

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ АФАЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОБУХОВСКАЯ А.Ю., логопед, отделение восстановительного лечения
ДАМИНОВ В.Д., к.м.н., зав.отд. восстановительного лечения
ФГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова Росздрава», г. Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Несмотря на большое количество исследований в области изучения и реабилитации взрослых больных афазией, вопрос коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков остается практически неизученным. В наше время возросло число больных с сосудистыми поражениями мозга, а вместе с этим и число больных афазиями. В резидуальных состояниях после черепно-мозговой травмы и хирургического удаления опухолей также нередко наблюдаются различные синдромы речевой недостаточности, в том числе афазического типа. Именно черепно-мозговые травмы и опухолевые поражения головного мозга и являются основной причиной афазии в детском возрасте. Недостаточность исследований по проблеме возникновения и преодоления афазических расстройств у детей и подростков, отсутствие методической литературы требуют углубленного изучения и разработки алгоритма и приемов коррекционно-восстановительной работы. В связи со специфичностью афазии у детей и ее значительной индивидуальной вариабельностью наблюдения за детьми с данной патологией речи являются актуальными.

Ключевые слова: афазия; потеря речи после инсульта, удаления опухолей, черепно-мозговой травмы; реабилитация больных с речевыми нарушениями; коррекционно-восстановительная работа при афазиях и дизартриях; восстановление высших психических функций; методы и приемы восстановления речи.

ВВЕДЕНИЕ

Афазия у детей, как и у взрослых, является системным нарушением речевой функции, связанным с органическим поражением головного мозга. У детей, как у взрослых, выделяются разные нейропсихологические синдромы речевых нарушений или формы афазии в зависимости от локализации мозгового поражения. Характер проявления, степень выраженности и спонтанная динамика афазических нарушений находятся во взаимосвязи с этиологией мозгового поражения и с возрастом, в котором случилось нарушение.

Эти особенности справедливы применительно к тому периоду онтогенеза, когда речь в той или иной степени уже сформирована. Темпы восстановления или формирования тех сторон речевой функции, которые не получают достаточной зрелости, более замедлены, а направленное воздействие сложнее. В связи со специфичностью афазии у детей и ее значительной индивидуальной вариабельностью любое, даже единичное, наблюдение ребенка с данной формой нарушения речи является актуальным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью нашего исследования было выявление особенностей коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков и составление модифицированной программы реабилитационного воздействия в данной группе пациентов с

учетом проявлений афазического дефекта в детском и подростковом возрасте.

В задачи исследования входило: проанализировать теоретические проблемы афазиологии; исследовать проблемы коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей и подростков; выявить в ходе экспериментального изучения особенности речи и высших психических функций при афазии у детей и подростков; разработать алгоритм и приемы коррекционно-восстановительного обучения этого контингента больных; апробировать модифицированную программу коррекции в ходе экспериментального обучения.

Исследование выполнено на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации (ЦПРиН), научно-исследовательского института нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН и неврологического отделения МУЗ Видновской районной больницы Московской области, где мы в течение семи лет (с 2000 по 2007 гг.) проводили коррекционно-восстановительную работу с детьми и подростками.

В ходе диссертационного исследования получены данные о специфике проявления афазического дефекта в детском и подростковом возрасте, установлена зависимость между характером и степенью поражения головного мозга, возрастом ребенка, уровнем сформированности речевой функции к моменту мозгового поражения и характером медико-педагогического воздействия.

На основе модификации стандартных методов восстановления речи у взрослых больных определены направления и приемы коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков.

Модифицированные методики использовались в системе коррекционно-восстановительного обучения больных с афазией в ЦПРиН и в НИИ Нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко, а также при разработке и проведении учебных курсов в МПГУ, МПСИ и его филиалах, МСГИ и его филиалах, РУДН.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование явилось открытым пилотным клиническим. С разной степенью полноты под нашим наблюдением всего находились 21 ребенок и подросток в возрасте 7-16 лет. Наиболее подробно мы изучили 16 человек в возрасте 8-15 лет, остальные дети и подростки по субъективным и объективным причинам не попали в наше исследовательское пространство.

