

КОММУНИКАЦИЯ ПРИ МОТОРНОЙ АФАЗИИ АФФЕРЕНТНОГО ТИПА

COMMUNICATION IN AFFERENT-TYPE MOTOR APHASIA

Тимофеева Ксения Александровна/ Timofeeva Kenia Aleksandrovna- Логопед
Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии

Аннотация: Среди разнообразия форм и видов нарушений речи афазии предоставлено особое место. Это объясняется тем, что разворачивающаяся клиническая картина расстройства всегда обширна и считается одним из наиболее тяжелых последствий поражений головного мозга, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности. Механизмы развития и протекания афазии не похожи на механизмы дизартрии, не логоневрозов (нарушения плавности и темпа речи), не расстройств речи при глубокой деменции. В самом широком смысле, это расстройство способности пользоваться речью, возникающие на фоне органических поражений головного мозга разного патогенеза. Афазия – это расстройство, в основе которого лежат нарушения ранее сформированной речи на различных уровнях.

Abstract: Among the variety of forms and types of speech disorders, aphasia is given a special place. This is due to the fact that the unfolding clinical picture of the disorder is always extensive and is considered one of the most severe consequences of brain damage, in which all types of speech activity are systematically disrupted. The mechanisms of development and course of aphasia are not similar to the mechanisms of dysarthria, not logoneuroses (disorders of smoothness and pace of speech), not speech disorders in deep dementia. In the broadest sense, it is a disorder of the ability to use speech that occurs against the background of organic brain lesions of various pathogenesis. Aphasia is a disorder based on violations of previously formed speech at various levels.

Ключевые слова: моторная афазия, коммуникация при афазии афферентная афазия, расстройство речи, поражение головного мозга.

Keywords: motor aphasia, communication with aphasia afferent aphasia, speech disorder, brain damage.

Принятая авторами классификация афазий основана на психофизиологической типологии А. Р. Лурия и клинической типологии И. М. Тонконогия. [4, с. 33]

Он включает следующие виды: эфферентная (вербальная) моторная афазия, динамическая афазия, афферентная (артикуляционная) моторная афазия, акустико- гностическая (сенсорно-акустическая) сенсорная афазия, акустико-мнестическая (сенсорно- амнестическая) афазия, амнестическая афазия, смысловая афазия, афазия проводимости, смешанная (комплекс) моторная афазия, смешанный сенсорно-моторная афазия эфферентной (комбинация эфферентных моторный и сенсорная акустико Гностическогоафазия), смешанная сенсорно-афферентная моторная афазия (сочетание афферентной моторной и сенсорно-акустико- гностической афазии), тотальная афазия, рече-слуховая агнозия, нарушение речи с поражением правого полушария.

Комплекс нейропсихологических тестов используется в двух вариантах: полном и сокращенном. Уменьшенный вариант используется для экспресс-диагностики и при работе с пациентами, у которых на этапе предварительной клиничко-психологической беседы демонстрируется отсутствие выраженных речевых нарушений.

Если испытуемый адекватно понимает обращенную к нему речь, проявляет способность принимать участие в разговоре, разработчики тестов рекомендуют начинать экзамен с наиболее сложных специально подобранных заданий, позволяющих выявить слабо выраженные нарушения высших психических функций. Успешное выполнение таких сенсibilизированных тестов избавляет от необходимости выполнять простые задачи, что может сократить время, затрачиваемое на тестирование. [6, с. 269]

Протокол нейропсихологического исследования включает в себя предварительный сбор общих сведений о пациенте (пол, возраст, образование, семейное положение, профессия), уточнение анамнеза (наследственность, этиологические факторы заболевания, наличие черепно-мозговой травмы у пациента. анамнез и др.), данные клинического исследования (неврологического, психопатологического).

Изучение речевых функций позволяет выявить и оценить симптомы нарушений различных функциональных систем речи.

При оценке выразительной (продуктивной) речи экзаменатор учитывает способность спонтанно говорить, участвовать в диалоге, навыки автоматизированной речи, способность произносить монолог, составлять рассказ на основе картинок и составлять предложения для картинки.

