.

Это че-ты-ре!

...тые.

Хорошо!

Одновременно с использованием автоматизированных речевых рядов мы продолжали работу над улучшением понимания предлогов. В течение двух недель стимулировалось понимание предлогов «на», «в», «под» как наиболее конкретных. Для этого мы брали различные мелкие предметы и изменяли их местонахождение по инструкции «положите...». Затем мы перешли к предлогам «из», «за», «над», «около», «у», постепенно увеличивая сложность инструкции.

4 февраля.

Логопед:	Больной:
ф. И., возьмите ложку!	+
Положите ее в ящик!	
Положите НА окно!	
Хорошо! Где у вас книга? Возьмите ее, положите НА тумбочку!	+
ИЗ тумбочки достаньте другую книгу!	— (растерян, дает книгу, открывает тумбочку, кладет туда книгу).
У вас еще есть книга?	А, да.
Азбука? Достаньте ее, она лежит В тумбочке. Достаньте ее ИЗ тумбочки!	+
Положите карандаш В книгу!	— (кладет под книгу).
Нет! В! (показывает жестами, что надо положить «В»).	А, да.
Положите карандаш ПОД книгу! ПОД книгу!	— (кладет в книгу).
Возьмите карандаш! Положите его В тетрадь!	— (кладет под тетрадь).
Положите его В тетрадь!	+
Положите его В книгу!	— (кладет под книгу).

С целью предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля» уже на самом первом этапе работы — этапе овладения словом — больному давали глагольный, предикативный материал и избегали называние предметов и предметных картинок; в речь больного вводился строго ограниченный на первых порах словарь, который развивал глагольную сторону его речи, создавал ее динамический фундамент. Для этого прежде всего больной приучался слушать побудительную, глагольную речь, из напеваемых песен вычленялись в первую очередь глаголы, названия действий. Когда стало возможным повторение, больному предлагалось повторять и использовать в беседе глаголы и служебные слова: тут, там, вот, да, нет, я хочу есть, пить, дайте и др.

Задачей следующих занятий было стимулирование произнесения больным слов «хорошо» и «плохо», а также фраз: я хочу есть; я хочу спать; я хочу пить, я хочу умыться; я буду читать; я буду писать; я буду говорить. Это достигалось побуждающими больного к высказыванию вопросами с соответствующими беседе вопросительными и побудительными интонациями.

8 февраля.

Логопед:	Больной:
КАК вы себя сегодня чувствуете?	Молчит, пожимает плечами,

Хорошо или плохо вы себя сегодня чувствуете?

КАК вы сегодня спали?

КАК вы играете в шахматы?

Плохо?

А в домино?

Вы уже обедали?

Вы хотите есть?

А если вы захотите есть, как вы попросите, чтобы вам дали обед?

ЧТО вы БОЛЬШЕ всего хотите?

Нет СКАЖИТЕ всю фразу! Я...

Как вы попросите кашу?

Попросите у меня палку!

Повторите: «дайте палку»!

Попросите у меня воду!

Попросите ложку!

Хоошо.

Так, хоошо.

Не хоошо.

Да, похо! (смеется).

Хоошо.

Нет.

Нет.

А! Хошу есть.

Оворить.

Я хошу оворить.

Дате кашу.

Дате пата...палу...талку.

Дате палту.

Дате воду.

Дате мне лoшку... лотку, ложту.

Таким образом, потребовалось 4 недели восстановительной работы, чтобы у больного появилась возможность элементарного устного общения.

В процессе занятий все более уточнялась степень непонимания больным некоторых предлогов. Некоторые занятия специально отводились восстановлению понимания устных инструкций, включающих различные предлоги (около, из, за, через, над и др.).

10 февраля.

Логопед:

Как вы себя чувствуете?

У вас вчера жена была?

Вы уже завтракали?

ЗАВТРАКАЛ!

Давайте заниматься!

Садитесь!

Это ваша кружка?

Скажите: «моя»!

Поставьте кружку поближе! (с жестом)

Это ваша ложка?

Положите ложку В кружку!

Возьмите ее!

Положите ложку НА кружку!

НА кружку!

Хорошо!

А теперь положите ее ОКОЛО кружки, НА тумбочку!

Положите ложку НА тарелку!

Хорошо!

Положите ложку ПОД тарелку!

Больной:

Орошо.

Была.

Автракали.

Автракал.

Дате.

Садитесь.

Да, ая.

Мо-я.

Выполняет задание правильно.

Моя.

Выполняет правильно.

Выполняет правильно.

Кладет в кружку.

Выполняет правильно.

Выполняет правильно.

Выполняет правильно.

Кладет ложку около тарелки.

Положите ложку ПОД тарелку!	Держит ложку, смотрит на логопеда.
ПОД тарелку! ПОД!	Выполняет правильно.
ХОРОШО!	
Положите ложку ЗА кружку!	Кладет около кружки.
Нет! ЗА — это когда предмет спрятан. Вот так!	
Положите карандаш ЗА книгу!	Выполняет правильно.
Положите карандаш около тарелки!	Ищет место, следит за лицом логопеда.
К вам дочка приходила?	Да.
А доктор к вам приходил?	Да (но предлог «к» не схвачен; просто понятно, что дочка приходила, врач приходил).

Через 3 недели восстановительного обучения в речи больного стали проскальзывать собственные слова, не искаженные эмболом.

11 февраля.

Логопед:	Больной:
Теперь будем говорить по этой картинке!	...Смотрите так!
Дворник подметает улицу.	Двоти... метаает... не подсказыва... тутиту (т. е. не подсказывайте).

Как видно из этого протокола, больной спонтанно произнес слова «смотрите так» и «не подсказывайте». Если слово «смотрите» взято из словаря логопеда, который при показе картинок произносил слово «посмотрим», то слово «не подсказывайте» — первое спонтанно возникшее слово. Обращало на себя внимание, что оно употреблено в повелительном наклонении.

Это говорит о том, что в результате использования методики стимулирования понимания речи на слух и стимулирования устного высказывания при помощи побудительного вида речи у больного в свою очередь спонтанно возникали слова-глаголы, употребленные во втором лице множественного числа, в повелительном наклонении — слова побудительного характера.

В это же время (4—5-я неделя восстановительного обучения) у больного появилась возможность правильного, без парафазии, глобального чтения простых слов, главным образом имен. При переходе к чтению незнакомых, не проработанных слов больной давал обильные парафазии и однажды сказал: «Я их не знаю, обидно».

В связи с изменением речевых возможностей больного возникали новые задачи восстановительного обучения. На-

чался следующий этап работы. От стимулирования понимания речи на слух и элементарной речи мы перешли к более широкому стимулированию устного высказывания больного. Для этого различными вопросами вызывалось правильное составление фраз по простым сюжетным картинкам.

Вводимые извне названия предметов употреблялись нами лишь в косвенных падежах, т. е. в контексте. На первом этапе при стимулировании понимания мы не давали больному названия предметов, не спрашивали его: где нож? где вилка? и т. п., а говорили: «Покажите вилку (палку и т. п.)». Первые фразы больного включают также существительные в косвенных падежах: дайте ложку, дайте воду.