У двенадцати испытуемых афазия наступила в результате последствий черепно-мозговой травмы, у трех детей выявлялись опухолевые поражения головного мозга, у одного ребенка речевые нарушения возникли вследствие острого нарушения мозгового кровообращения.

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе происходило ознакомление с медицинской и психолого-педагогической документацией на каждого пациента. На втором этапе проводилось экспериментальное изучение детей. На третьем эта-

пе осуществлялось экспериментальное обучение и углубленное изучение динамики речевого статуса больных в результате коррекционно-восстановительного обучения.

Все испытуемые проходили полное клинико-диагностическое обследование. По клиническим данным, объем, расположение и характер очагового поражения головного мозга во всех случаях были верифицированы методами рентгеновских исследований и данными компьютерной томографии.

В основе экспериментального изучения лежала методика, разработанная А.Р. Лурия для исследования ВПФ больных афазией. Предметом нашего действия стало состояние нарушенной речевой функции, но для получения более полной картины мы проводили пробы на выявление нарушений неречевых ВПФ. Стандартная методика А.Р. Лурия нами была несколько модифицирована с учетом возраста, нервно-психического и общего соматического состояния каждого испытуемого ребенка и подростка. Для проведения эксперимента был подобран адекватный возрасту языковой, речевой и наглядный материал, соответствующий разным уровням организации речи испытуемых.

Для исследования импрессивной речи проводилось изучение состояния фонематического восприятия, возможности понимания слов, простых предложений и сложных логико-грамматических структур, а также состояния функции чтения.

При исследовании экспрессивной речи изучалось состояние орального праксиса, возможность артикуляции речевых звуков, исследовались отраженная, номинативная и повествовательная речь и функция письма.

В процессе изучения неречевых ВПФ мы исследовали состояние праксиса, гнозиса, внимания и счета.

Результаты выполнения всех проб анализировались методами качественного и количественного анализа. Качественный анализ позволил выявить первичный дефект, лежащий в основе нарушенной функции, оценить расстройство с точки зрения различных компонентов, составляющих его структуру. Количественный анализ включал оценку частоты и выраженности каждого из этих параметров по строго фиксированной системе баллов от 1 до 3. Критерий количественной оценки базировался с учетом сохранности исследуемых функций и процессов в сравнении с возрастной нормой. Балльные оценки соотносились с уровнями выполнения заданий, которые определялись на основе шкалы, разработанной в ЦПРиН с нашими дополнительными модификациями.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По общим итогам экспериментального изучения мы установили следующие формы афазии.

У 3 испытуемых была выявлена сенсомоторная афазия грубой степени выраженности с элементами динамической афазии из-за поражения вторичных и третичных отделов коры головного мозга, субкортикальных неспецифических структур, а также патологической заинтересованности преимущественно премоторных, постцентральных и височных отделов левого (доминантного) полушария головного мозга.

У 5 испытуемых диагностировалась эфферентная моторная афазия (средне-грубой и средне-легкой степени выраженности) с элементами динамической афазии в результате поражения лобных отделов

левого (доминантного) полушария, с распространением очага вглубь до подкорковых структур с нарушением нейродинамических процессов.

Афферентная моторная афазия с элементами сенсорной и семантической афазии выявлена у 3 больных как следствие поражения теменно-височно-затылочных отделов левого полушария мозга.

Сенсорная афазия грубой степени выраженности из-за поражения верхневисочных отделов левого (доминантного) полушария мозга отмечалась у 2 детей.

Динамическая афазия средней степени выраженности с элементами эфферентной моторной афазии выявлена у 2 испытуемых в результате поражения лобных отделов головного мозга.

У одного ребенка выявлялась акустико-мнестическая афазия средне-легкой степени выраженности вследствие поражения средневисочных отделов коры левого полушария мозга.

Нарушения чтения и письма различной степени выраженности выявлялись у 9 испытуемых, нарушения счета отмечалось у 2 детей.

У 8 испытуемых речевой дефект проявлялся в сочетанном виде с дизартрией (преимущественно бульбарной и псевдобульбарной форм), гипотонусной дисфонией и дисфагией легкой степени выраженности.

Дети и подростки, составляющие экспериментальную группу, в соответствии с имеющейся формой афазии, условно разделились на две подгруппы: у 6 испытуемых преобладали первичные нарушения импрессивной стороны речи, у 10 детей в качестве первичного дефекта выступали нарушения экспрессивной речи.

