

Библиотека практического врача

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ
РЕЧИ
ПОСЛЕ
ИНСУЛЬТА**



В. В. ОПШЕЛЬ



ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 1972

О Г Л А В Л Е Н И Е

Предисловие	j
Глава I. Исходные положения работы по восстановлению речи	\ I
Глава II. Первая встреча логопеда с больным	Ij
Глава III. Первоначальное растормаживание речи в свежих случаях афазии	\ i
Глава IV. Восстановление речи на поздних стадиях афазии	II
Глава V. О профилактике аграмматизма	5
Глава VI. О восстановлении чтения	8
Глава VII. О восстановлении письма и письменной речи	9
Глава VIII. Заключительный период восстановления речи	III f
Глава IX. Организация логопедической помощи в больнице и поликлинике	i 141
Заключение	II
Литература	152

Варвара Владимировна Опель

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ
ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Редактор З. М. Беркенблит
Художественный редактор А. И. Приймак
Технический редактор Э. П. Выборнова
Корректор А. Е. Хомякова

Сдано в набор 17/XI 1971 г. Подписано к печати 1/III 1972 г. Формат бумаги 84X108 у32. Печ. л. 4,75. Бум. л. 2,375. Уч.-изд. л. 7,58. Усл. л. 7,98. ЛБ-57. Тираж 10 000 экз. Заказ № 1332. Цена 38 к. Бумага типографская № 2.

Издательство «Медицина», Ленинградское отделение.
Ленинград, Д-104, ул. Некрасова, д. 10.

Ордена Трудового Красного Знамени
Ленинградская типография № 2 имени Евгении Соколовой
Главполиграфпрома Комитета по печати при Совете Министров СССР.
Измайловский проспект, 29.

5-3-12

118-72

ПРЕДИСЛОВИЕ

Когда мы впервые предприняли попытку организации систематической работы по восстановлению речи в неврологическом отделении Ленинградской городской больницы \ большинство больных доставлялось в больницу с квартиры через три недели после наступления острого нарушения мозгового кровообращения. Занятия по восстановлению речи начинались с больным не ранее шестой недели заболевания, когда у больного уже закрепилось отношение к себе как человеку, который не может общаться с окружающими звучащей речью.

С тех пор прошло около пятнадцати лет. В настоящее время большинство больных доставляется в стационар по поводу острого нарушения мозгового кровообращения в первые 3—12 часов заболевания, после оказания на дому дифференцированной патогенетической врачебной помощи. В больнице они получают энергичное патогенетическое лечение. В связи с этим восстановительные возможности больных заметно возросли.

Из сказанного вытекает и другой вывод: если в прошлом логопед имел дело в первую очередь с остаточными явлениями, пусть недавно, но все же уже перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, в настоящее время восстановительные занятия начинаются (в зависимости от тяжести общего состояния больного) с первой-третьей недели от начала заболевания, т. е. до завершения процес-

¹ Больница «В память 25-го Октября»,

сов, возникших в головном мозгу в момент инсульта. Следовательно, и методика работы не может ^ той же, которой она была 10—15 лет тому назад.

За последние десятилетия огромный культурный рост населения значительно изменил уровень речевого развития болеющих, что в свою очередь изменило требования к методике восстановительных занятий и перспективы восстановления речи.

Работа по восстановлению речи с больными, страдающими афазией, развывается по всей стране, есть необходимость дать логопедам методическое пособие, которое помогло бы им работать сегодня.

Мы попытались осветить только несколько основных разделов восстановительной работы. При этом мы стремились выбрать те из них, которые, во-первых, выкристаллизовались после опубликования нашей в 1963 г. книги «Восстановление речи при афазах». Во-вторых, мы осветили те разделы, которые претерпели самые значительные изменения и отработаны за последние годы.

Глава I

ИСХОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАБОТЫ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧИ

Методика восстановления речи после инсульта исходит в своем построении из успехов, достигнутых медицинской наукой в вопросах лечения и предотвращения острых нарушений мозгового кровообращения.

В настоящее время, когда восстановительная работа с больным начинается в ранние сроки заболевания (на первой-третьей неделе), ее основной задачей является растормаживание речевой функции на основе старых речевых автоматизмов. В прошлом большинство больных, поступавших в больницу с афазией, выписывалось из нее совсем или почти неговорящим, а поступившие с дизартрией нередко оставались с нею на долгие годы. В настоящее же время, когда в крупных неврологических отделениях городских больниц работают штатные логопеды, до 24,0—30,0% больных выписываются из нее с практически восстановленной речью. А в поликлиниках, куда на долечивание попадают больные с более тяжелыми формами афазии, из числа больных с восстановленной речью, около половины выходит на работу.

Растормаживание речевой функции на основе **старых речевых стереотипов** должно проводиться на раздражителях малой силы (шепотом, вполголоса). Работа по восстановлению речи, как и всякая педагогическая работа, должна строиться, исходя из принципа *от легкого к трудному*. Другими словами, задания, предлагаемые больному, должны располагаться по принципу постепенно нарастающей трудности, учитывая, что степень трудности индивидуальна для каждого отдельного больного. Так, например, если одному больному легче всего повторить сказанное: «Дом», Другому — договорить начатое логопедом предложение, третьему окажется легче всего вступить с логопедом в диалог. Таким образом, с самого

легкого для конкретного больного и следует начинать восстановление речи. Однако на том, что дается больному легко, его не следует держать долго: трудное задание должна постепенно нарастать и часть из них обязательно должна быть на пределе выполнимой. Не следует заканчивать занятие заданием, которое больной выполнить не может или очень затрудняется*. По той же причине на начальных стадиях восстановительной работы должны быть исключены занятия, ведущиеся на отдельных, взятых вне контекста словах и, тем более, на изолированных звуках речи, — даже для повторения.

Для первичного растормаживания речи фразеологический материал подбирается логопедом по *её смысловой и эмоциональной значимости* для больного, а не по признаку легкости или трудности произношения, поскольку этот признак не является ведущим при афазии. Если на первоначальных этапах растормаживание речи ведется главным образом как материал, наиболее близкий больному, — что ему в данный момент нужно и что его тревожит, — в дальнейшем работа по растормаживанию, хотя бы частично, но обязательно, переводится на вопросы специальности, профессии. В возможно ранние сроки логопед переводит больного на диалогическую форму речи путем активного создания ситуаций, вызывающих у больного острую потребность в общении.

Время и форма включения в восстановительные занятия письменной речи (чтения и письма) различны для разных больных и обусловлены как особенностями речевого расстройства, так и тем местом, которое они занимали в жизни больного до заболевания.

Вся восстановительная работа ведется обязательно как с учетом оптимальных для каждого больного интервалов между речевыми заданиями и их выполнением, вопросом и ответом на него, так и индивидуальной истощаемости больных. Без учета этих двух факторов логопеду обеспечено возникновение у больного речевых эмболов, персевераций и, нередко, выхода больного в так называемое постинсультное заикание.

Уже не мало лет прошло с тех пор, как проф. Н. Мясищев в печати и публичных выступлениях оставил проблему отношений. Однако до настоящего времени не только при анализе процесса восстановления речи у больных, страдающих афазией, но и повседневной работе с ними, проблеме отношений не уделяется должного внимания. Между тем она является *одной из решающих* во всем ходе восстановительной работы с больным.

Очень существенно, чтобы с самого начала персонал относился к больному не как к заранее обреченному на инвалидность, а как к человеку, который может и должен поправиться. Обращение с больным, даже полностью лишенным речи, должно быть таким же, как с говорящим: каждый имеющий с ним дело должен внимательно вслушиваться во все, что пытается сказать ему больной. При больном не следует говорить о нем. Ему не следует задавать изо дня в день те же стереотипные вопросы, давать стереотипные задания, не оправданные последующей реакцией дающего задания. Каждое выполненное больным задание должно подкрепляться репликой, утверждающей это выполнение, невыполненное — репликой, утверждающей, что это задание трудно сегодня, но через день-два станет выполнимым.

Особенно большую роль в процессе восстановления речи играет лечащий врач. Его высказывания нередко определяют будущее больного, правильно или неправильно формируя отношение больного к себе и своим возможностям. Иллюстрируем примером.

Больной С, 56 лет, научный работник, остро заболел 9/11 1966 г., когда на работе внезапно перестал понимать обращенную речь. Дома 9 и 10 февраля на все вопросы отвечал только «да» и «нет». 10 февраля из правой руки выпал мундштук. Госпитализирован в неврологическое отделение больницы 11 февраля с Диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне корковых ветвей левой средней мозговой артерии по ишемическому типу.

При приеме: не понимает предлоги, испытывает значительные трудности в подборе слов, многие слова произнести не может. Отвечает только на те вопросы, на которые можно ответить зовами «да» и «нет». На письме грубая дисграфия.

о состояние ухудшилось, больной рисует рожи. Постепенно к 22/11 общее состояние улучшилось, однако наросли явления

сенсорной афазии при одновременных явлениях апракс языка.

Несмотря на выраженность речевых расстройств, и лечащ врач и зав. отделением непрерывно поддерживали в больш уверенность, что речевые расстройства преходящи и что все по ностью восстановится в результате курса восстановительных з нятий.

Восстановительные занятия начаты 29/11/1966 г., закончен в августе 1966 г. В сентябре больной вышел на работу по сп циальности.

Характерной для описанного случая является т спокойная уверенность, с которой занимался больно! Встречавшиеся на пути восстановления трудности н вызывали нежелательных, мешающих эмоций, пс сколько больной знал, что он восстановится. И в это! большая заслуга врачей, лечивших его.

Но, к сожалению, бывает и иначе. По старой при вычке относясь к больному с сенсорной афазией ка! к человеку, который ничего не понимает, лечащ врач иногда позволяет себе у постели больного гово рить (то родственникам, то студентам, то персоналу) что больной ничего не понимает, что у него большш разрушения в головном мозгу, что он никогда ш сможет работать и т. д. С взрывами отчаяния, еле дующими после таких «разъяснений», приходите* иметь дело логопеду. И не раз больные, уже начина вшие восстанавливаться, категорически отказывались от дальнейших занятий на том основании, что леча щий врач неосторожно высказался при них о прог нозе.

Пример, говорящий о том, что может сделать не осторожное высказывание врача у постели больного.

Больная М. С., 80 лет, доставлена с улицы с явлениями острого нарушения мозгового кровообращения по типу тромбоза в левой гемисфере с явлениями правостороннего гемипареза и расстройствами речи. Если при приеме нарушения речи квали фицировались как тяжелая дизартрия, начиная с четвертого дня заболевания твердо устанавливается диагноз сенсо-моторной афазии с преобладанием сенсорного компонента. Больная долго находилась з тяжелом состоянии, почему логопедические заня тия назначены только на 51-й день болезни.

Еще на 30-й день болезни в истории болезни запись: «Произ носит хорошо некоторые слова. Говорит *«хорошо»*, *«спасибо»*. Чужую речь не понимает». После этого записи говорят только о том, что больная не понимает обращенной речи и- не выпол няет ни одного задания. *

В процессе беседы с окружающими и персоналом выяснено, что однажды, на обходе лечащий врач сказал, что больная ничего не понимает. После обхода больная долго плакала. С этого дня больная ни слова не сказала врачу.

При первой встрече с логопедом на вопросы отвечает очень плохо, почти не слышно. Вопрос: «Как спали-то?» — Ответ: «Хорошо». В.: «Когда я приходила, вы спали?» — О.: «Да». В.: «Вы днем спите?» — О.: «И не хочешь, да...» (ответ угасает). В.: «Иного днем спите?» — О.: «А что же еще...» (ответ угасает).

После двух месяцев занятия: В.: «Как вас зовут?» — О.: «Сестрица». В.: «А отчество?» — О.: «Михална». В.: «А сколько вам лет?» — О.: «Много». В.: «А все-таки?» — О.: «Во... восемьдесят». В.: «Так вы 1905 г. помните?» — О.: «Да, хорошо». В.: «Вы что тогда делали?» — О.: «Работала». В.: «Где работали?» — О.: «Не знаю... не помню...».

Но за все это время больная ни разу не заговорила с лечащим врачом, не выполнила ни одного его задания и ни разу не повторила ни одного слова.

Недели через две после этого разговора пришли внуки, с которыми жила больная. Здесь же в палате лечащий врач повторил им, что больная ничего не понимает, на что внуки ответили, что в таком виде не возьмут ее домой. Больная промолчала.

На следующий же день больная отказалась вставать, на все разговоры поговорить с врачом или хотя бы с внуками отвечала: «Не хочу, уходи». А врач не верил ни логопеду, ни методисту ЛФК, что больная говорит.

Высказывания врача имеют огромное значение не только у постели больного, но и в беседе с родственниками больного и со страхделегатами. Поэтому врач должен постараться объяснить им, что афазия при систематических, достаточно длительных иногда занятиях чаще всего обратима, что парезы тоже претерпевают обратное развитие при длительной работе, но что *обязательным условием* восстановления является сохранение за больным во все время болезни его места в семье, которая ничем не дает почувствовать временную трудность в общении. При этом врач должен подчеркнуть, что больной как личность не деградирован, что надо его поддержать, помочь в это трудное время, что выражение невнимания или пренебрежения мешает, затягивает восстановление.

К сожалению, далеко не все врачи действуют таким образом. Вот почему лечащий врач нередко, хоть и невольно, осложняет процесс восстановления больного, не учитывая отрицательного влияния своих высказываний на формирование отношения семьи и

коллектива (через страделегатов) к больному и его возможностям. Это отношение колеблется от сиюминутного сострадания, в силу которого больной теряет всякую самостоятельность, как физической, так и психологической, до грубого игнорирования и обесценивания, вплоть до передразнивания дефектной речи, больного. Как то, так и другое отношение принижает личность больного, ставит его в зависимое положение от всех членов семьи. Личность больного начинает изменяться. В одних случаях он уходит в себя, становится раздражительным, дает постоянные срывы, иногда начинает пить; в других — под постоянным нажимом семьи больной покоряется, превращаясь во вспомогательную рабочую силу для домашних. И все это в результате того, что лечащий врач не сумел правильно ориентировать семью, не сумел направить в правильное русло вновь формирующиеся, в связи с болезнью, внутрисемейные отношения. Страдает же один больной.

Лечащий врач должен также обеспечить и правильное отношение больного и его семьи к логопедическим занятиям. Очень важно, чтобы с самого начала они относились к этим занятиям как к обязательному звену восстановительного лечения. Врач должен разъяснить семье ошибочность точки зрения, бытующей в населении, что «речь сама отойдет». Ошибочность этой точки зрения, отмеченная еще Э. С. Бейн (1957), очевидна, однако бороться с ней бывает иногда очень трудно. Именно в силу этой причины многие больные, речь которых могла бы практически восстановиться, остаются на всю жизнь полуинвалидами.

Семья должна знать, что занятия по восстановлению речи прекращаются только тогда, когда логопед получит на это согласие лечащего врача. Врач, а не логопед должен разъяснить семье, что на начальном этапе работы, когда *логопед является единственным человеком, понимающим речь больного*, больной, естественно, ждет логопеда и радуется его появлению. Он все оставит: обед, друзей, пришедших его навестить, близких, с которыми смотрел телевизор, — и пойдет заниматься с логопедом, потому что никто

ельше не понимает его речи, потому что ни с кем ругим он говорить не может (на начальных этапах ечь больного ситуативна), потому что от него он :дет помощи в самом важном — возвращении ему озможности общения с окружающими. Особенно ледует объяснять *ситуативность* восстанавливаю-щейся речи, ибо она нередко является источником недоразумений («вот, с логопедом ты говоришь, а со шой говорить не хочешь»). Семья должна понять, [то разрушить веру больного в логопеда, значит поч-и наверняка обречь его на неполное восстановление)ечи, но она также должна знать, что как только Зольной вернет себе речевую самостоятельность, он сам, достаточно энергично, начнет отходить от лого-педа, возвращаясь в круг своего обычного общения и отношений с окружающими.

Отношения между больным и логопедом должны строиться на дружеском взаимопонимании и взаи-моуважении (как равного с равным). Неизбежно они приобретают некоторый оттенок задушевности, ибо никому другому, кроме логопеда, больной не может рассказать, чтобы быть понятым, свои тре-воги и горести. А их у него много, и они чрезвычай-но разнообразны. Таким образом, совершенно неиз-бежно логопед оказывается в курсе всех нерадост-ных событий в жизни больного. Эту дружбу, это доверие, оказанное больным, надо уважать и беречь, используя в то же время для достижения основной цели — сохранить личность больного и восстановить его речь.

Мы придаем очень большое значение тому, чтобы логопед вникал в жизнь и интересы каждого боль-ного, знал и учитывал особенности домашних и ра-бочих условий своего больного, понимал, как каж-дый больной относится к своей болезни, к своим воз-можностям восстановления. Он должен искренно и горячо переживать вместе с больным все его успехи и огорчения, стараясь все время подчеркивать дости-жения, спокойно и уверенно объяснять трудности, возникшие на пути восстановления, стремясь создать у больного уверенность в своих возможно-стях.

Как упоминалось выше, уже на ранних этап заболевания неосторожная реплика лечащего Врач начинающаяся словом «никогда», насторажив[^] семью больного. Семья начинает присматривать к больному, ища в нем подтверждение слов врач Где-то, уже на первых неделях болезни, они нач нают поговаривать и, что самое скверное, *рассказ вать* знакомым и *сослуживцам* больного о том, ч[<] от «стал совсем дурачком». Основания этим утвер[^] дениям берут свое начало в парафазиях, апраксиях ряде других очаговых симптомов, расцениваем[^] с позиций обывателя. j

Зная, к каким непоправимым последствиям **ц** больного ведет распространение таких слухов, мы н проводим занятий в присутствии родных и друзе! не даем родным никаких заданий по восстановитель ной работе и, по возможности, исключаем всякую возможность вмешиваться во все, что касается вое становления нарушенных функций. К сожалению, н предвидя последствий, больной нередко, несмотр; на запрет логопеда, поддается просьбам родных «а ты почитай мне», или «попиши со мной», или «п| считай», и тогда уже логопед бессилеи оградит больного от ненужных, неграмотных и вредящих ем] разговоров. Весть о том, что он «неполноценен», рас пространяется с невероятной быстротой. Начинают приходить люди, связанные с ним по работе, чтобы «удостовериться» в его неполноценности, а больной не знающий того, что сделала семья, искренно рад увидеть людей, которых считает своими друзьями и как может и как умеет, пытается общаться с ними Уходя, «друзья» в передней шепотом говорят что-то семье, сочувственно кивая головой.

И вот, когда больной должен выйти на работу, почва к тому, чтобы не допустить его к прежней ра боте, уже достаточно подготовлена за месяцы бо лезни. Нам приходилось видеть истертые до дыр за ключения о состоянии здоровья больного, истертые в процессе ношения по разным инстанциям для до казательства «несостоятельности» больного занимать прежнюю должность. А эта должность, на которой нередко человек проработал много лет, является

асто той *единственной*, которая способствовала бы (кончательному восстановлению речи, ибо эта работа единственная, на которой вырабатывались фочные, рабочие автоматизмы, которую он мог бы шполнять, восстанавливая старые навыки.

В наиболее трудном положении оказывается работник умственного труда, восстанавливающийся после афазии. Прикрываясь формулировкой о «пользе» больного, его не допускают до той работы, которую он хорошо знает, на которой мог бы окончательно восстановить нарушенные функции. Приобретать новую специальность, овладеть новыми навыками человеку, несколько месяцев тому назад перенесшему острое нарушение мозгового кровообращения, трудно, и его очень быстро аттестуют как «неполноценного». Его игнорируют, не щадя самолюбие, подчеркнуто стремясь показать, что его только терпят и снисходительно ждут выхода на пенсию. И никому нет дела до того, что человек как личность сохранен, что при правильном отношении его речь могла бы окончательно восстановиться и он мог бы принести еще много пользы.

Откуда же эта черствость, переходящая порой в жестокость к поправляющемуся после тяжелой болезни человеку? Нам кажется, что дело заключается в недостаточной осведомленности некоторой части медицинских работников в современном состоянии вопроса о лечении больных, страдающих афазией, что люди «по старинке» рассматривают этих больных как «умственно неполноценных», «сниженных», «психически ущербных». А между тем в настоящее время можно привести множество примеров того, как люди, у которых была афазия, на разных стадиях восстановления включавшиеся в работу по специальности, благополучно работают на своей прежней работе не один и не два года, справляются с ней и не дают повторных инсультов. Но, к сожалению, ^еЩе больше примеров можно привести тому, как люди, искусственно превращенные в инвалидов запретом выхода на работу, насильственно оторванных от труда, которым жили, обреченные на прозябание Дома, т. е. люди, у которых отняты нормальный для

них ритм, темп и тонус жизни, быстро погибают и окончательно инвалидизируются в результате вторичных инсультов различной тяжести и частоты.

Жизнь, практика требуют, чтобы проблема афазии была пересмотрена. Практика показывает, что пора отрешиться от устаревшей точки зрения, человек, перенесший афазию, остается неполноценным. Ведь сейчас уже достаточно бывших больных: работающих и врачами, и инженерами, и научными работниками, и в различных областях нашей промышленности, и закончивших после перенесенной афазии высшие учебные заведения, — для того, чтобы с сознанием полной ответственности отнестись к судьбам людей, могущих выйти в большую жизнь, но остающихся инвалидами в силу неправильности сформировавшихся отношений.

Большую роль в успехе восстановительной работы играет и стиль работы логопеда. В логопедической практике наметились два совершенно различных типа отношений к больному и отсюда — две противоположные манеры поведения логопеда с больным. Одни логопеды априорно считают своего больного неполноценным, некритичным и убеждены в том, что его надо подчинить себе, даже, если для этого необходимо «сломить» сопротивляющуюся личность. Для этого существует целая система приемов. Прежде всего такая организация первой встречи с больным, во время которой логопед, показывая больному все имеющиеся у него нарушения (нагромождая их), сперва подавляет психику больного объемом этих нарушений, затем подает надежду, говоря: «Но вы попали ко мне, и все будет хорошо», в конце предупреждая, что для того, чтобы восстановить речь, необходимо беспрекословное подчинение всему, что будет от него требовать логопед. Этот прием способствует подчинению личности больного логопеду. Больной ведь не знает, что невозможно выполнить то или другое задание при первичном обследовании еще не значит, что обследуемая функция полностью утрачена. В течение всей работы с больным логопед относится к нему чуть-чуть свысока, систематически подкрепляя у больного сознание ди-

ганции между ним и собой. И если больной отказывается от чего-то, что предложил ему логопед, ему [медленно демонстрируется его речевая несостоятельность. Прием жестокий, но чаще всего возвращающий логопеду власть над больным.

Таким образом, логопеды, о которых идет речь, используют отрицательные эмоции для того, чтобы держать больного в постоянном подчинении себе. Но на отрицательных эмоциях и постоянном угнетении воли больного, страдающего афазией, можно только научить его говорить, но полноценной личностью он уже не будет.

Другие логопеды, — и эту точку зрения мы всячески приветствуем, — работают всегда на положительных эмоциях, поддерживая и распрямляя согнувшуюся под ударом болезни личность больного, подчеркивая ему каждое, даже самое малое, достижение и осторожно обходя все, что пока для него невыполнимо. Логопед обращается с больным как равный с равным, все время стараясь показать, что больной «восстанавливается» сам, а он, логопед, только помогает ему в этом восстановлении. При таком отношении личность больного остается сохранной, постепенно у него появляется вера в себя и свои возможности, и если на пути восстановления не произойдет какой-то неожиданности, ломающей все, что было сделано, больной выходит из афазии если и не всегда трудоспособным по соматическим показателям, то, во всяком случае, человеком, спокойно живущим в коллективе себе равных.

² глава II

ПЕРВАЯ ВСТРЕЧА ЛОГОПЕДА С БОЛЬНЫМ

Надо или не надо начинать свою первую встречу с больным с его детального обследования? Это первый и вопрос, всегда встающий перед молодым логопедом, тем более, что в литературе приводится целый ряд схем такого обследования.

Мы не касаемся работы логопеда в научно-исследовательских учреждениях, перед которыми стоят свои специфические задачи. Но в тех лечебно-профилактических учреждениях, перед которыми стоит одна основная задача — вылечить больного, а в плане логопедическом — вернуть утраченную речь в возможно кратчайшие сроки, мы не рекомендуем проводить по схемам подробное обследование больного и вот почему.

В больницах мы имеем дело с тяжелыми больными, только что перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения, только что выходящим из постинсультного оглушения. Таких больных подробно по существующим огромным схемам обследовать просто нельзя, потому что это непосильная для них нагрузка.

Предлагаемые в литературе схемы настолько велики, что не только тяжелого больного, но и больного; перенесшего инсульт несколько месяцев *тощ* назад, можно обследовать по схеме только на протяжении нескольких дней. Другими словами, к тому времени, когда исследование будет закончено, картина речевого расстройства у больного, только что перенесшего инсульт, изменится.

С другой стороны, больной, только выходящий из острого инсульта, чаще всего еще не осознает, что речь утрачена. Нередко эти больные думают, что невозможность говорить — только временное состояние, которое вот-вот пройдет. Проводимое же обследование фиксирует внимание больного на этой утрате. Если еще показать такому больному, что утрачена не только речь, но и письмо и чтение, в какую же бездну отчаянья может логопед ввергнуть больного? Психическая травма, наносимая таким обследованием больному, несоизмеримо больше той пользы, которую получит в его результате логопед для построения занятий.

Наконец, логопед не узнает из этого обследования ничего, кроме того, что он может узнать о больном постепенно, в результате повседневной восстановительной работы с ним. Мы убеждены в том, что логопед должен быть тем человеком, который всегда

щадит больного. С первой встречи он должен начинать восстановительную работу, в процессе работы внимательно изучая все особенности речевого расстройства и тщательно фиксируя их в своих дневниковых записях.

Опытный логопед знает, что речевые данные, получаемые в первые дни занятий, лишь *относительны*, — он учитывает и легкую тормозимость начинающей восстанавливаться речи, и общее соматическое состояние больного.

Больному же это неизвестно. Для него невозможность выполнения заданий, даваемых логопедом, является трагедией. Вот почему нам думается, что, особенно при сосудистом генезе афазии такого рода, обследования просто противопоказаны.

