

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ В РАБОТЕ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КОМПЛЕКСНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ

LOGOPEDIC MASSAGE IN THE WORK TO RECOVERY PATIENTS WITH COMPLEX MOTOR APHASIAS

*K. Timofeeva
T. Makina*

Summary: In case of serious neurological damage to the brain, such as aphasia, a person undergoes a breakdown of neurophysiological mechanisms, the pronunciation of words is disturbed, but the ability of a sick person to understand speech is preserved. Motor aphasia - impedes the function of language communication of a sick person. The study of aphasia is carried out by specialists such as a neurologist, physiotherapist and speech therapist. Working with a speech therapist is mandatory for sick patients with complex motor aphasia. When interacting with a speech therapist, the sick patient will become more sociable, since speech therapy rehabilitation is a very important component of the overall picture of the treatment of complex motor aphasia. In connection with the foregoing, the author of this article made an attempt to scientific analysis and critical reflection on the problem of using speech therapy massage in the work on the recovery of patients with complex motor aphasia.

Keywords: complex motor aphasia, speech therapy rehabilitation, patient recovery, speech therapy work, language communication.

Тимофеева Ксения Александровна

логопед, Федеральный Научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, г. Солнечногорск, ksusha.fors@yandex.ru

Макина Татьяна Константиновна

логопед, Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, г. Солнечногорск makinat@yandex.ru

Аннотация: При серьезных неврологических повреждениях головного мозга, таких как афазия, у человека происходит распад нейрофизиологических механизмов, нарушается произношение слов, но при этом сохраняется способность больного человека к пониманию речи. Моторная афазия – затрудняет функцию языкового общения больного человека. Исследованием афазии занимаются такие специалисты, как невролог, физиотерапевт и логопед. Работа с логопедом, является обязательной для больных пациентов с комплексной моторной афазией. При взаимодействии с логопедом, больной пациент станет более коммуникабельным, так как логопедическая реабилитация является очень важным компонентом общей картины лечения комплексной моторной афазии. В связи с вышеизложенным, автором настоящей статьи, была предпринята попытка научного анализа и критического осмысления проблемы использования логопедического массажа в работе по восстановлению пациентов с комплексной моторной афазией.

Ключевые слова: комплексная моторная афазия, логопедическая реабилитация, восстановление пациентов, логопедическая работа, языковое общение.

Язык пронизывает всю жизнь человека. Культурная передача была бы невозможна, если бы не существовал язык со всеми его особенностями. Благодаря этому возможны интерпретация и использование реальности. Неизбежно все процессы связи с характеристиками действительности требуют их участия. Таким образом, можно сказать, что язык по преимуществу является человеческим преимуществом перед другими видами живых существ, будучи по существу психологическим фактом, но в то же время и социальным фактом.

В акте устного или вербального общения необходимо присутствие двух агентов; один, кодер, отвечает за словесное излучение; и другой агент декодирования, который получает и интерпретирует сообщение. Вся оральная активность требует участия этих двух агентов, при соблюдении трех различных уровней оральной функциональной активности. Первый уровень устного общения - это язык. [13, с. 28]

При органическом поражении головного мозга, поражающем некоторые структуры, входящие в эту систему,

функциональная динамика не является полной, и тогда проявляются симптомы функциональных дефектов, отождествляющие весь этот процесс с названием афазии. У больного с афазией уже сформированный язык частично или полностью разрушен, что существенно представляет трудности в общении с окружающими.

Цель афазической терапии состоит в том, чтобы в максимально возможной степени обеспечить его общение, обеспечивая физическое и психологическое внимание, способствующее его общему развитию, и, таким образом, достичь эмоционального и социального баланса.

Цель состоит в том, чтобы разработать методологические установки, направленные на физическую и речевую реабилитацию больного афазией, чтобы способствовать общению, чтобы полем деятельности было развитие общения.

Практический вклад состоит в предложении методологических ориентиров, способствующих развитию общения у больных афазией посредством логопедии. На-

учная новизна заключается в разработке методических указаний по стимуляции общения у больного афазией как ценного рабочего инструмента, который в руках логопеда позволяет развивать процесс реабилитации больного афазией и тем самым способствует тому, что больной комплексной моторной афазией, получает улучшение качества жизни, что делает его более независимым и коммуникативным, а так же активно включает его в общество. [7, с. 62]

Любая оральная деятельность требует участия двух агентов, кодировщика и декодера, но если происходит органическое повреждение, которое повреждает мозг, затрагивая некоторые из структур, интегрирующих эту систему, функциональная динамика не является полной, и тогда проявляются симптомы, характерные для афазии. Афазия считается нарушением речи в результате травмы головного мозга, которая препятствует функциям кодирования при выработке языка. Это как если бы человек полностью или частично забыл свой родной язык. [6, с. 85]

Афазия - это нарушение речи из-за очагового повреждения головного мозга, которое может представлять интерес как для вербального выражения, так и для понимания, а также для графического представления языка (чтение и письмо)».