Все чаще у больного стали появляться попытки самостоятельно составить фразу. Приведем примеры составления больным фраз по картинкам. 25 февраля по картинке «Мальчик читает» больной составил фразу «Мальчик занимается за столитом», по картинке «Мальчик пишет» — «Мальчик снимат писать» (по-видимому, мальчик начинает писать). Затем дважды больной пытается исправить сказанное им: «Мальчик делает карандашом» и «Мальчик письма посьминают раздете». По картине «Мальчик удит рыбу» — «Мальчик вытаскивает из речки окунька», «Окунька мальчик сразу вытаскивает».

В течение 3-го месяца восстановительного обучения речь больного стала более правильной в грамматическом отношении. Словарь значительно расширился. Однако речь была еще реактивна, носила в значительной степени характер ответа на вопрос.

Для иллюстрации речи больного приведем протокол беседы логопеда с больным по открытке «Письмо с фронта» (художник А. И. Лактионов).

Логопед:	Больной:
	Старая женщина дала про... контролировать азбуку.
Разве здесь идет речь об азбуке?	А что? Ну, не надо. Другая женщина зашла к ней.
Зачем?	И прочитать... прочитать... молчать письмо.
Откуда это письмо пришло?	Хотя гражданка, к которой она пришла, она получила письмо от газет.
От кого она получила письмо?	От кого? От мужа.
Откуда он ей пишет письмо?	Он пишет письмо с фронта.

Речь больного на темы дня была более краткой и точ-

2 марта.

Логопед:

Больной:

Как ваши дела?

Получше.

Что вы сегодня утром делали?

Утром? Встал, обулся, умылся, причёсался, ел, пил.

Иногда в ответах на вопросы, эмоционально задевающие его, больной произносил довольно сложные фразы. Так, 8 марта на вопрос о том, почему он не пришел на занятие, больной ответил: «Так у вас же сегодня международный праздник».

К концу 3-го месяца восстановительного обучения все чаще стали появляться элементы активной ситуативной речи. Так, когда логопед начал записывать сказанное больным на последний лист в тетради, он произнес: «Надо менять тетрадь».

1 апреля больной вошел в кабинет логопеда со словами: «Что вы мне сегодня скажете?»

Логопед:

Больной:

Были ли у вас врач?

Был.

Что он вам говорил?

Ну, проверил собственно общее состояние и больше ничего.

Ходите ли вы гулять?

Последнее время не ходил.

Когда вас выписывают?

Могу сказать, что сегодня меня жена ошеломила и сказала, что в пятницу или в субботу.

А вы думали, когда вас выпишут?

Ну — то же самое.

Что вы дома будете делать?

Дома буду бачить, все работы делать.

Больной выписался из института после трехмесячного курса логопедических занятий. Он стал понимать речь окружающих; значительно восстановился его словарный запас. Ему стало доступно составление фраз по простым сюжетным картинкам. Пересказ прочитанного был возможен лишь при помощи наводящих вопросов. Наблюдались обильные вербальные и литеральные парафазии. Стало доступным письмо под диктовку с опорой на проговаривание 4—5-буквенных слов и коротких предложений из этих слов (рис. 15). Спонтанная речь все еще носила несколько реактивный характер.

Через 6 месяцев больной снова поступил в Институт неврологии АМН СССР для продолжения курса восстано-

вительного обучения. Значительных изменений в состоянии его речи за это время не произошло. Более того, несколько снизилась речевая активность в беседах с окружающими; он стал менее разговорчив, в основном пользовался односложными ответами, но без явлений аграмматизма типа «телеграфного стиля». Стойкой оказалась акалькулия (по восстановлению счетных операций на начальном этапе работа не проводилась).

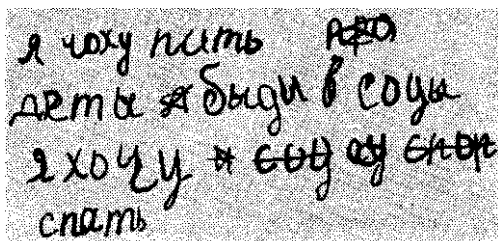


Рис. 15. Пример письма под диктовку больного Г-ра.

В связи с тем что основным дефектом в речи больного была речевая аспонтанность, преодоление ее явилось главной задачей в этом периоде. Для развития речевой активности проводилась систематическая работа по восстановлению вопросительной формы речи больного. Особое внимание уделялось вопросительным словам, синтаксису и интонации вопросительного предложения.

Занятия велись в виде диалога, в вопросно-ответной форме, где инициатором беседы должен был выступать больной. Конкретно это выражалось в том, что по сюжетным картинкам, прочитанным рассказам, событиям дня больной сам задавал вопросы логопеду.

Для облегчения задачи и для систематичности овладения различными видами побудительной и вопросительной речи больному было предложено пользоваться списком вопросительных слов, введением обращения в побудительное или вопросительное предложение. Так сочетались на этом этапе работы стимулирующие и перестраивающие методики восстановительного обучения.

Приведем несколько выписок из протоколов занятий с больным в этом периоде.

1 ноября.

Логопед:

И., попробуйте дать мне какое-нибудь простое задание! А я постараюсь его выполнить. Наливает воду и дает ее больному.

Ф. И., почему же вы не пьете воду?

Так зачем же вы просили воду?

Попросите меня еще о чем-нибудь!

С удовольствием!

Больной:

Ну, налейте мне стакан воды!

А я не хочу.

Ну, так это было... Это было... просто просьба.

Постучите карандашом по стакану!

2 ноября.

Больной¹:

М. К., что они хотят делать?

М. К., а вот они... (пауза).

Зачем они тащат собаку?

М. К., а вот лыжи. Зачем они их несут?

Нет, неправильно!

Это верно.

Логопед:

(Стучит карандашом по стакану).

Продолжает стучать по столу.

Кашляет.

Делает вид, что плачет.

Логопед:

Давайте разговаривать по картинкам (дает больному картинки).

Они собираются гулять.

Зачем... (логопед подсказывает больному слово для дальнейшего развертывания предложения).

Они хотят запрячь собаку в санки.

Они будут плавать (провокационный ответ).

Они будут кататься на лыжах.

Больной:

Бросьте стучать по стакану!

Перестаньте стучать по столу!

Не надо кашлять!

Не плачьте!

4 ноября.

Больной:

М. К., что это висит?

А какое оно размером?

М. К., а что этот мальчик работает?

Ну, играет. Во что он играет?

М. К., а вот это мальчик куда лезет?

М. К., а вот это что за цветы?

Логопед:

Пальто.

Детское.

Он разве работает?

Он катает колесо.

Он лезет на дерево.

Это амарилис.

Как видно из приведенных примеров, больной начинает каждую фразу с обращения. Иногда больной затрудняется в подборе слов.

¹ Так как «ведущим» в беседе должен быть больной, мы меняем порядок протокола: сначала записываем речь больного, затем — логопеда.

5 ноября при проверке письменных работ больной сказал: «А это мне подсказали». Логопед: «Кто подсказал?» Больной: «Антонина Сергеевна». Итак, больной стал активнее, пытается что-то сообщить о себе.