Есть и еще одно обстоятельство, которое не может не учитываться в данном вопросе. В практической работе часто бывает так: больной, начавший занятия с одним логопедом и давший в процессе этой работы хорошую динамику восстановления (допустим, за полтора месяца работы в условиях больницы, ничего не говоря и не понимая речи в инициальном периоде, стал спонтанно отвечать на элементарные вопросы), после выписки переходит к другому логопеду. Этот последний, развернуто обследуя больного, делает у себя запись: «Спонтанной речи нет. На вопросы не отвечает. С трудом повторяет единичные слова (а иногда и не повторяет)». Что же? Кто-то из логопедов говорит неправду? — Ничуть. Оба говорят правду. Но эти две правды не сравнимы между собой. В первом случае вопрос идет о речевом общении больного с человеком, на которого у него установка как на человека, *облегчающего* ему речевое общение, с которым за полтора месяца у него сложились определенные отношения; во втором — логопед новый человек, причем человек, предъявляющий больному непосильные задания, которые и способствуют затормаживанию начавшей восстанавливаться речи. И нередко приходится наблюдать, как этот — второй логопед, которому данные первичного обследования показались столь мало обнадеживающими, не на радуется тому,

какие результаты дают, — на ближайшем отрезке времени, — восстановительные занятия. Он совершенно не учитывает, что картина речи, полученная им при обследовании, отражала главным образом; лишь *степень тормозимости восстанавливающей речевой функции*. Подойди он к больному иначе, он получил бы гораздо большие результаты, ибо он тратил бы сил и времени на растормаживание того что сам затормозил в процессе обследования. Такт образом, еще одним дефектом первичного, разведенного обследования является затормаживание логопедом речи больного в то время, как основной его задачей является растормозить ее. Отсюда — заведомое отсутствие объективной картины состояния речевой функции больного к моменту начала восстановительных занятий, т. е. отсутствие тех результатов, во имя которых производится обследование.

Что же — совсем не надо обследовать больного? — Надо; вопрос только в том, как это делать и в каком объеме. Первое, что надо логопеду узнать о больном, это — говорит ли он и понимает ли обращенную речь. Для этого не нужны никакие тесты. Для этого надо подсесть к больному и поговорить с ним тихонько, а потом подробно записать — и каков объем понимаемого, и каков голос, и какова артикуляция, и как строит фразы, и каков активный словарь и т. д. *Для начала растормаживающих занятий этого достаточно.*

В процессе занятий, допустим, логопед наталкивается на то, что больной понимает контекстную речь, но не понимает изолированных слов и не может их повторить. Подтвердив первое впечатление одним, двумя вопросами, логопед продолжает занятие, а у себя записывает обнаруженный дефект. Так, изо дня в день в процессе занятий, без того, чтобы больной это замечал, логопед выясняет довольно детальную характеристику его речевого расстройства. Восстановительная же работа строится так, чтобы каждый обнаруженный дефект в возможно короткие сроки претерпевал обратное развитие. Другими словами, мы придерживаемся принципа: *«Нет обследований вне восстановительных занятий».*

Опыт показывает, что не только в больнице этот метод обследования наиболее доступен и наименее утомителен для больного, выходящего из состояния острого инсульта, но и в поликлинике его преимущества также чрезвычайно демонстративны: с первого раза больной убеждается в том, что ему помогают, а не изучают, хотя это изучение и идет своим чередом в процессе восстановительной работы. И мы сейчас почти не видим больных, бросающих занятия после 2—3 посещений, как то нередко бывало в первые годы, когда логопед начинал работу с детального обследования, длившегося несколько дней.

Переходим к вопросу о первом занятии, имеющем часто решающее значение для всего дальнейшего хода работы.

Задачей этого занятия является в первую очередь установление внутреннего контакта с больным, завоевание его симпатии и доверия. Больной должен почувствовать, что вы относитесь к нему с уважением, что вы считаете его не безгласным инвалидом, а говорящим человеком, которому только временно, в силу болезни, трудно, а иногда и невозможно общаться речью.

Кроме того, каждый больничный логопед отлично знает, что буквально на глазах, ото дня на день, у больного меняется картина речевого расстройства, ибо непосредственно после инсульта целый ряд расстройств идет за счет торможения и их далеко не всегда на ранних этапах можно дифференцировать от основных расстройств. Значит, истинная картина речевого расстройства чаще всего обнаруживается на более поздних этапах. А раз так, то и обследование оказывается на ранних этапах только относительным.

В условиях больницы врач назначает больному логопедические занятия чаще всего тогда, когда больной выходит из состояния оглушения, характерного для периода, непосредственно следующего за инсультом. Этот период длится от нескольких дней до нескольких недель. Логопед имеет возможность за это время не только детально ознакомиться

с историей болезни больного, но и поговорить с лечащим врачом, и расспросить близких, чаще всего друзей, живущих подле таких больных.

Прежде всего следует расспросить деталь о том — впервые ли у больного нарушилась речь как она нарушилась, когда, как говорил больной диагноз! инсульта. Надо узнать, каковы были отличительные черты его характера (спокойный, выдержанный, или горячий, вспыльчивый, настойчивый в достижении намеченной цели, или сомневающийся в себе и т. д.) Надо осторожно выяснить в процессе беседы вопросы о внутрисемейных отношениях, о том, есть ли пункты, которых не следует касаться, имена, которых не следует называть при больном. К кому из родственников больной особенно привязан, чьим отношением особенно дорожит и т. д. Как относился к работе, не было ли каких-либо неприятностей, с которыми семья связывает данное заболевание. Надо узнать, каково образование больного, его специальность, любил ли он до болезни читать, много ли писал (насколько грамотно). Знание всех этих условий поможет логопеду найти правильную линию поведения с больным и предотвратить возможность нанесения в процессе общения лишних, ненужных травм.

Таким образом, подготовительная работа логопеда к первому занятию начинается, в сущности, тогда, когда он узнает, что на отделение поступил больной, у которого имеются речевые нарушения, и к моменту начала занятий семья должна уже знать, чем логопед будет заниматься с больным и как следует семье относиться к этим занятиям. Правильно разъяснить родным эти вопросы должен врач.

Но вот разрешение получено, надо приступать к занятиям. Входя в палату, логопед обязательно должен приветствовать *всех* больных. Приветствие это должно быть спокойным, ласковым, благожелательным и *негромким* — для того, чтобы оно дошло и до вновь начинающего занятия больного. Если в палате есть другие больные, с которыми уже ведутся занятия, логопед сперва подходит к ним, чтобы тот, с кем занятие будет *первым*, услышал, что

Не только у него есть трудности в речи и что эти трудности преодолеваются. Если с первого дня **больной не** сможет сам сделать этого заключения — **оно** будет сделано с помощью логопеда позднее.

Подходя к постели больного, логопед должен **хорошо** улыбнуться, глядя прямо в глаза больного; тихонько подсесть на край постели или у постели и, прежде всего, поздороваться, обязательно назвав больного по имени и отчеству. Этим он докажет ему, прежде всего, свое уважение. Здраваться с **больным** надо очень тихим голосом, но не шепотом. Если больной лежит с закрытыми глазами, его надо окликнуть по имени и отчеству *шепотом*, ибо **больной не** открывает глаз, когда к нему подсаживаются, **либо** потому, что спит (а будить такого больного не следует), либо потому, что еще не окончательно вышел из состояния постинсультного оглушения. Если после 3—4 окликов с интервалом не менее как в 30 секунд больной глаз не открывает, следует **отойти** и вторично подойти через какой-то промежуток времени (полчаса-час). Подойдя второй раз, **можно**, также шепотом, назвав больного по имени и отчеству, попросить посмотреть на того, кто к нему обращается. Именно посмотреть, а не открыть глаза, **ибо** по своему содержанию эти два предложения совершенно различны. Если после такой просьбы больной с трудом открыл глаза, а затем снова закрыл их, надо тихонько отойти, ибо это значит, что **общее** состояние больного еще не разрешает вести с ним систематических занятий. Однако, увидев, что **ялаза** больного закрываются, следует также **шепотом** спросить: «Хочется спать?» и сразу прибавить: «Ну, отдыхайте! Я приду в другой раз».

Если же после оклика по имени больной открыл **Глаза** и внимательно смотрит, глядя на незнакомого человека, надо поуютнее подсесть и также тихонько, спокойно и ласково задать ряд вопросов о его самочувствии, не забывая еще раз назвать по имени, отчеству.

Здесь важно все: и *размеренно-медленный темп* *Сдаваемых вопросов*, и *соблюдение достаточных интервалов между ними*, и *спокойно-доверительный*

тон, которым они задаются, и ласково-приветлива выражение лица и глаз.

Острые постинсультные больные различно реагируют на задаваемые вопросы: одни — головным жестом, другие — открыванием глаз; одни — сопровождая эти жесты голосообразованием, другие — почти сжав губы, третьи — почти неартикулированными) речеподобным голосообразованием, четвертые — по казывая пальцем на язык, — не могу, мол, сказать.

Там, где больной дает голосообразование, обычно вопросов не возникает, и тот или другой контакт установить с ним удастся. Труднее всего тогда, когда больной плотно сжимает губы и либо неподвижно смотрит на говорящего, либо отвечает на его вопросы головным жестом. Иногда разобраться в причинах этого молчания помогает такой прием: Вы говорите больному: «Я понимаю, вам говорить трудно, но повторите то, что я скажу, и я сразу) уйду». После этого произносится короткая фраза, вроде: «Хочу спать, я устал, уходите» и др. Если больной, даже беззвучно, повторит сказанное, надо сразу подняться и уходить. Нередко такое повторение звучит как шорох, однако логопед обязан в этот момент суметь уловить артикуляцию больного. Если она легкая и правильная, то, очевидно, отсутствие речи надо объяснять не столько афазией, сколько общей мозговой слабостью, и есть все основания ожидать, что больной выйдет из состояния, напоминающего внешне афазию, как только соматически окрепнет. В этих случаях логопед ежедневно подходит к больному, чтобы в момент, когда у него появится импульс к речи, этот импульс поддержать путем растормаживающих упражнений.

Совсем другое дело, если вместо правильной и легкой артикуляции больной беспорядочно пытается что-то произнести, делает какие-то попытки к произношению, которые ему не удаются. В таком случае также надо уйти, раз уже это обещано больному, но, уходя, надо вселить больному надежду, что речь восстановится, несмотря на первую неудачу. В этих случаях логопед говорит что-нибудь, вроде: «Ну, вот

идите, как хорошо. Значит, говорить вы все-таки **Можете**. Только пока вам это трудно. Поэтому **побежите** спокойно, говорить без меня сейчас не надо, правильно делаете, что молчите. Завтра я зайду — тогда опять поговорим немножко». Однако для себя логопед уже знает, что в данном случае почти наверняка у больного достаточно тяжелая афазия и **что**, очень вероятно, речь придется растормаживать не одну неделю.

Трудно бывает логопеду в тех случаях, в которых больной на просьбу произнести что-либо упорно показывает пальцем на язык, давая понять, что сказать ничего не может. Этот жест уже сам по себе говорит о том, что больной до прихода логопеда делал тщетные попытки, — и не один раз, — что-то произнести, отчаялся и поверил в невозможность речевого общения. Другими словами, у больного уже сформировалось отношение к себе как к человеку, который не может пользоваться речью.

Первой задачей логопеда является доказать больному неправильность, неправомерность этого отношения. Тут нередко на помощь приходит песня.

Примером сказанному может служить больная К., 58 лет., 22 мая 1969 г. перенесшая острое нарушение мозгового кровообращения, оставившее после себя правостороннюю гемиплегию и тотальную афазию. Только через месяц после инсульта на романсе, которой знала и любила смолodu, удалось в процессе ления получить первые единичные слова. Никакие другие приемы, которые логопед пытался использовать для получения этих слов, результатов не дали.

До сих пор мы говорили о первом занятии § больным, *только что* перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, или с больным, госпитализированным *вскоре* после такого нарушения. Больные, приходящие в поликлинику, — это больные, либо недавно выписавшиеся из больницы после мозгового инсульта (в тех случаях, когда инсульт не ставил после себя тяжелых парезов), либо давно перенесшие нарушение мозгового кровообращения, но У которых достаточно восстановилась двигательная функция, чтобы самостоятельно, либо с посторонней помощью передвигаться по городу.

Отличает этих больных от больных, с которым^ логопед имеет дело в больнице, прежде всего то^ что у них уже сформировалось то или иное отноше! ние к своему дефекту и возможностям восстановлю ния речи. В своем подавляющем большинстве они чрезвычайно ущемлены дефектом речи, ранены, у многих уже успели развиться вторичные невротиче ские наслоения. Поэтому и здесь первое впечатле ние, произведенное на них занятием, первый контакт с логопедом, умение его вселить больному уверен- ность в возможность восстановления или хотя бы по колебать уверенность в невозможности восстановле ния речи имеют часто решающее значение.

В этой связи нам всегда вспоминается трагичная фигура больного К., 58 лет, единственным речевым эмболом которого была фраза «Я не могу говорить». Одинокий, запущенный, неухо- женный, он появился на пороге логопедического кабинета поли- клиники, повторяя свой эмбол, и разразился рыданиями. Афа зия пятилетней давности, стойкость эмбола — все это заранее обещало крайнюю трудность работы с больным. Однако сам факт включения больного в число занимающихся уже с первой встречи определил его положительное отношение к логопеду и к своим возможностям. В результате чрезвычайно настойчивой работы появилась ситуативная речь, он стал неузнаваем: подтя- нутый, чистый, всегда побритый, он приходил в поликлинику за полчаса до начала занятий и терпеливо ждал, когда подойдет его очередь. Он обожал своего логопеда и со всеми своими жизненными трудностями и вопросами обращался всегда только к ней, несмотря на значительную возрастную разницу. Вне лого- педического кабинета он говорил мало, лишь там и столько, сколько неизбежно требовала от него жизнь. Если он мог обой- тись, например, в столовой показом выбранного блюда в меню, он это делал; в магазине также старался показать то, что ему нужно, не произнося слов. Зато он очень охотно вступал в ре- чевой контакт с другими больными, пришедшими к логопеду^на занятия, и, возможно, ради этого общения и появлялся в поли- клинике заблаговременно.

Это — тот благоприятный вариант, где с первой же встречи логопеду надо только работать, а боль ной всеми силами старается использовать каждое занятие, каждую лишнюю минуту занятий.

Но первая встреча логопеда с больным может быть и другой.

Нам вспоминается первая встреча с больным В., 52 лет, ин- женером, со смешанной формой афазии пятимесячной давности и глубоким правосторонним спастическим гемипарезом после пе-

военного острого нарушения мозгового кровообращения. Меня [^]тоетил напряженный, вопрошающий взгляд умных, выразитель-
«х глаз. Казалось, что человек находится в состоянии «актив-
ной обороны». Это заставило очень осторожно, в смысле выбора
тематики первой беседы, подойти к больному. В процессе беседы
с больным постепенно внутренне расслаблялся. К концу занятия
был установлен полный контакт, больной улыбался и активно
пытался вступить в речевой контакт.

Оказалось, что за некоторое время до этой встречи у боль-
ного была встреча с другим логопедом, попытавшимся на пер-
вом занятии получить у больного подражание звукообразованию
животных (корова — «му», собака — «ам-ам» и т. д.). Вторая
встреча с этим логопедом не состоялась, — больной категориче-
ски от нее отказался. Этой неудачной попыткой и была вызвана
та настороженность, с которой больной встретил меня.

В этой связи следует обратить внимание на то, что отказ больного от выполнения задания может быть обусловлен рядом причин и логопеду необходимо всегда разобратся в них. В одних случаях (как наш больной В.) больной отказывается от занятий или выполнения заданий потому, что находит в них что-то обидное, оскорбительное для себя. Это, конечно, абсолютно недопустимо, ибо никто не дает права логопеду недодумывать задания, предлагаемые больным. Чаще всего отказывается больной от выполнения задания в том случае, если оно для него непосильно.

Есть и другие больные, которые отказываются от каждого нового задания, как бы «пугаясь» таящихся в нем трудностей. Эти отказы закономерны и требуют от логопеда самого пристального внимания. Логопед обязан продумать, насколько трудно задание для больного, и путем ряда предварительных Упражнений подвести к его выполнению так, чтобы оно уже не составляло труда.

Итак, в поликлинику приходят больные, находящиеся на разном уровне восстановления речи, живущие в совершенно различных домашних условиях, На различных расстояниях от поликлиники, передвигающиеся по городу совершенно самостоятельно и приходящие только с провожатым; наконец, люди, Различно переживающие свой дефект, различно относящиеся к нему при различном отношении к ним ^кРужающих. И чаще всего все эти отношения уже

сформировались и наложили свой отпечаток на больного.

Что же объединяет всех этих разных людей, приезжающих в поликлиники за логопедической помощью? — Всех их объединяет надежда на возможность восстановления речи. И пока эта надежда есть, до тех пор больной будет систематически посещать поликлинику. Погибнет надежда в силу тех или других условий, — больной посещать занятия перестанет. Это логопед должен помнить, ибо за гибель надежды отвечает в первую очередь он.

А это обстоятельство в значительной мере определяет и то, как должен вести себя логопед с *вновь пришедшим* больным. Первое, что надо дать больному почувствовать, — это уважение к себе как к человеку. Для этого логопед встречает его *стоя*, протягивает руку и называет по имени и отчеству, затем просит сесть, указывая, где больному будет удобнее. Чаще всего вместе с больным на первое занятие приходит и кто-то из родственников. С самого начала логопед должен просить родственников *помолчать* (вне зависимости от того, есть у больного речь или нет) и разговаривать *только* с больным, каждый раз останавливая родственника, когда тот пытается вмешаться в разговор. Обычно я пользуюсь такой формулой, если родственник пытается мне объяснить что-то, чего не может сказать больной: «Спасибо, но мы уж как-нибудь сами разберемся с И. И.! А с вами, если надо будет, мы потом все уточним. Правда, И. И.?» (последние слова обращены к больному и произносятся с улыбкой). Обычно после такой реплики больной расцветает улыбкой и из сил выбивается, чтобы все самому сказать и объяснить: он почувствовал себя не инвалидом, а человеком, ради поддержания престижа которого родственника «посадили на место». После такого разговора родственники обычно чувствуют себя несколько ущемленными, однако сделать это необходимо для того, чтобы они с первой минуты знали, что для логопеда существуют *только интересы больного*. Это не мешает логопеду, если в том окажется необходимость, после первой же беседы получить

ополнительные сведения от родных. Но обязательно *после*, а не *до* разговора с больным. Единственное, **что** можно себе позволить до беседы с больным,— это просмотреть медицинские документы, которые принесли с собой родственники. Все остальное — после.

Если вы хотите сразу наладить контакт с больным, беседу надо проводить очень эмоционально, однако тихим голосом, переходя в шепот. В процессе беседы больного надо все время подбадривать, все время стимулировать к речи, даже если это не речь в нашем понимании слова, а лишь речеподобное звуко- или слогаобразование. И тогда нередко на **первом** же занятии вам удастся получить растормаживающий эффект.

В процессе этой первичной, эмоционально-насыщенной беседы вы должны суметь ориентироваться в том, доступно ли больному повторение, понимает ли он обращенные к нему вопросы, может ли выполнить то или иное задание (ибо, на наш взгляд, понимание вопроса и выполнение двигательного задания—вещи совершенно различные, и еще нельзя говорить о том, что больной не понимает вопросов, если он не выполняет ваших заданий). Вы выясняете для себя, может ли больной в облегченной ситуации закончить начатую вами фразу, если произнесенное вами незаконченное предложение может быть окончено только одним строго определенным словом или двумя различными словами, например: «Сегодня с самого утра идет белый, пушистый ...», «Суп варят, а пирожки (пекут или жарят). Здесь же **вам** удастся выяснить, имеются ли у больного элементы амнестической афазии, насколько они грубы (имена членов семьи, адрес, этаж, в котором больной живет, и др.).

В общем в результате первой беседы у вас должно сложиться представление о том, каковы пре-
вращающие речевые расстройства на данный день, ^{т.е.} больному (в речевом плане) недоступно и что у него легче всего растормаживается. Однако бе-
£^сДа должна быть построена так, чтобы в ней не было ни одного нарочитого жеста, чтобы она шла

непринужденно и оживленно, чтобы, выясняя для себя ту или иную деталь речевого расстройства, логопед не дал этого почувствовать больному. Для больного эта беседа должна остаться первым ощущением начинающегося восстановления. И только.

Не рекомендую при первой же встрече заниматься и вопросом о состоянии чтения и письма больного. Незачем развешивать перед ним всю картину, иногда чрезвычайно массивного, дефекта. Единственное исключение мы допускаем в этом вопросе для больных с тяжелыми сенсорными расстройствами, полностью не понимающих даже ситуативную речь, ничего не могущих повторить. Иногда у них сохранено в какой-то мере глобальное чтение, к которому мы и прибегаем, чтобы убедить больного в том, что он что-то может, что у него не полностью прерван контакт с окружающим миром. Правда, с таким больным мы предварительно долго беседуем. Можно всегда найти такие обороты речи, которые стимулируют высказывания больного и создают у него впечатление, что его, хотя бы частично, понимают. Это такие реплики, как: «Ах, вот оно что! Ну-ну, понятно! Так что же дальше? Так, так...» и др., аналогичные приведенным. Поначалу больной жадно бросается на эти реплики, он возбужден, он видит перед собой человека, который не только не отмахивается от него, не только не говорит, что ничего не понимает, но еще и поощряет его высказывания. Однако здесь надо знать меру и не переборщить. В дальнейшем в процессе занятий больному можно **II** нужно (особенно после какой-то неудачи в занятиях) дать 1—2 минуты «выговориться». Однако только при первой встрече можно давать полную волю таким «высказываниям». В дальнейшем надо стремиться к тому, чтобы больной научился их произвольно затормаживать и постепенно переходить хоть к коротким, но адекватным высказываниям. В этих целях мы и используем, особенно на ранних этапах работы, глобальное чтение.

Естественно, что такая первая встреча с больным всегда утомительна не только для больного, но и

ядя логопеда. Она требует большого напряжения, риймания и сообразительности, вернее — быстрой ориентации в положении и быстрой перестройки, ^дй больной не может выполнить того или иного задания. При этом логопед должен внимательно сле- дить и одновременно анализировать все, что говорит ему больной, так направляя беседу, чтобы она дала еМу..^{по} возможности полное представление о пре- имущественных речевых расстройствах. Поэтому после конца беседы, под свежим впечатлением ее, логопед должен подробно записать и обосновать все обнаруженное им в процессе беседы. Мы против tbrOj чтобы эта запись оставлялась на конец рабо- чего дня, когда все больные уже ушли из поликли- ники: занятие надо записать сразу, тогда и запись будет полной и адекватной. Вот почему, назначая больных и ведя с ними занятия, логопед должен так уметь спланировать свое время, чтобы записывать каждое занятие непосредственно после его прове- дения.

Еще один общий вопрос, заслуживающий специ- ального внимания. Нам неоднократно приходилось Видеть, как перед началом занятия логопед раскла- дывает весь дидактический материал, который мо- жет ему понадобиться. Занятие, если можно так вы- разиться, «обставляется» с чисто внешней стороны. И по форме такое занятие обычно проводится как Урок. Мы против таких занятий, когда дело касается больного, у которого имеется афазия. Мы уже го- ворили о том, что эти больные крайне возбудимы, ранимы и чувствительны. С другой стороны, это больные с выраженной истощаемостью нервных про- весов. Поэтому занятие с ними должно организо- вываться так, чтобы оно не воспринималось как урок И чтобы обстановка была самой спокойной, самой обычной, без лишних раздражителей.

... Как в больнице (соседи по палате), так и в поликлинике ^ддвенники) часто задают один и тот же, ранящий больного, 5? Р^{как} выполнил больной задание — на двойку или на Ройку? Хотя говорится это обычно полшутливо, но я всегда Р^зко обрываю говорящего, напоминая, что здесь не школа, где Дпп^{обучение} > а лечебное учреждение, восстанавливающее здо- ровье человека, поэтому такого рода шутки неуместны.

Занятие, проводимое в форме урока, утомляет больного. Он чувствует себя учеником, боится ошибиться. В условиях же напряженности растормаживание речи невозможно, а его-то и должен добиться логопед. Занятие, проводимое как беседа, позволяет логопеду значительно легче маневрировать различными методическими приемами, подводящими больного к выполнению доступного для него задания, которым и заканчивается первая встреча, равно как и каждое последующее занятие. Мы стремимся так вести занятие, чтобы не только больной, но и изредка присутствующие на занятии родственники слышали бы только беседу, иногда прерываемую то просьбой повторить какое-то слово, то выбрать для ответа одно из нескольких слов, то еще какое-то мелкое замечание. Только логопед, работающий в той же области, должен и может уловить, над чем ведется работа. Для больного такое занятие должно оставаться обычной беседой.

Мы никогда не подбираем для занятий какой-то «специальный», а тем более, упрощенный словарь. Мы говорим с больным так, как говорили бы с ним, если бы он был здоров. Последние годы мы практически не пользуемся на занятиях ни картинками, ни другими пособиями. Исключение составляют упражнения, которые поначалу больной выполняет с голоса, затем — устно, в процессе чтения и, наконец, в процессе письма. Другими словами, мы возможно больше вербализуем занятия, исходя из общего положения, что при афазии нарушена речь, речевые ассоциации, а не прямая связь слова с предметом или действием. Результаты, которых при этом удается добиться, не хуже, а лучше, сроки же восстановления заметно сокращаются. Однако мы отнюдь не возражаем если молодые логопеды пользуются при восстановлении устной речи картинками, подобранными в соответствии с возрастом и кругом интересов больного.

Заканчивая изложение вопроса о первичном обследовании и первом занятии с больными, страдающими афазией, мы хотим еще раз подчеркнуть, что основным здесь является: работа на положительных

эмоциях, умение показать больному уважение к его личности и создание условий, при которых отношения между больным и логопедом строятся на глубоком доверии больного и большем, никогда не ослабевающем желании логопеда помочь больному не только в восстановлении речи, но и в сохранении своего места в семье и обществе.

Логопед должен помнить, что доверие больного очень сторожко: стоит ему один раз усомниться в том, что логопед действительно *очень* хочет помочь ему и абсолютно уверен в реальной возможности восстановления, и начнутся пропуски занятий, невыполнение заданий, в общем — весь тот комплекс поведения, который говорит за постепенную утрату доверия. Поэтому, как бы ни чувствовал себя логопед, что бы ни происходило у него дома, — с больным он должен быть всегда одинаково улыбочивым, «солнечным», как любят определять это «восстановившиеся» уже больные, и всегда с неослабевающим вниманием и интересом, относящимся ко всем удачам и неудачам больного. Он должен быть его моральной опорой до тех пор, пока не выпустит его в жизнь. Эта линия начинается с первой встречи и должна неизменно быть основной до конца занятий.

Глава III

ПЕРВОНАЧАЛЬНОЕ РАСТОРМАЖИВАНИЕ РЕЧИ В СВЕЖИХ СЛУЧАЯХ АФАЗИИ

За долгие годы работы над восстановлением речи У больных, страдающих афазией, многократно возникал вопрос, под каким же девизом должна вестись Первоначальная работа над этим восстановлением. Вопрос этот упорно возникал потому, что приходилось не раз убеждаться, что восстановление идет желаемыми темпами только тогда, когда удается, кроме правильно выбора методических приемов работы, создать Какую-то специфическую атмосферу на занятиях, найти

определенный тон, убеждающий больного в реальной возможности восстановления. Нам казалось обязательным найти краткую формулу, которая помогла бы начинающему логопеду сразу почувствовать то специфическое, что обособляет первоначальную работу от работы на более поздних этапах, то, что захватывает и больного и логопеда, помогая совместными усилиями преодолеть все трудности, стоящие на пути потерявшего речь человека. И нам представляется, что *этот девиз может быть сформулирован как короткое «верю в тебя».*

Утрата устной речи рано осознается многими больными. В тех случаях, когда афазии предшествовал ряд динамических нарушений мозгового кровообращения, больной несколько спокойнее относится к наступившей афазии, поскольку в прошлом он уже неоднократно переживал потерю речи и она спонтанно возвращалась. В тех же случаях, когда у больного сразу полностью теряется речь, с первых же дней это становится для больного тяжелой трагедией, катастрофой.