Этот раздел также включает изучение отраженной речи, то есть повторения отдельных звуков, слогов, слов, серии несвязанных слов и предложений различной длины и синтаксической сложности после экзаменатора. При выполнении заданий, представленных в этом разделе, экзаменатор фиксирует особенности произношения: просодические характеристики речи, наличие самокоррекций, фальстартов, персорций, словесные и буквальные парафазии, умение воспроизводить названия предметов в речи испытуемого.

Существенными параметрами при оценке продукции устной речи являются такие факторы, как олигология, наличие аграмматизмов, персевераций, эхолалии, увеличение латентного периода для запоминания слов, длительные паузы, преобладание в речи глаголов или существительных, замена значимых частей речи с заменяющими словами, грубые артикуляционные искажения. Важно обратить внимание на испытуемые года реакция на подсказку при затруднении запоминания необходимых слов, склонность к многословности, темп речи, интонационный рисунок, замена лексем другими, принадлежащими к той же концептуальной группе. Информативно отношение

пациента к нарушениям собственной речи, осознание наличия дефекта. [2, с. 44]

Впечатляющая речь (навыки рецептивной речи) проверяется путем проверки понимания отдельных слов, команд, «ситуативной речи». Экзаменатор также проверяет способность сохранять речевую последовательность, воспринимаемую на слух. Проверяется понимание словесно представленных сложных логико-грамматических конструкций (словоизменительных отношений и др.). В этот же раздел авторы метода включили задания на выполнение фонематического анализа слов (определение количества букв в словах, определение первого и последнего звуков в словах и т.д.).

Важно учитывать различия в выполнении действий, которые напрямую связаны с ситуацией, в которой находится пациент (выполнение команд, обсуждение окружающей среды и состояния испытуемого), и задач, немотивированных ситуацией, вводимых в общение посредством речи или визуальных стимулов.. Кроме того, экзаменатор смотрит на способность пациента переключаться с одной задачи на другую.

Затем следует тест по чтению, который включает в себя задачи по распознаванию и классификации букв, чтению слогов, слов и предложений, чтению самому себе и выполнению письменных инструкций, сопоставлению надписей и изображений и чтению коротких рассказов вслух.

При выполнении заданий экзаменатор проверяет способность распознавать буквы, написанные разными шрифтами, и текст, представленный на шумном фоне, темп чтения, наличие буквальных и словесных парафазий при чтении вслух, способность следовать письменным инструкциям.

Следующий раздел посвящен проверке навыков письма. Экзаменатор проверяет умение копировать текст; писать под диктовку отдельные буквы, слоги, слова, предложения; составлять слова из разбитого алфавита, писать самостоятельно. При оценке навыков письма экзаменатор обращает внимание

на количество и качество ошибок (пропуск, замена и перестановка букв). [1, с. 31]

После этого на усмотрение экзаменатора проверяются навыки счета, практики и другие навыки. Каждый предмет оценивается по шкале от нуля до трех баллов. Результаты визуализируются в виде графиков. Тесты были дополнены отдельными субтестами, направленными на выявление доминирующей руки и функциональной асимметрии полушарий головного мозга испытуемого.

При афферентной моторной афазии задачей реабилитации является радикальная реорганизация функциональной системы вербального праксиса, замена дезинтегрированных кинестетических схем двигательными схемами, не основанными на кинестетической афферентности.

Согласно ICF, это попадет в категорию «Функции артикуляции. Функции производства речевых звуков», кодируется как 320. Терапия будет включать использование менее поврежденных элементарных, произвольных или переходных движений языком или губами (выплевывание невкусной пищи, задувание свечей и т.д.).

Например, чтобы получить звук «П», пациенту дают задуть горящую спичку, чтобы он сосредоточился на составляющих компонентах этого движения. Далее, для закрепления полученного результата пациенту предлагается подкрепление с использованием исправных систем анализатора: показ пациенту положения губ во время произнесения звука; сжатие и отпускание губ пациента; надавливание на грудь; соблюдая предложенные вспомогательные схемы и изображения, чтобы понять формирование соответствующих звуков; полагаться на нормальные писательские способности. Затем, дифференцируя губной звук Р, губные звуки В и М обучены. После этого буква вовлекается в реабилитационную работу, что позволяет обобщить разные варианты ее звучания и дифференцировать звуки, артикуляторная структура которых схожа, но все же относится к другим фонематическим категориям. [5, с. 14]

Эти реабилитационные процедуры позволят перейти к произношению простых слов. Этот более продвинутый этап производства речи в методе реабилитации Лурия соответствует категории МКФ. Эти реабилитационные процедуры позволят перейти к произношению простых слов. Этот более продвинутый этап производства речи в методе реабилитации Лурия соответствует категории МКФ. Эти реабилитационные процедуры позволят перейти к произношению простых слов. Этот более продвинутый этап производства речи в методе реабилитации Лурия соответствует категории МКФ. б 3308 (беглость и ритм речевых функций, другие уточненные).