Выявились существенные различия в картине и в динамике афазии. Эти различия определялись прежде всего возрастом ребенка, то есть степенью сформированности речевой функции к моменту мозгового поражения. Если заболевание произошло в возрасте 6-7 лет, когда речевая функция хотя и сформирована, но еще недостаточна упрочена, речь утрачивается полностью. Если повреждение головного мозга случается в более позднем (школьном) возрасте, то клиническая картина имеет большое сходство с афазией у взрослых.

Таким образом, анализ результатов экспериментального изучения позволил уточнить форму речевого нарушения испытуемого, степень поражения, а также выявить сопутствующие нарушения неречевых функций и составить программу коррекционно-восстановительного обучения.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Экспериментальное обучение проводилось в течение двух лет на базе стационарного отделения ЦПРиН. За этот период с испытуемыми согласно индивидуальным показаниям неоднократно проводились курсы коррекционно-восстановительного обучения продолжительностью 8 недель каждый. Постоянно осуществлялся анализ результатов обучения, вносились необходимые коррективы в реабилитационную программу.

По результатам логопедического и нейропсихологического обследований мы выбрали ряд индивидуальных разнонаправленных методов и приемов для коррекции речевых и неречевых функций, а также личности испытуемых.

В ходе экспериментального обучения мы ежедневно проводили индивидуальные и групповые логопедические занятия.

Преимущественной формой занятий был индивидуальный урок, особенно на начальных стадиях обучения, когда требовалось установить контакт с ребенком, настроить его на регулярные занятия, выявить его личностные и эмоциональные предпочтения. Также на индивидуальных занятиях проводилась активная работа по преодолению первичных дефектов речевой функции.

Однако индивидуальные занятия не могли полноценно решить таких задач, как восстановление вербальных и невербальных средств коммуникации, эмоциональной стороны речи, повышение самооценки, преодоление феномена «страха речи» и, как следствие, восстановление личностного статуса каждого ребенка. Многие дети не могли использовать даже те речевые возможности, которые у них были, для общения с окружающими. Успехи, которых они достигали на индивидуальных занятиях, зачастую не переносились в сферу общения. Мы принимали во внимание тот факт, что воздействие на личность больного и на его эмоционально-волевую сферу служит эффективной опорой для восстановления речи. В свою очередь, восстановление речи будет способствовать преодолению изменений в сфере личности испытуемых.

При помощи групповых занятий мы преодолевали психологический барьер детей в общении с окружающими, а также дефекты психологического контакта. Известно, что речевая среда для больных афазией не предполагает упрощенности, поэтому она была максимально приближена к нормальной. Групповые занятия способствовали реализации таких форм и функций речи, которые наименее произвольны, более сохранны, эмоциональны и выразительны. Также они реализовали ряд специфических механизмов, положительно влияющих на эффективность восстановительного обучения: поддержку, взаимопомощь, подражание, сотрудничество и соревнование. Эти механизмы способствовали социальной адаптации больных, их реабилитации.

При проведении групповых занятий мы использовали традиционные методики групповых занятий, а также современные методы арттерапии, основой которых являлась художественная деятельность испытуемых, посредством активизации которой осуществлялась коррекция тех или иных нарушений.

Из стандартных методов групповой терапии мы отдавали предпочтение подготовленной и неподготовленной беседе, ролевым и речевым играм.

Новаторские методики арттерапии давали широкий диапазон для групповых занятий. В процессе экспериментального обучения мы использовали музыкотерапию, кинезитерапию, имаготерапию, куклотерапию, изотерапию.

Музыкотерапия оказывала психосоматическое и психотерапевтическое воздействие на испытуемых. С ее помощью повышалась коммуникативная активность детей, приобретались новые средства эмоциональной экспрессии, активизировались творческие проявления. Участие ребенка в музыкотерапевтическом сеансе приводило к возможности выразить себя и свое эмоциональное состояние пением, движением, игрой на инструменте. Это помо-

гало формировать оптимистическое, жизнеутверждающее мироощущение.