Вот почему до того, как подойти к больному, логопед должен приложить все усилия к тому, чтобы узнать — впервые ли больной утратил речь или у него были ранее кратковременные (от нескольких минут до нескольких дней) утраты речи.

Очень внимательно должен следить логопед за теми лечебными мероприятиями, которые производятся больному. Например, если больному, доставленному на отделение в состоянии острого нарушения мозгового кровообращения, производятся блокады звездчатого узла, — логопеду необходимо возможно раньше начинать растормаживающие занятия. Как показывает практика, в этих случаях нередко удается получить быстрый и значительный успех. Также показаны ранние логопедические занятия в случаях оперативного вмешательства на симпатической нервной системе после инсульта; занятия эти должны проводиться *ежедневно малыми дозами*, поскольку именно при ранних занятиях (если послеоперационное течение гладко) удается получить наилучшие результаты.

Если же никаких вмешательств на симпатической нервной системе не производится, логопед может спокойно ждать, пока больной выйдет из состояния огулушения, непосредственно следующего за острым нарушением мозгового кровообращения. Правда, нам приходилось видеть и спонтанное восстановление речи после хирургических вмешательств на симпатической нервной системе, однако в тех случаях, которые нам удалось наблюдать, это восстановление оказывалось неполным (оставались дефекты то устной, то письменной речи), а оптимальные сроки для их изжития были уже пропущены.

Наконец, есть группа больных, также утративших речь как средство общения, поскольку они пытаются общаться мало членораздельным, речеподобным слоогообразованием, либо выражают свои потребности неадекватным набором слов. Эти больные чаще всего не сразу осознают утрату речи, ее неадекватность. В задачу логопеда входит — не доводя до сознания больного степень речевого расстройства, вывести из него больного до того, как оно еще только начинает осознаваться и анализироваться. Задача эта нелегкая, иногда неосуществимая. Сознание невозможности правильно выразить свою мысль словом чаще всего приходит к больному раньше, чем логопед успеет закончить свою работу по возвращению адекватности общения. Однако, чем больше он успеет сделать до появления этого осознания, тем лучше, тем больше **Шансов** на полное восстановление речи и на сохранение личности больного. Нам приходилось видеть больных с сенсорной афазией, которых удалось провести через эту афазию без того, чтобы они ее осознали. Попробуйте попросить такого больного проанализировать состояние, которое было у него до начала восстановительных занятий. Вы никогда не услышите, что он чего-то не понимал, хотя он и расскажет, что ^еМу было «неприятно» включенное радио, что он ^очень «уставал», если в комнате кто-то разговаривал не ^с ним, ибо он как-то «не слышал» того, что говорить. Но понимать — он всегда понимал все. Он ^пРосто быстро уставал, а его хотят изобразить каким-то ^{то}неполноценным.

Надо ли такому больному показывать на фактах, на его же работах, что он ошибается? — Нет, конечно. Мы даже против того, чтобы больной сам пытался проанализировать, что же с ним было и как он выходил из афазии. Против потому, что это нередко приводит к утрате уверенности в себе и своих возможностях, а этой уверенности больному, перенесшему афазию, терять нельзя. Это приведет его к боязни снова включиться в жизнь, снова занять в ней свое прежнее место. Больной должен быть уверен в том, что *логопед лишь помог, ускорил* процесс упорядочения его речи.

Несколько слов о больных, у которых после инсульта развивается оральная апраксия. Наш опыт показывает, что это как раз та группа больных, с которой, вопреки глубоко укоренившейся традиции, опаснее всего прибегать в процессе восстановления речи как к гимнастике артикуляционного аппарата (проводимой по подражанию или перед зеркалом), так и к изолированному произношению звуков речи с активным осознанием производимых при этом движений. Нам представляется, что нередко неудачи логопедов в восстановлении речи у этой группы больных кроются именно в использовании этих приемов. На самом деле: наиболее трудным для них является произвольное, активно осознаваемое выполнение двигательных задач. В этом их дефект. Значит, опираясь на произвольную артикуляцию, логопед ведет больного не от легкого к трудному, а наоборот. Поэтому мы никогда не пользуемся в работе с этими больными, — ни в какой форме, — показом артикуляции и ее повторением.

Единственно показанными приемами начальной работы с этими больными является использование автоматизированных в прошлом речевых рядов (пение, договаривание предложений, повторение ходовых фраз и выражений и т. д.).

Если для больных, страдающих оральной апраксией, на начальных этапах эти упражнения являются почти единственными и основными, то в сочетании с другими мы ими достаточно широко пользуемся и при всех иных формах афазии. Вот почему и наше описание методических приемов, используемых на

ранних стадиях восстановительной работы в свежих случаях афазии, начнем именно с их описания.

Эти упражнения, как и всякие другие, имеют ряд степеней трудности. Наиболее простыми являются те из них, где договариваемое больным слово не может быть заменено никаким другим по своему содержанию, например: «Суп варят из мяса, а уху из .», **или:** «Лошадь ржет, а корова. .» или: «Летом земля покрыта зеленой травой, а зимой — белым, пушистым. .», или: «Хлеб черный, а булка. .».

Однако на начальных этапах все предложения, договариваемые больным на одном занятии, должны быть взяты из одного семантического круга, на который в процессе беседы у больного создается предварительно установка. Один день — это вопрос, какую пищу больной охотно ест, другой — как готовится пища, третий день — сезонные явления природы и т. д. Начиная растормаживать речь, логопед произносит все предложение, включая первый слог последнего слова, которое и договаривает больной. На одном из последующих занятий, до того как логопед успел произнести этот начальный слог, слово целиком «выскакивает» у больного, к великой радости как больного, так и логопеда.

Занятия эти следует проводить живо, весело, они должны быть интересны больному. Для этого прежде всего следует учитывать как круг интересов больного, так и уклад его жизни. Например, бессмысленно затевать разговор о приготовлении пищи с больным, который никогда в жизни не принимал участия в этом приготовлении или считал это «ниже своего достоинства».

На первом же занятии логопед видит, что больному легче договаривать в предложении — глагол, существительное, прилагательное или наречие. Допустим, что легче всего дается договаривание глаголов; в таком случае даем ему **упражнения такого типа:** «Кошка мяукает, а собака... Собака лает, а корова... Корова мычит, а коза... Коза блеет, а волк... Волк воет, а соловей... Соловей поет, а ворона...» и т. д.

При проведении этих занятий важно, чтобы больной осознал адекватность произвольно «выскаки-

вающих» у него слов, собеседник же достаточно эмоционально принимал их и подхватывал. На этом этапе больной сам не знает, как это получается, но слышит, что начинает говорить.

Среди приведенных для примера глаголов есть такие, которые не могут быть заменены другими (например: каркает, мяукает, мычит и др.), и такие, которые без нарушения адекватности могут быть заменены другими, несколько отличными по содержанию. К этой группе глаголов относятся, например, «лает», поскольку собака может и лаять, и скулить, и рычать, и выть, или «поет», ибо соловей не только поет, но и свищет, и щелкает. Для логопеда чрезвычайно существенно уяснить себе, которая же группа глаголов доступнее больному, и, используя их, строить первичное растормаживание речи, лишь очень постепенно вкрапывая в занятия глаголы, труднее растормаживаемые у данного больного.

Аналогично проводится и работа по растормаживанию запаса существительных. Например, логопед дает вводящие в занятие предложения:

Зима. Вечер. За окнами воеет ветер. Мороз. Хорошо. **Упражнение:** Принеси дрова и затопи... Дрова заложены, надо нащепать... Возьми коробок, зажги... Спичка вспыхнула, подожги... Лучина вспыхнула. Как ярко пылает в печке... А когда прогорят и рухнут дрова, в печке останутся только красные, прогорающие... Если не следить за печкой и не мешать дрова, могут остаться и... Когда прогорят головешки и на углях уже не будет синих..., значит пора закрывать... Только надо быть очень внимательным, когда закрываешь трубу, чтобы не было...

Иногда приходится использовать более элементарные упражнения. Например, вводящая в занятие фраза: Сестра раздает обед. **Упражнение:** На первое я съела молочный..., на второе мне принесли мясную... После обеда хорошо выпить горячего... Я люблю крепкий, горячий... и не люблю холодный морс. Чай я пью горячий, а морс...

Растормаживание словаря можно также проводить и на широко распространенных поговорках и пословицах, например: Назвался груздем, полезай в Муж

и жена одна...; У семи нянек дитя без... и т. д., в которых договаривается существительное, а равно и на таких, в которых договаривается глагол, например: Тише едешь, дальше...или Улита едет, когда-то... и т. п.

Больные любят эти занятия, они проходят оживленно и весело, оставляя у больного чувство удовлетворения. При этом приеме иногда удается получить первые адекватные слова и у больных с сенсорной афазией, нуждающихся прежде всего в организации их речевого потока.

Чаще всего не удаются поначалу эти упражнения в случаях афазий, протекающих с нарушением удержания ряда, особенно двигательного. Иначе и не может быть, поскольку строятся они именно из расчета на сохранность автоматизированного ряда.

Тогда на выручку приходит песня. Нередко больные, совершенно не способные в начале занятий закончить последнее слово хорошо автоматизированного в прошлом предложения, дают сперва контурную, а затем и правильную артикуляцию слов в процессе пения любимых песен. Трудность нередко заключается только в том, что надо найти ту песню, которую знает и любит больной. Это проще, когда перед вами больной сравнительно молодого возраста, и значительно труднее, когда молодость больного прошла в годы, предшествовавшие рождению логопеда: последний часто просто не знает песен своих бабушек. В этих случаях приходится искать эти песни среди своих знакомых и родственников, предварительно выяснив, где и как провел больной свою молодость.

Логопед запекает вполголоса. Больной слушает, потом его лицо освещает улыбка. Значит, вы попали в точку. Сперва обычно больной слушает молча, потом тихонько начинает мурлыкать мотив. Не прибавляя силы голоса, логопед произносит, улыбаясь, подбадривающим или просящим тоном: «Ну, давайте вместе, пожалуйста!», или: «Ну, помогите мне, пожалуйста!», сопровождая свои слова жестом. Дальше, внимательно наблюдая за больным, можно увидеть, как вдруг на каком-то слове, поющемся логопедом, У больного чуть-чуть дрогнут губы, потом появится Движение губ, нужное для артикуляции какого-то звука.

Вы улыбаетесь и делаете снова подбадривающий жест. Потом, чуть внятно, появляется контур какого-то слова, — вы улыбаетесь, киваете головой. Идут следующие контуры, больной уже ведет мотив, и вдруг, совершенно неожиданно, больной в процессе пения внятно произносит какое-то слово. Вы широко улыбаетесь, говорите: «Ну, вот видите, как хорошо».

Больные дают разную реакцию на это первое слово. Нередко в этот день они больше ничего не произнесут или, наоборот, после первого слова, услышанного в своем произношении, дадут еще не одно слово в процессе пения. Это уже не важно. Важно то, что больной *осознал, что он может* что-то сказать. И если не в тот же день, то через день или два он все равно начнет произносить слова в процессе пения.

Нередко, когда у больного появляется в процессе пения достаточное количество слов, удается перейти непосредственно от песни к вопросу-ответной форме речи. Например, песня «Вот цветет калина». Вопрос: «Где цветет калина?». Ответ (больной поет): «Вот цветет калина в поле у ручья». Вопрос: «Кого любила девушка?». Ответ (пение): «Парня молодого любила я». Логопед: «Разве вы полюбили?». Больной смеется, отрицательно качает головой. Логопед: «Давайте вместе» (поют): «Парня молодого любила...». Логопед делает жест, прекращающий пение и говорит: «Послушайте меня», повторяет голосом разговорной силы вопрос и ответ, несколько утрированно ставя ударения на словах «кого?» в вопросе и «парня» в ответе. Постепенно логопед подводит больного к переходу в ответах на разговорную речь.

Диалогическая речь кладется нами в основу восстановительной работы. Идет ли логопед от песни, от договаривания автоматизированных в прошлом предложений — он никогда не начинает со счета, хоть это и безусловно хорошо автоматизированный речевой ряд. Не начинает потому, что рядовой счет не может помочь больному на первоначальных этапах вступления в речевой контакт, т. е. удовлетворить потребность больного в общении. Эти ряды на довольно продолжительный отрезок времени остаются как бы «висящими в воздухе», говорением ради говорения,

а мы этого тщательно избегаем, стремясь с самого начала дать больному возможность хотя бы элементарного общения.

Общая схема восстановления диалогической речи остается той же, которую мы рекомендовали прежде: 1) повторение больным готовой формулы ответа; 2) подсказка больному (одного, двух) слогов каждого слова ответа, затем только первого слова; 2) спонтанный ответ больного с выбором из двух, трех, четырех, а затем и многих слов, использованных логопедом при постановке вопроса, 4) спонтанный ответ больного на поставленный вопрос без учета слов, использованных в вопросе, и задавание вопросов больным.

Широкое использование в работе песни и большое количество упражнений на договаривание предложе- ний заметно ускоряют процесс восстановления диалогической речи и облегчают переход к монологу.

На протяжении всей работы логопед должен очень внимательно следить за тем, чтобы больной не делал пауз для подыскания нужного слова. Лучше лишний раз подсказать искомое слово, нежели допускать мучительные поиски необходимой формулы. Надо также внимательно следить за тем, чтобы интервалы между задаваемыми вопросами или другими заданиями соответствовали возможностям больного. Нередко приходится наблюдать, как больной не отвечает на вопрос не потому, что не может на него ответить, а лишь потому, что вопросы слишком скоро следуют один за Другим. Особенно остро стоит этот вопрос в работе с больными, у которых преобладают двигательные расстройства. Но и при преимущественно сенсорных расстройствах речи соблюдение оптимальных для больного интервалов между заданиями имеет немалое значение.

Иногда бывает очень трудно предвидеть, какую речь и в какие сроки можно получить от того или Другого больного. Приведем ряд примеров

Больная Я., 42 лет, 17/IX 1968 г. перенесла острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне средней мозговой артерии на фоне гипертонической болезни III степени. При приеме в больницу полная моторная

афазия (объясняется жестами), легкий правосторонний гемипарез. Логопедические занятия начаты 25/IX. Спонтанно произносит отдельные слова с большим количеством литеральных парафазии. С трудом может повторить 2—3 слова. В конце занятия совершенно неожиданно произнесла: «Боюсь, не буду говорить», но повторно произнести фразу не смогла.

Больной Г., 78 лет, 20/VI 1967 г. перенес острое нарушение мозгового кровообращения по типу геморрагии в бассейне левой средней мозговой артерии на фоне гипертонической болезни. В момент госпитализации состояние тяжелое. Неконтактен в силу тотальной афазии. Правосторонняя гемиплегия. До 12/VII состояние оставалось тяжелым. С этого дня начало постепенно улучшаться. Логопедические занятия начаты 3/VIII. Обращенную бытовую речь понимает удовлетворительно. Не говорит. Нарушение орального праксиса. На первом занятии удалось растормозить повторение, а затем и договаривание последних слов автоматизированных в быту предложений (существительные растормаживаются несколько легче, нежели глаголы). На втором занятии — 4/VIII — больной не только договаривает, иногда с помощью, а иногда и спонтанно, последнее слово предложений, но и пытается самостоятельно строить фразы, произнося каждое слово по слогам. Произносимые слова с грубыми литеральными парафазиями. Глобально немного читает, хотя, читая, дает много литеральных паралексий.

Как видно из приведенных примеров, у обоих больных были в основном расстройства моторного типа, хотя в инициальном периоде у второго больного и отмечались как будто явления тотальной афазии. У обоих больных растормаживание речи пошло довольно быстро.

Несколько иначе складывается работа с больными, у которых основные расстройства идут не по линии произношения того, что бы они хотели сказать, а по линии восприятия и понимания речи другого. У некоторых из этих больных как будто частично и сохраняется речь: они говорят, правда, не используя в речи наименований предметов, но только в самых общих чертах понимают контекстную речь. Изолированные слова либо совсем не понимают, либо понимают очень ограниченно. Другая часть этих больных почти не понимает даже контекстную речь, улавливая как-то только общую речевую ситуацию (если можно так выразиться). Не воспринимая речь другого, они также очень плохо контролируют и то, что говорят сами. Эта утрата контроля над своей речью приводит обычно к тому, что носит название «словесного салата»*

Приводим пример.

Больной И-в, 47 лет, 27/V 1965 г. доставлен в больницу скорой помощью (с работы) с явлениями острого нарушения мозгового кровообращения. Страдает гипертонической болезнью. При приеме: парезов нет, обращенную речь не понимает, не говорит, тотальная афазия. 28 мая, уже в больнице, развился нетяжелый правосторонний гемипарез.

К 7/VI восстановилось: глобальное понимание обращенной элементарно-бытовой речи и первые спонтанно произнесенные междометия. В остальном речь, характеризующаяся как «речевой салат». 11/VI из общего хаоса «речевого салата» стали вырываться единичные фразы типа: «Как это случилось?», «Может быть, незнакомая?», однако произвольно повторить их больной не может. 14/VI — по-прежнему ничего не повторяет. Понимает, что говорит не то, что хочет, но бессилён изменить это. 17/VI — при попытках обозначить словом картинки возникает смутный звуковой образ слова, который сразу же распадается. По-прежнему ничего на слух не повторяет. В первый раз прочел 2 фразы из коротких слов, состоящих из открытых слогов, после чего наступила полная вербальная паралексия. 19/VI — прочел несколько фраз очень крупно написанного текста. Впервые повторил на слух несколько единичных слов. 22/VI — на первые два заданных вопроса дал адекватный ответ, после чего речь снова стала типа «словесного салата», однако в этом «салате» стали проскальзывать единичные адекватные слова. 26/VI — читает довольно бегло, однако неправильно ставит ударения в словах. Плохо понимает читаемое. С большим трудом стал подкладывать подписи к картинке.

К концу июля, т. е. к моменту выписки из больницы, у больного появилась возможность 2—3 раза повторить (удержать) слово, адекватно произнесенное среди массы вербальных парафазии. Начал письменно отвечать на письменно же задаваемые вопросы, спонтанное письмо с параграфами. Улучшилось понимание читаемого. С трудом определяет по часам время. Труднее всего по-прежнему воспринимает речь на слух и повторяет единичные слова.

Таким образом, все два месяца восстановительных занятий усилия направлялись на расширение «островков осознания» всеми доступными способами. Круг осознаваемого значительно расширился, однако до восстановления было еще далеко.

Последние годы мы значительно изменили методику восстановительной работы с больными, страдающими преимущественно сенсорными расстройствами речи. Приводим пример.

Больной О., 51 года, страдает гипертонической болезнью. Впервые отмечены затруднения в речи в сентябре 1966 г., однако

больной не обратил на них должного внимания. В том же сентябре был госпитализирован по поводу нарушения коронарного кровообращения. После выписки поехал в санаторий, где лечился рапными ваннами. По возвращении из санатория 5/XI 1966 г. жена заметила, что больной не справляется с написанием поздравительных открыток. Госпитализирован по поводу нарушения кровообращения в корковых ветвях левой средней мозговой артерии — по типу тромбоза. При приеме: сглаженность правой носогубной складки, язык по средней линии, глотание свободно, мягкое нёбо подвижно; парезов нет; эйфория, логорея; выраженные затруднения при подборе слов, обозначающих предметы; нарушено письмо; нарушен счет; нарушена право-левая ориентировка; пальцевая агнозия.

Восстановительные занятия начаты 29/XI. К этому времени в контакт вступает легко; остановить речевой поток очень трудно, выраженная логорея. Обращенную бытовую речь понимает только в том случае, если в палате нет других разговоров. Разговаривая вполголоса, в тишине, отчуждений смысла слова сравнительно немного. Не воспринимает речь на фоне других разговоров и других звуков.

Спонтанная речь бедна существительными. Много вербальных парафазии, единичные — литеральные. Есть аграмматизм. Ассоциации растормаживаются трудно: слова, обозначающие предметы, не возникают вовсе, — даже в самой облегченной ситуации. В облегченной ситуации растормаживаются самые элементарно-бытовые глаголы. Больной помнит имена и отчества, лишь изредка давая вербальные парафазии, например вместо «Павел» — «Петр». Названия улиц не помнит. Читает, однако в процессе чтения наступает отчуждение смысла слова. Больной определяет эти отчуждения как «... и вдруг провал... черное...». При чтении часто путает окончания слов. Грубая дисграфия. При этом чаще всего правильно пишет сложные по фонематическому составу слова (шквальный, странствовать) и дисграфично простые («искрена» — из крана; «волгу, волди» — волны; «пашии» — пашни и т. д.).

Приводим выписку из первой попытки письменного пересказа: «Но Бабкин думл приглошай кушопь. Пошли к реке, в про-роби Бабкин испоглся, но в ли п закрел глосе».

Работа велась: устно — растормаживание словаря на прочно автоматизированных ассоциациях (договаривание предложений и пословиц, склонение и спряжение в контексте, нахождение однокоренных слов в контексте, договаривание предложений, выражающих причинно-следственные отношения, чтение вслух и пересказ прочитанного, беседы на интересные для больного темы). Письменно: те же виды работ, но вместо бесед — сочинения на вольные темы, а вместо чтения вслух и устного пересказа — чтение про себя и письменное изложение прочитанного.

В результате полуторамесячной, систематической, целенаправленной работы речь больного практически восстановилась, а еще через месяц он вышел на работу по специальности.

Мы еще раз подчеркиваем, что нет единого рецепта в выборе характера и последовательности упражнений при ведении восстановительной работы с каждым отдельным больным. Однако опыт последних лет нас с несомненностью убеждает в том, что начинать, — с каждым больным, — надо именно с растормаживания прочно автоматизированных до болезни ассоциаций.

И здесь возникает один вопрос, который, сколько нам известно, не получил еще освещения в специальной литературе. Это вопрос о том: как же нужно индивидуализировать это растормаживание и чего можно им достигнуть?

Нам представляется очевидным, что надо начинать растормаживание с того самого момента, когда оно спонтанно начинается у больного. На этом приходится специально останавливаться потому, что нам приходилось неоднократно наблюдать, как логопед неделями ходит вокруг больного, пытаясь что-то растормозить у него, — и ничего у него не получается. Больной нем к его попыткам, он их встречает в лучшем случае бесстрастным равнодушием, в худшем — активным негативизмом: поджимаются губы, взор становится «невидящим», хотя только что логопед был свидетелем того, как больной внимательно следил за чем-то происходящим в палате.

И вдруг совершенно неожиданно настает такой день, когда вчера еще негативировавший больной встречает вас улыбкой и легко, и охотно начинает выполнять все, что вы ему предлагаете. Что же произошло? — Мы склонны думать, что у разных больных имеются и разные оптимальные сроки для начала восстановительных занятий. Больной интуитивно отказывается от занятий, которые ему непосильны и легко идет на них с момента, когда они становятся для него доступны. Это отнюдь не противоречит нашей основной установке на необходимость раннего начала восстановительной работы. Она остается в силе.

Однако мы в последнее время все чаще задумываемся над тем, можно и нужно ли пытаться растормаживать речь в тех редких случаях, где это растормаживание «не идет». Очевидно, насильственное (если можно так выразиться), несвоевременно начатое растормаживание и является источником тех неудач, которые так огорчительны для логопеда и так дорого стоят больному, остающемуся без речи. Ибо, судя по тому, что приходится видеть, эти несвоевременно начатые восстановительные занятия не растормаживают, а, наоборот, еще более затормаживают речевую функцию, создавая у больного отношение к себе как к человеку, не могущему вернуть утраченную речь. Может быть, именно поэтому приходится иногда наблюдать больных, у которых спонтанное восстановление речи начинается через большой срок после перенесенного инсульта, спустя годы.

Вот почему мы взяли себе за правило не форсировать процесс растормаживания речи до тех пор, пока больной относится к нему пассивно или отрицательно. Мы так же подходим к нему, как и подходили, так же расспрашиваем о его самочувствии и настроении, но только при активном включении больного в речевой контакт (пусть не словом, а жестом) приступаем к систематическим занятиям.

Мы очень осторожно пробуем, что легче дается больному — диалог, договаривание предложений или поговорок в облегченных условиях, пение ли. И с того, что легче, и начинаем. Через несколько дней успешных занятий — снова осторожно пробуем, нельзя ли подключить какой-то еще вид работы. Если попытка удастся — включаем следующий прием растормаживания, если нет — откладываем попытку еще на несколько дней. Так, постепенно нащупывая почву, ведет логопед больного по пути постепенного растормаживания речи. Сказанное относится к растормаживанию всех без исключения форм речи.

Идя по такому пути, т. е. в сущности только помогая больному в процессе растормаживания высших корковых функций, давая все более и более сложные задания, стремясь вернуть его к преморбидному уровню, в одних случаях логопед доводит его до благо-

получного конца на протяжении сравнительно небольшого отрезка времени (полгода-год); в других случаях там, где есть грубая органика, неожиданно, на каком-то уровне восстановления, происходит остановка. Больной не может путем одного растормаживания преодолеть имеющийся дефект. Тогда приходится путем индивидуально подбираемых упражнений добиваться постепенного восстановления нарушенного звена. Так, например, нам пришлось наблюдать больного, у которого растормозилось глобальное чтение, — он мог прочесть недлинный, незнакомый ему ранее текст. Однако он не связывал со звуком ни одной буквы, а потому не мог писать. Логопеду пришлось проявить много находчивости, и ему и больному потратить много сил и терпения, чтобы на протяжении почти полутора лет изо дня в день работать над преодолением дефекта. Сейчас это уже пройденный этап, — и логопед, и больной напряженно работают над тем, чтобы завершить свой тяжелый труд выходом больного на работу. Но сколько раз были они оба на грани того, чтобы, отчаявшись, бросить борьбу. К счастью — оба выдержали.

У каждого логопеда, восстанавливающего речь при афазии, есть свои «заветные» больные, в которых вложены все силы, все мысли, все внутреннее напряжение, на которое способен человек, — больные, которых хочешь восстановить, чего бы это ни стоило. Чаще всего, если не случается какой-то неожиданной катастрофы, это удается. Вот почему мы всегда говорим начинающим работать в этой области: «Больной получит столько, сколько ты ему дашь».