Афазический субъект перестает способностью полностью или частично понимать письменную или устную речь; правильное обращение с лингвистическими символами изменяется посредством голоса, письма или жестов. Эти пациенты не могут точно перевести последовательность невербальных ментальных представлений, составляющих мысль, в символы и грамматическую организацию, составляющие язык.

Важно подчеркнуть, что человек является носителем афазии при наличии достаточного развития речи и как следствие органической перестройки центральной нервной системы, располагающейся в областях, связанных с функциональной системой речи (уровни теменной, височной и затылочной областей левого полушария), его декодирующая способность полностью или частично блокируется при кодировании устной и письменной речи, в основном затрагивая коммуникативную функцию языка. [2, с. 122]

Другими словами, нейрофизиологические механизмы, ответственные за кодификацию и декодирование устной или письменной информации, дезинтегрированы. Это расстройство языка и общения не должно ограничиваться индивидуальными эффектами восприятия, памяти, языка, письма и т.д., составляют тот или иной синдром. Следует учитывать, каким образом затрагивается каждая функция, характер нарушений и какой об-

щий фактор объединяет различные системы, поскольку все функционально интегрировано.

Афазия классифицируется в соответствии с первым критерием, который является более общим и считается традиционным или классическим, который включает три основные формы афазии: [11, с. 104]

Моторная афазия или афазия Брока: это вызвано травмой в области третьей левой лобной извилины. Клинически проявляется неспособностью артикулировать слова и преднамеренным использованием языка; с относительным сохранением элементарных оральных движений индивидуума.

Сенсорная афазия или афазия Вернике: поражение возникает в задней трети первой левой височной извилины, проявляется затруднением или неспособностью говорить из-за изменения, которое происходит в его понимании.

Смешанная афазия: наблюдается сочетание моторных и сенсорных симптомов за счет взаимосвязи между двумя анализаторами, определяющими смешанный характер расстройства.

Для развития общения у афазиков большое значение имеет физическая реабилитация; потому что это указывает на телесную функциональность. Реабилитационные задачи предназначены для повышения подвижности и физических способностей человека с помощью упражнений, массажа и других методов. Физическая реабилитация у пациентов с афазией связана с лечением, разработанным для восстановления состояния или состояния, утраченного в результате черепно-мозговой травмы. Эта заболеваемость должна происходить на очень ранних стадиях, так как она должна быть направлена на организацию сознания больного афазией, быть сфокусирована интегрально, с участием физического реабилитолога и логопеда, которые должны работать вместе для получения удовлетворительных результатов. [5, с. 11]

Первое, что нужно сделать, это физическая, психологическая и логопедическая помощь, помогающая им в общем развитии, устанавливающая эмоциональный и социальный баланс. Кроме того, расширение прав и возможностей семьи, поскольку она играет очень важную роль в качестве основы реабилитации. Ввиду их важности, автор настоящей статье предлагает некоторые установки, которые особенно направлены на семью: всегда проявлять спокойствие перед пациентом, не задавать вопросы, требующие сложных ответов, и не заставлять их произносить слова или полные предложения: [10, с. 68]

1. Он будет стимулироваться только тем, что будет говорить медленно и правильно каждое слово, по возможности соотносить их с показанным объек-

том и ограничивать себя этими сенсорными раздражениями.

2. Никогда не давите на него и не высмеивайте нецензурные слова или стереотипные формы общения;
3. Столкнувшись с утомляемостью, которой они очень подвержены, они меняют задание или откладывают его;
4. Никогда не просите его говорить, это будет исходить от пациента, когда его физическое и психологическое состояние улучшится и начнет разрабатываться более личная и конкретная программа реабилитации для его болезни.

В настоящее время логопедия продемонстрировала, что процедуры, присущие физической, психологической и педагогической реабилитации, среди прочего, могут стимулировать, развивать, обучать, исправлять и компенсировать или предотвращать изменения языка.

В случае нарушений устной коммуникации их необходимо корректировать в максимально нормализующей и облегчающей среде, возможной для установления межличностных отношений и языкового взаимодействия: в семье и обществе, как средах, позволяющих человеку выражать потребности, привязанности, что способствуют процессу социализации. [4, с. 53]

Восстановление пациентов с комплексной моторной афазией зависит не исключительно от биологических особенностей больного афазией, а от всей системы социальных влияний его окружения.