Усложняя задание, логопед предлагает больному пользоваться вопросительными словами: кто? что? где? куда? зачем? сколько? почему? когда? — и записывает их в тетради больного.

Больной:

Да я не анаю, что тут спрашивать.

М. К., кто эта девочка поливает?

Что эта девочка поливает?

Кто стучит?

Где этот мальчик пилит доску?

Куда эта девочка смотрит?

Зачем этот мальчик становится на лопату?

Долго думает, как употребить следующее по списку слово «почему».

Почему мне не дают долго спать?

Надо сказать «почему», я и говорю.

Логопед:

Используйте эти вопросы и спрашивайте меня по картинкам. Подумайте!

Так не говорят! Правильно: «что она поливает?»

Я прошу вас употребить слово «кто». Если раздается стук в дверь, что вы спросите?

Хорошо. Продолжайте спрашивать меня.

Во дворе.

Она смотрит на ребят.

Он копает яму.

Кто это вам не дает спать?

10 ноября.

Больной:

Куда вы вчера ходили?

А в какой театр вы ходили?

А в Малом театре что смотрели?

Ну, как—публике понравилось?

А артисты какие играли?

А как вы проводили праздники?

Ну, а на самом деле что было?

Ну, все, вроде.

Логопед:

В театр.

В Малый театр.

Я смотрела спектакль «Коллеги».

Очень понравилось.

Коршунов, Велихов, Буркина и другие.

Я работала.

Отдыхала.

Одним из вариантов такого типа занятий был следующий. Логопед напоминал больному общеизвестные сведения о жизни и творчестве какого-либо писателя, художника или ученого. После этого больной, пользуясь сведениями,

сообщенными ему логопедом, обращался к нему с различными вопросами по биографии и творчеству этого исторического лица.

1 декабря. Беседа о биографии и творчестве А. С. Пушкина.

Больной:

Логопед:

В каком году он родился?

Он родился в 1799 году.

В каком году его постигла смерть?

Он умер в 1837 году.

А он вам нравится?

Да, я очень люблю Пушкина.

Какие его произведения вам нравятся?

Больше всего я люблю его драмы и, конечно, роман «Евгений Онегин».

А какие сказки Пушкин написал?

«Сказку о царе Салтане», «О рыбаке и рыбке» и другие.

В связи с восстановлением активной речи больного Г-ра следует отметить одну интересную деталь. Его речь в течение первых 3 месяцев восстановления была бедной в интонационном отношении. И лишь на последнем этапе восстановления, этапе преодоления аспонтанности, в речи опять появились самые различные интонации (интонации обращения, побуждения, удивления, недоумения, отрицания и т. п.). Это наблюдалось нами и у других больных.

Таким образом, через месяц работы по активизации речевой функции у больного наметился положительный сдвиг. Он стал активен, часто обращался к другим лицам с вопросами, вступал в беседу и спор. Например, когда в конце одного занятия логопед похвалил Г-ра в присутствии другого больного, Г-р, обращаясь к этому больному, произнес: «Во, как надо заниматься! Бери пример с меня. Меня-то хвалят». Другой пример. Больной вошел в кабинет логопеда со словами: «Слышали, что в Америке делается?» На вопрос логопеда «Что же там происходит?» больной ответил: «Ай-ай-ай, надо газеты читать или хотя бы радио слушать».

Собственная речь больного к этому времени стала довольно развернутой, без грубого аграмматизма; изредка встречались трудности выбора слова.

Приведем протокол рассказа больного о том, как он провел день 13 ноября.

«Сегодня я встал рано. Утром пошел помылся. Потом... сестра пришла и начала со мной делать гимнастику, потом я пошел в столовую. Я ел манную кашу и... творогу чуть-чуть и стакан чаю. Потом я... я пошел домой в па... палату... в свою палату номер пятьдесят пять, пять... Вот. Ждал, потом меня вызвал врач и сказал, чтобы я никуда не ходил

и ждал его вызова. Ждал, ждал я его — его нет; и другой врач со второго этажа спустился и сказал: «Пойдем ко мне». Пришел, а она (сестра) говорит... «Я вас жду». «А зачем?» А она: «Кровь вводить». Во! И ввела кровь, и говорит: «Вы не ходите после этого, ну, минут 30». Ну, я полежал минут 30 и пошел к вам».

Юра в леви Катю
Шура был дома
но учил уроки
там же он поил гуаго.
вечер Шура ел кашу
в в девт часв он лег спав

Рис. 16. Контрольный диктант (без проговаривания) больного Г-ра.

Здравсуй дорожа Вала!
Пишу тебе сам.
Чистую себя хорошо
Сплю верто прекрасно
Как ты отыкаешь?
Какая у тебя погода?
Поздравладу тебя с новым
годом!
Посвидання милая
Вала!
целую Федя!
Мы
Мона навмалот Мана

Рис. 17 Самостоятельное письмо больного Г-ра.

За два месяца работы у больного произошел заметный сдвиг и в состоянии письма (рис. 16, 17).

Итак, к концу восстановительного обучения собственная речь больного несколько ограничена по своему составу. Фраза синтаксически оформлена. Он свободно отвечает на элементарные вопросы, может выразить собственные потребности и переживания. Речь достаточно интонационно окрашена. Явления аграмматизма выражены не резко. «Телеграфный стиль» отсутствует. Доступно письменное выражение мысли с негрубым аграмматизмом и остаточными явлениями аграфии. Наблюдаются семантические и амнестические дефекты речи. Счетные операции доступны.

В заключение мы можем сделать следующие выводы.

1. Результаты восстановления речи у больного Г-ра показали правильность применяемой поэтапной организации восстановительного обучения.

2. Работа с этим больным, как и с рядом других больных, показала эффективность стимулирующих и растормаживающих методик, содействующих спонтанному процессу восстановления угнетенных функций.

3. Изучая в течение года динамику состояния речи у больного Г-ра, мы можем лишний раз констатировать целесообразность предупреждающего направления восстановительного обучения: у больного не возник аграмматизм типа «телеграфного стиля». Он не возник потому, что мы очень рано начали развивать глагольную сторону речевой функции. Это тем более ценно, что бороться с «телеграфным стилем» на поздних этапах весьма трудно.

4. Анализируя процесс восстановления речи у данного больного, мы должны еще раз подтвердить необходимость длительной систематической перестройки нарушенных функций в случаях тяжелых речевых расстройств. Доказательством этому служит отсутствие спонтанного восстановления тех сторон речи, которым не уделялось специального внимания (счет, семантические нарушения).

Глава III

РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

По приведенным выше методикам логопедические занятия проводились с 86 больными. С большинством из них занятия были начаты в первые дни и недели после развития инсульта. Ни у кого из больных не отмечалось каких-либо признаков спонтанного восстановления до начала логопедических занятий. С 16 больными работа была начата в стадии тотальной афазии.