Глава IV

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ АФАЗИИ

Благодаря тому, что в ряде неврологических отделений больниц Ленинграда развернута логопедическая работа с больными, выходящими из состояния острого нарушения мозгового кровообращения

с явлениями афазии, немало больных приходит в поликлинику для продолжения восстановительной работы. Однако до сих пор не мало и таких больных, которые обращаются в поликлинику через много месяцев, а иногда и лет, после наступления афазии и до этого никогда не занимались восстановлением речи. Это те больные, которые в постинсультном состоянии находились на домашнем лечении или же были госпитализированы в лечебных учреждениях, в которых нет штатного логопеда.

Чем отличаются эти больные от тех, которые обращаются в поликлинику для долечивания? — Прежде всего своим психологическим обликом. В одних случаях это люди, ушедшие в свою инвалидность, внутренне сломленные, угнетенные, не верящие в возможность восстановления речи и возвращения в рабочий коллектив. Кто-то рассказал им о возможности восстановления и они пришли, — почти без надежды, так — на всякий случай. Если с первых занятий такой больной не почувствует их реальных результатов, он очень скоро перестает посещать занятия, исчезает из поля зрения логопеда так же бесшумно, как появился. Поэтому прямой обязанностью логопеда в отношении этих больных является очень продуманно и наверняка выбрать те приемы, которые на первых же порах докажут больному реальность возможности восстановления речи.

В других случаях к логопеду обращается тревожный, внутренне мечущийся больной, который требует, чтобы ему помогли, настаивает, а в глубине его глаз вы читаете страх, граничащий с отчаянием, что вы бессильны помочь ему. Этот тип больных крайне неуравновешен, эмоционально-лябилен, при первой же неудаче или возникшей серьезной трудности дает срыв, после которого далеко не всегда приходит на следующее занятие.

С этими больными логопеду бывает трудно. С одной стороны, это люди целеустремленные, работающие на большом эмоциональном подъеме, с другой, — они так же легко впадают в отчаяние и готовы обвинять логопеда в том, что он нарочно дает задания, которые не нужны больному для излечения, а нуж-

ны только одному логопеду для каких-то своих целей. Никакие урезонивания часто не помогают. Доказать больному, когда он находится в состоянии такого аффекта, ничего нельзя. Надо только стараться не допускать его до срыва, суметь вовремя как-то изменить задание (если больной не может его выполнить) до того, как больной эту невозможность осознал.

Эти больные обычно трудны и дома, несмотря на то, что именно они интеллектуально и личностно сохранны и не хотят мириться с состоянием инвалидности. Если логопеду удастся договориться с семьей, выработав общую линию поведения, если в семье больного нет травмирующих факторов, — чаще всего эти больные восстанавливаются хорошо. Если же логопед нацеливает больного на работу после восстановления речи, семья же, постоянно подчеркивая больному его неполноценность, и слушать не хочет о его выходе на работу, — получается конфликт, в котором, к сожалению, чаще одерживает победу семья, и больной, с почти уже восстановившейся речью, бросает занятия. Бросив занятия, такой больной очень быстро изменяется как личность, и через сравнительно небольшой отрезок времени в кабинете логопеда появляется кто-то из членов семьи, со слезами говорящий, что логопед был прав и нельзя ли снова возобновить занятия. Занятия возобновить, конечно, можно и нужно. Однако больной, переживший крушение надежд, чаще всего уже не тот — он сломлен, он больше не верит в себя и очень скоро бросает занятия, на этот раз уже окончательно.

Самым трудным для логопеда является тип больного, у которого до какого-то уровня, без всякой помощи логопеда, спонтанно восстановилась речь. Чаще всего это речь грамматически неправильная. Многие звуки такие больные либо совсем не произносят, либо заменяют другими (литеральная парафазия). Некоторые заменяют слова другими словами, либо близкими по звучанию, либо близкими по содержанию (парафазия вербальная). Уже много лет живя с такой речью, больные не верят в возможность ее восстановления, не хотят (а может быть, и не могут по бытовым условиям) систематически заниматься. Приходя на

занятия, они ведут себя иногда так, будто делают большое одолжение логопеду, что приходят к нему. Чаще всего они недолго посещают поликлинику и либо просто перестают посещать занятия, либо приходят в один несчастный день возбужденными, если можно так выразиться, рвущимися на скандал и, придравшись к чему-то, говорят логопеду грубости, после чего стремятся уйти, хлопнув дверью, чтобы возвращение стало невозможным. В эти острые моменты лучше всего проверяется жизнью выдержка логопеда и его любовь к больному. Надо суметь, чего бы это ни стоило, не допустить больного до ухода, исключающего возможность возвращения. Это бывает иногда очень трудно, потому что больной не скупится на незаслуженные оскорбления, срывая на логопедов всю боль, таящуюся в нем. Надо суметь понять истоки этого взрыва, выслушать больного, но до того, как он ушел, очень тихо и очень грустно спросить: «Неужели это все, чего я заслужила?». Никогда нельзя спросить больного: «Неужели вы действительно так думаете?», хотя по существу, казалось бы, между этими двумя вопросами и нет существенной разницы. Логопед может усомниться в справедливости, правильности оценки, которую дает ему возбужденный больной. Но ни один больной, для которого логопед является другом, доверенным лицом, знающим и понимающим, как ему трудно, не примет сомнения логопеда в том, что он говорит не то, что думает. И это логопед должен помнить. Такого сомнения больной не простит ему и, вероятно, будет прав по-своему.

Каждый работающий с больными, уже ряд лет страдающими афазией, знает, насколько они ранимы, насколько сложно и, нередко, унижительно их положение в жизни, насколько эти больные во всем изверились, насколько они сторожко ждут очередного психологического удара и насколько безгранично начинают верить логопеду, убедившись в его искренней расположенности и внутренней деликатности. Это обязывает логопеда к очень многому, исключая всякую возможность небрежности и неделикатности в отношениях с больным. И если проанализировать все случаи срывов, после которых больной уходит, чаще

всего удается найти какой-то промах в поведении с ним логопеда.

Одним из основных бичей больных, у которых не произошло хотя бы частичного, спонтанного восстановления речи, является речевой эмбол, образующийся нередко (опять же в силу неправильной организации постинсультного периода) в первые же недели после острого нарушения мозгового кровообращения. К счастью, число больных с зафиксировавшимся речевым эмболом ежегодно уменьшается. Однако они еще существуют.

Речевые эмболы бывают двух основных типов. В одних случаях — это то единственное слово или предложение, которое может произнести больной, в других — это тот пусковой механизм, без которого больной не может произнести ни одного другого слова. Возможно, что речевые эмболы второго типа являются каким-то этапом обратного развития эмбола, однако, к сожалению, и этого типа речевые эмболы очень стойки при длительной, нелеченой афазии и бороться с ними бывает чрезвычайно нелегко.

Насколько они разнообразны, видно хотя бы из того небольшого перечня, который мы приводим для иллюстрации.

Больной В., 52 года. Эмбол: «черт возьми»; больной К., 60 лет. Эмбол: «та-ту-ту-ту-четыре»; больной Х., 51 год. Эмбол: «тридцать пять»; больная З., 53 года. Эмбол: «а-ду-до-ду»; больная Ч., 67 лет. Эмбол: «Санечка, подожди, пожалуйста»; больной О., 64 года. Эмбол: «мама — можно хорошо»; больной К., 59 лет. Эмбол: «я не могу говорить»; больной Ш., 60 лет. Эмбол: «болит... болит... Хорошо. Очень хорошо»; больной К., 65 лет. Эмбол: «а-о-у-е-и дяляля»; больная Бм 59 лет. Эмбол: «говоришь-говоришь, говоришь-говоришь...» и т. д.

И совершенно естественно, что как бы разнообразно ни интонировал больной это свое — чаще всего единственное — высказывание, оно не может заменить ему речь. Естественно и другое: поскольку речевой эмбол является результатом и проявлением застойности, инертности нервных процессов, постольку он не может служить и исходной точкой для восстановительных занятий.

По-видимому, в основе образования речевого эмбола лежат те же явления, которые носят название

речевой персеверации и которые также определяются застойной инертностью нервных процессов. Но если это так, то и методика борьбы с речевым эмболом должна строиться, исходя из тех же положений, которые кладутся в основу борьбы с персеверацией, — кстати, также чрезвычайно наглядно выступающей в случаях застарелой афазии.

Мы рассуждаем так: в острых случаях афазии всегда имеют место явления персеверации. В случаях преимущественно моторных расстройств речи они выступают в форме повторения слога, слова и, значительно реже, начального звука произнесенного слова. В случаях преимущественно сенсорного речевого расстройства они выступают в форме бесконечного «сползания» с произношения слова на близкое по звучанию, например: «Даша — каша — Маша — аша — уша» и т. д.

Из первой группы персевераций у больных с преимущественно моторными расстройствами речи нередко, если не обратить на них внимание, развивается спотыкание речи, а затем и постинсультное заикание. Вторая группа персевераций, возникающая у больных с преимущественно сенсорными расстройствами речи, чрезвычайно затрудняет восстановительную работу, создавая дополнительные трудности в повторении больным слова, т. е. в стабилизации у него звукового образа слова.

Наблюдения за больными обеих групп показывают, что персеверации не возникают или очень легко снимаются при ряде условий ведения восстановительного занятия. Этими условиями являются:

1. Соблюдение оптимальных интервалов между речевыми раздражениями, позволяющими после выполнения каждого задания полностью угаснуть возникшему возбуждению.

2. Подача материала на малой силе голоса (поначалу — на шепоте), поскольку в нетяжелых случаях афазии персеверации почти не возникают при малой силе звукового раздражителя и значительно быстрее угасают в случаях тяжелой афазии.

3. При первом же намеке на появление персеверации делать паузу в занятиях.

W

4. Рекомендовать больному (временно) стараться **не** разговаривать с окружающими, удовлетворяясь только беседой с логопедом. Причем больному следует объяснить, что это необходимо для скорейшего восстановления речи.

5. Для достижения максимального эффекта в смысле исчезновения возникающих персевераций: **а)** дробно вести занятия, подходя к больному на несколько минут 2—3 раза в день; **б)** ежедневно работать с больным, внимательно следя за угасанием персевераций; **в)** предложить больному самому умолкнуть **при** первом появлении персеверации.

При такой методике работы речевой эмбол не возникает. Но раз уже он возник и стойко держится родами, приходится работать над его скорейшим **изжитием**.

С этой целью мы пользуемся той же методикой, **Итак** и при борьбе с персеверациями. Не фиксируя внимания больного на том, что он пользуется речевым эмболом, мы начинаем с ним также, как и с «острым» больным работу над растормаживанием Остаточной речи по описанной выше методике, тщательно обходя все звукосочетания, способствующие произношению эмбола. И помолчать, т. е. не произносить эмбола, мы предлагаем больному не для того, чтобы он осознанно затормаживал свой эмбол, а лишь для того, чтобы он услышал и поначалу повторил то, что говорит ему собеседник. Эффект тот же самый, но пути его достижения другие. В одном случае (сознательное торможение) внимание больного направлено на эмбол, во втором — на необходимость выполнить задание. Только значительно позднее, когда у больного уже восстановился навык активного молчания для восприятия речи и перед выполнением речевого задания, мы начинаем останавливать его в произнесении эмбола — и опять же не эмбола как такового, а как неправильное выполнение речевого задания. «Нет-нет, — говорит логопед, — помолчите минуточку, Вы не то сказали, что надо, вы устали».

Слоговые эмболы обычно бесследно растворяются при такой методике работы, словесные постепенно затормаживаются и возникают лишь в моменты боль-

шого возбуждения или при наступлении усталости. Как упражнения, ускоряющие распад эмбола, можно рекомендовать включение единичных звеньев эмбола в различные словесные контексты. Однако этими упражнениями не следует пользоваться на ранних этапах растормаживания речи. Они должны естественно вливаться в общую работу над диалогом и оправдываться содержанием проводимой беседы.

Различие в психологическом облике больных, входящих в поликлинику при давно наступившей афазии, с которой они прожили много месяцев или даже лет, и теми, которые приходят для завершения восстановительной работы, определяет и подбор материала для проведения занятий. Там, где работа в поликлинике является лишь продолжением восстановительного процесса, материал подбирается только в зависимости от уровня восстановления, на котором больной пришел в поликлинику, и от его профессиональных интересов, поскольку известно, что на профессиональном словаре речь легче восстанавливается. Здесь же, т. е. у плохо говорящих больных, приходится учитывать и преморбидные вкусы и интересы больного. Если вы имеете дело с любителем поэзии — вы легко используете в процессе занятий стихи любимых поэтов и их фамилии. Если вы имеете дело с шофером — беседы строятся на каком-то этапе вокруг автомашин и их вождения. В этом отношении интересен опыт ленинградского логопеда Л. В. Гильбо, составившей серии упражнений для лиц технических профессий, с успехом используемых ею в работе.

Значительно сложнее правильно подобрать материал для больных с запущенной афазией большой давности. Они все потеряли в жизни — и работу, и специальность, и, часто, семью, и свое положение в ней, и, что самое страшное, веру в себя и свои возможности. С чего начинать с ними? — С того, что больному легче всего. А что легче всего — надо уметь осторожно найти. Ведь у такого больного неизвестно все: и его возможности в смысле произносительной стороны речи, и состояние его речевой памяти, и объем понимаемой речи, и возможности чтения и письма, и степень вторично наступивших изменений личности.

По тяжести нарушения речи больные с афазией большой давности могут быть разбиты на несколько основных групп: *1-я группа* — наиболее запущенные дома больные, с которыми никто не говорит, никто не считается. С этими больными приходится начинать с первичного растормаживания речи. *2-я группа* — более сложная для логопеда; это больные с речевым эмболом. О путях преодоления эмбола говорилось выше. В остальном с ними также приходится заниматься первичным растормаживанием речи, однако в отягощенных эмболом условиях.

Это, если можно так выразиться, две безречевых группы больных к началу восстановительных занятий. Однако за этим отсутствием речи таятся совершенно различные речевые возможности каждого отдельного больного.

Чаще всего эти запущенные больные приходят в поликлинику одни. Изредка их сопровождает кто-то из членов семьи или соседей. В этих последних случаях уже по тому, как садится сопровождающий, с каким важным и деловитым видом он обязательно хочет предварительно «рассказать» логопеду все о больном, можно судить о положении больного в семье или среди соседей. Больной ступшевывается, его как человека нет, его стараются (при нем же!) сделать предметом обсуждения точно так, как обсуждалась бы какая-то вещь, которую сопровождающий демонстрировал бы логопеду.

Этот момент очень ответстен для всего дальнейшего хода занятий. Логопед должен с первых же слов изменить существующее положение вещей, поменять, ставшими уже привычными, местами больного и сопровождающего.

Чаще всего сопровождающий с большой неохотой уступает больному свое «ведущее» место, мотивируя тем, что больной ничего не говорит или не понимает и т. д. и т. п. Тем не менее, ему ничего не остается, как сесть в сторонку. На первый же вопрос, поставленный больному, сопровождающий рвется ответить сам. Логопед — очень миролюбиво, с улыбкой — останавливает его: «Не надо... мы уж как-нибудь сами разберемся...» и, обращаясь к больному: «Правда,

И. И., разберемся?» Все дальнейшие попытки сопровождающего вмешаться в ход беседы также пресекаются логопедом. Но если сопровождающий позволяет себе какую-либо неуважительную бестактную реплику в адрес больного, логопед должен достаточно резко оборвать его и, лучше всего, попросить посидеть за дверью с тем, что после окончания занятия логопед дополнительно расспросит его, если в этом будет необходимость. До того как сопровождающий уйдет из комнаты, у него надо взять всю имеющуюся на руках документацию для ознакомления с историей болезни.

Как правило, больные очень внимательно следят за всем происходящим между логопедом и сопровождающим их. И даже в тех случаях, в которых больной не смеет в присутствии сопровождающего поднять свой голос, по выходе его из комнаты, несколько раз покосившись на дверь и убедившись в том, что он действительно не вернется, больной становится мягким и податливым на все предложения логопеда, ибо он почувствовал в нем защитника своих поправных прав.

Но чаще, как уже сказано, такие больные приходят одни. Они неряшливо и грязно одеты, у них нечищенная обувь, грязные руки и ногти. Они входят, как-то бочком присаживаются на стул и вопросительно смотрят на логопеда. Иногда суют ему грязную, мятую справку из лечебного учреждения, в котором находились на излечении. Либо их приводит районный невропатолог и здесь же, при больном, пытается кратко изложить все обстоятельства его болезни и жизни. В этих случаях логопеду остается только одно: очень мягко сказать врачу, что он посмотрит больного, а потом уже зайдет побеседовать о нем.

Эти больные жадно посещают занятия, заранее являются на них и очень любят подолгу сидеть в коридоре вместе с другими больными, внимательно прислушиваясь к тому, как они говорят, говорили ли раньше, сколько времени они посещают занятия и т. д., и т. д. Потом потихоньку они пытаются вступать с ними в речевой контакт. Этому препятствовать не надо.

Люди это разные — и по профессии, и по культурному уровню, и по интеллекту. Общее у них только Несчастье. Вот почему нам кажется совершенно небезразличным, в какой последовательности назначать больных на прием. Надо постараться, чтобы до и после такого больного шли больные уже более или менее «продвинутые», целенаправленные и устойчивые в своем отношении к восстановительной терапии. С такими больными ему полезно побыть вместе, полезно наладить контакт, а в дальнейшем встретиться на коллективных занятиях, о которых речь будет ниже.

Итак, в поликлинику приходят больные, находящиеся на разных уровнях восстановления речи. Соответственно разнятся и методические приемы, используемые в первые дни. Если для больных, полностью йеговорящих, показано на первых этапах заниматься йервичным растормаживанием речи, то для тех, которые пришли хоть с какой-то, пусть очень бедной и аграмматичной, но все же спонтанной речью, приходится сразу же включать упражнения, направленные на предупреждение развития аграмматизма или его преодоление. Это не снимает необходимости работать с больными и над растормаживанием и расширением активного словаря. Наконец, если приходит больной с обедненной речью, ущемленный этим обеднением, или с жалобами на то, что после инсульта у него грубо изменился почерк и ему трудно писать, — все усилия логопеда должны быть направлены на то, чтобы у первого восстановить старые речевые ассоциации и сделать речь его снова живой и гибкой; у второго — вернуть расстроившееся в результате болезни письмо.

Работающий с такими больными логопед должен все время иметь в виду, что при запущенной афазии **Нередко** развиваются вторичные невротические наслоения, с которыми нельзя не считаться. Эти наслоения развиваются чаще всего на фоне неправильной организации отношения больного к себе, своим возможностям и к его возможностям окружающих. В этих случаях логопеду приходится вести большую психотерапевтическую работу. Попытки проведения разъяснительной работы с семьей, к сожалению, не всегда дают

положительный эффект. Бывает даже и так иногда, что указания врача или логопеда используются окружающими во вред больному, не способствуя восстановлению, а, наоборот, углубляя невротические реакции, вплоть до развития боязни речи.

В целях профилактики развития у больного фобии речи можно рекомендовать: 1) присутствие на занятиях (вначале редко, затем все чаще) посторонних лиц, беседующих с больным. Логопед направляет беседу и, в случае нужды, приходит больному на помощь, не травмируя; 2) хождение больного за необходимыми покупками — сперва с логопедом, затем самостоятельно; 3) беседы с чужими людьми на случайные темы (в садах, в транспорте и т. д.).

Этим же целям служат коллективные занятия с больными. Непревзойденным мастером проведения коллективных занятий с больными, страдающими афазией, является автор этого приема — В. М. Коган (1962), у которого мы их и заимствовали.

В занятии принимают участие больные с различными формами афазии и на различном уровне восстановления. Правда, мы не привлекаем к коллективным занятиям с больными, находящимися на довольно высоком уровне восстановления речи, больных, с которыми проводим первичное растормаживание. Этим больных мы берем отдельными группами в два, максимум три человека даже еще в больнице, если по случайному стечению обстоятельств они находятся в одной небольшой палате или в большой палате, но на соседних койках. В этих случаях могут быть использованы такие виды упражнений, как договаривание пословиц и поговорок, договаривание предложений; ответы на вопросы по прослушанному короткому рассказу; беседа о бытовых условиях жизни больных (если только эти условия благополучны); о посетителях, приходивших накануне, и т. д. Логопед, по очереди, а иногда и в разбивку обращаясь то к одному, то к другому больному, дает ему задание (посильное). Если все-таки больного затрудняет его выполнение, логопед, обращаясь к остальным, говорит: «А ну, кто из вас поможет? или: «Ну, Н. Н., помогите!». Поначалу, пока боль-

йые не привыкли, их затрудняют ответы при коллективных занятиях. Однако очень скоро они осваиваются в новой обстановке, и словарь растормаживается даже легче, чем при занятиях индивидуальных. Иногда вопросы ставятся в другой форме. Например: кто-то из больных, отвечая логопеду, называет улицу, на которой живет; после этого логопед обращается ко второму, а затем и третьему больному с вопросом: а на какой улице вы живете? Так же выясняется вопрос о комнате, об этаже, в котором живут больные, и т. д. С больными женщинами эти коллективные занятия легко проводятся на вопросах ведения домашнего хозяйства, приготовления пищи и т. п. Мужчины требуют иных вопросов: рыболовства, футбола, охоты, участия в Отечественной войне и т. п.

С больными, находящимися на более высоком уровне восстановления речи, можно, по примеру В. М. Когана, коллективно восстанавливать различные уровни ассоциаций, или проводить обсуждение коллективно прослушанного рассказа, или, наконец, на более широком речевом материале проводить тематические беседы, аналогичные по тематике тем, которые используются при первичном растормаживании речи.

При этом на начальных стадиях восстановления успех коллективного занятия решает эмоциональное напряжение и заинтересованность логопеда, на более поздних этапах отчетливо выступает на передний план стремление каждого отдельного больного дать лучший ответ, нежели остальные. И если с начинающим больным логопед берет на себя всю нагрузку проведения занятия, на более поздних он только руководит и внимательно направляет беседу, эмоционально вступая лишь в моменты спада речевой активности больных.

Мы не можем рекомендовать этот вид занятий как основной и единственный. Однако мы убеждены в том, что его удельный вес велик в общем комплексе методических приемов и что он является одним из основных профилактических мероприятий для предупреждения развития фобии речи, одного из

самых тяжелых вторичных невротических наслоений при восстанавливающейся речи. Поэтому мы настойчиво рекомендуем каждому занимающемуся восстановлением речи у наших больных не ограничиваться индивидуальными занятиями, а обязательно включать в свою программу достаточное число занятий коллективных.

Нельзя также забывать, что многие больные сравнительно долго плохо воспринимают речь, обращенную к другому. Вот почему довольно рано мы даем больным: 1) выполнять двигательные задания, даваемые логопедом кому-то другому; 2) повторять слова и предложения, обращенные к третьему лицу; наконец, 3) отвечать на вопросы, обращенные не к больному; 4) отвечать на вопросы, задаваемые в положении собеседников спина к спине. Так постепенно восстанавливается навык восприятия речи, обращенной к другому. Это же помогает подвести больного к разговору по телефону, т. е. к восприятию речи невидимого собеседника.

Глава V

О ПРОФИЛАКТИКЕ АГРАММАТИЗМА

Одним из основных, решающих вопросов проблемы восстановления речи при афазии является вопрос о том, можно ли предупредить аграмматизм в процессе восстановления речи — и если можно, то каков же механизм образования этого аграмматизма, который можно предотвратить системой продуманных педагогических приемов.

По этому поводу существует две, значительно отличные друг от друга, точки зрения. Согласно одной из них аграмматизм является закономерным вторичным дефектом, возникающим в динамике становления синдрома.

Мы придерживаемся другой точки зрения, считая, что аграмматизм является результатом неправильной организации первоначального восстановитель-

жаого периода, не учитывающей выраженной застойности нейродинамических процессов у больных, выходящих из острого инсульта. Другими словами: аграмматизм является не закономерным вторичным дефектом, входящим в структуру синдрома, а лишь результатом неблагоприятных условий, в которые **был** поставлен больной.

Согласно нашей точке зрения, неоднократно высказывавшейся как в печати, так и в публичных выступлениях, задача заключается не только в том, чтобы *своевременно* начать растормаживающую речевую работу, но и в том, *как* ее проводить. Одинаково неправильным является как восстановление «в лоб» номинативной функции речи, так и растормаживание одной предикативной ее стороны, **поскольку** в речи всегда имеются как субъект и объект Действия, так и обозначение самого действия. Поэтому нельзя обучать больного обозначать словом **рдни** предметы, как нельзя и исключать эти **обозначения**, даже временно, из речи больного. Та речь, которую мы у больного растормаживаем, должна **И**ть в первую очередь речью полноценной со всех **Точек** зрения. Дольше всего можно терпеть у больного дефекты произношения, не снижающие, однако, правильности построения предложения.

В этом, как нам представляется, и заключается самая *сущность* профилактики аграмматизма. Поэтому вся система упражнений строится таким образом, чтобы, как обязательные, включать и элементы профилактики аграмматизма. В тех случаях, где больному пришел уже с имеющимся аграмматизмом, те же упражнения, только проводимые с большей интенсивностью и настойчивостью, служат делу изжития аграмматизма.

Восстанавливая речь у больных, страдающих афазией, надо иметь в виду различный культурный уровень наших больных, который «отдельные» логопеды склонны путать с понятием «интеллектуальной сниженности» или «сохранности» больного. Естественно, что те упражнения, которые можно дать, допустим, человеку зрелого возраста с высшим образованием, нельзя дать человеку того же возраста, но

с начальным образованием. Нередко больной не потому не выполняет задания логопеда, что он «снижен», а лишь потому, что и до болезни он не смог бы выполнить эти упражнения по недостатку общеобразовательных знаний.

Вот почему мы рекомендуем логопедам, с одной стороны, тщательно учитывать уровень речевой культуры больного, предлагая ему тот или иной словесный материал в упражнениях, с другой, — очень осторожно относиться к определению «сниженности» больного, основываясь на данных выполнения или невыполнения того или иного упражнения, того или иного задания. О «сниженности» можно говорить только по сравнению с тем, что представлял собой человек до болезни, а это-то чаще всего и неизвестно. Поэтому нам представляется, что о «сниженности» больного, перенесшего афазию, можно говорить логопеду только после того, как он восстановил у него речь и мышление и когда возникает вопрос о том, может или не может данный, конкретный больной вернуться к той работе, которую выполнял до болезни по состоянию своего интеллекта и знаний.

Было бы ошибочно думать, что работа по профилактике аграмматизма ведется только на занятиях по восстановлению устной речи. Как только больной хоть немного начинает писать, мы обязательно даем ему сразу же упражнения, предупреждающие развитие аграмматизма. Эти упражнения даются больному систематически, изо дня в день, и прекращаются только тогда, когда логопед уверен, что его больной избежал опасности развития аграмматизма. В зависимости от того, что больше всего затрудняет больного, варьируются и упражнения в смысле количества и различных степеней трудности. Однако нет больного, которого мы не провели бы через *все виды упражнений*, рассчитанные на предотвращение развития аграмматизма.