Подходы действующей логопедии для реабилитации больных с комплексной моторной афазией: онтогенетический, профилактический, коррекционно-компенсаторный, коммуникативный, деятельностно-интеграционный и социальный. В этом исследовании мы будем ссылаться на коммуникативный подход, который предполагает интеграцию в языковое производство факторов вербальной и невербальной коммуникации, а также когнитивных, ситуационных и социокультурных факторов, когда участники задействуют множество компетенций, охватывающих все факторы.

Важно стимулировать язык как целостную функциональную систему и взаимосвязанную с развитием психических процессов в различных коммуникативных ситуациях и контекстах.

Техники и процедуры, выбранные для реабилитационной работы, должны быть мобилизующими, что у афазика вызывает потребность говорить и активно участвовать. Утверждается, что наиболее удобной формой организации ухода должна быть групповая или коллективная; это не исключает необходимости индивидуального варианта у отдельных лиц. Художественная

терапия: выражение тела, ритмическая логопедия, повествование, психотерапия, среди прочего, очень мотивируют, потому что они способствуют общению и отличному эмоциональному состоянию. [15, с. 32]

Логопед как медиатор развития на основе персоналогического, индивидуализированного и менее авторитарного подхода, учитывая единство когнитивного и аффективного в процессе воспитания личности, подбирает процедуры и действия, мотивирующие пациентов, доставляющие удовольствие от их выполнения, облегчить взаимодействие между ними и, в свою очередь, снизить уровень беспокойства перед общением, а также умиловать это.

Исходя из теоретических ориентиров, принятых в этом исследовании, и проблемной ситуации у пациентов с афазией становится очевидной необходимость поиска решений этой социальной проблемы. Следовательно, необходимо провести первичную диагностику больного с афазией, выбранного в качестве выборки, чтобы определить основные закономерности, проявляющиеся в их общении. [9, с. 33]

Выборка состоит из 1 пациента с афазией, проживающего в Москве. Для постановки первоначального диагноза была проведена логопедическая характеристика пациента с афазией посредством обследования, в результате которого были получены следующие результаты:

Мужчина 66 лет с высшим образованием. Уже три года он на пенсии и живет с женой и дочерью. Положительный анамнез артериальной гипертензии. Не курит и не употребляет алкоголь. До нынешней госпитализации он обычно занимался повседневными делами.

Внезапно у него появилась слабость в правом полушарии и трудности с речью. В этой ситуации его доставили в больницу. На МРТ головного мозга выявлен острый инфаркт на участке левой передней мозговой артерии, включая парасагитальную кору лобных и теменных долей.

Оценка языка была проведена через семь дней после сердечного приступа. Найден пациент с хорошим уровнем ухода. Явных дефектов зрения или слуха не обнаружено. В различных используемых тестах не было обнаружено пространственной небрежности. Отсутствуют дефекты крупной и мелкой моторики верхних конечностей. Однако у больного был явный парез правой ноги. Язык высунут в среднем положении. Асимметрии лица не обнаружено. Движения языком и лицом в пределах нормы. Больной спонтанно указывал, что «не могу говорить длинные фразы» и при осмотре несколько раз указывал, что ему трудно облекать свои мысли в слова и создавать фразы. [1, с. 70]

Спонтанная речь уменьшилась. Громкость, скорость и просодия были нормальными для ее возраста. Составных дефектов не отмечено. Движения языком нормальные. Фонетических отклонений не обнаружено. Во время спонтанной речи вербальных и фонологических парафазий не обнаружено. Устная и вербальная активность в норме. Пациент мог быстро воспроизводить словесные последовательности (мама-мама). Автоматическая речь (например, счет, упоминание дней недели, месяцев) была в пределах нормы. Он использовал 12 слов, чтобы описать картинку, и исследовал фигуру последовательно слева направо. Никакой пространственной небрежности не наблюдалось, и пациент мог правильно интегрировать фигуру. Пациент мог выполнять простые и сложные словесные команды и правильно распознавал правое и левое в своем теле и в теле исследователя.

Было обнаружено, что количество спонтанной речи уменьшилось. В тесте на беглость речи пациент смог найти 10 названий животных за одну минуту. Умение находить имена оказалось в пределах нормы для их возраста и профессионального уровня. Зафиксирована семантическая парафазия. Ошибок в обозначении частей тела, в том числе пальцев, не обнаружено.