При оценке результатов восстановительного обучения использовалась шкала, принятая в Институте неврологии АМН СССР. В этой шкале различаются следующие уровни восстановления речи: 1) без изменений; 2) частичное улучшение; 3) общее улучшение; 4) значительное восстановление. Под «частичным улучшением» подразумевается восстановление элементарного устного общения больного с моторной афазией с помощью отдельных слов, относительное восстановление понимания побудительной речи у больных с тотальной и сенсорной афазией. «Общее улучшение» при моторной афазии означает доступность речевого общения с помощью отдельных фраз, составление фраз по простым сюжетным картинкам, относительное восстановление звукового анализа и доступность записи под диктовку отдельных слов и коротких предложений; при сенсорной афазии — восстановление элементарного восприятия речи на слух. Под «значительным восстановлением» подразумеваются при моторной афазии восстановление возможности свободного устного общения, преодоление речевой аспонтанности, возможность развернутого письменного высказывания; при сенсорной афазии — восстановление фонематического, дифференцированного восприятия речи на слух, возможность общения с помощью речи, доступность устного и письменного высказывания.

Полного восстановления нарушенных функций у наблюдаемых нами больных за первые 3 месяца не было. При анализе результатов восстановительного обучения

выявилась тесная зависимость восстановления речи больных от срока начала работы с ними. В табл. 1 наши данные сопоставлены с результатами восстановления у больных, поступивших на логопедические занятия в поздних стадиях восстановления.

Таблица 1

Зависимость результатов восстановительного обучения от сроков его начала

Сроки начала восстановительного обучения после инсульта	Всего больных	Без изменений	Частичное улучшение	Общее улучшение	Значительное восстановление
От 5 дней до 3 месяцев	86	9	31	25	21
Свыше одного года (по данным Э. С. Бейн)	74	26	31	13	4

Таким образом, обнаруживается, несомненно, лучший эффект при раннем начале направленного восстановительного обучения.

Можно выделить особенно благоприятный срок начала работы, а именно — первые 3 недели после инсульта. Это достаточно убедительно иллюстрируется данными, приведенными в табл. 2.

Таблица 2

Зависимость результатов восстановительного обучения от сроков его начала на раннем этапе восстановления (за 3 месяца восстановительного обучения)

Сроки начала восстановительного обучения	Всего больных	Без изменений	Частичное улучшение	Общее улучшение	Значительное восстановление
До 3 недель	56	4	20	15	1
От 3 недель до 3 месяцев	30	5	11	10	4
Итого	86	9	31	25	21

Особенное значение начального типа (до 3 недель после инсульта) связано с тем, что активное стимулирующее, а затем и перестраивающее функцию вмешательство оказывается особенно действенным в первые дни после инсульта на фоне растормаживания временно угнетенных

сторон речи. Такое раннее вмешательство позволяет предупредить фиксирование патологических речевых симптомов. Надо отметить, что общий результат восстановительного обучения в большинстве случаев определялся темпом растормаживания речевых функций в первые недели обучения.

По предлагаемой нами системе методик восстановительного обучения проводится логопедическая работа в ряде больниц Москвы, Челябинска и других городов. Анализ результатов логопедической помощи больным с афазией в Челябинской областной больнице подтвердил зависимость результатов восстановительного обучения от сроков начала работы.

При рассмотрении результатов восстановительного обучения не выявляется их зависимость от формы афазии (табл. 3).

Таблица 3

**Зависимость результатов восстановительного обучения
от формы афазии
(за 2—3 месяца восстановительного обучения)**

Форма афазии	Всего	Без изменений	Частичное улучшение	Общее улучшение	Значительное восстановление
Тотальная	16	2	8	3	3
Моторная	54	7	16	16	15
Сенсорная	16	—	7	6	3
Итого	86	9	31	25	21

Таким образом, у большинства больных, в том числе при тотальной афазии, удалось достигнуть положительных результатов при раннем начале восстановительного обучения.

Оценивая результаты логопедической работы с больными на раннем этапе, проводимой по методам растормаживания и стимулирования угнетенных и нарушенных речевых функций, мы видим, что у 21 из 86 больных удается достигнуть «значительного восстановления» речи. Остальные больные нуждались в работе и в резидуальной стадии, конечно, с соответствующими изменениями применяемых методов. Однако раннее начало восстановительного обучения сказывалось и на этой, второй группе больных, достигших за первые 2—3 месяца лишь «частичного» или «общего» улучшения. Так, с 22 из 56 этих больных логопе-

ческие занятия продолжались при их повторном поступлении в Институт неврологии или амбулаторно. Интересно отметить, что из 20 больных с моторной афазией 10 человек достигли «значительного восстановления» через 4—6 месяцев последующих занятий. Четверо больных за это же время достигли только «общего улучшения». Шестеро больных молодого возраста (от 15 до 30 лет), которые приступили к логопедическим занятиям через 2—3 месяца после инсульта или травмы, достигли «значительного восстановления» или «общего улучшения» лишь через 1½—2 года систематических амбулаторных занятий. Больные с сенсорной афазией (2 человека) за 2—4 месяца последующих занятий также достигли «общего улучшения».

Примером, иллюстрирующим результаты применяемого комплекса методик, может служить анализ особенностей грамматического строя речи больных, в основном длительно прослеженных, с которыми велась работа по предупреждению аграмматизма типа «телеграфного стиля».

Анализ морфологического состава речи был проведен на трех группах испытуемых по 10 человек в каждой: первая группа — здоровые испытуемые (контрольная группа); вторая — больные с моторной афазией при наличии выраженного аграмматизма типа «телеграфного стиля»; третья — больные с моторной афазией, с которыми работа была начата на раннем этапе восстановления и велась с учетом предупреждения аграмматизма типа «телеграфного стиля».

Испытуемым всех трех групп предлагалось составлять устные рассказы по 10 сериям сюжетных картинок. Таким образом, по сериям сюжетных картинок было собрано 300 устных рассказов больных: по первой группе — 10 297 слов, по второй — 3708, по третьей — 9830. Уже при первом сопоставлении числа слов в этих трех группах испытуемых обращали на себя внимание близость числа слов в третьей группе к числу слов здоровых испытуемых (первая группа) и резкое отличие обеих этих групп от второй группы — больных с выраженным аграмматизмом типа «телеграфного стиля».

Анализ морфологического состава речи названных групп испытуемых проводился по следующим грамматическим категориям: глаголы, существительные, местоимения, Предлоги, наречия, прилагательные, числительные, междометия и частицы, союзы, деепричастия, причастия, вводные слова.

После распределения слов по этим грамматическим категориям был проведен сравнительно-статистический анализ морфологического состава речи названных групп испытуемых способом Вилкоксона — Мана — Уитни (Е. В. Гублер, А. Л. Генкин, 1966). Соответствующие данные приведены в табл. 4.

Таблица 4

Сравнительный анализ морфологического состава речи при моторной афазии и в контрольной группе

Грамматические категории	Достоверность различия между отдельными группами (I, II, III)		
	I и II	I и III	II и III
Глаголы	+		+
Существительные	—		—
Местоимения	+	—	+
Предлоги	+		
Наречия	+		+
Прилагательные	+		+
Числительные	+		
Междометия, частицы			
Союзы	+	—	
Деепричастия		+	—
Причастия	+	—	
Вводные слова	+		+

Примечание: + различие достоверно, — различие недостоверно.

Этот анализ подтверждает эффективность применения изложенных методик в целях нормализации речи больных с моторной афазией.