Приведем для примера различные типы упражнений^х.

¹ В скобках во всех приводимых ниже упражнениях приводятся слова, которые должен произнести (а в письменных упражнениях написать) больной.

Эти упражнения мы рассматриваем как основу диалогической формы речи, поскольку, с одной стороны, в них всегда принимают участие *двое* (больной и логопед). Роль логопеда в этом периоде более активна, нежели роль больного, ибо вопросы задает логопед, он же подсказывает больному (если в этом есть необходимость) ответ или его элементы, он же выбирает те слова и обороты речи, которые хочет растормозить у больного. С другой стороны, этот период рассчитан на активное растормаживание ассоциаций, предлагаемых больному поначалу в форме автоматизированных в речевом прошлом словосочетаний. Мы избегаем в самом начале периода растормаживания использовать в этих целях как **Прямой** устный счет, так и названия дней недели и месяцев. Мы предпочитаем включать этот материал рече тогда, когда элементарный бытовой словарь больного расторможен, когда воспроизведение этих автоматизированных рядов не вызовет никаких затруднений. Предварительно мы стараемся включать этот материал в первоначальный диалог, выбирая те слова, которые легче произнести больному в ответ на задаваемый вопрос, например: «У вас один сын или два сына?», однако обязательно ршая заранее, каким должен быть правильный ответ. После этих предварительных замечаний переходим к изложению упражнений.

1. Здравствуйте, И. И.! Как себя чувствуете? или: Как дела? (ничего, лучше, получше) — (дела лучше, дела получше) (мои дела лучше).

Болит что-нибудь? (болит, не болит) — (болит рука, болит голова, ничего не болит) (у меня болит рука, очень болит голова, у меня ничего не болит).

Как спали сегодня? (ничего, хорошо, плохо) — Щепала ничего, спала плохо, спала хорошо) (я спала **Хорошо**, сегодня спала ничего, я плохо спала).

Что мешало спать? — (не знаю) (шум) (душно) (не знаю, что мешало) (шум мешал) (было душно) (не знаю, не спалось) (шум мешал спать) (было очень душно).

Аналогично можно построить упражнения на тему о питании, например:

Вы сегодня ели (завтракали)? — (да) (да, ела) (да, я ела).

Что вы ели? — (кашу) (ела кашу) (я ела кашу) (я ела кашу с маслом).

Какую кашу? — (манную) (манную кашу) (ела манную кашу) (я ела манную кашу).

А вы любите кашу? — (да) (нет) (да, люблю) (нет, не люблю) (да, я люблю кашу) (нет, я не люблю кашу) (да, я люблю манную кашу) (нет, я не люблю манную кашу) и т. д.

Таких упражнений каждый логопед может изобрести бесчисленное множество. Важно одно — чтобы вопросы, следующие один за другим, на этапе первичного растормаживания речи не выходили за пределы одного, достаточно узко очерченного, содержания. Можно каждый день брать другое содержание, однако оно должно быть строго определенным. Возвращаясь через несколько дней к тому же содержанию, логопед пытается каждый раз хоть немного расширить ответ больного, т. е. постепенно наращивать удерживаемый им речевой ряд. Важно и другое: если логопед с безразличным видом, монотонным голосом будет задавать свои вопросы — он вряд ли скоро добьется желаемого результата. Беседы эти должны быть эмоционально насыщенными, больной должен быть убежден в том, что логопеду действительно интересно — любит ли больной манную кашу и каши вообще, вкусно ли была приготовлена каша, которую ел больной, и т. д. Иначе ничего не получится.

В остальном методика проведения первичного растормаживания полностью соответствует описанной выше методике восстановления диалогической речи.

Вторая группа упражнений проводится по той же методике. Если повторение больному еще недостаточно, выбирается тот материал, который не требует обязательного речевого ответа. Ответное действие больного свидетельствует о том, что задание понято.

2. Дайте (дай руку) — (дал, дала руку, дали руку) (я дал, дала руку, вы дали руку).

Возьмите мою руку. Посмотрите на меня. Ну, улыbnитесь. Я хочу спать. Он (она) спит. Вы хотите Икать?— (хочу) (да,хочу) (я хочу спать) (она спит).

Тут шумно?—(да) (да, шумно) (тут шумно) |да, тут шумно) (тут шум; не шуми) (не надо шуметь).

.А ночью тихо?—(да) (да, тихо) (нет) (нет, шумно) и т. д.

Третья и четвертая группы упражнений рассчитаны на самостоятельное договаривание больным предложением, недостающего в предложении, слова, либо при подсказке логопедом его первого слога. Как крайняя мера — на одно-два занятия повторение больным недостающего в предложении слова за логопедом. Однако, если после одного-двух занятий необходимые ассоциации упорно не возникают, следует на некоторое время отложить эти упражнения, поскольку смысл их при простом повторении теряется.

3. Тише едешь, дальше (будешь).
Тех же шей, да пожиже (лей).
Мягко стелет, да жестко (спать).
Не все то золото, что (блестит).
Муж и жена — одна (сатана).
Своя рубашка ближе к (телу).
Любовь зла, полюбишь и ... (козла).
Семь бед — один (ответ).
Волос долог, а ум ... (короток).
Кончил дело, гуляй (смело).
Не по-хорошему мил, а по-милу (хорош).
Мал золотник, да ... (дорог).
4. Я лежу и рука ... (лежит).
Я лежу, а вы (сидите).
Я сижу и вы (сидите).
Довольно, я (устала).
Идите, я буду (спать).
До свидания (до свидания).
Кто это? — ... (муж) (мой муж) (мой муж Саша).
Что вы будете делать? — (обедать) (буду обедать) (я буду обедать).

Кто вас будет кормить?—(муж) (мой муж)
(муж будет кормить).

Что вы будете есть?—(суп) (буду есть суп),
А вы любите суп? — (люблю) (не люблю)
(люблю суп) (я люблю суп).

А что лучше: суп или щи?— (суп) (щи).

А чего вы хотите: шей или супа?—(супа)
(шей) (хочу супа) (шей не хочу) и т. д.

Если все перечисленные выше упражнения недоступны больному, приходится начинать первичное растормаживание речи с песни по описанной выше методике. Однако песня может использоваться и в дальнейшем в целях профилактики аграмматизма. Когда больной уже достаточно внятно произносит слова одной-двух песен, можно задавать вопросы по тексту так, чтобы больной мог ответить на них — вначале с помощью, а затем и самостоятельно — словами песни. С другой стороны, те больные, которые до болезни любили петь и пели хотя бы для себя, нередко первыми начинают отвечать на те вопросы, которые задаются им в певческой форме, хотя бы почти на речитативе.

Приводимая ниже группа упражнений преследует те же цели, что и предшествующая. Однако в ней используется значительно более развернутый как по словарю, тематике, так и по разнообразию оборотов речи речевой материал.

Этой группой упражнений мы пользуемся как в процессе растормаживания устной речи, так и в процессе чтения и письма. Как только больной начинает глобально читать с помощью логопеда, мы сразу же приступаем к устному выполнению этой серии упражнений (среди других видов работы). Наконец, мы включаем их в письменные работы, как только у больного восстанавливается письмо до уровня возможности самостоятельного написания единичных слов и единичных цифр в пределах пяти.

Приводим для примера различные типы упражнений:

1. а) Кошка мяукает, а собака ... (лает).
Собака лает, а корова (мычит).

- |- б) Рыба плавает, а птица (летает).
f Змея ползет, а собака ... (бежит).
 | в) Ходят ногами, а берут (руками).
I Смотрят глазами, а слушают (ушами).
 г) Колют дрова топором, а пилят (пилой).
 Стирают белье с мылом, а полощут в чистой (воде).

Без всякого труда приведенные выше упражнения могут с равным успехом использоваться — один день для растормаживания глаголов, на следующий — для растормаживания существительных. Например: «Бежит — собака, а ползет — ... (змея)», или: «Топором дрова колют а пилой — ... (пилят)» и т. д. Однако существенно интонационно выделять те слова, которые помогут возникнуть требуемой ассоциации, путем усиления смысловой нагрузки.

- д) Я наварила летом много вишневого (варенья).
 В окно видно яркое, голубое (небо).
 Мясо едят вилкой, а суп (ложкой).
 е) Сухари сушат, а огурцы (солят).
 Рыбу можно и варить, и (жарить).
 Она останется дома, а я в кино (пойду).
 ж) Хлеб черный, а булка (белая).
 Суп горячий, а морс ... (холодный).
 Я больна, но скоро буду (здоровой).
- | | |
|---------------------|----------------|
| а) Я хочу | Я тебя |
| Я буду | Я вам |
| б) Я пью | Я зову |
| Я слышу | Я жарю |
| в) Я больше не хочу | Не могу |
| Я просил (а) бы | Надо бы |
| г) Смотрите | Протяните |
| Попрошу | Опаздываю на |
| д) Можно | Хорошо |
| Нельзя | Плохо ... |
| е) Острый | Бреющий |
| Добрый | Ледяной |
| ж) Просить | Просить под |
| Просить у | Просить за ... |

Просить по
Просить при
Просить о

Просить через
Просить с
Просить к

Как видно, в этой группе упражнений (2) уже нет слов, заранее продуманных логопедом для произнесения больным, Здесь ассоциации должны возникать в зависимости от прошлого речевого опыта больного совершенно спонтанно и часто невозможно предвидеть, как закончит больной начатое высказывание. Если внезапно наступает заминка и больной не находит нужного слова, логопед помогает, но помощь эта уже иная. Например, больному затруднило выражение «просить при ...». Вы спрашиваете: «При ком же можно просить?» и продолжаете сами: «Ну, например, при посторонних, при друге, при ком еще?». Нередко больной сам находит и говорит: «При сыне или при отце». Логопед: «Правильно, ну, а еще как говорят? — просить под настроение», и т. д. В аналогичных случаях логопед использует ситуацию для того, чтобы восстановить смысловые связи не только между максимальным числом слов в прямом, но и в переносном смысле.

На этом уровне восстановления речи усложняется и работа с пословицами и поговорками. Если на первом этапе брались только наиболее употребительные, короткие пословицы и надо было больному закончить ее одним, последним словом, которое недоговаривал логопед, сейчас больному дается либо: а) первая половина пословицы, и он должен ее самостоятельно закончить, б) конец пословицы (вторая половина), и он должен вспомнить ее начало, в) середина пословицы, к которой больной должен вспомнить и начало, и конец. Приводим примеры такого упражнения:

3. а) В тихом омуте
Собака лает,
Старый друг лучше
- б) ..., люби и саночки возить.
..., а по уму провожают.
,.. лучше новых двух.

- в) . . . 7 , нужда пляшет ...
 в колодец, пригодится
 ... красивой, а родись
- г) Красна весна плодами.
 Как волка в лес смотрит.
 Ешь пирог с за зубами.

Было бы неверно думать, что все приводимые нами упражнения легко и скоро проделываются больными. Они берут много сил и много времени как у больного, так и у логопеда. Мы ведь приводим в настоящем изложении только *образцы* того, какие упражнения рекомендуем использовать, — каждому же логопеду приходится составлять их для конкретного больного, с которым он работает. Работа эта трудоемка и требует от логопеда ежедневной систематической подготовки к занятиям. Однако работа сторицей окупается полученными результатами.

Примерно в это же время начинается и специальная работа над предлогами. Приводим образец такого упражнения.

4. Я сижу (за столом. (на) столе лампа
 (под) зеленым абажуром (кругом) тишина
 зимней ночи (за) окнами снег (по) которому
 скользят отсветы фар (с) крыши соседнего дома
 слетают (от) ветра и падают (на) землю
 хлопья снега. А ... (в) комнате тихо и только
 слышно, как (перед) рассветом скребутся ...
 (под) полом мыши да (над) головой (в)
 верхнем этаже кто-то надрывно кашляет.
 ...Пора и мне (на) покой,

С упражнениями этого типа очень по-разному справляются различные группы больных. Там, где в результате очагового поражения не пострадало восприятие пространственных отношений, они чаще всего не вызывают сколько-нибудь серьезных затруднений. Однако в тех случаях, где имеют место зрительно-пространственные расстройства, над ними приходится долго и упорно работать. Как одну из разновидностей этой работы можно рекомендовать устно проводимые упражнения такого типа:

/ этап

Вот мы сидим с вами в комнате. Что стоит *перед* окном? Что стоит *на* полу? Что висит *над* столом? Что стоит *за* шкафом? Что лежит *под* бумагой? и т. д.

Возьмите ручку. Положите ручку в карман. Выньте из кармана платок и положите под книгу и т. д.

Как сказать: где я сижу? (вы сидите на стуле). Куда я положила руки? (вы положили руки за спину). Где я держу руки? (вы держите руки над головой) и т. д.

Как сказать: куда я поставила стул? (к столу, за шкаф и т. д.), где лежит карандаш? (в столе, под бумагой, на книге и т. д.).

У / этап

Как стоит шкаф? (по отношению к стене, к двери и т. д.).

Как висит лампа? (по отношению к потолку, к столу и т. д.), Как висит портрет? (по отношению к дивану, стене, столу и т. д.).

У больных со зрительно-пространственными расстройствами эти упражнения занимают не малое место среди остальных упражнений. В одних случаях больные довольно быстро осваиваются в упражнениях, характеризующих пространственное соотношение предметов, в других — над этим приходится долго, упорно и систематически работать. Однако в нашей практике не было случая, где бы больной не освоил словесное обозначение пространственных соотношений предметов.

Нередко больных затрудняет правильное использование в речи местоимений. Даем упражнения такого характера:

5. а) ... иду и пою. Не смотри так пристально вдале. Посмотри, как обрадовалась! Не ждал такого конца! Почему это сидим, когда надо дело делать? Как это опаздываете на работу? Ничего ... знать не хотят.

б) Единственное число	Множественное число
Я хочу есть	Мы бежим домой.
Ты хочешь петь	Вы далеко заплыли.
Он хочет гулять	Они устали ждать.
Она хочет уснуть	Мы мылись в бане.
Ты пошла в кино.	Они ждали до вечера.
Она подала тебе обед.	

Задача, которая ставится перед больным, заключается в переводе одних предложений во множественное число, других — в единственное. Этого типа упражнения обязательно начинать с устного выполнения, и только тогда, когда больной уже сравнительно легко справляется с этим переводом, можно и нужно переходить на письменное их выполнение.

Приводимые ниже письменные упражнения (используемые и в целях профилактики аграмматизма) даются больному очень рано, — в сущности, как только он начал достаточно читать, чтобы прочесть их и хоть немножко писать правой или левой рукой (в зависимости от случая).

Поначалу каждое упражнение *обязательно* проводится логопедом устно. Внимание больного фиксируется на том, что для правильного нахождения слова и его формы (на начальных этапах — только формы) необходимо прочесть *все* предложение. Мы фиксируем внимание на этой детали потому, что у больных нередко отмечается тенденция читать написанное только до пропуска, оставленного для искомого слова. Между тем нередко, особенно на более поздних этапах, нахождение нужного слова возможно только после прочтения *всего* предложения в целом.

1. а) «идти»

Я (иду) и медленно оглядываюсь по сторонам. Ты не (идешь) со мной, я гуляю одна. Он (идет) и поет. Вчера мы вместе (шли) на собрание. Вы (идете), а я спешу вам навстречу. Они (шли) и громко смеялись.

б) «смотреть»

Мальчик стоял и _____ в окно. Я вчера долго как угасал закат. Я видела, как ты стоял и _____ чем кончится драка. Мы еще не _____ этой кинокартины. Вы _____ на меня в упор. Они остановились и долго _____ вслед уходящему.

в) «звать, спешить, любить»

Ты не ..., когда тебе говорят правду. Мы _____ на работу. Неужели ты не слышишь, что я _____ на помощь? Куда ты так ...? Иди, тебя _____ домой. Как они ..., чтобы не опоздать. Вы никого не _____. Разве вы не чувствуете, как вас _____. Они так давно _____ нас в гости, а мы не _____ идти к ним.

г) «сел — сажу»

Я _____ на полу.	Я _____ за столом.
Я _____ на пол.	Я _____ под лампу.
Я _____ за стол.	Я _____ под лампой.

д) «ем — ест — едят»

Я _____ хлеб.	Больные _____ кашу.
Девочка _____ яблоко.	Сестра _____ рыбу.
Отец _____ оыбу.	Я _____ салат.
Солдаты _____ мясо.	Человек _____ булку

е) «люди, рыбак, ребенок, я»

_____ ест уху.	_____ едят мясо.
_____ ем пирог.	_____ ест кисель.

ж) _____ 1.	_____ 2.	_____ 3.
Солнце _____	Ветер _____	Снег _____
падает _____	светит _____	дует _____

Последнее из приведенных упражнений требует некоторых пояснений. Перед большим ставится задача подобрать соответствующие глаголы к существительным. Для того, чтобы все внимание большого сконцентрировать на содержании и не отвлекать трудностями в технике письма, ему предлагается поставить вместо тире тот номер, который написан над соответствующим по содержанию су-

ществительным. Постепенно задача усложняется: нарастает как количество слов, так и включаемое в упражнение число различных частей речи, с одной стороны, с другой, — все время меняются части речи, к которым подбираются остальные слова. Количество слов в предложении доводится до 5—6, примерно такое же берется и число предложений.

з) «мой — моя — мои»

Это	спина.	Это	шуба.
Это	руки.	Это	платок.
Это	язык.	Это	рукавички.
Это	волосы.	Это	носки.

и) «мой — моя — мои»

мать.	очки,
брат.	косынка,
дети.	костюм.

к) «нож — сестра — часы — рука — рот — глаза»

Моя	Мой
Мой	Мои
Мои	Моя

После проведения этой начальной группы письменных упражнений, задаваемых больному для самостоятельного выполнения дома (обязательно после предварительной устной проработки на занятии), переходим к склонению существительных в контексте, например: «дом»:

Единственное число

Вот мой	Человек вошел в
Я стою около моего	За моим сад.
Подъехала к машине.	Спокойно и тихо
	в моем

Множественное число

Люблю я новые ! В новых удобные квартиры. К новым подходишь озелененными улицами, новые смотрят на тебя огромными окнами. Таких в нашем городе раньше не было. А за сады, летом манящие тенью и прохладой.

По нашим наблюдениям, больные с большим интересом выполняют эти упражнения, если они оформлены коротким рассказом, например: «булка»:

На витринах выставлены самые разные, румяные
Но мне этих не надо: я вообще равнодушна
к Принесите мне любые ..., и я не дотронусь
до них. Как-то пришла я домой с самыми необыч-
новенными в сумке, но так и не вспомнила об
этих до вечера. Но сегодня все по-другому: на
столе лежит свежая а еще час тому назад дома
не было. Это сынок сбегал за и принес эту
аппетитную Я даже обрадовалась такой Скоро
обед, а я думаю только об этой лежащей на
столе.

Параллельно больному даются упражнения на
спряжение глаголов в контексте, например: «хо-
дить»:

Мы поссорились, и я мрачно из угла в угол
по своей комнате. Слышу и ты за стеной ... взад-
вперед, взад-вперед, не останавливаясь. Над голо-
вой, в верхнем этаже, тоже кто-то и что-то на-
свистывает. Так мы все трое — ч^с, второй, тре-
тий. Наконец я устала и села, а вы оба все еще
ни на минуту не останавливаясь. Так упорно
только очень упрямые, думающие о чем-то люди.
Хватит ...! Давай мириться

Как только больные научаются (поначалу
с ошибками, но все же самостоятельно) выполнять
такого рода упражнения, включаем упражнения на
предлоги, например:

Я не знала, ... котором часу начало спектакля
всякий случай поехала семи часам и попала
точку. Уже половины седьмого театру
всех сторон стали подходить люди, и четверть
часа начала спектакля зрительный зал был по-
лон отказа первый же антракт я почувство-
вала, что хочу есть, но пробиться буфету было
невозможно. Посмеявшись внутренне собой, я
вернулась зал и села свое место.

Так же в контексте дается склонение существи-
тельного с местоимением, существительного с прила-
гательным, существительного с прилагательным и

местоимением (например: моя мать, вкусный суп, твоя разбитая чашка, мое красивое кольцо, этот яркий цветок и т. д.).

Далее, также в контексте, переходим к восстановлению деепричастных форм. Например:

- | | |
|-----------|--|
| Пускать | — Он курил, .. дым кольцами. |
| Просить | — Ребенок подошел, прощения. |
| Нести | — Надо идти по жизни, высоко свою голову. |
| Плавать | — Однажды, в реке, я попал в водоворот. |
| Умолять | — Она догнала меня, вернуться. |
| Шелестеть | — Деревья склонялись над прудом, тихонько ...листьями. |

Только после того, как больной приобрел навык образования деепричастия в контексте, можно дать ему задание образовать деепричастия от десяти, двадцати или более глаголов. Как правило, это задание затруднений уже не вызывает.

У ряда логопедов существует тенденция, пришедшая, как нам кажется, из сурдопедагогики, упрощать речевой материал, на котором ведется работа по восстановлению речи с больными, страдающими афазией. Как видно из приводимых упражнений, мы против этой тенденции, считая, что чем разнообразнее речевой материал, чем богаче словарь, которым приходится оперировать больному, тем скорее и полнее восстановится его речь. В то же время, учитывая имеющиеся у больного трудности в спонтанной «выдаче» (если можно так выразиться) заторможенного словарного багажа, богатство словаря и речевых конструкций, мы даем ему на начальных стадиях восстановления как пассивное окружение для тех 1—2 слов, которыми он должен активно оперировать, выполняя упражнение. Естественно, что бессмысленно давать больному, не посетавшему до болезни театр, упражнение, приведенное нами для примера работы над предложениями. Однако принцип построения упражнений и на другом речевом материале остается тот же: в пределах Знаний и интересов больного упражнения должны

строиться на возможно более широком словаре и возможно большем количестве смысловых связей, широко используя старые, преморбидные речевые автоматизмы.

Периодически, для проверки уровня автоматизации, достигнутой путем упражнений, предлагаем при себе сделать проверочное упражнение типа:

За рекой... могуч... за лес... дремуч... жил стар.,, со старух...

На месте лесов вырубки с густо засевш... малиник... непролазн... березняк..., кривоног... ольхой и чахл... осинник... И только среди болота остался небольш... остров... с высоченны... сосна..., строг..., печальн... елями и богаты... глухарин... ток... (В. Курочкин). Неприятност... начались в конц... лета, когда в стар... деревенек... доме появил... кривоног... такса Фунтик. Фунти... привезли из Москв... (Паустовский).

Аналогичные упражнения могут быть даны и для проверки степени автоматизации спряжения глаголов и образования деепричастий. Другой формой проверки служат упражнения в переводе предложений из единственного числа во множественное и наоборот. Например, перевести во множественное число фразы:

Ты неожиданно подарил мне золотое кольцо. У меня никогда не было такого кольца. Как я обрадовалась этому кольцу. Я взяла свое кольцо и поблагодарила тебя. С этим кольцом я больше не расстанусь и когда-нибудь расскажу об этом кольце своему ребенку.

Восстановление причастных форм проходит несколько этапов.

/ *этап*. Вписать в текст пропущенные слова: вьющий, вьющаяся, молящий, молящийся, поющее, поющая, рвущая, рвущаяся.

Я увидел ваш взгляд и отвернулся. Тропинка, ... по склону горы, увела меня далеко от дома. Женщина, с криком на себе волосы, неприятна. Я слушал море, о бескрайных водяных просторах. Я наблюдаю паука, вот уже сколько дней свою паутину. Песня, ... чтобы уснуть, называется

колыбельной. Есть люди, только золоту. Вдруг я увидел собаку, с привязи.

Если предложенное упражнение оказывается непосильным для больного, приходится провести с ним подготовительную работу:

1) Разъяснить в процессе беседы, на фразах, разницу в содержании слов: моет — моется, теряет — теряется, стреляет — стреляется.

2) Заполнить в тексте пропущенные слова: моет — моется, теряет — теряется, стреляет — стреляется.

Бабушка посуду. Мальчик из рогатки. Собака в болоте след. Солдат снегом. Старушка часто в новой обстановке. всегда слабый человек.

3) С помощью логопеда заменить в предложениях глагол причастием.

4) Показать практически образование причастий от 3-го лица множественного числа (они моют, они плачут, они лежат, они спят) и предложить больному образовать причастия (не называя их и не заглядывая в грамматику) от глаголов: плыть, бить, ждать, убирать, спать, брать, заниматься, окунаться, копать, рыть, копать, занимать.

5) Только после того, как больной проделал все перечисленные упражнения, возвращаемся к упражнениям, аналогичным тем, с которыми он ранее не справился, например:

Вписать в текст пропущенные слова: удаляющий, удаляющийся, просящий, просящийся, открывающий, открывающийся, скрывающий, скрывающийся.

Ко мне пришел человек, о помощи. Шкаф, секретным замком. Врач, ... вросший ноготь. Автомобиль, ... за поворотом. Водитель, дверцу машины. Путник, на ночлег. Друг, мысли, не друг. Человек, в изгнание.

// этап. Упражнения второго этапа сложнее и требуют большей активности от больного, например:

а) образовать причастия от глаголов: мелькать, дразнить, кивать, объясняться, сжимать, удивляться, лечить, покоряться, корить, карать, мутить, смущать, смущаться, лечиться;

б) образовать причастия от глаголов: удивляться, одеваться, цвести, благоухать, скрываться, украшать, удушать и заполнить ими пропуски в тексте.

Вы, как ребенок всему, что он видит. Я увидел приколотый у вашего плеча цветок, строгое, почти монашеское платье.

Люблю вашу улыбку, где-то в уголках губ. яблоню часто сравнивают с невестой. Я не знаю другой женщины, с таким вкусом. Мы вышли в сад, и нас окутал весенний вечер. Букеты лилий не держат ночью в комнате из-за их аромата.

в) Заполнить пропуски в тексте.

Ломающий. Вы идете по жизни, как танк, все на своем пути. Я увидел в саду подростка, молодые побеги. Как простить человеку, бездумно чужую жизнь? С этой женщиной, ... по каждому пустяку руки, надо быть осторожной. Мне рассказывали о глубоком старике, в лесу сухие ветки, чтобы заготовить на зиму хворост.

г) Образовать причастие от глагола «сиять» и заполнить пропуски в тексте.

Я прошел горный перевал, и моему взору открылось море, на солнце. Никогда раньше мне не приходилось видеть такого моря. Оно было прекрасно. И по этому морю бежали, как белокрылые птицы, своей белизной, паруса. Я остановился. Меня потрясло море с его поверхностью и на солнце парусами. Я, наверное, навсегда запомнил это море и никогда не устану рассказывать об увиденном мною впервые . море и на нем белоснежных парусах.

д) Образовать причастия от глаголов: звать, зваться, мять, мяться, красть, красться.

Я услышала издали (зовущий) на помощь голос. Я встретила женщину, (зовущуюся) Ираидой. Не люблю людей, постоянно (мнущих) в руках то платок, то шапку, то еще что-то.