Кинезитерапия основана на единстве музыки и движения, на активной двигательной деятельности ребенка под музыку. Мы учитывали, что чувство ритма в своей основе имеет активную природу и всегда сопровождается моторными реакциями, а ритмические упражнения оказывают положительное воздействие, особенно на детский коллектив с повышенной возбудимостью. С помощью этих методов развивались внимание (его концентрация, объем, устойчивость, распределение) и память (зрительная, слуховая, моторная). Использование кинезитерапии позволяло нормализовать общий тонус, моторику, психоэмоциональное состояние, активизировать и непрерывно тренировать подвижность процессов нервной системы детей.

Имаготерапия позволила укрепить и обогатить эмоциональные ресурсы и коммуникативные возможности детей и подростков. В процессе занятий возникал творческий интерес, развивались волевые качества, укреплялся положительный настрой на групповые занятия, развивалась и обогащалась личность ребенка.

Куклотерапия использовалась в работе с детьми младшего возраста (8-10 лет) и была основана на идентификации с образом любимого героя (сказки, мультфильма, игрушки). Основная задача этого метода – преодоление феномена «страха речи» и развитие коммуникативной сферы. Мы обеспечивали правильный подбор образа, позитивный настрой на занятие и эмоциональное напряжение испытуемого.

Изотерапия – один из наиболее распространенных методов арттерапии, лечебное воздействие которого осуществляется посредством изобразительной деятельности. Мы принимали во внимание тот факт, что рисунок рассматривается как проекция личности ребенка, его отношение к окружающему миру, средство психологической защиты. Мы не преследовали задачу овладения средствами и техникой рисования, а добивались самовыражения ребенка в его изобразительной деятельности.

Эти методы не используются при работе со взрослыми больными, когда ставится задача произвольного усвоения предлагаемого вербального материала. Стараясь максимально индивидуализировать обучение, основной упор мы делали на применение групповых методик игры и арттерапии. Помимо специальной задачи восстановления речевой деятельности мы восстанавливали и другие формы коммуникации – жест, мимику, эмоционально-выразительные формы речи. Занятия оказывали психотерапевтический эффект, что особенно важно в детском возрасте, снижался уровень тревожности, исчезала фобия речи, на фоне улучшения эмоционального состояния повышались работоспособность и активность, формировались правильные психосоциальные установки.

Для коррекции дизартрического компонента нами применялась методика электростимуляции при помощи аппарата VocaStim.

В аппарате VocaStim впервые реализована концепция, сочетающая возможности диагностики и терапии парезов гортани, голосовых складок, а также мышц артикуляционного аппарата в целом.

Электродиагностика позволяет осуществить количественную и качественную оценку нервно-мышечных функций.

С помощью электростимуляции, в зависимости от вида тока и выбранных параметров (форма и длительность импульса, длительность паузы, интенсивность, частота), можно достичь таких эффектов, как: стимуляция кровообращения и улучшение трофики, стимуляция мышц с целью их наращивания или сохранения массы (при атрофии), стимуляция нервной ткани для восстановления сенсорно-двигательных функций в случаях периферического или центрального паралича, обезболивание и электрофорез для переноса лекарственных препаратов в ткани.

При анализе полученных данных нами сделаны предварительные выводы о достаточной объективности диагностики при помощи аппарата VocaStim, позволяющей судить о состоянии нервно-мышечной ткани и дифференцировать степень нарушения иннервации. Повторная диагностика, проводимая в конце курса лечения, показала динамику восстановления пораженных мышц.

По нашим исследованиям, значительная положительная динамика отмечалась у пациентов с нарушениями голоса (после 2-3 процедуры). Объективно увеличивалось время фонации, нарастали сила и звонкость голоса, уменьшалась охриплость, снижалась утомляемость во время речи.

Положительная динамика у пациентов с дисфагией отмечалась на 10-12 процедуре. Субъективно пропадал «ком в горле», поперхивания во время приема пищи и питья. Уменьшалась гиперсаливация, нарастал тонус в мышцах артикуляционного аппарата, улучшалась трофика.

Таким образом, сочетая индивидуальные и групповые логопедические занятия, а также традиционные и новаторские методики, нам удалось достичь значительных результатов восстановления нарушенных речевых и неречевых функций.