Для того чтобы еще более наглядно оценить результаты работы по предупреждению аграмматизма типа «телеграфного стиля», приведем морфологический состав речи в трех группах испытуемых (табл. 5).

Итак, с помощью стимулирующих и растормаживающих приемов работы на раннем этапе восстановления и различных обходных методов на последующих этапах, при своевременном и систематическом оказании помощи в большинстве случаев удается достигнуть значительного уровня компенсации нарушенных речевых функций. Это подтверждает стимулирующую и предупреждающую роль восстановительного обучения, начатого на раннем этапе после инсульта.

Таблица 5

Сопоставление морфологического состава речи в трех группах испытуемых (в процентах)

Части речи	Группа		
	первая	вторая	третья
Глаголы	22,7	8,5	23,8
Существительные	29,6	68,4	29,4
Местоимения	1-1,1	2,3	10,0
Предлоги	11,7	0,8	10,0
Наречия	4,0	3,0	4,8
Прилагательные	4,5	1-4	3,3
Числительные	1,0	1,0	1,2
Междометия, частицы	3,0	8,1	5,5
Союзы	10,0	6,5	11,0
Причастия	0,7	—	0,4
Деепричастия	1,0		0,2
Вводные слова	0,7		0,4

Мы не касаемся здесь вопроса о клинической характеристике наблюдаемых больных. Несомненно, что среди больных со значительным восстановлением речевых функций имеются такие, речевое расстройство которых было несколько менее тяжелым. Но и в этих случаях восстановление наблюдалось лишь при использовании описанных выше методик, с их «пусковым» значением.

Что же достигается в результате работы по описанным методикам на раннем этапе восстановления и что является задачей восстановительного обучения в дальнейшем? Как показал наш опыт, на раннем этапе по меньшей мере удается вывести больных из стадии тотальной афазии и восстановить понимание обиходной речи у больных с моторной афазией. У этих же больных удается растормозить экспрессивную сторону речи и наладить речевое общение с окружающими. Это достигается благодаря преодолению речевой аспонтанности, свойственной больным с моторной афазией.

У больных с сенсорной афазией в большинстве случаев восстанавливается речевой контакт, они подводятся к осознанному участию в восстановительном процессе.

И, наконец, на раннем этапе закладывается, как мы уже неоднократно отмечали, основа для предупреждения различных видов аграмматизма и некоторых других симптомов патологии речи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Особенности состояния больных с афазией на раннем этапе нарушения речи ставят перед логопедом ряд специальных задач. Они заключаются в использовании таких логопедических методик, которые соответствуют характеру речевого расстройства в его начальной стадии и содействуют быстрому темпу и наиболее высокому уровню восстановления речевых функций.[^]

Из обзора литературы видно, что подавляющее большинство существующих методик предназначено для больных с афазией в резидуальной стадии восстановления. Для обучения же больных в ранней стадии до настоящего времени фактически отсутствовали специальные или приспособленные к задачам этого этапа методики.

Целью настоящей монографии являлось описание методической системы восстановительного обучения больных с афазией на раннем этапе. По своему содержанию этот этап своеобразен и не менее сложен, чем последующие, на которых методики восстановительного обучения уже определяются той или иной конкретной формой речевого расстройства. На раннем этапе приходится учитывать прежде всего тяжесть состояния больных в период, непосредственно следующий за расстройством мозгового кровообращения, травмой и т. п. В этом периоде у больных наблюдаются некоторая степень оглушенности, быстрая утомляемость и истощаемость, трудности установления контакта и другие особенности.

Наши наблюдения показали необходимость индивидуализации приемов работы и подхода к больным. Из приведенных описаний восстановительного обучения видна важность психотерапевтического характера занятий логопеда с больным в связи с тяжестью переживаний людей, внезапно лишившихся речи.

Главной задачей начального этапа является активизация процесса восстановления речи. Этому и служит разработанная система методик растормаживания и стимуляции

рования нарушенных речевых функций. Этот комплекс методик относится к прямому, растормаживающему методу восстановительной терапии. Он непосредственно направлен на восстановление нарушенных функций. Работа по этим методикам ведется в основном при пассивном участии больных в процессе обучения. Им не разъясняется над какими сторонами речи мы работаем, зачем используются в процессе занятия пение, устные инструкции, каким грамматическим категориям уделяется большее или меньшее внимание. Больные постепенно втягиваются в речевое общение, в беседу.

Описанные методики не равнозначны. Их отличие друг от друга связано не только с тем, что они предназначены для восстановления различных сторон речи. Они в разной степени предусматривают включение личной активности больного в процесс восстановления. Поэтому, хотя все они и используются в комплексе, имеется известная временная последовательность в привлечении отдельных методик.

Одной из главных особенностей разработанной системы является ее профилактический характер, что способствует предупреждению речевых патологических симптомов. Эта предупреждающая направленность восстановительной работы, базирующаяся на учете системного строения синдрома речевого расстройства, представляется весьма перспективной. Она дает возможность избежать возникновения некоторых стойких и трудно изживаемых в поздних стадиях симптомов афазии. Отсюда вытекает важное значение раннего начала восстановительного обучения и с этой точки зрения.

При стимулировании понимания речи на слух, с чего обычно начинается работа с больными, мы использовали главным образом побудительную форму речи, интонационные и грамматические особенности которой позволяли не только более активно контролировать понимание больными услышанной речи, но, главное, предупреждать в известной степени возникновение различных видов аграмматизма. При этом важным являлось и то, что с помощью интонационного выделения слов стимулировалось произнесение больными слов глагольного характера. Само использование развернутого грамматического текста исключало насыщение речи больных только номинативными словами и предупреждало возникновение у них аграмматизма типа «телеграфного стиля».

Важным в использовании методик растормаживания экспрессивной стороны речи и стимулирования устной речи являлось то, что восстановление велось не от слова к фразе, а от фразы к слову. Такой путь методической разработки кажется правильным и содействующим быстрейшему восстановлению развернутого высказывания и речевого мышления больного с афазией. Особое значение этих методик для работы с больными заключается в том, что они не требуют осознанного участия больного в процессе занятия, в то время как распространенный оптико-тактильный метод предполагает активную, произвольную деятельность больного.

Как видно из описания процесса восстановления, использование этих методик приводит сравнительно быстро к положительным результатам. Они позволяют в большинстве случаев восстановить произносительную сторону речи за 2—3 недели, тогда как оптико-тактильный метод требует для постановки звуков и введения их в слова 2—3 месяцев логопедической работы.

Логопедические методы работы на раннем этапе направлены, естественно, на растормаживание и стимулирование функционально нарушенных сторон речи. В связи с этим ранний этап значительно короче последующих, на которых весь процесс восстановления проводится уже на основе компенсаторной перестройки органически нарушенных функций с использованием сохранных их сторон.

На поздних этапах восстановительного обучения, когда синдром афазии приобретает конкретную форму, возможно и более планомерное, поурочное ведение занятий, чем то, какое было описано выше.