С детства помню фигуру дяди (крадущегося) ночью с ботинками в руках к себе в комнату и (мнущегося) по утрам, когда за завтраком мать расспрашивала его о часе возвращения домой. Он производил впечатление человека (укравшего) что-то и пойманного на месте преступления.

III этап, а) Образовать причастия от глаголов:

говорить	жить	прикуривать	осматривать
метаться	обирать	курить	смотреть
бросать	отбирать	прощать	смотреться
бросаться	отбивать	прощаться	просматриваться
плести	обтирать	пускать	нести
плестись	реветь	пускаться	подносить

б) Вписать в таблицу причастия в недостающем роде

Мужской род	Средний род	Женский род
Убивающий	Легящее	Кричащая
Купающийся	Сняющее	Молящая
Поющий	Кружащееся	Смеющаяся
Кажущийся	Беснующееся	Рокочущая
Метущийся	Бьющееся	Млеющая
Рассказавший	Внесенное	Прослушавшая
Читавший	Мытое	Унесенная

в) Составить предложения, в которые входили бы слова: читавший, читающий, рисующий, рисовавший, любящая, любившая, смеющееся, смеявшееся, прочитанная, прочитавшая, читающая.

Мы привели весь путь упражнений, который проходит большой в процессе восстановления причастий. Эта работа нередко идет с большим напряжением. Однако для того, чтобы восстановленная речь не оказалась обедненной, *работать над восстановлением причастий обязательно..*

В тяжелых случаях афазии приходится много внимания уделять и восстановлению местоимений. Естественно, что если у больного не возникает трудностей в их практическом использовании в речи, можно лишь очень бегло проделать ряд упражнений и тем ограничиться. Однако нередки случаи, когда больной плохо понимает значение местоимений в речи, утратив возможность их правильного использования именно в силу недопонимания. Это ни в какой мере не говорит об интеллектуальной сниженности больного.

Поскольку в принципе эти упражнения ничем не отличаются от упражнений, приведенных выше, ограничимся приведением одного примера:

Ты — себя — сама — сам — сами — само.

Этот факт по себе ни о чем еще не говорит. Тебе стало неловко, когда ты вошла в комнату не постучав. В этом лице есть что-то отталкивающее, хотя ... по себе оно и красиво. Они не знают, чего хотят. Над нависла беда: будь осторожен! Вам стало стыдно своих слов. Она говорила весь вечер только о себе Ты не захотела зайти ко мне. Ты отлично знаешь, что мне ... не хватает. Товарища не было дома, а мне надо было договориться с ним по всем вопросам. Вы не видели себя и потому были спокойны. Боль была в суставе, а не в окружающих тканях. Ты хвасталась кольцом, а не размерами камня.

По этому же типу в контексте прорабатываются все разряды местоимений. Мы не случайно включаем почти во все упражнения личные местоимения второго лица, поскольку, по нашим наблюдениям, они труднее всего даются больным, выходящим из афазии.

Как проверочные, даем иногда упражнения, в начале которых не указано, какие местоимения должны быть использованы, например:

Не знаю (я), как это случилось. Видишь, как (ты) неправ. Это не (она) меня научила, я сама так сделала. И вот, (мы) сидим и думаем, как быть «... (вы) сами должны решать», скажешь ты. А что (они) все скажут, если ___ (я) расскажу, как все это случилось?

С той же целью могут быть использованы и выдержки из разных стихотворений, в которых пропущены местоимения, например:

Опустив ресницы, ты скажешь... (мне):
«Позади пути, города.
... (я) всю жизнь с тобою рядышком шла,
Только ты был слеп иногда».

В. Шефнер

Не проси у (меня) светлых песен любви.

Надсон

Ты на камне стояла, звала...
(меня) смуглой рукой.

В. Шефнер

Ну, что же, можешь покинуть,
можешь со ... (мною) расстаться, —
из (моего) богатства
ничего другой не отдастся.

В. Тушинова

Иль не вспомнишь обо (мне),
Где, в какой ты стороне,
Где твоя обитель...

В. Жуковский

Больные любят такого рода упражнения, они вносят в занятия разнообразие и оживление. Кроме того, они как бы удерживают в сознании больного его реальные речевые возможности, доступность для него не только простых упражнений, но и смыслового дополнения поэтических произведений различных авторов. Опять же надо оговориться, что предлагать такого рода упражнения следует только тем больным, которые до болезни любили и хоть как-то знали поэзию.

Наконец, эффективными, хоть нередко и трудными, являются упражнения, в которых больному предлагается перевести короткие предложения, включающие два местоимения, из единственного числа во множественное или, наоборот, например: я просила ее уйти, она звала тебя, нам хочется увидеть вас, вы звали их и т. д.

К тому времени, когда начинаются занятия по образованию числительных и их склонению, у больных уже имеется прямой и обратный счет, а равно навык обозначения словом отдельных цифр и чисел. Поэтому на полях пишется число или цифра, которые больной должен обозначить словами и вписать в нужной форме в текст. Например:

- 3 Я легла спать в часу ночи.
 367 Город гудел от перезвона колоколов.
 2 Несмотря на то, что я вел машину на скоросте,
 38 она потерпела аварию на километре от города.
 Вы наверное забыли, что обещали ждать меня около часа. Я стою у вашей двери и уже около раз нажимала кнопку звонка.
 100 Дотерплю до раза и тогда уйду уверенная: вас нет.
 500 Я поплатилась за свою доверчивость рублей.
 5 Как рад человек рублям в момент безденежья.
 10 Ты не отделаешься рублями за постоянные нарушения правил уличного движения.

Другой пример:

- $\frac{7}{3}$ Молодой человек нелепо распорядился порционного выигрыша: оставшихся ему не хватит на покупку телевизора, о котором он мечтал.
 3 Д Над горизонта нависла черная, зловещая туча.
 $\frac{4}{1/г}$ В километрах от города паслось стадо, насчитывающее более голов.
 $\frac{4}{зв5}$ Сутки являются частью года, неделя — *Чы* его частью, а месяц — ...
 vi2

Третий пример:

Когда стрелки часов показывают один час десять минут, — в обиходе говорят Два часа пятнадцать минут, Три часа двадцать минут — ... Четыре часа

тридцать минут, — ... Пять часов тридцать пять минут, — Шесть часов сорок минут — Семь часов сорок пять минут, — Восемь часов пятьдесят минут, — Двенадцать часов дня, — ... Двенадцать часов ночи, —

Последний пример. Вписать в нужной форме слова: оба, обе, двое, трое.

Вернувшись с войны, он застал здоровыми ждавших его женщин: мать и невесту. Только вам ..., отцу и сыну, в этом доме зябко и неудобно. Мне одинаково не хватает и брата, и сына. На всех офицере, сержанте и солдате форма сидела безукоризненно.

Мы привели основные образцы упражнений, помогающих не допустить развитие аграмматизма у больных, выходящих из афазии. Нам представляется, что в результате систематических, профилактических занятий, в процессе которых мы систематически растормаживаем старые автоматизмы, речь больного восстанавливается легче, полнее и полноценнее, нежели при попытках переключения больного на активное осознание грамматических правил для их осознанного использования в процессе говорения и письма. Мы понимаем при этом, что для логопеда этот путь может быть и сложнее, ибо он требует большой подготовительной работы к каждому занятию, индивидуальной подготовки упражнений в соответствии с интересами и уровнем культуры больного.

Мы не сомневаемся в том, что предлагаемая нами система упражнений по предупреждению аграмматизма будет в дальнейшем детализирована, дополнена, а, может быть, и несколько изменена логопедами, идущими нам на смену. Однако мы не сомневаемся и в том, что качество восстанавливаемой речи у больного, страдающего афазией, в значительной степени зависит и определяется тем, насколько систематично и целеустремленно работает логопед над профилактикой аграмматизма. Мы убеждены в том, что аграмматичная речь больного при выходе из афазии является результатом недоработки логопеда, браком его работы.

Глава VI

О ВОССТАНОВЛЕНИИ ЧТЕНИЯ

Если встать на нашу точку зрения, что в настоящее время основным компонентом афазии является торможение речи, возникающее в результате острого нарушения мозгового кровообращения, — становится совершенно понятным, что и методика восстановления речи не может оставаться прежней.

Процесс растормаживания должен в какой-то мере повторить в сокращенном виде последовательность развития форм речи у отдельного человека, учитывая в методике не только последовательность, но и уровень развития, на котором застала человека болезнь. Отсюда, если растормаживание речи проводится у больного, занимавшегося умственным трудом, удельный вес чтения и письма в этом растормаживании должны быть иными, нежели у человека, который мало читал в жизни и мало пользовался письменной формой речи. Тем не менее, в любом случае устная речь предворяла в его жизни чтение: читать человек начинает то, что говорит. Незнакомые слова ему и читать поначалу трудно.

Известны случаи (и их не так мало), когда у больного, — чаще всего у такого, в жизни которого чтение занимало очень большое место, — сохраняется чтение про себя при временной утрате звучащей речи. Это чтение всегда глобально. Мы не встречали больных, у которых сохранилось бы слоговое чтение про себя.

Вот почему, когда мы начинаем работу над растормаживанием речи, мы никогда одновременно с этой работой даже не исследуем состояние чтения. Его не может быть в остром периоде заболевания при полной утрате речи, и не в наших интересах показывать это больному, если мы рассчитываем в дальнейшем растормозить чтение. Каждый такой показ только глубже затормаживает процесс чтения.

Как уже упоминалось выше, в случаях, где преобладают сенсорные речевые расстройства, мы рано прибегаем к помощи чтения для восстановления константного звукового образа слова. Однако это «рано» соот-

ветствует примерно тому периоду, когда больной, страдающий сенсорной афазией, уже говорит, даже если эта речь представляет собой сливную вербально-литеральную парафазию, звучащую как словесная окрошка. Чаще всего это бывает где-то на третьей-четвертой неделе после наступления острого нарушения мозгового кровообращения.

Итак, мы начинаем растормаживать чтение всегда глобальное. Где-то посреди беседы, когда удастся получить контекстное понимание хотя бы темы беседы, но больной не может дать адекватного ответа, логопед пишет ему (в зависимости от речевой ситуации) то отдельное слово, обозначающее предмет или состояние, то короткое предложение, идущее в плане темы беседы. Чаще всего больной понимает написанное, однако, читая вслух, дает сплошную паралексию. В этой паралексии проскальзывают обрывки адекватно произносимых слов (чаще всего — единичные слоги).

На этом этапе чтение ведется сопряженно. Логопед не разрешает больному повторять неправильно прочтенное слово, но предлагает несколько раз прослушать его молча, не артикулируя даже беззвучно. После этого (интервал между повторным произношением слова логопедом равен примерно 8—15 секундам) логопед предлагает больному, глядя на текст, прочесть либо написанное слово, либо короткую фразу. Если это удастся, повторять прочтенное больному не разрешается, ибо, чаще всего, он даст типичную для сенсорного больного персеверацию с соскальзыванием с правильного произношения. Если правильное прочтение не удалось, логопед не фиксирует на этом внимания больного, а идет дальше так, как будто больной прочел правильно.

В очень редких случаях (обычно у мало читавших) больному сразу легче дается слоговое чтение. Для выяснения того, какой же тип чтения больному легче, логопед на первом же занятии чтением пишет одно предложение целыми словами, второе — словами, разделенными на слоги тире. В зависимости от того, что больному легче, выбирается для занятий одна из двух форм. И уже все последующие фразы пишутся

больному только глобально или только разбитыми на слоги.

В то же время, параллельно, речь больного растормаживается на песне. Как только приступаем к растормаживанию чтения, пишем больному (в той же форме, в которой ведется растормаживание) текст песни. В процессе пения больной смотрит на текст, поет вместе с логопедом, и постепенно в этом пении начинают систематически нарастать сперва правильные ритмические контуры слов, потом отдельные слова, строки, наконец куплеты. Эта работа хорошо идет на песнях с припевом. Обычно припев первым произносится правильно.

Поначалу все тексты для чтения пишутся больному жирным печатным шрифтом, размер букв—1 см, заглавных—2 см, интервал между словами 1,5–2 см. Интервал между строками в начале занятий 2 см, с постепенным уменьшением до 1 см. В тех случаях, где у больного имеется атаксия взора, гемианопсия, или где есть основания подозревать ее наличие (логопед видит, что больной лучше читает слова, написанные в определенной части страницы), ширина строки в начале занятий берется не более 8 см, т. е. практически на строке умещаются одно-два недлинных слова (2–3 слоговых). Если и этого мало, логопед закрывает чистым листком бумаги все строки, кроме читаемой больным. В таких сугубо облегченных условиях растормаживание чтения чаще всего не вызывает больших затруднений.

Как указывалось выше, поначалу чтение проводится сопряженно. Это имеет особое значение для больных, у которых затруднен приступ к слову. Внимательно следя за чтением больного, логопед замечает, когда при совместном начале произнесения слова больной начинает спонтанно дочитывать слово до конца. Тогда логопед переходит к сопряженному чтению только первого слога каждого слова. Затем логопед перестает помогать больному в прочтении часто повторяющихся в тексте слов, легко читаемых больным, равно как и слов, связанных в прошлом речевом опыте больного крепкими смысловыми ассоциациями с определенным контекстом, например: «И пошел он

бродить по белу... (белу свету)» или: «И ушел он из дома, куда гла.. (глаза глядят)». Интонационная выразительность также помогает больному легче схватывать смысловой контекст читаемого.

Если на первых этапах восстановления глобального чтения самым трудным для больного является *начать* читать предложение, то на последующем этапе эта трудность переносится на окончания слов и на последние слова предложения. Дело в том, что глобальное чтение построено только на смысловых ассоциациях. А эти последние, особенно у больных с мнестическими расстройствами, не всегда сразу возникают при переводе взора по строке. Поэтому, если в начале восстановительного периода логопед должен сам начинать чтение предложения не дожидаясь, чтобы его неправильно начал больной, на более поздних этапах может быть произнесен только первый звук, начинающий предложение, все же внимание логопеда переносится на правильность чтения окончаний слов и, особенно, на последние слова предложения, которые больному предлагается читать сопряженно. Вот если здесь больной ошибся, логопед останавливает его и говорит: «Не верно, посмотрите внимательно», после чего произносит начало слова, в котором больной должен исправить произношение окончания. Если это не помогает, предупреждая повторные попытки больного произнести окончание слова, логопед произносит читаемое слово правильно, однако произносит не отдельно, а вместе с предыдущим словом, определяющим его окончание. Если больной дал вербальную паралексию, правильную по смыслу, но неправильную по тексту, логопед останавливает его и говорит: «подождите! То, что вы сказали, правильно (повторяет сказанное больным), но написано здесь нето, посмотрите», — и снова сопряженно читает вместе с тем словом текста, которое вызвало к жизни смысловую ассоциацию. Если же вербальная паралексия образована больным не по смыслу, а по близости звучания, логопед останавливает его словами: «Неправильно, подождите. Послушайте!» — и читает больному, в контексте же, написанное слово, снижая при этом обязательно силу голоса.

Через несколько занятий переходят осторожно к чтению коротких, специально составленных рассказов. Эти рассказы могут быть трех основных типов:

/ *min* — рассказ, составленный на тему проведенной беседы, например: «Я сижу. Я вижу в окошко сад. В саду живут птицы. Они поют, а я слушаю. Хорошо!».

// *min* — рассказ, рассчитанный на облегченные условия произношения, составленный из слов, состоящих из открытых слогов, например: «Сидели у дома бабы, сидели и гуторили. Они говорили о погоде. Погода поговая — сено хорошее. Сено хорошее — коровы сытые. Коровы сытые — молока досыта. Молока досыта — дети веселые. Дети веселые — бабы рады. Посидели, поговорили, да и за работу».

/// *min* — рассказ, рассчитанный на восстановление в процессе чтения рядовой речи, счета или другой нарушенной функции, например: «Я иду и считаю шаги: один, два, три, четыре, пять.. Я всегда считаю шаги, когда не хочу думать: шесть, семь, восемь, девять, десять... Буду лучше считать машины: одна, две, три, четыре, пять. Машины все разные: синие, черные, красные, серые, — Волги, Москвичи, Зимы. шесть, семь, восемь, девять, десять. — Нет, их очень много, машин, я не хочу их больше считать. Буду лучше считать магазины: один, два, три, четыре, пять, шесть, семь, восемь, девять, десять... Вот я и дома. Больше считать не надо».

Если в первом из приведенных рассказов всего 17 слов и он укладывается в одну страницу тетради, во втором уже формально 37 слов и он занимает 2 страницы тетради. На самом деле их всего 25, остальные слова являются повторением уже прочитанных, и потому чтение рассказа идет без особого напряжения.

В тех случаях, где на начальных этапах восстановления процесс чтения выраженно затруднен, вводим больных в него через тексты трех степеней трудности:

I степень — тексты из коротких слов (не более трех слогов), состоящих из открытых слогов.

II степень — текст состоит из коротких слов, в которых (преимущественно в конце слова) появляются и закрытые слоги.

III степень трудности — тексты, в словах которых, кроме открытых и закрытых слогов, появляются стечения согласных постепенно нарастающей трудности.

Все тексты составляются в форме коротких рассказов с несложным, но законченным содержанием.

От таких, постепенно удлиняющихся, рассказов переходим к так же написанным рассказам советских и зарубежных писателей, опубликованных в сборниках, журналах и газетах. Особенно удачны для начала такие рассказы, как «Взлет орла» ганского писателя Аггрея (сб. «В субботу к вечеру», б-ка «Огонек», № 10, 1964, изд. «Правда») и в том же издании рассказ И. Сосновского «Ха-ха» (сб. «Беспокойное хозяйство», № 21, 1964 г.). Дальше можно взять из того же сборника И. Сосновского рассказы «Барс-беглец», «Полоз в милиции». После них из того же сборника — «Мой первый зоопарк», рассказ «Гордая» В. Митина (сб. «В тот же день». М., 1967, изд. М-ва Обороны СССР), рассказ «Товарищ Бабкин» А. Давыдченкова (журн. «Сибирские огни», № 5, 1965 г.), из уже названного сборника В. Митина рассказ «Полундра».

Рассказы постепенно удлиняются, но они пишутся тем же крупным шрифтом в тетради, с соблюдением тех же условий. Дальше берем такие рассказы, как «В тени великого Хозе» Хорст Безелера (журн. «Подъем», март-апрель, 1963 г.), «Мститель» и «Ножичек с костяной ручкой» В. Солодухина (б-ка «Огонек», № 15, 1963 г.), «В купе» В. Войновича (журн. «Новый мир», № 2, 1965) и, наконец, как завершающий этап, рассказ Н. Почивалина «Волшебные петушки» («Литературная Россия», 1964 г.). В этом последнем рассказе, обычно занимающем несколько тетрадей, постепенно уменьшаются интервалы между строками, интервалы между словами и размеры букв. После этого мы даем большему книгу, опять же начиная с коротких и легких рассказов (Е. Мин — «Короткие рассказы», Лениздат, 1963; Э. Шим — «Флаг», сб. «Пикет 200», Л., 1963; Н. Самохин — «Человек в рыжем плаще», журн. «Сибирские огни», № 1, 1965; А. Чкар — «Лосиха» и «Бескрылая», журн. «Урал», № 3, 1965 г.; Я. Кравченко — «Белая сирень», журн. «Подъем». № 3—4, 1963; А. И. Куприн — «Куст

сирени», собр. соч., 1, М., 1957 г.; К. Паустовский — «Барсучий нос» и «Кот-ворюга», собр. соч., т. 4, М., 1959 г.).

Нам не пришлось в нашей практике ни разу встретить больного, у которого после прочтения всей приведенной выше литературы не восстановилось бы чтение. Обычно мы считаем чтение восстановленным тогда, когда больной начинает читать для собственного удовольствия.

Конечно, приводимая выше литература может быть спокойно заменена логопедом по своему усмотрению другой. Важен принцип: мы начинаем восстанавливать чтение (глобальное) с очень коротких рассказов, постепенно подбирая все более длинные и сложные по содержанию. Мы никогда не пользуемся в нашей работе рассказами, опубликованными в детской литературе. Более того, если я вижу в руках больного детскую книгу, я всегда спрашиваю: «Зачем она вам? Неужели не найдется почитать ничего интересного из литературы для взрослых?». И если я получаю ответ, что эту книгу принесли из дома, всегда говорю: «Отдайте ее, пусть отнесут домой. Мы с вами найдем, что почитать, и без нее».

Конечно, логопеду проще взять детскую книгу и дать ее больному. Но это и психологически вредно, и не вызывает у больного никакого стремления к чтению, как не дает и пищи для размышлений. Переписывание рассказов, создание своеобразной «библиотечки» для первоначального чтения больного, — процесс трудоемкий для логопеда, как трудоемко и составление самых первых рассказов, которые больной читает после предварительной беседы и написанных в связи с беседой. Однако этот труд сторичей окупается полученными результатами.

Что обязательно должен не забыть логопед — это научить больного, начинающего читать книгу, не переутомляться. Ведь нередко больного поначалу затрудняет не столько сама техника чтения, сколько понимание общей связи вещей и событий, о которых он читает. Поэтому мы говорим больному, давая первые самостоятельные задания по чтению: «Первые дни читайте подряд не более одного абзаца. Когда это пе-

рестанет утомлять и вы начнете хорошо понимать содержание прочтенного отрывка, переходите на два абзаца подряд. Но никогда не читайте столько, чтобы перестать понимать содержание прочитанного или почувствовать себя усталым».

Несколько отдельно надо сказать о больных, у которых имеется оральная апраксия. Нередко у них сохраняется глобальное чтение про себя. Мы не препятствуем этому чтению, разрешая больному читать в пределах только что описанных. Однако чтение вслух мы восстанавливаем так же, в той же последовательности, что и у больных с сенсорными расстройствами речи. Приступаем к его восстановлению только тогда, когда больной, хоть и с помощью, а иногда и спонтанно, начинает отвечать на наши вопросы и не одним словом, а предложением. Иногда довольно долго чтение у таких больных отсутствует и начинает растормаживаться только по прошествии довольно большого срока после нарушения мозгового кровообращения. Так, за последние месяцы нам пришлось заниматься с двумя больными, у одной из которых чтение начало растормаживаться на шестой неделе после инсульта (6-ая Б., 66 лет), у второго же, больного П., 53 лет, оно стало впервые возможным на восьмой неделе после инсульта.

А как же быть со слоговым чтением? Надо ли, и если надо, то когда переводить больного с глобального чтения на слоговое? — Мы этого не делаем. Чаше всего у описываемых больных слоговое чтение «само» восстанавливается в процессе глобального. Только в тех случаях, где до заболевания человек был недостаточно грамотным или мало пользовался в жизни чтением, можно и нужно восстанавливать у него чтение слоговое, как основную для него форму чтения вообще.

Сказанное выше не значит, что у всех больных процесс восстановления чтения проходит легко и гладко. Здесь могут быть как индивидуальные трудности, которые в каждом отдельном случае логопед разрешает применительно к данному больному, так и более общие трудности, о которых речь пойдет ниже.

Мы неоднократно упоминали выше, что на первых этапах даже не смотрим, сохранилось ли у больного

чтение или оно нарушено. Даже при выраженных формах сенсорной и сенсорно-амнестической афазии мы позволяем себе (в первый раз очень бегло) посмотреть—сохранилось ли у больного хоть элементарное чтение — не ранее чем на 3—5-й неделе от начала заболевания, в зависимости от тяжести речевого расстройства и общесоматического состояния. Если при первой попытке больной, в жизни которого чтение занимало определенное место, не может глобально прочесть даже самого элементарного предложения, вытекающего из смысловой речевой* ситуации, предварительно созданной логопедом, мы не начинаем сразу же заниматься восстановительной работой, а еще выжидаем 2—3 недели в надежде, что глобальное чтение спонтанно растормозится. Чаще всего оно именно так и бывает. Однако у отдельных больных эта выжидательная политика не приводит к желаемым результатам, и больной все-таки не читает. Тогда возникает вопрос: как же вести восстановительные занятия? И тут первое, что мы делаем, это проверяем сохранность обобщенного представления букв (по В.М.Смирнову).

Как известно, для этой пробы необходим набор, состоящий из 5—8 букв, написанных обычным печатным шрифтом на отдельных карточках размером Юу^Юсм. К каждой из этих карточек пишется разными шрифтами, набор карточек размером 8 X 8 см одной и той же буквы, что на основной карточке (5—8 карточек). Таким образом, если основной набор больших карточек сделан из 8 букв, а малых по 6 к каждой основной, получается всего 56 карточек: 8 больших и 48 малых. Из этих малых по одной карточке для каждой буквы должно быть отведено для заставочных букв наиболее сложного элемента обобщения (заставки можно взять в старых изданиях русских сказок). Чем меньше похожи друг на друга буквы, написанные на малых карточках, тем лучше набор. Используются с этой целью как различные шрифты печатных наборов, так и скорописи.

Логопед раскладывает перед больным в два ряда (на достаточном расстоянии между обоими рядами) набор больших карточек и, как следует стасовав малый набор, предлагает больному подложить их одну

за ДРУ^Гой под разложенными карточками. Больному дается инструкция, что не следует называть буквы, а молча раскладывать их. Если найдется буква, которой нет в образцах, — карточку следует отложить, молча же, в сторону. При наличии у больного гемианопсии логопед должен внимательно следить за тем, чтобы все буквы находились в его поле зрения.

По тому, какие карточки откладывает больной в сторону, при раскладке каких затрудняется, логопед может судить о том, сохранилось ли у больного обобщенное представление букв и если есть в этом представлении дефекты, какого они характера: затрудняет ли его элементарное соотношение элементов в пространстве, путает ли оптически близкие буквы или же, наконец, на каком уровне находится обобщенное представление букв (например, больной не узнает только «заставочные» буквы). В этом последнем случае для одних больных, не имевших в жизни дела со сложными виньетками заставок, неузнавание этих букв не может рассматриваться как патология, в других можно думать о некотором временном снижении у больного уровня обобщения.

И только в тех случаях, где при этом обследовании у больного выявляются элементы буквенной агнозии, мы не приступаем к восстановлению чтения до тех пор, пока в процессе систематических занятий с тем же набором не добиваемся восстановления обобщенного представления букв.

Совершенно естественно, что, если у больного имеется даже не грубая буквенная агнозия, — нельзя начинать работу сразу со всем набором. Заранее предвидя возможность возникнуть необходимость таких занятий, мы подбираем для проверки обобщенного представления букв такие, на которых проще вести восстановительную работу. Это: Г, Г, Р, А, Л, Д, Б, В.

Как показано в работе Б. Г. Ананьева (1946), для Русского печатного шрифта имеется четыре основных элемента, из которых, в различных комбинациях, мо-

гут быть сконструирован весь алфавит. Эти элементы **И**)-]. Часть из них, по Ананьеву, выступает в качестве постоянных элементов, т. е. не изменяющих своего положения, другие в качестве переменных, т. е.