При анализе данных экспериментального обучения использовалась та же методика оценки речевых и неречевых функций, что и при экспериментальном изучении.

Повторное проведение методики исследования речи после курса коррекционно-восстановительного обучения позволило нам объективно выделить не только наиболее страдающие функции и процессы, но и проследить динамику восстановления речевого статуса, то есть оценить эффективность составленной индивидуальной программы коррекционно-восстановительного обучения.

Сравнение результатов восстановления нарушенной речевой функции у испытуемых детей и подростков показало необходимость проведения индивидуально разработанной коррекционно-восстановительной работы с этим контингентом больных.

ВЫВОДЫ

1. При всем многообразии работ, посвященных проблеме коррекционно-восстановительной работы с детьми и подростками, явно отмечается недостаточность теоретических и практических исследований, в которых уделялось бы внимание вопросу восстановления речи при афазии.

2. Афазия у детей и подростков характеризуется своеобразием, которое определяется возрастом

ребенка, степенью сформированности речевой функции к моменту мозгового поражения.

3. Афазия у детей и подростков менее стойкая, чем у взрослых, в связи с пластичностью детского мозга и, следовательно, более благоприятная в плане прогноза компенсации речевого дефекта при условии использования специальных приемов коррекционного воздействия.

4. Логопедическая работа должна быть дифференцированной в зависимости от формы афазии и от возраста ребенка.

5. Работа по модифицированной системе коррекционно-восстановительного обучения (с учетом возраста ребенка, степени поражения речевых и неречевых функций, времени поражения головного мозга, степени сформированности речи на момент поражения, а также учет школьных потребностей) обеспечивает наиболее эффективное воздействие.

РЕЗЮМЕ

Результаты проведенного экспериментального исследования подтвердили данные о том, что афазия у детей, как и у взрослых, является системным нарушением речевой функции, связанным с органическим поражением головного мозга. У детей, как у взрослых, выделяются разные нейропсихологические синдромы речевых нарушений или формы афазии в зависимости от локализации мозгового поражения. Характер проявления, степень выраженности и спонтанная динамика афазических нарушений находятся во взаимосвязи с этиологией мозгового поражения и с возрастом, в котором случилось нарушение. Работа по модифицированным программам коррекционно-восстановительного обучения, составленной на основании индивидуального подхода к каждому испытуемому, является более продуктивной, чем работа по традиционной программе, рассчитанной на взрослых больных афазией.

ABSTRACT

Results of experimental research indicate that the aphasia of the children and the juvenile is the general affection of the speech function. Children like adults have the different neuropsychology syndromes and aphasia's forms with the dependence of localization of the brain affection. Nature of display, degree of the heaviness and the spontaneous movement are depended of the etiology of brain affection and of the patient's age. Uses of the modification methods increase the efficiency of speech rehabilitation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. Под ред. Цветковой Л.С. – М. – 2001. – С. 98-101.
2. Благосклонова Н.К., Мастюкова Е.М. Клинико-нейрофизиологическая диагностика детской эпилептической афазии – Дефектология. – 1993. – № 5. – С.31-34.
3. Визель Т.Г. Аномалии речевого развития ребенка. Москва. – 1995. – С. 27-32.
4. Корсакова Н.К., Москвичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. – М., МГУ. – 1988. – С. 4-21.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. – М.: Изд-во Моск. ун-та. – 1969 – С.141-149.
6. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М., «Академия», – 2002. – С. 64-71.
7. Храковская М.Г. Об афазии у детей в сб. «Проблемы патологии развития и распада речевой функции. Методические материалы научно-практической конференции. Центральные механизмы речи, посвященной памяти профессора Н.Н. Трауготт». – СПб. – 1999. – С. 74-82.
8. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. – М.: Педагогическое общество России. – 2000. – С. 8-46.
9. Critchley M. Aphasiology and other aspects of language. – London. – 1970. – P. 24-29.
10. Goldstein K. Language and language disturbances. – New York. – 1948. – P. 45-56.

Обуховская Анна Юрьевна
142715 Московская область, Ленинский район, совхоз им. Ленина, 3-12
Тел: 8 916 902 52 72
annaobukhovskaya@yandex.ru
Рубрика – Диссертационная орбита
23211 зн – 5 стр.