Чтение слов вслух было относительно нормальным. Однако при чтении длинных фраз обнаруживались буквальное прочтение – чтение букв, образующих слово, было правильным. Он писал правой рукой. При написании слов и фраз под диктовку наблюдалась медленная и определенная микрография. Черты были неточными в некоторых буквах, и в целом каллиграфия была плохой. Однако пространственное распределение слов и фраз было адекватным. Предложение методологических ориентиров, направленных на физическую и логопедическую реабилитацию при афазии в пользу общения.

Физическая и логопедическая реабилитация предлагают широкие возможности для развития общения у пациента с афазией, поскольку ее вмешательство должно осуществляться в спонтанной и естественной среде, облегчая достижение и сотрудничество между участниками. Совместное выполнение врачом-физиологом и логопедом методических установок в лечебных мероприятиях, целесообразно применяемых при данной патологии, что гарантирует скорейшее восстановление функций больного и снижение его физической и психической недееспособности. Начиная с установления общих целей и задач при индивидуальном и групповом участии, а также оценки и самооценки результатов рефлексии, опосредованной разными коммуникативными элементами в социализирующей среде. [8, с. 309]

У афазиков название предметов при наблюдении за

ними и действий при беге упражняет и способствует пониманию и выделению вербального материала.

Принимая во внимание принципы процесса неврологической реабилитации, и в частности тот, который относится к повторению с вариациями и без них, авторы считают, что для терапевтических устремлений, которые решаются при физической реабилитации, и времени, которое пациент с афазией остается с реабилитологом может обогатить терапевтическое действие в афазии, направленное на поддержку терапевтической модели общения, действиями, направленными на то, чтобы способствовать общению того же самого, не отклоняясь от своей основной цели.

Методические ориентиры, направленные на специалиста по физической реабилитации: [14, с. 89]

1. Попросите пациента смотреть на рот в течение всего времени физической реабилитации;
2. Дайте точные указания относительно действий, которые необходимо выполнить, например, сядьте, поднимите правую руку, встаньте, поднимите левую руку, переместите левую ногу и сделайте шаг вперед правой ногой;
3. Повторяйте заказы несколько раз, и никогда не устанете делать это;
4. Говорите четко, просто и преувеличенно отмечайте артикуляцию звуков, когда отдаете приказы. Таким образом, больной подчеркивает артикуляцию и произношение звуков;
5. Когда больной не может вспомнить звук или первый слог слова, предложите уровни помощи, произнося звуки или слоги с акцентом на артикуляцию;
6. При выполнении массажа лица делайте акцент на постановке губ в позу для поцелуя, поцелуях, подсчете чисел и их повторении, нахмутив брови.
7. Поставьте пациента в коммуникативные ситуации.

Методические ориентиры, направленные на логопеда: [3, с. 34]

1. Имейте хорошие отношения с физиотерапевтами, так как таким образом достигается командная работа;
2. Объясните семье пациента, что следует делать, а что делать не следует;
3. Поощряйте пациента начинать логопедическую терапию и делать все возможное, чтобы пациент мог говорить;
4. Используйте потенциал музыки, который позволяет реорганизовать функцию с помощью различных сенсорных ассоциаций, таких как слуховые, визуальные и ценностические;
5. Всегда правильно выполняйте логопедическую диагностику, иначе она не поможет в реабилитации пациента;

6. Установите целевую терапию повреждений, присущих каждому пациенту с афазией;
7. Выполните начальную афазическую технику с мотивирующими действиями, которые обеспечивают большую безопасность, концентрацию и мотивацию пациента;
8. Рекомендуйте больному афазией называть перед зеркалом все предметы, которые находятся вокруг него/нее, четко артикулированными словами. Если возможно, повторите их несколько раз, чтобы таким образом вы могли связать и зафиксировать сообщение;
9. Способствуйте улучшению этого расстройства общения и языка в более короткие сроки и более качественно.

Основные результаты таковы:

Физическая и логопедическая реабилитация позволяет пациенту осуществлять коммуникативный обмен через отданные ему приказы и оценки выполненных физических упражнений. Преобладают настроения оптимизма, хорошего настроения и с большим энтузиазмом в физической и речевой реабилитации. У афатика была возможность реализовать автоматический язык в последовательном числовом счете и автоматизировать эмиссию простых выражений вследствие помещения пациента в коммуникативные ситуации. [12, с. 131]

У больного афазией достигнуты номинации, относящиеся к частям тела, а также к различным действиям, часто выполняемым в лечебной физкультуре и в по-

вседневной жизни. Смог выразить уверенность и спокойствие на всех занятиях физической реабилитации и логопедии, без ограничений и в обстановке безопасности. Наличие реабилитационных элементов в лечении физической и речевой реабилитации.