изменяющих букву соответственно изменению своего положения в отношении постоянного элемента. Это особенно наглядно выступает на буквах с двумя постоянными и одним переменным элементами (Я, Я, И) или на таких буквах, как Г, Г (один постоянный и один переменный элемент).

Восстановительную работу начинаем, как уже сказано, с раскладывания не всего набора, а трех букв: Г, Г, Р, обращая внимание больного на то, как они строятся (в смысле соотношения элементов), как их легче опознать. Когда больной научается правильно раскладывать весь набор, имеющийся для этих трех букв, берем следующие три: Л, Л, Д и проводим ту же работу. Затем, также отдельно, отрабатываем различие Б к В. Обычно это, последнее, идет уже быстро. После этого даем больному разложить весь набор целиком.

Только в отдельных, наиболее тяжелых случаях этой работы оказывается недостаточно, и для полного восстановления обобщенного представления буквы приходится делать дополнительные, аналогичные наборы для Я, Я, Я и М, Ш. В нашей практике не было случая, чтобы при такой проработке обобщенное представление букв не восстановилось бы для всех букв алфавита.

В настоящее время мы прибегаем к работе с элементами только в тех нечастых случаях, где осуществлению чтения и письма препятствует нарушение восприятия и воспроизведения пространственных соотношений элементов, из которых конструируются буквы.

Так, недавно нам пришлось наблюдать больного А., 54 лет, с полной алексией, развившейся в результате эмболии сосудов левой височно-теменно-затылочной области. Одновременно у больного наблюдались быстро сгладившийся легкий правосторонний гемипарез и нетяжелая амнестическая афазия. На обоих глазах скотомы. Обобщенное представление букв грубо нарушено. При работе с элементами не различает и не может построить по заданию букв из двух постоянных и одного переменного элемента (я, «, w). В то же время сохранились обрывки профессионально воспитанного глобального контроля по вертикали (чтение по горизонтали полностью разрушено) и спонтанное письмо, в котором, при сохранности основных двигательных автоматизмов, при первой же попытке зрительного контроля путаются буквы (больной — преподаватель высшего учебного заведения).

К началу восстановительных занятий прошло 4 месяца с момента наступления алексии. Обрывки глобального чтения по вертикали, казалось, говорили против необходимости работы с элементами; мы были склонны отнести невозможность чтения по горизонтали за счет скотом на обоих глазах. Однако в ближайшие дни чтение по вертикали (остатки профессионального навыка) стали распадаться. Остался единственный путь — работы с элементами.

Как всегда, начали работать с конструкции и реконструкции букв из двух постоянных и одного переменного элемента, затем перешли к конструкции и реконструкции букв из одного постоянного и одного, затем двух переменных элементов. (Поначалу такие буквы, как я, ъ > ь, строились зеркально). После этого перешли к конструкции и реконструкции слов из элементов, например: постройте слово «кот», сделайте из слова «кот» слово «рот»; из «рот» сделайте «ром»; из «ром» — «ров» и т. д. Далее перешли к конструкции и реконструкции двуслововых слов и более сложной реконструкции, например «Урал — уран — урон — урок — урод» и т. д. После приведенных выше непосредственных реконструкций слов перешли к таким заданиям: как из слова «мука» сделать слово «мушка», из «река» — «репка» и т. д. Больной должен был мысленно представить себе оба слова, не произнося их вслух; устно выполнить задание, после чего сложить заданное слово из элементов.

Одновременно велась систематическая работа по восстановлению обобщенного представления букв и работа по восстановлению сенсорно-амнестической афазии.

Через месяц систематических занятий, поняв логику построения букв из элементов, больной мог сложить из элементов **С**лову и короткое предложение. Однако смысл правильно прочитанного слова ускользал от больного. Пришлось усилить работу <сад восстановлением смысловых ассоциаций. К концу второго Месяца занятий больной начал с трудом читать крупно написанные, короткие рассказы. В настоящее время, через 6 месяцев после начала занятий, крупно написанные рассказы читает свободно (мелкий книжный текст — с напряжением, путает оптически близкие буквы. Отчуждение смысла слова почти исчезло при чтении, устная речь свободна, письмо грамотно, в сочинениях на свободную тему много юмора).

Несмотря на значительное улучшение, работа не может считаться уже законченной, поскольку чтение очень далеко от того, **Что** требуется для возвращения к своей профессии. Восстановление чтения отягощается скотомами, к которым больной еще не адаптировался.

Как указано выше, в настоящее время работа по восстановлению чтения успешно предваряется использованием методики, предложенной В. М. Смирновым (1962 г.) для исследования зрительного гнозиса. Раньше она использовалась только для ускорения восстановления обобщенного представления букв,

если оно медленно восстанавливалось у больного в процессе занятий чтением. Другими словами: в настоящее время эта методика кладется в *основу* восстановления чтения, тогда как раньше она использовалась только как *вспомогательный* прием работы.

Даже в самых тяжелых случаях (при двусторонних, множественных очагах размягчения) удается до какого-то уровня восстановить, — правда, в большие сроки, — чтение и письмо, напряженно работая над восстановлением обобщенного представления букв.

Глава VII

О ВОССТАНОВЛЕНИИ ПИСЬМА И ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ

Письмо, как и чтение, не всегда распадается у больных, страдающих афазией. Как только мы возвращаемся к этому вопросу, нам всегда вспоминается профессор П., 60 лет, у которого в результате острого нарушения мозгового кровообращения наступила полная моторная афазия (он только издавал нечленораздельные звуки) и полностью сохранилось письмо, сохранилось настолько, что он подготовил к печати книгу, написанную им целиком после наступления афазии.

В настоящее время таких больных не встречаешь. Обычно к тому времени, когда дело доходит до начала работы над восстановлением письма, у больного уже до какой-то степени устная речь восстановилась.

Проблема восстановления письма имеет несколько аспектов, чем заметно отличается от вопроса восстановления чтения. На самом деле: если у больного парез правой руки — его необходимо учить письму левой рукой. Если у больного динамическая апраксия — он не овладеет скорописью до тех пор, пока у него не восстановится способность переключения движения. Наконец, если у больного нарушен фонематический анализ слова, будь то по слуховому

или кинестетическому типу, — он не сможет писать, пока не будет восстановлен этот фонематический анализ. Если у больного аграмматизм — он не сможет грамотно писать до его изжития. Наконец, если у больного не восстановилась способность формулировать свою мысль словом — у него не будет письменной речи.

Вот почему, говоря о восстановлении письма, приходится отдельно и в достаточной мере подробно останавливаться на различных сторонах процесса восстановления письменной речи. Без этого могут быть легко упущены в работе отдельные расстроенные у больного элементы процесса письма или работа над ними может проводиться бессистемно и совершенно недостаточно.

Представим себе, что у нашего больного плегия правой руки. Он уже начинает вставать, речь постепенно восстанавливается, а движения в руке упорно не появляются. Естественно, такого больного надо научить писать левой рукой.

Есть больные, которые просто берут в левую руку карандаш и начинают писать. Но это — единицы. Чаще всего предложение начать писать левой рукой вызывает у больного прежде всего негативную реакцию. Это естественно, ибо они воспринимают это предложение прежде всего как косвенное утверждение, что правая рука останется бездейственной. И приходится нередко быть свидетелем того, как больной долго и упорно отказывается писать левой рукой, утверждая, что подождет с письмом, пока начнет действовать правая рука.

Учитывая это обстоятельство, мы обычно, решив начать обучение письму левой рукой, подойдя к больному, прежде всего заводим разговор о правой руке. Мы смотрим, какие движения стали доступны больному, даем несколько советов, какие Упражнения могут помочь ему, а затем, очень серьезно глядя в глаза, говорим: «И. И., а ведь надо Помочь правой руке «восстанавливаться!»». Такая Формулировка никогда не вызывает возражений. Отвечая на вопрос, заданный то словом, то жестом,^в зависимости от уровня восстановления речи,—

«Л как это сделать?», мы говорим: «Начать писать левой рукой». И, не дожидаясь возможных возражений, очень деловито и спокойно объясняем особенности иннервации, позволяющие делать такое заключение. Чаще всего предложение, сделанное в такой форме, возражений не вызывает. Единственное, чем обычно интересуется больной, это тем, что же будет с правой рукой, если он будет писать левой. Объясняем: «Как только вы сумеете действовать правой рукой, перейдем на письмо ею. Однако в первое время она будет очень уставать, поэтому возможность писать по очереди то правой, то левой рукой безусловно выгодна». Обычно следующим является возражение, что он никогда левой рукой не писал и, очевидно, никогда писать и не научится. Тут полшутя, полусерьезно говоришь: «А ну, давайте посмотрим, — не так уж это и трудно!» и, давая больному в левую руку шариковую ручку, просишь выполнить пробу, рекомендованную А. Р. Лу-

рия (1948) ("ПМЛПМ") т. е. проверяешь, как

происходит у больного переключение движения (динамический праксис). Если проба не вызывает никаких затруднений, говоришь: «Ну, письмо у вас пойдет, поучимся только держать ручку», и предлагаешь выполнить упражнение, рекомендованное нам В. Л. Надиным. Упражнение заключается в следующем. Предплечье и кисть наружным ребром лежат на столе. Мизинец и безымянный палец приогнуты, как при письме. Шариковая ручка берется оставшимися тремя пальцами, как для письма, с той только разницей, что она лежит на них совершенно свободно, лишь слегка придерживаемая. В этом положении производится совместное сгибание и разгибание пальцев так, чтобы ручка лежала на пальцах не двигаясь. Второй момент: когда отработано одномоментное сгибание и разгибание пальцев с лежащей на них ручкой, теми же движениями ручка начинает передвигаться в пальцах, очень легко придерживаемая ими, от одного конца к другому и обратно. Опыт показывает, что это

упражнение дает очень хороший эффект и является профилактикой чрезмерного, иногда буквально спастического зажимания ручки в пальцах. Нам не приходилось ни разу видеть, чтобы у больного, освоившего это упражнение, уставала в процессе письма рука от чрезмерного напряжения. Это же упражнение с успехом используется и в процессе подготовки правой, выходящей из состояния пареза, руки к письму. После освоения этого упражнения в сущности можно приступать к письму.

Два слова о том, почему мы берем для начала не карандаш, а шариковую ручку. Письмо карандашом всегда таит в себе элемент небрежности: написанное карандашом может быть легко исправлено, стерто и т. д. В жизни взрослого человека записи карандашом делаются обычно наспех, кое-как. Можно было бы взять обычную школьную авторучку, но она требует того, чтобы ее держали в определенном положении, иначе она откажется писать. Шариковая ручка, с одной стороны, символизирует письмо чернилами, с другой — не требует никакого точного положения: она пишет в любом положении.

Больной, который еще несколько дней тому назад говорил, что не хочет писать левой рукой, неожиданно заявляет, что левой рукой получается некрасиво. Как сделать, чтобы у него был хороший почерк? — Выработать почерк можно довольно быстро при отсутствии дефектов в переключении движений, о чем подробнее скажем несколько ниже.

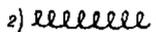
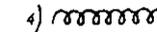
К сожалению, сравнительно часто, исследуя переключение движений, мы наталкиваемся на отчетливые дефекты динамического праксиса. Еще задолго до того, как приступаешь к восстановлению письма, в процессе растормаживания устной речи, логопед настораживается и может предположить наличие этих дефектов у своего больного. Опыт показывает, что больные, у которых растормаживающаяся речь прерывается своеобразными «спотыканиями», напоминающими более или менее тяжелое заикание, или персеверациями, — как правило страдают и расстройствами переключения движений, препятствующими быстрому освоению техники письма.

Чаще всего у этих больных очень трудно «вырабатывается почерк», они пишут трудно, медленно, их почерк напоминает почерк начинающего учиться письму ребенка. Они не любят писать и под любым предлогом стараются отказаться от выполнения письменных заданий.

Нами разработана система упражнений, помогающих восстановлению переключения движений в процессе письма. Отмечается, что у тех больных, которые, несмотря на трудности, преодолевают их, проделывая предлагаемые упражнения, вторично,*— в результате этих упражнений улучшается и речь, теряя свои «спотыкания» заикливого характера.

Анализируя процесс письма, мы пришли к выводу, что имеется четыре основных элемента, над которыми следует работать для нормализации письма, а иногда и речи через письмо. Мы имеем в" виду: *характер* движения (прямые линии и закругленные), *направление* движения, *амплитуда* его и *ритм*.

Исходными в методике работы берем слитное написание строки прямыми и петельными линиями в двух направлениях (4 упражнения):

1) ; 2) ; 3) ; 4) 

Пока больной не справляется с ними, дальнейших упражнений не даем. Последующая группа упражнений строится на трехфазовом ритме движения, как основном физиологическом ритме (вдох — выдох — пауза; систола — диастола — пауза и т. д.). С помощью этих упражнений отрабатываем: сначала различную амплитуду однотипного движения; затем — комбинацию двух типов движения без изменения амплитуды; то же с изменением амплитуды одного из движений; комбинацию двух направлений одного и того же движения без изменения его амплитуды, затем — с изменением амплитуды; наконец — различные сочетания изменения типа, направления и амплитуды движения. Только после проработки всех этих упражнений (а изобрести их можно многое-множество) даем больному письмо. Как пра-

вило, больной начинает писать скорописью с уже почти выработанным почерком.

Эти же упражнения, только в меньшем объеме, помогают довольно быстро выработать почерк больным, начинающим писать левой рукой, а равно больным, начинающим писать правой рукой при восстанавливаемом парезе.

К сожалению, есть группа больных с тяжелыми расстройствами динамического праксиса, для которых письмо как правой рукой, в которой постепенно восстанавливаются движения, так и левой представляет собой огромные трудности, несмотря на хорошее восстановление речи и чтения (в речи — как остаточное явление, легкое «спотыкание» в моменты большого волнения). Чаще всего они категорически отказываются от выполнения этих упражнений, ссылаясь на любые причины, — вплоть до того, что им не нужен хороший почерк, — и так и остаются на уровне медленного письма, в котором все буквы разной величины, пишутся с разным наклоном и, в сущности, даже не пишутся, а рисуются каждая в отдельности как правой, так и левой рукой.

Настаивать, «нажимать» на больного, категорически отказывающегося от какого-то вида занятий, не следует. Логопед не всегда может учесть, насколько задание, кажущееся ему несложным, сложно, а иногда и просто непосильно для больного. Нам приходилось видеть, как после такого занятия, на котором больного заставляют делать то, что ему непосильно, больным становилось дурно. Этого допускать нельзя. И когда родные или логопеды начинают говорить о том, что больной «ленится», мы всегда отвечаем, что это не лень, а трудность, которую не может, видимо, оценить и понять здоровый человек. Ленивых больных нет: каждому хочется возможно скорее и полнее восстановить и речь, и чтение, и письмо. Но возможности больного в смысле рабочей нагрузки, с одной стороны, и в смысле избирательных трудностей в каких-то определенных видах работы, — различны. Поэтому, если больной не выполняет задания или отказывается его выполнить, никогда не следует настаивать. Отказ надо

принять и постараться продумать — в чем трудность и как другими путями добиться желаемого результата.

Параллельно со всеми больными, страдающими нарушениями динамического праксиса, ведутся занятия, в которых тренируются различные переключения движений, как используемые в целях выявления динамической апраксии, так и аналогичные им.

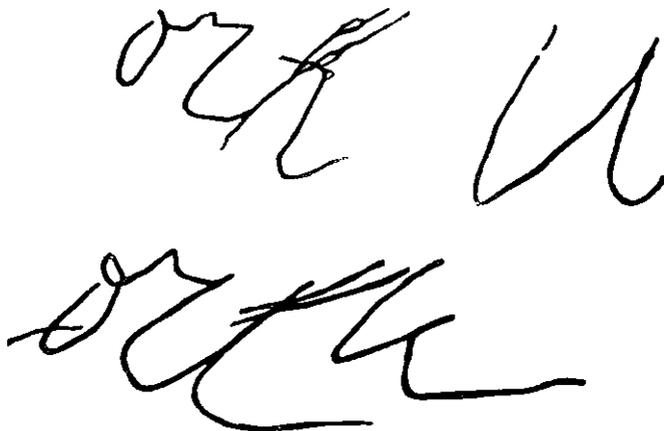


Рис. 1. Письмо больного Ф. (фотокопия 1)

К сожалению, нарушения динамического праксиса (сравнительно легко изживаемые в случаях своевременного начала восстановительной терапии) нередко сочетаются со зрительно-пространственными нарушениями, также препятствующими восстановлению чтения и письма.

Крайним проявлением такой комбинации может служить больной Ф., 74 лет, блестящий хирург и клиницист, у которого инсульт наступил в момент подготовки к операции.

Восстановительные занятия начаты через месяц после инсульта. Речь внятная. Артикуляция точная, несмотря на правосторонний парез лицевого нерва. Оральная апраксия (не грубая). Предметная апраксия. Апраксия позы. Конструктивная апраксия. На себе различает правую и левую стороны, но совершенно не ориентируется в пространстве и в направлении движения. Диплопия. Атаксия взора при попытках следить за движущимся предметом. Грубая сенсорно-амнестическая афазия. Аграфия. Алексия. Акалькулия.

В результате полуторамесячной работы (использованы в восстановительных целях методики В. М. Смирнова «штемпельная проба» и «обобщенное представление буквы» и Б. Г. Ананьева — работа с элементами печатного шрифта) стал с трудом, но ориентироваться как в соотношении линий в пространстве, так и в направлении движения. К концу второго месяца появились первые проблески глобального чтения и первые попытки спонтанного письма (выше приводится фотография, на которой отчетливо выступают трудности расположения букв в пространстве (рис. 1).

В приведенном случае на первое место выступали расстройства зрительно-пространственного ха-



Рис. 2. Письмо больного Ф. (фотокопия 2)

рактера. Дефекты динамического праксиса отступали перед ними на задний план. Очень типична для Этого рода расстройств и следующая фотокопия письма больного Ф., где в слове «сало» буква «л» йаписана им как бы в горизонтальном положении (рис. 2).

Аналогичные расстройства, более или менее ярко "выраженные с преобладанием той или иной формы апраксии, однако каждый раз с обязательным участием расстройств динамического праксиса, наблюдались нами у ряда больных.

Больной П., 62 лет (в анамнезе облитерирующий эндоартериит), был госпитализирован 31/1 1967 г. с жалобами на головную боль, снижение памяти, затруднения в речи, нарушение зрения и слабость, наступившими 17/1 в результате нервного перенапряжения. Восстановительные занятия начаты 27/II 1967 г. К этому времени довольно мягкие явления сенсорно-амнестической афазии, выраженные трудности при вербализации направленных движения и положения предмета в пространстве, затруднения

в понимании читаемого, выраженные расстройства письма и счета. Переключение движений грубо расстроено (двустороннее плохо ориентируется в правой и левой стороне. Предметная конструктивная и идеаторная апраксия. Утрачена возможность игры на рояле. Динамические расстройства зрительного гнозиса: более мягкие — предметного, более грубые — литерального.

Сохранилось довольно беглое глобальное чтение при грубом нарушении слогового и значительном нарушении узнавания изолированных букв. Обобщенное представление букв нарушено. Не может прочесть слово при переносе части его на другую строку.

Письмо: списывает с «окнами» посреди слова, пропусками букв, персеверациями, заменой букв. Не держит строку. Почерк изменен. Спонтанное письмо крайне затруднено. Плохо ориентируется в пространстве страницы.

Можно было бы привести еще целый ряд примеров, однако нам кажется, что и приведенных достаточно для того, чтобы показать, что расстройства динамического праксиса нередко сочетаются с расстройствами зрительно-пространственного восприятия.

Поскольку эти больные являются, может быть, наиболее сложными для восстановления письма, остановимся на методике, которой пользуемся в процессе работы.

До того как мы разрешаем больному начать писать, мы параллельно работаем: 1) над восстановлением переключения движения (сущность методики которой дана на стр. 98); 2) над восстановлением обобщенного представления буквы; 3) над восстановлением способности ориентироваться в пространстве страницы, используя методику, предложенную В. М. Смирновым для исследования аграфии.

Эта методика сводится в нашем применении к следующему. Обе страницы развернутой тетради расчерчиваются на клетки. В начале занятий каждая страница расчерчивается на 9 клеток. Постепенно количество клеток увеличивается.

Больному объясняют, что одна страница его, вторая — логипеда, что логипед впишет в один из квадратов ту или иную фигуру, ту или иную букву, покажет свою страницу больному и закроет ее. Больной должен будет по памяти воспроизвести вписанную фигуру в соответствующем квадрате своей страницы.

При грубых зрительно-пространственных расстройствах эта задача оказывается непосильной для больного. Тогда методика изменяется, и больному предлагается вписать соответствующую фигуру при зрительном контроле (страница логопеда не закрывается). Трудности могут быть двоякого рода: 1) в определении квадрата, в который вписана фигура; 2) в воспроизведении фигуры с соблюдением правильного: а) соотношения линий, б) направления линий, правильно соотнесенных друг к другу (зеркальное воспроизведение).

Каждая ошибка детально анализируется логопедом вместе с больным, после чего больному предлагается воспроизвести фигуру вновь. При наиболее грубых нарушениях мы с успехом используем предложенную В. М. Смирновым «штемпельную пробу». С этой целью берутся две школьные старательных резинки. На длинном, узком ребре каждой из них ножом срезаются две полосы таким образом, чтобы в центре осталась узкая полоса, дающая отпечаток. Далее берется штемпельная подушка, оставшейся узкой полосой резинки набирается с нее штемпельная краска и наносится соответствующая линия. Этот прием облегчает больному задачу, ибо ему приходится только определить направление линии и ее соотношение с другими линиями. Движения, ведущего эту линию, он не должен производить. С другой стороны, требования, предъявляемые к двигательным возможностям больного, элементарнее, поскольку при работе со штемпелем в движении принимает участие вся рука, тогда как при проведении линии работают главным образом кисть и пальцы.

Итак, больному предлагается, используя этот «Штемпель», воспроизводить фигуру, вписанную в квадрат. Поначалу работа, как уже сказано, проводится под контролем зрения, в дальнейшем переходим к воспроизведению по памяти, тренируя в то время вписывание фигуры шариковой ручкой под зрительным контролем. Обычно при такой последовательности работы сравнительно скоро удается перевести больного на вписывание ручкой фигуры

в квадрат по памяти. Тогда постепенно увеличиваем число квадратов, доводимое нами постепенно до 24—36 на странице.

Если учесть, что параллельно ведутся и другие виды работы (восстановление обобщенного представления буквы, работа над восстановлением переключения движения), то станет очевидным, что переход к письму чаще всего происходит довольно безболезненно. К сожалению, однако, больные очень редко доводят до конца подготовительную к письму работу и, как только почувствуют, что могут хоть что-то написать, сами начинают писать. В этих случаях логопед не может оставаться посторонним зрителем. Он должен сразу же направить письмо больного в должное русло.

Мы всегда начинаем с этими больными со спонтанного письма. Мы говорим: «А, вы начали писать? Вот и отлично! Напишите, пожалуйста, что вы ели сегодня утром?», или: «Как вы спали сегодня ночью?» или: «Напишите, что вы уже пишете сами», или что-либо другое. Обычно, даже в самых тяжелых случаях, это удается больному. Тогда, анализируя вместе с ним дефекты, имеющиеся в его письме, доказываем больному необходимость продолжать упражнения, проводившиеся до сих пор параллельно с письмом. С этого дня работа ведется в двух направлениях.

Эта группа больных единственная, которой в процессе письма мы даем как домашнее задание и списывание, поскольку у них имеется трудность воспроизведения и запоминания зрительного ряда. Однако списывание мы даем им только тогда, когда уже до какой-то степени восстановилось спонтанное письмо, и только до тех пор, пока они не дадут несколько правильно выполненных работ. Нередко у этих больных, даже после восстановления, проскальзывают на письме замещения букв, оптических близких (*ц—ш, т—п* и др.).

Как только больной начал писать, даем ему самостоятельные письменные упражнения. Учитывая, с одной стороны, трудности самого процесса письма, с другой — характерные для этих больных трудно-

сти при вербализации определения пространственных соотношений и направления движения, даем упражнения, в которых больной должен вписать в предложение только одно слово. Естественно, что, быстро "просмотрев" правильность склонения в контексте, чаще всего не вызывающее у больных затруднений, фиксируем наше внимание на вписывании: а) глаголов, обозначающих направление движения; б) предлогов; в) деепричастий и причастий. По нашим наблюдениям, эти упражнения дают неизменный и довольно быстрый эффект. Упущения, допущенные в этом отношении логопедом, всегда не преминут сказаться в речи больного — как устной, так, особенно, письменной. Поэтому мы обращаем особое внимание логопедов на необходимость тщательной отработки этого раздела с описываемой группой больных. Она не велика, но очень своеобразна в смысле восстановительных занятий.

Принято считать, что основным препятствием восстановления письма при афазии являются нарушения фонематического анализа, и приходится нередко видеть логопеда, упорно добывающегося на ранних стадиях восстановления речи сознательного выделения на фоне слова изолированных звуков. Чаще всего первыми выделяемыми из слова фонемами являются *p* и *ш* или *рис*.

Мы отнюдь не хотим умалять значения фонематического анализа для письма: оно очевидно. Однако вопрос о том, как и когда им заниматься требует, с нашей точки зрения, некоторого пересмотра.

Что должен различать неговорящий или не понижающий речи больной, когда логопед, надрываясь, повторяет ему: «р...р...р...» или: «ш...ш...ш»? Звуки, а не фонемы, поскольку фонема является единицей *смыслоразличительной*. Какой же смысл должен различить больной, когда ему дается задание найти, есть или нет в произносимом или написанном слове тот или иной звук? — Никакого. А ведь больному для овладения письмом, а также и для понимания речи слух нужен прежде всего *фонематический*, а не звуковой. Поэтому надо с самого начала ясно ответить себе на вопрос: когда же может у больного,

страдающего афазией, встать вопрос о восстановлении фонематического анализа слова?

Нам представляется, что это может быть только тогда, когда больной понимает контекстную речь и сам хоть немного, но говорит. Иначе ему анализировать нечего.

В связи с этим надо уточнить еще одно положение. Фонематический анализ слова может быть нарушен двояко: по слуховому и по кинестетическому типу. В одном случае больной не слышит разницы *в звучании* различных слов, в другом — не ощущает разницы *в их произношении*. Естественно, что это различие требует и различных приемов восстановления. В первом случае мы используем сохранившиеся у нашего больного старые автоматизмы чтения, помогающие на начальных этапах восстановлению слухового смыслоразличения, во втором — вся работа ведется только на слух без включения зрительно-кинестетического компонента.

Из сказанного следует, что в первом случае (мы имеем в виду больных, страдающих сенсорной афазией) восстановление фонематического анализа может начаться не раньше, нежели у больного восстановится хотя бы элементарное, глобальное чтение, во втором — не ранее, чем больной (мы имеем в виду афферентную моторную афазию) начал говорить фразами.