Проведенное нами методическое исследование позволяет с уверенностью высказаться за целесообразность поэтапной организации восстановительной терапии больных с афазией. Учет особенностей^этдля_даздиция речевого нарушения с точки зрения преобладания в нем функциональных или органических речевых расстройств оказывается важным фактором при выборе методик восстановительной терапии. В этом и заключается специфичность работы логопеда в неврологической клинике. Она должна протекать в тесной связи с врачом и психологом. Только при учете тяжести состояния больного и психологической сущности речевого расстройства может успешно протекать направленное восстановление речи при афазии.

ЛИТЕРАТУРА

- Ананьев Б. Г.* Восстановление функций при аграфии и алексии травматического происхождения. Ученые записки МГУ, 1947, в. III, с. 138.
- Ананьев Б. Г., Астахов С. Н.* Клинико-психологический анализ восстановления речевых функций при моторной афазии. В кн.: Вопросы общей и клинической невропатологии. Л., 1946, т. I, в. 3, с. 227.
- Артемов В. А.* К вопросу об интонации русского языка. В кн.: Ученые записки МГПИИЯ. Т. VI, 1953, с. 9.
- Артемов В. А.* Психология речи. В кн.: Ученые записки I МГПИИЯ, 1953, Т. 6, с. 175.
- Артемов В. А.* Восприятие и понимание речи. В кн.: Доклады на совещании по вопросам психологии. М., 1954, с. 109.
- Артемов В. А.* Тон и интонация. Доклад на 4 Международн. конгрессе по фонетическим знаниям. 4/9. 1961, Хельсинки. М., 1961, с. 1.
- Астацатуров М. И.* Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции. Дисс. докт. СПб., 1908.
- Батурина Е. М.* К вопросу о локализации музыкальных функций при сосудистых заболеваниях головного мозга. Труды итоговой научной конференции за 1956—1957 гг. Новосибирск, 1958, с. 131.
- Батурина Е. М.* Состояние музыкальных функций у больных афазией в клинике сосудистых заболеваний головного мозга. В кн.: Вопросы теоретической и клинической медицины. Новосибирск, 1958, с. 196.
- Бейн Э. С.* Восстановление речевых процессов при сенсорной афазии. В кн.: Ученые записки МГУ. М., 1947, в. 3, с. 120.
- Бейн Э. С.* Психологический анализ сенсорной афазии. Дисс. докт. М., 1948.
- Бейн Э. С.* Об особенностях аграмматизма при сенсорной афазии. Тезисы докл. 7-й научной сессии Ин-та неврологии АМН СССР. М., 1954, с. 8.
- Бейн Э. С.* О некоторых особенностях смысловой структуры слова и грамматического строя речи при сенсорной афазии. Вопр. психол., 1957, 4, 90.
- Бейн Э. С.* Вопросы восстановительной терапии при афазиях у взрослых. В кн.: Вопросы патологии речи. Харьков, 1959, с. 78.
- Бейн Э. С.* Парафазии при различных видах афазий. В кн.: Вопросы клиники и патофизиологии афазий. М., 1961, с. 117.
- Бейн Э. С.* Афазия и пути ее преодоления. Л., 1964.
- Бейн Э. С. и Маркова Е. Д.* Некоторые вопросы динамики речевых расстройств у больных, перенесших мозговую инсульт. В кн.: Научные труды Института неврологии АМН СССР. М., 1960, в. I, с. 192.
- (Бейн Э. С., Шохор-Троцкая М. К.) Bayn E. S. and Shokhor-Trotskaya M. K. preventive method of speech rehabilitation in aphasia. Cortes, 1960, 4, 96.*

- Бейн Э. С., Шохор-Троцкая М. К. О предупреждении дефектов речи в процессе лечения афазии. В кн.: Восстановительная терапия и социально-трудовая реадaptация больных нервно-психическими заболеваниями. Л., 1965, с. 5.
- Бейн Э. С., Шохор-Троцкая М. К. поэтапная организация восстановительной терапии у больных с афазией сосудистого происхождения. В кн.: Предупреждение и лечение нарушений мозгового кровообращения. М., 1965, с. 307.
- Бейн Э. С., Столярова Л. Г., Шохор-Троцкая М. /С. Особенности динамики афазических расстройств при тромботическом инсульте в условиях специальной восстановительной терапии в зависимости от кровоснабжения очага поражения. В кн.: Сосудистая патология головного мозга. М., 1966, с. 18.
- Бельский А. В. Побудительная речь. В кн.: Ученые записки МГПИИЯ, т. 6, 1953, с. 81.
- Блонский П. П. Психология желания. Вop. психол., 1965, 5, 112.
- Боскис Р. М. Особенности речевого развития у детей при нарушениях слухового анализатора. В кн.: Изв. АПН РСФСР, 1953, в. 48.
- Боскис Р. М. Формирование грамматического строя речи. М., 1955.
- Боскис Р. М. Глухие и слабослышащие дети. М., 1963.
- Боскис Р. М. и Левина Р. Е. Об одной из форм акустической агнозии. Косноязычие в речи и письме. Невропатол., психиатр, и психогиг., 1936, 5, 829.
- Боскис Р. М., Левина Р. Е. К проблеме овладения фонетической стороной речи в детском возрасте. Сов. педагогика, 1938, 6, 144.
- Боскис Р. М., Коровин К. Г., Синяк В. А. Формирование грамматического строя языка у тугоухих учащихся. М., 1955.
- Брызгунова Е. А. Практическая фонетика и интонация русского языка. М., 1963.
- Виллер М. А. Об интонации простого нераспространенного предложения в русском языке. В кн.: Ученые записки ЛГУИЛ, 1960, 237, с. 26.
- Виноградов В. В. Русский язык (Грамматическое учение о слове). М.—Л., 1947.
- Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М., 1956.
- Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. М., 1960.
- Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. М., 1961.
- Гублер Е. В., Генкин А. Л. Применение критериев непараметрической статистики в медико-биологических исследованиях. Л., 1966.
- Давиденков С. Н. Материалы к учению об афазии. Симптоматология расстройств экспрессивной речи. Харьков, 1915, с. 127.
- Доброгаев С. М. Журн. «Наша искра». Л., 1925, 1, 29—39; 3, 17.
- Дорофеева С. Л. К методике восстановления речи при мозговом инсульте. В кн.: Клиника и терапия инсульта. Труды Научно-исследовательского неврологического ин-та им. Бехтерева. Л., 1963, т. 32, с. 335.
- Занков Л. В. Проблемы речи, ее расстройств и восстановления. В кн.: Изв. АПН РСФСР, 1945. М., 2, с. 5.
- Ивановская Ф. А. Профилактика голосовых расстройств. В кн.: Очерки по патологии речи и голоса, 1960, в. 1, с. 122.
- Ипполитова А. Г. Некоторые вопросы взаимосвязи и взаимозависимости звуков при коррекции произношения. Труды научной сессии по дефектологии. М., 1958, с. 375.
- Кауфман О. П. Восстановление речевого процесса при моторной афазии. В кн.: Ученые записки МГУ, 1947, в. 3, с. 126.