При выполнении мобилизаций голосом команды выделяется профессиональная ценность помощи пациенту с афазией. Афатик был в состоянии оценить и оценить свои собственные качества и действия во время лечебной физкультуры. Поддерживает устойчивые, гармоничные и зрелые отношения с коллективом, проявляя в своем поведении адекватное развитие общения. Недостаточность знаний о том, как добиться артикуляции некоторых звуков в деятельности, проводимой физическим реабилитологом. Приведенные закономерности показывают ценность практического применения предлагаемых руководящих принципов. После анализа полученных результатов приходим к следующим выводам.

Изучение теоретических референтов, связанных с вниманием к афазическому больному выборки, позволило определить, что совместная работа физического реабилитолога и логопеда способствует скорейшему выздоровлению и реабилитации для развития коммуникативной, а также его активное включение в общество. Выполнение задач, предложенных для развития исследования, позволило улучшить общение у афазиков, за счет разработки и применения ориентиров, выработанных для развития общения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воздействие технологий виртуальной реальности на психоэмоциональное состояние пациентов с афазиями / О.Э. Карпов, В.Д. Даминов, Э.В. Новак, Н.И. Слепнева // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2021. – Т. 16. – № 1. – С. 67-73.
2. Дербок, Ф.Н. Технология коррекционно-педагогического воздействия в системе восстановительной работы при моторной афазии / Ф.Н. Дербок // Образование и наука в России и за рубежом. – 2021. – № 12(88). – С. 119-124.
3. Козак, А.А. Особенности повествовательной речи у больных с афазией / А.А. Козак, Т.С. Кусакина // Forcipe. – 2019. – Т. 2. – № 51. – С. 20-43.
4. Красильникова, Т.В. Логопедический массаж как составляющая комплексной коррекции дизартрии / Т.В. Красильникова // Студенческий. – 2022. – № 23-2(193). – С. 51-55.
5. Лебедева, М.А. Формирование программирования речевого высказывания при динамической афазии / М.А. Лебедева // Вестник магистратуры. – 2019. – № 8-1(95). – С. 7-13.
6. Максимова, К.Ю. Реабилитация пациентов с афазией с использованием мультимедийной программы для планшета / К.Ю. Максимова // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2021. – Т. 40. – № 54. – С. 81-87.
7. Ондар, Ч.Т. Нарушение программирующей функции речи при разных формах афазии / Ч.Т. Ондар // Матрица научного познания. – 2018. – № 7. – С. 61-62.
8. Пичурина, В.И. Система организации восстановительного обучения больных с афазией в условиях стационара / В.И. Пичурина // Аллея науки. – 2018. – Т. 6. – № 6(22). – С. 307-310.
9. Роль логопедического массажа при коррекции дизартрии / С.А. Бобохан, Д.В. Сеницына, И.А. Лысогорская [и др.] // Современное дошкольное образование: теория и практика. – 2022. – № 7. – С. 30-35.
10. Столбова, Е.В. Оптимизация логопедической работы при афазии с использованием современных средств восстановительного обучения / Е.В. Столбова // Альманах мировой науки. – 2021. – № 1(44). – С. 66-69.
11. Франк, Е.О. Особенности грамматической стороны речи при эфферентной моторной афазии / Е.О. Франк, С.Г. Щербак // Общество. – 2020. – № 3(18). –

- С. 102-106.
12. Фуреева, Е.П. Восстановление речи при афазии: логопедический аспект: Учебно-методическое пособие / Е.П. Фуреева, Н.С. Алпатова. – Москва: Планета, 2022. – С. 127-136.
13. Харитошина, А.А. Основные подходы к комплексной реабилитации лиц с афазией / А.А. Харитошина // Научный Лидер. – 2021. – № 30(32). – С. 27-29.
14. Шеломенцева, Ю.В. Состояние речевой функции больного с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде / Ю.В. Шеломенцева, С.Г. Щербак // Научный потенциал. – 2020. – № 4(31). – С. 87-91.
15. Юркова, М.А. Особенности устной речи у больных с афазией / М.А. Юркова // Педагогика & Психология. Теория и практика. – 2021. – № 2(34). – С. 26-39.

© Тимофеева Ксения Александровна (ksusha.fors@yandex.ru), Макина Татьяна Константиновна (makinat@yandex.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Федеральный Научно-клинический центр
реаниматологии и реабилитации