При эфферентной моторной афазии основная цель восстановительного обучения Лурии - восстановление звуковых комбинаций и последовательностей звуков в слове, а также восстановление двигательных схем целостной целостной речи. Учитывая ее сложность, неудивительно, что эта цель соответствует нескольким категориям МКФ: 3300 «Функции создания плавного, непрерывного потока речи»; 3301 «Функции модулированных, темповых и ударных паттернов в речи»; 3308 «Беглость и ритм речевых функций, другие уточненные»; 176 «Специфические психические функции упорядочивания и координации сложных, целенаправленных движений»; 1672 «Психические функции, которые организуют семантическое и символическое значение, грамматическую структуру и идеи для создания сообщений на устной, письменной или других формах языка».

Лурия выделил три этапа реабилитационной работы при эфферентной моторной афазии. В первом из них происходит «звуковая тренировка», цель которой не в овладении типичной артикуляцией, а в преобразовании артикуляции «чистой фонемы» в артикуляцию ее «позиционных вариантов», т. Е. Нюансов, которые каждый звук речи приобретает при включении в слог или слово (коды 3300, 3301, 3308). [3, с. 19]

Среди основных методов восстановительного обучения на первом этапе - обучение внутренней схеме слога или слова, обучение ряду простых звуковых комбинаций (например, РА-АР, МА-АМ), опираясь на вспомогательные

графические схемы, отслеживание последовательности звуков в похожих словах (например, TAKE и KATE), составление слогов и слов из отдельных букв, опора на письмо и чтение и т. д.

На втором этапе восстановительного обучения реабилитационные процедуры направлены на анализ морфологических и семантических аспектов слова. Это важно, так как единство звука и смысла в остром периоде поражения головного мозга нарушается и звуковые сочетания теряют смысл. Приобретение навыка выделения корня слова и образования семейства слов из этого корня позволяет расширить диапазон речевой продукции, используемой пациентом.

На третьем этапе реабилитации при эфферентной моторной афазии цель - восстановление грамматических аспектов высказывания. Этот этап необходим, потому что, хотя номинативная функция слова может быть сохранена, его предикативный аспект может быть утрачен при эфферентной моторной афазии.

На этом этапе реабилитации пациенту дается задание, состоящее из двух слов. Чтобы понять, что высказывание всегда должно иметь сказуемое, пациента просят просмотреть картинки и описать действия, изображенные на них, заполнить пропуски в тексте соответствующими сказуемыми и поработать над грамматическим изменением слова.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Денисова, М. И. Преодоление расстройств произносительной стороны речи у пациентов с эфферентной моторной афазией / М. И. Денисова. - Молодой ученый. №31. 2018. – С. 31.
2. Кулеш С.Д. Нарушения речи при локальных поражениях мозга // Медицинские новости. 2018. №3 (282). – С. 44.
3. Ларина О.Д., Гераськина Г.К., Современный взгляд на применение оптико-тактильного метода при восстановлении речи больных с моторной афазией // Специальное образование. 2019. №3 (55). – С. 19.

4. Месникова А. Н., Лизунова Л. Р. Состояние компонентов речевой системы у пациентов с моторной афазией // Специальное образование. 2019. №XI. – С. 33.
5. Народова Е. А., Народова В. В., Изотова О. М. Исследование внутренней речи методом регистрации микроартикуляции языка у больных с моторной афазией в остром периоде инсульта // Сибирское медицинское обозрение. 2018. №2. – С. 14.
6. Свеженцева В.А. Комплексная реабилитация после инсультных больных с моторной эфферентной афазией пожилого и старческого возраста. / Международный научно-практический конгресс «научно – педагогические школы в сфере физической культуры и спорта». 2018. – С. 269.