- Коган В. М.* Восстановление смысловой стороны речи при афазии. В кн.: Ученые записки МГУ, 1947, в. III, с. 131.
- Коган В. М.* Восстановление речи при афазии. М., 1962.
- Коган В. М.* Восстановление речи при афазии. Дисс. докт. М., 1963.
- Колодная А. Я.* О некоторых приемах работы по восстановлению речи при черепно-мозговых ранениях. В кн.: Изв. АПН РСФСР, 1945, 2, 103.
- Кольцова М. М.* О возникновении и развитии второй сигнальной системы у детей. В кн.: Труды Физиологического ин-та имени И. П. Павлова, 1949, т. 4, с. 49.
- Коновалов Н. В.* Основные положения проблемы восстановления функций после нарушений мозгового кровообращения. Журн. невропатол. и психиатр., 1955, 55, 6, 401.
- Кузнецов П. С.* Вопросы русского ударения и фонологии. В кн.: Материалы 3-го Международн. методического семинара преподавателей русского языка стран социализма. М., 1962, с. 53.
- Кузнецова Г. М.* Методика простого повествовательного предложения в современном русском языке. В кн.: Ученые записки ЛГУ, 1960, в. 40, с. 38.
- Лебединский М. С.* Афазия, агнозия, апраксия. Харьков, 1941.
- Левина Р. Е.* Недостатки чтения и письма у детей (алексия и аграфия). М., 1940.
- Левина Р. Е.* Некоторые вопросы обучения грамоте. Сов. педагогика, 1940, 10, 36.
- Левина Р. Е.* Восстановление речи при травмах височной области. В кн.: Травмы нервной системы. Уфа, 1942, с. 66.
- Левина Р. Е.* Опыт изучения неговорящих детей (алаликов). М., 1951.
- Левина Р. Е.* Нарушения письма у детей с недоразвитием речи. М., 1961.
- Левина Р. Е. и Правдина О. В.* О борьбе с неуспеваемостью детей алексиков и аграфиков. Сов. педагогика, 1939, 2, 89.
- Лурия А. Р.* Учение об афазии в свете мозговой патологии. Дисс. докт. М., 1940.
- Лурия А. Р.* Травматическая афазия. М., 1947.
- Лурия Л. Р.* Восстановление функций мозга после военной травмы. М., 1948.
- Лурия А. Р.* Очерки психофизиологии письма. М., 1950.
- Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962.
- Мелихова Л. В.* Алалия. В кн.: Очерки по патологии речи и голоса. М., 1960, в. I, с. 24.
- Милых М. К.* Побудительные предложения в русском языке. В кн.: Ученые записки Ростовск. университета, 1953, т. 22, в. 4, с. 5.
- Мохова Т. М.* Восстановление речи при моторной афазии. В кн.: Расстройства речи при черепно-мозговых ранениях и ее восстановление. М.—Л., 1948, с. 117.
- Оппель В. В.* Восстановление речи при афазии. Л., 1963.
- Орфинская В. К.* Восстановление речи и лингвистический анализ афазии. В кн.: Нервные и психические заболевания в условиях военного времени. Л., 1948, с. 192.
- Орфинская В. К.* Классификация форм афазии и принципы логопедической работы с афазиками. Материалы Ленинградск. зональной психологической конференции. Л., 1958, с. 93.
- Пешковский Л. М.* Русский синтаксис в научном освещении. М., 1934.
- Попова Е. А.* О некоторых особенностях русской интонации. В кн.: Русский язык для студентов-иностранцев. М., 1961, с. 119.

- Правдина О. В.* К вопросу о классификации речевых нарушений. Труды научной сессии по дефектологии. Харьков, 1958, с. 381.
- Правдина О. В.* Косноязычие (дислалия и дизартрия). В кн.: Очерки по патологии речи и голоса. М., 1960, в. I, с. 52.
- Рабинович Б. М., Смирнова А. М., Попова А. А.* Методика логопедической работы при различных формах послеконтузионных речевых расстройств и результаты лечения. Вестн. оторинолар., 1946, 5, 61.
- Рау Ф. А.* Как пользоваться рабочей книгой по исправлению дефектов речи. М.—Л., 1932.
- Розенгарт-Пупко Г. Л.* Речь и развитие восприятия в раннем возрасте. М., 1948.
- Розенфельд Ф. С.* Роль осязания в закреплении словесного образа (при восстановлении речи у моторных афазиков). В кн.: Ученые записки ЛГПИ им. Герцена, 1946, т. 1, с. 118.
- Руднев А. Г.* Обращение. В кн.: Ученые записки ЛГПИ им. Герцена, 1955, т. 104, с. 29.
- Серебренникова Н. П.* Опыт психологического анализа расстройств речи при моторной афазии. В кн.: Проблемы психологии. Л., 1948, с. 167.
- Соколов А. Н.* Роль осознания движений в выработке двигательных навыков. В кн.: Ученые записки Ин-та психологии, 1941, т. II, с. 217.
- Соколов А. Н.* Внутренняя речь и мышление. М., 1968.
- Столярова Л. Г.* Динамика афазических расстройств при геморрагических и ишемических инсультах. Ж. невропатол. и психиатр., 1963, 11, 1631.
- Столярова Л. Г.* О некоторых особенностях афазических расстройств при тромбозах и стенозах внутренней сонной и средней мозговой артерий. Ж. невропатол. и психиатр., 1964, 64, 2, 225.
- Сухотин В. П.* Глагольные непредикативные словосочетания в современном русском языке. Материалы 3-го Международн. семинара преподавателей русского языка стран социализма. М., 1962, с. 103.
- Тапшанова С. Л.* Образование звучной речи у лиц с экстирпированной гортанью. В кн.: Очерки по патологии речи и голоса, 1960, в. I, с. 141.
- Ткачев Р. А., Бейн Э. С., Плотникова И. Я.* Некоторые вопросы восстановительной терапии при афазиях сосудистого происхождения. Журн. невропатол. и психиатр., 1955, 12, 934.
- Тонконогий И. М.* Динамическая локализация и топическая диагностика речевых нарушений при инсульте. Труды Психоневрологическ. ин-та им. В. М. Бехтерева. Л., 1963, т. 32, с. 263.
- Тонконогий И. М.* Особенности речевых нарушений в остром периоде инсульта. Труды Научно-исследов. психоневрологического ин-та им. В. М. Бехтерева. Л., 1963, т. 32, с. 237.
- Тонконогий И. М.* Инсульт и афазия. Л. 1968.
- Федосеева В. Я.* Интонация ответа в русском языке. Труды Военного ин-та иностранных языков. М., 1953, т. 3—4, с. 234.
- Флоренская Ю. А.* Логопедический подход к афазиям. Труды психиатрической клиники I ММИ и Ин-та неврологической и психиатрической профилактики им. В. В. Крамера. М., 1936, т. 1, в. 9, серия 6, с. 154.
- Флоренская Ю. А.* Клиника и терапия нарушений речи. М., 1949.
- Флоренская Ю. А., Гринер В. А.* Музыкальные расстройства в процессе обратного развития афазии и их ритмотерапия. Вопр. логопедии, 1941, 4, 53.

- фрадкина Ф. И.* Возникновение речи у ребенка. В кн.: Ученые записки Ленинградского педагогического ин-та, 1955, т. 12, с. 163.
- Хвйтцев М. Е.* Логопедия. Пособия для студентов пед. ин-тов и учителей спец. школ. М., 1951.
- Хватцев М. Е.* Логопедия. М., 1959.
- Хорошко В. К.* Цит. по Флоренской Ю. А.
- Цветкова Л. С.* О восстановлении речи при моторной афазии. Доклады АПН РСФСР, 1961, № 2, с. 119.
- Цветкова Л. С.* Психологический анализ восстановления речевых функций при локальных повреждениях мозга. Дисс. канд. М., 1962.
- Цветкова Л. С.* Опыт программированного восстановительного обучения. В кн.: Восстановительная терапия и социально-трудовая реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями. Л., 1965, с. 56.
- Цветкова Л. С.* О нарушении активных форм устной речи при динамической афазии. Вopr. психол., 1969, I, 102.
- Чернова А. Д.* Восстановление речи при заболеваниях головного мозга. М., 1958.
- Шохор-Троцкая М. К.* О начальном этапе работы с больными афазией при грубой выраженности афазических расстройств. В кн.: Очерки по патологии речи и голоса. М., 1963, в. 2, с. 92.
- Шохор-Троцкая М. К.* Предупреждение аграмматизма типа «телеграфного стиля» у больных с моторной афазией. Журн. «Новые исследования в педагогических науках», 1964, 3, 232.
- Шохор-Троцкая М. К.* Логопедическая работа с больными с афазией после нарушения мозгового кровообращения на раннем этапе восстановления. Дисс. канд. М., 1966.
- Шохор-Троцкая М. К.* Новые методы логопедической работы с больными афазией на раннем этапе восстановления. В кн.: Современные методы исследования в невропатологии и психиатрии. М., 1966, с. 218.
- Шохор-Троцкая М. К.* Растормаживание экспрессивной стороны речи у больных с афазией с помощью автоматизированных речевых рядов. Журн. «Новые исследования в педагогических науках», 1966, 160.
- Эйдинова М. Б. Фитер Д. С.* Материалы к вопросу о механизмах компенсации при афазии. В кн.: Новое в учении об апраксии, агнозии, афазии. М., 1934, с. 114.
- Яшин Д. И. Клюков И. С.* К вопросу об эффективности восстановительной терапии афазий при нарушениях мозгового кровообращения. В кн.: Предупреждение и лечение нарушений мозгового кровообращения. М., 1965, с. 312.
- Botez M. J.* Afazia sisindroamele corelate in procesele expansive intracraniene. Ed. Acad. RPR, 1962.
- Broca P.* Aphemischen. Zit. in Gutzman H., 1901, S. 739.
- Eisensohn J.* Examining for aphasia. New York, 1954.
- Eliasberg W.* Die Theorien und Methoden der Aphasieforschung. Klin. Wschr., 1922, 1, 1673.
- Froschels E.* Zur Behandlung der motorischen Aphasie. Arch. Psychiat., 1919, 56, 221.
- Froschels E.* Sprach und Stummungstorungen. Wien — Berlin, 1928.
- Goldstein K.* Language and language disturbances: Aphasia symptom complex and their significance for medicine and theory of language. New York, 1948,

- Granich L.* Aphasia; a guide to retraining. New York, 1947.
- Gutzman H.* Ober die Behandlung der Aphasie, Berl. klin. Wschr., 1901, 28, 738.
- Henschen S. E.* Ober Sprach — Musik- und Rechenmechanismen und ihre Lokalisation in Grofihirn. Zbl. Neurochir., 1919, 52, 276.
- Kussmaul A.* Die Storungen in der Sprache. 2. Aufl. Leipzig, 1910.
- Luchsinger G., Arnold E.* Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde, 4 Aufl. Springer. Wien, 1949.
- Mills K. Ch.* Treatment of aphasia by training. J. A.M. A., 1904, 43, 23, 3.
- Monakow C.* Цит. по кн.: С. Н. Давиденков. Материалы к учению об афазии, 1915.
- Песталоцци И. Г.* Избранные педагогические сочинения. Т. 1—3, 1909.
- Pick A.* Die Agrammatischen Sprachstorungen. Berlin Springer, 1919.
- Reichmann F., Reichau E.* Die Obungsbehandlung der Aphasie. Arch. Psychiat., 1919, 8, 60.
- Schuell H.* Auditory impairment in aphasia. J. Speech Hearing Dis., 1953, 18, 14.
- Schuell H.* Diagnosis and prognosis in aphasia. Arch. Neurol. Psychiat., 1955, 74, 308.
- Silbiger B.* Beobachtungen bei der Sprachbehandlung von Aphasiekern, Verh. d. internat. Ges. Logopadie, 1931, 58, Ref. Zbl. Neurochir., 1932, 61, 175.
- Stockert F. G., Tressev E.* Melodientaubheit bei akustischem Funktionswandel. Arch. Psychiat. Z. Neurol., 1954, 192, 174.
- Taylor M., Marks M.* Manual and Work Book. New York, 1955.
- Ustvedt H. J.* Ober die Untersuchung der musikalischen Funktionen bei Patienten mit Gehirnleiden, besonders bei Patienten mit Aphasie. Acta med. scand. Suppl. 86, 1937.
- Vargha M., Gereb G.* Aphasie-Therapie. Jena, 1959.
- Wepman J.* Organization of therapy for aphasia. J. Speech. Disorders, 1947, 12, 405.
- Wepman J.* Recovery from aphasia. New. York, 1951.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава I. Методики раннего этапа восстановления речи у больных с афазией	20
Стимулирование понимания речи на слух у больных с афазией	'20
Стимулирование понимания речи на слух у больных с тотальной афазией	24
Стимулирование понимания речи на слух у больных с моторной афазией	25
Стимулирование понимания речи на слух у больных с сенсорной афазией	28
Растормаживание экспрессивной стороны речи у больных с моторной афазией	31
Стимулирование устной речи у больных с моторной афазией	34
Предупреждение литеральных парафазии и аграмматизма типа «телеграфного стиля» у больных с моторной афазией	38
Предупреждение литеральных парафазии у больных с моторной афазией	39
Предупреждение аграмматизма типа «телеграфного стиля» у больных с моторной афазией	42
Глава II. Описание процесса восстановительного обучения больных с афазией на раннем этапе	52
Глава III. Результаты восстановительного обучения	124
Заключение	130
Литература	133

ШОХОР-ТРОЦКАЯ МАРИАННА КОНСТАНТИНОВНА

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

Редактор *Е. С. Мец*

Техн. редактор *А. М. Миронова*

Корректор *З. Я. Бабуева*

Художественный редактор *Ф. К. Мороз*

Сдано в набор 6/VI 1972 г. Подписано к печати
29/VIII 1972 г. Формат бумаги 84X108^{7/32} печ. л.
4,375 (условных 7,35 л.) 7,23 уч.-изд. л. Бум. тип.
№ 2. Тираж 5000 экз. МБ-57. Цена 36 коп.

Издательство «Медицина», Москва,

Петроверигский пер., 6/8.

Заказ 5512. Типография изд. «Звезда», . Пермь,
ул. Дружбы, 34.

М. К. ШОХОР-ТРОЦКАЯ

**ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ
РАБОТА
ПРИ АФАЗИИ
НА РАННЕМ ЭТАПЕ
ВОССТАНОВЛЕНИЯ**