В тех случаях, где у больного имеет место тяжелое расстройство, в котором комбинируются сенсорная и афферентная моторная афазия, восстановление фонематического анализа происходит очень трудно и длительно. Чаще всего письмо такого больного остается в какой-то мере дисграфичным, а речь — дизартричной. Такие больные обычно жалуются, что не ощущают движений языка. Хорошо понимая после длительных занятий контекстную речь, они с огромным трудом различают изолированные слова, близкие как по звучанию, так и по артикуляции.

Нам могут возразить, что ведь опора в процессе восстановления фонематического анализа на письменную речь при сенсорной афазии является пере-

стройкой функции, формировавшейся на слух. Такое возражение было бы в корне неправильным, ибо, как показано работами, проводившимися под руководством проф. Б. Г. Ананьева, у грамотного человека структура устной речи, опосредованная письменной речью, остается только в снятом виде. Следовательно, опираясь на письменную речь, мы опираемся на наиболее прочные автоматизмы в преморбидной жизни больного.

Как упоминалось выше, при сенсорной афазии мы начинаем восстанавливать чтение с глобального. Так же начинается и восстановление письма: с написания больным отдельных правильно произнесенных слов и выражений, с письменных ответов на письменно же заданные вопросы. При очень высоком удельном весе письменной речи до болезни часто и не приходится специально работать над восстановлением фонематического анализа — он спонтанно восстанавливается в процессе выполнения письменных упражнений. При несколько меньшей значимости письма в жизни больного даем ряд упражнений, главным образом упражнений на перестройку слова путем изменения одной звуко-буквы. Например, пишем: *дом*, *.ом*, *.ом* и т. д., объясняя больному, что он должен найти те слова, которые можно образовать, изменяя только первую букву написанного слова. Если забыт алфавит, нет ничего страшного в том, чтобы написать больному (в столбик) все согласные, из которых он должен выбирать. В первый раз упражнение делается больным при логопедии, затем выносится в самостоятельно выполняемые задания. При проверке выполнения задания можно вести работу по-разному: можно проверить, как понимает больной каждое из написанных слов; можно предложить больному показать произносимое логопедом (вразбивку) слово, можно предложить устно, а затем и письменно построить фразу с одним из составленных больным слов. Далее идут диктовки предложений, включающих слова, отличающиеся одним звуком, и устные задания типа: «Как из слова ком сделать слово л³ом?» или: «Как из слова круг сделать слово друг,

а из слова пот сделать слово плот?» и т. д. Если поначалу больному разрешается для облегчения **задачи** записывать под диктовку исходное слово, в дальнейшем эти упражнения проделываются только устно. Иногда больному можно дать задание составить предложения, включающие данное логопедом исходное слово и образованное больным, но это уже на довольно высоком уровне восстановления.

Нам представляется, что этот путь восстановления фонематического анализа более прост и более короток, нежели традиционное выделение звука на фоне слова, определение места звука в слове и, **наконец**, общий подсчет звуков, составляющих слово (звуковой ряд).

У больных с оральной апраксией фонематический анализ нарушен постольку, поскольку они не могут удерживать артикуляторный ряд в процессе письма и спонтанной речи, поскольку в результате часто сопровождающих оральную апраксию расстройств чувствительности органов артикуляции они лишены возможности контролировать свое произношение. Однако нередко у них сравнительно легко восстанавливается правильное повторение услышанного, чаще всего с дефектами артикуляции свистящих и шипящих. Эта особенность и должна использоваться для восстановления фонематического анализа слова. Эту работу надо начинать не затягивая время, как только больной начинает правильно повторять услышанное, и до того, как он приступает к занятиям письмом (основной вид работы на начальных этапах — письмо под диктовку с предварительным повторением диктуемых одного слова, двух, трех и т. д.)- Только тогда, когда достаточно автоматизировалось письмо под диктовку, можно разрешать больному [**Письмо** спонтанное, — с обязательным проговариванием каждого слова вслух. Перед переходом к спонтанному письму можно заняться с больным фонематическим анализом слова по общепринятой схеме (выделение звука на фоне слова, определение места фонемы в слове, подсчет букв, входящих в слово, определение, какой звук первый, второй и т. д. от начала и от конца слова).

щ

Очень опасным приемом, часто используемым логипедистами, которым не удается восстановить речь и чтение у этой группы больных, является работа по так называемым артикуляторным схемам. Опасен он в том, что, как уже упомянуто выше, у этих больных нередко грубо нарушена мышечная чувствительность языка и губ; они могут выучить («задолбить») определенную артикуляторную схему с определенным звучанием буквы или небольшого количества слогов (5—10), однако произнесение звуков, связанных со схемой, еще не является речью, а лишь ложным способом звукопроизношения, при котором все внимание обращено на произносительную технику, а не на содержание произносимого. Думать о моментальной обучаемости больного можно только об одном: как бы он ни хотел сказать, написать или о чем-либо сообщить.

II

В этой связи нам вспоминается больная С, 58 лет, виденная и через 2,5 года после наступления афазии в результате травмы л. в. левой гемисферы, сопровождавшейся правосторонним парезом и полной утратой речи. Больную обучали по артикуляторным схемам. В результате у больной сосуществуют речи: 1-я — спонтанная, совершенно диффузная, представляющая собой совершенно неадекватный, слоговой набор со сложным фразовым ритмом и интонацией, «речь» очень легкая, быстрого темпа, и 2-я, представляющая собой мучительно-тяжелую, с трудом артикулируемую «поставленную» по схемам слова, которые заменяют больной речи. Больная не читает и не пишет, а мучительно складывает или выписывает по артикуляторным схемам.

Это было много лет тому назад, но мы запомнили всю жизнь и сделали вывод, что артикуляторные схемы, которые используются как один из вспомогательных приемов исправления произношения, должны быть полностью исключены как основной метод восстановления речи, письма и чтения.

Возвращаясь к вопросу о последних этапах восстановления фонематического анализа у больных с оральной апраксией, укажем еще один прием, который помогает больному хоть и с трудом, но окончательно преодолеть имеющееся расстройство. У этих больных в первую очередь нарушено представление

о движении. Больной не может себе представить, что он поднял язык к нёбу или поставил у нижних зубов. Постепенно, в процессе спонтанного письма с проговариванием, начинает восстанавливаться связь между артикуляторным движением, звуком речи и его буквенным обозначением, однако это проговаривание поначалу должно быть звучащим. После того как больной написал под диктовку какое-либо совсем короткое слово, вроде *на*, *да* и др., предлагаем ему (непосредственно по следу) закрыть глаза, сомкнуть губы, спокойно положить во рту язык и представить себе артикуляцию этого слова, после чего рассказать, какие же движения он мысленно произвел. Если это больному не удастся, предлагаем ему также сесть и внимательно слушать. Логопед говорит, внимательно следя за тем, чтобы больной не производил движений органами артикуляции: «Представьте себе, что вы на мгновение прижали язык к верхним резцам, быстро оторвали и потом открыли роте плоско и мягко лежащим в нем языком. Какое слово получится у вас, если вы это сделаете с голосом? Послушайте еще раз внимательно и скажите не раздумывая» (логопед повторяет задание). Это удастся далеко не сразу. Иногда на это приходится тратить не одно и не пять занятий, тем более, что эти задания (как первое, так и второе) настолько утомительны для больного, что более одного задания сразу давать нельзя.

Следующим, подлежащим рассмотрению вопросом, является вопрос о борьбе с аграмматизмом в процессе восстановления письменной речи.

Как упоминалось выше, чаще всего у больных, с которыми своевременно начаты и систематически проводятся восстановительные занятия, с самого начала направленные на предотвращение аграмматизма, его обычно и нет. Однако до настоящего времени далеко не все больные сразу попадают в лечебное учреждение, в котором организована восстановительная терапия. Значительно чаще в поликлиниках приходится иметь дело с больными, не получавшими ее непосредственно по выходе из острого состояния, - следовательно, больные, которых учили говорить кто как умел, кто как хотел. В результате (о чем подро-

но

нее говорилось выше) они приходят в поликлинику если и говорящими, то аграмматично. Вот с этим-то аграмматизмом и приходится бороться логопеду.

Нам неоднократно приходилось слышать высказывания логопедов о том, что у такого больного «нет чувств языка» и что поэтому нет иного пути восстановления у него грамматически правильной речи, как через активное осознание грамматических правил. Думаем, что это не так.

В чем же здесь дело? — Сколько мы понимаем, дело в том, *что* и *как* растормаживают у больного. Если растормаживать существительные только в именительном падеже, это приведет к аграмматизму в системе склонений. Если, по аналогии, растормаживать глаголы только в неопределенном наклонении — больной не будет спрягать их в живой речи, и снова получится аграмматизм, но только другой. Следовательно, от методики первичного растормаживания в первую очередь зависит весь дальнейший ход восстановления речи. И отсутствие у больного «чувства языка» говорит только о неправильной работе с больным в инициальном периоде. Можно уверенно сказать, что ^раздел работы по договариванию предложений, где "каждое существительное надо было договаривать в разных падежах, а глаголы — в разных временах, лицах и числах, занимал в работе с таким больным ^самое незначительное место.

. Правда, здесь требуется одна оговорка. Не всегда ?и не у всех больных отсутствие аграмматизма в устной речи полностью гарантирует отсутствие его элементов в письменной речи. И это естественно. При выходе, например, из тотальной афазии у больного, который и до болезни недостаточно грамотно писал, а ему еще пришлось перейти на письмо левой рукой, Можно иногда встретить элементы аграмматизма. Сам процесс перевода звучащего слова в письмо при затруднениях в спонтанной конструкции предложения Даже в устной речи заставляет больного настолько Фиксировать свое внимание на этом переводе, с таким Трудом подбирать нужные слова, что нет-нет да и проскользнет аграмматизм. Однако как только больному предложить прочесть написанное им — чаще

всего ошибка оказывается обнаруженной и исправленной. Если этого мало и больной не видит допущенной ошибки, достаточно логопеду начать читать предложение и остановиться посреди ошибочно написанного слова (логопед читает так, чтобы больной не видел текста), как больной совершенно правильно его заканчивает. Тогда логопед передает ему тетрадь и говорит: «А как у вас написано?» Обычно больной находит ошибку и исправляет ее.

Если прибавить к этому, что у ряда больных застойность и инертность нервных процессов сочетаются с нарушениями удержания ряда, невольно напрашивается мысль, что это сочетание и является тем фоном, из которого при неблагоприятных условиях вырастает аграмматизм.

Как упомянуто выше, в поликлинику больные нередко приходят с уже аграмматичной речью. В этих случаях логопед проводит их через всю систему упражнений, рассчитанных на предотвращение аграмматизма. Только материал, который при этом используется, естественно, шире, чем при работе с больными, выходящими из острого периода заболевания, а темпы работы более быстрые, нежели при совершенно свежей афазии. Как только можно приступать к письму, оно сразу дается самостоятельное, в форме склонения или спряжения в контексте, с расширением материала в той области, которая труднее дается больному.

Списыванием с этой группой больных мы не пользуемся, поскольку оно ничего больному не дает.

Все упражнения, описанные в разделе профилактики аграмматизма, могут быть даны больному в письменной форме, как только он в состоянии их выполнить. Нам приходилось не раз видеть, как больные, у которых был стойкий, казалось, аграмматизм на письме, справлялись с ним в результате этих упражнений, проводимых как в устной, так и письменной форме на протяжении ряда месяцев систематических занятий. Это лишний раз подтверждает наше убеждение в том, что аграмматизм и пресловутое «отсутствие чувства языка» являются лишь результатом неправильной методики работы.

Вряд ли не самым сложным разделом восстановления письменной речи является письменное изложение того, что больной уже говорит, о чем хочет написать ^йсьме, т. е. изложение своих мыслей и своих переживаний.

Как подойти к этой работе, являющейся по существу завершающим моментом всего проделанного восстановительного пути?

Ф Встав на точку зрения необходимости растормаживания старых автоматизмов, мы стремимся последовательно проводить ее и в этом разделе работы, восстанавливая старые речевые ассоциации. Вот почему мы почти не пользуемся картинками, как изображающими предметы, так и изображающими одно или несколько действий. Картинки (сюжетные) используются нами только на последних этапах восстановления. **Що** мы даем больному много упражнений, проводимых **Щак** устно, так и письменно; последнее — с того момента, как больной начал справляться с ними устно. Естественно, что результат приводимых ниже упражнений далеко не ограничивается одним улучшением письменного изложения своих мыслей, пережитый, всего виденного и слышанного больным. Многие из них помогают и предотвращению аграмматизма р.: просто повышению правильности письма. Однако основной задачей, которую ставит перед собой логопед, давая больному эти упражнения, является именно улучшение письменной формы речи. С этой оговоркой приступаем к изложению упражнений.

Ш В разделе профилактики аграмматизма мы уже приводили упражнения, рассчитанные на восстановление ассоциаций, в которых больной (еще плохо пишущий) находит среди слов, написанных в две, три и более строки, слова, соотносящиеся по смыслу, и ставит над ними соответствующую цифру. Таким образом он постепенно восстанавливает правильные смысловые связи между словами и как бы формирует первые, постепенно усложняющиеся, предложения. В разделе письменных упражнений задача, поставленная перед больным, меняется: он должен не только дать правильно соотносящиеся по смыслу слова, но и написать получающиеся предложения или

- 3) Я не буду
Надо бы
Не хочу я
Хорошо бы
- 4) Видят
 Попрошу
Принять
Отказаться
- 5) Почему ты
Как бы вас
Где бы нам
От него
- 6) Можно
Нельзя
Зря
Звонко
- 7) Близкий
Родной ..
Свирепый
Дикий
- 8) Рассказать по
Рассказать при
Рассказать под
Рассказать про
Рассказать с
Рассказать о
Рассказать за
Рассказать перед
- 9) Плохо отдыхать Трудно понять иностранцев,
когда
Ждать трудно, но хуже, если Люблю бывать
у друзей, но еще больше люблю Нельзя отве-
чать за
- 10) На Кавказе многие дороги ведут по краю
Стоит только зазевавшемуся неосторожно
повернуть , и машина в пропасть. Нужен
большой вождения , чтобы избежать этой
Вот почему не рекомендуется шоферам
машины по Кавказа.

Выполняя все эти типы упражнений, больные вписывают пропущенные слова в процессе списывания всей фразы. Таким образом, исключается возможность Пассивного списывания: больной должен все время работы активно следить за содержанием, иначе ему Невозможно будет заполнить все пропуски.

^Естественно, что мы приводим в данном изложении только *типы* упражнений. Логопед же не может ограничиться при занятиях с больным одним упражнением Каждого типа. Он должен сам составить другие разнообразные упражнения того же типа и тем большее Количество, чем труднее данный тип упражнения дается больному.

Как справедливо отмечали Э. С. Бейн, Л. С. Цветкова и М. К. Шохор-Троцкая (1965), больному значительно легче закончить начатое предложение, нежели дать начало к готовому концу предложения, вписать в разорванное предложение его середину. Однако и в преодолении этих трудностей должна быть обычная последовательность от легкого к трудному.

Когда у больного прочно восстановился навык заканчивания начатого логопедом или написанного им предложения — возвращаемся к пословицам и поговоркам и даем такого типа упражнение:

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1. Мал золотник — | 4. ..., то и пожнешь. |
| 2. Сытый голодного | 5....—дальше будешь. |
| 3. Не красна изба | 6. ..., так и отклик- |
| углами, | нется. |

Объединив в одно упражнение и заканчивать фразы (пословицы) и нахождение начала по заданному концу, мы берем во вторую часть упражнения наиболее ходовые, а потому и легкие пословицы, в начальную же часть более сложные. После того как первое упражнение проделано успешно (а с легкими, общеупотребительными пословицами чаще всего трудностей больших и не бывает), можно уже дать больному задание, в котором надо находить только начало пословицы. При переходе к упражнениям, где в задачу больного входит найти начало предложения, не относящегося к пословицам, т. е. не автоматизированного в прошлом в строго определенной словесной формуле, мы все же пытаемся в первый раз дать такие концы предложений, которые «просили» бы какого-то определенного начала, например: «.. уху в котелке над костром» или: «. я снял трубку и сердито сказал: алло?». Постепенно задания усложняются тем, что подбираются концы фраз, дающие все большие и большие возможности разнообразить их начала, например: «. когда светит солнце» или: «.. опустился вечер» и т. д.

Вписывание пропущенной середины фраз также начинаем с пословиц и поговорок. Дальше таким Ж^с образом, как и при вписывании начала фраз, посте-

ленно расширяем смысловые и словарные границы при заполнении пропуска.

Считаем очень полезными упражнения, рассчитанные на вписывание окончаний, начал или середины фраз, более ограниченных самим заданием, например:

Впишите пропущенные слова, отвечающие на вопрос «как?»: Он не хочет жить Нахалов надо всегда обрывать . Вы распорядились Надо .. улыбнуться, чтобы никто не обратил внимания. Чем .. авучал голос певца, тем становилось в зале. Чем .. враг, тем борьба с ним. Чем сияла луна, тем становилось в саду. смотри, чтобы тебя не обманули. требуй того, что тебе положено, ждешь, — никто не придет сегодня.

Другой тип упражнений, требующий от большого разнообразия слов, обозначающих действие:

Буквально, на глазах, на углу большой, новый дом. .. мечтать, .. у окна. По небу легкие облака. Сегодня на Неве ледоход. , как под окном давно уже машина, пассажира? , как в саду чайные розы! Не меня, я не Я пальто и плечи.

Или упражнения, специально рассчитанные на расширение словаря, обозначающего предметы:

Ночной город не спит. Ласково светит издали зеленый (глазок) такси, на .. (стоянках) нервно мигает вызов (диспетчера). Тут же, тесно прижавшись друг к другу, стоит (пара), которая торопится домой. (ночь) темна. Уличные (фонари) потушены. С .. (грохотом), притушив (фары), проходят (грузовики). Внезапно в затихших (улицах) слышится громкий, молодой (смех), также внезапно и обрывающийся. Всем пора на (покой).

После всех этих и аналогичных им упражнений даем больным то, что они называют «рваным рассказом». Например: когда в передней раздался звонок. Я подошла , но никто не отвечал. Я постояла, и опять раздался звонок. Я снова спросила, в ответ прошелестел чуть слышный голос: «. ..». Я решительно открыла дверь передо мной стоял Быстрым движением я , и долго еще колотилось

у меня сердце при воспоминании о непрошеном госте.

Параллельно с приведенными выше упражнениями дается другая группа упражнений, рассчитанных на восстановление навыка конструкции предложения. Если при моторной афазии чаще всего предложения, которые строит больной, коротки и достаточно элементарны, то при сенсорной, наоборот, у больных наблюдается тенденция к длинным, многословным предложениям, которые они легко начинают, но с большим трудом заканчивают. В результате и тем, и другим чрезвычайно полезны упражнения, в которых больной связан по содержанию заданным словом и заданным же количеством слов в предложении. Первоначальный навык составления этих предложений у них уже восстановлен в упражнениях на заканчивание предложения.

Как подготовительные даем упражнения такого типа:

Написать все слова, которые вспомните:

Что делает?	Что ею (им), с ней (с ним) делают?
Вода	и т. д.
Огонь	и т. д.

Далее больному дается задание составить по два предложения на два заданных слова. Как правило, начинаем с существительных, обозначающих тот или иной предмет, с которым больной постоянно сталкивался в своей повседневной деятельности или в быту. После нескольких упражнений с заданным существительным переходим к составлению предложений с заданным глаголом. Затем переходим к предложениям на 3 заданных слова. В качестве заданного слова предлагаем прилагательное или причастие.

Постепенно в качестве заданных слов даем все возможные части речи, увеличивая как число заданных слов, так и количество предложений, составлен-

ие

ных на одно слово. При этом следует учесть, что больше всего затрудняет больных составление большого количества предложений на одно заданное слово: больному легче составить по 4 предложения на 5 заданных слов, нежели по десять на два слова.

Нельзя также забывать, что заданные слова постепенно усложняются и по содержанию. Если вначале логопед задает больному слова с конкретным содержанием — постепенно он начинает давать слова, выражающие все более и более отвлеченные понятия. Такие существительные, как «судьба, желание, страх, дружба» и др., равно как глаголы типа «мечтать, понимать, стремиться» и др., должны обязательно найти свое место в этих упражнениях на более поздних этапах.

После такой подготовки для больного чаще всего уже не составляет большого труда написать по плану изложение короткого рассказа или сделать дневниковую запись, написать письмо.

Логопеду надо помнить, что кончать на этом восстановительную работу нельзя.

Глава VIII

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧИ

Как решить, где он начинается, заключительный период восстановления речи? И существует ли он вообще? И можно, и нужно ли выделять его из общего процесса восстановительной работы? Может быть, это только в мечтах логопеда родился этот «заключительный период», логопеда, идущего через жизнь с мечтой — доказать, что афазия обратима и что больные, страдающие афазией, могут быть выведены из нее и опять приобщены к полноценной, трудовой деятельности?

Мы долго думали над этим вопросом, долго изучали его в своей работе, и, — что основное, — в

работе своих учеников, раньше чем позволить себе ответить на него.

Да, он существует, заключительный период восстановления речи. Для больного он существует как стимул к последнему усилию после длительной и тяжелой работы, усилию, часто превосходящему в своей интенсивности все усилия предшествующих этапов. Но если перед этим последним напряжением не суметь внушить больному, что оно последнее, — его часто будет невозможно поднять на него.

Для логопеда он существует как период напряженнейшей творческой работы в поисках тех упражнений, которые помогут больному преодолеть остатки афазии и вернуться на тот уровень человеческого мышления, на котором застало его острое нарушение мозгового кровообращения со всеми его последствиями.

. Мы вовсе не хотим сказать, что больной выйдет из афазии точно таким, каким он был до болезни.

Вопрос так и не стоит. Вопрос идет о том, что те нарушения речи и мышления, которые неминуемо имеют место при афазии, преодолимы в результате восстановительных занятий и не должны помешать больному вернуться к своему труду.

Итак, когда же начинается заключительный период восстановления речи? — Это бывает тогда, когда больной почувствовал себя говорящим в быту и начинает колебаться, нельзя ли прекратить восстановительные занятия. Конечно, в какой-то мере это выделение условно и схематично, так как уже до этого выполнялся ряд упражнений, аналогичных тем, которые даются в заключительном периоде.

В первую очередь к этим упражнениям относятся самые разнообразные упражнения на восстановление ассоциаций. Приведем примеры серийных упражнений, широко практикуемых нами в практической работе. Эти упражнения также должны быть различной сложности в зависимости от уровня восстановления речи больного и, как обязательные, входят в комплекс упражнений заключительного периода.

I серия. § 1. У меня в комнате, слева от окна, стоит старинный двухстворчатый , сделанный из орехового На .., стоят лампы и другие вещи.

Сверху шкаф украшен . . . Под ней двухстворчатые . . . , которые можно распахнуть настез. Тогда видны становятся . . . на которых лежат мои . . . В дверки шкафа врезан . . . , а под замочной . . . висит бронзовое . . . , берясь за которое, я всегда открываю . . . , шкафа. Нижнюю часть . . . составляют три выдвигающиеся . . . , в которых я держу . . . Если сидеть в крестле, против . . . , видно, что . . . шкафом лежит чемодан, а . . . шкаф перекинут провод радио-.

§ 2. Люблю старинные . . . ! От этих . . . , украшенных резьбой, веет уютом детства. Я привык к таким . . . , и как-то не хочется заменять их новыми, гладкими, обтекаемой формы . . . Посмотрите на эти их еще много в ленинградских квартирах. Разве нет в этих . . . какой-то своей, особой прелести? — Мне могут сказать, что даже в моем разговоре о . . . слишком Много лирики. Но разве не было лирики тогда, когда, детьми, мы прятались за этими . . . , когда нам, детям, так хотелось узнать, что прячется за закрытыми створками . . . , в их темной глубине?

§ 3. Шкафы бывают разные: . . . , в которых висит верхняя одежда; . . . , в которых хранится белье; . . . «сейфы», в которых хранится ценная и . . . документация. Шкафы бывают . . . , — в них много полок, на которых стоят книги. Наконец, бывают . . . шкафы, в которых хранится посуда и вся кухонная утварь. Я уже не говорю о шкафах . . . , в которых хранятся хирургические инструменты. Но каково бы ни было назначение шкафов, у них всегда есть одна или две распахивающиеся . . . и часто бывают выдвижные . . . Чаще всего шкафы запираются на . . .

§ 4. Шкафы изготавливаются из разных материалов. Чаще всего они бывают . . . У книжных шкафов часто бывают . . . дверцы, чтобы, даже не открывая шкафа, видеть, какие в нем стоят В дверку платяного Шкафа нередко врезают . . . , чтобы, одевшись, человек мог осмотреть себя. Такой шкаф называется . . . У . . . ржафа дверцы обычно сплошные, деревянные: кому Интересно смотреть сквозь . . . на кухонную посуду? **Щз** . . . делают несгораемые шкафы или «...». А вот Хирургические шкафы делают из . . . и . . . (каркас Шкафа), чтобы видеть, где какой . . . , лежит-

II серия. § 1. *Выписать из текста все слова, показывающие кто или что бежит.*

Гарун бежал быстрее лани,
Быстрее, чем заяц от орла.
Бежал он, в страхе, с поля брани,
Где кровь черкесская текла.

Лермонтов

Жизнь бежит то круто, то отлого,
Вьется в даль неровною дорогой.

А. Толстой

Отдохну-ка сяду у лесной опушки!
Вон, вдали, соломой крытые избышки,
И бегут за ними тучи вперегонку
Из родного края в дальнюю сторонку.

Плещеев

Ветер по морю гуляет
И кораблик подгоняет.
Он бежит себе в волнах
На раздутых парусах.

Пушкин

Недолго продолжался бой:
Бежали робкие грузины.

Лермонтов

Там хрустальный дворец окружают сады,
Там жар-птицы поют по ночам,
Там бежит ключ живой и ключ мертвой воды, —
И не веришь, и веришь очам.

Полонский

Добрая слава лежит, а дурная далеко бежит. Бегут по щекам горькие слезы. Бегут дни за днями, годы за годами. День и ночь бегут, не останавливаясь, часовые стрелки.

§ 2. *Выписать все слова, производные от слова «бежать».*

Прибежали в избу дети,
Второпях зовут отца.

Пушкин

...На мокрый песок набегает волна
И пену им под ноги стелет.

А. Толстой

Убегает след в бесконечную даль. К раненому подбежал санитар. Малыш разбежался и, не сумев остановиться, упал. Не всегда возможно избежать неприятной встречи. Я на минуточку забежала к вам. По приезде из отпуска надо было обежать всех друзей. Подрывник должен успеть отбежать до взрыва. Убегать бы отсюда куда глаза глядят!

Составить по 2 фразы на каждое слово, выписанное из § 1 и § 2.

§ 3. Состязание в оказалось чуть ли ни самым увлекательным. Азартные люди увлекаются игрой на

Короткими. продвигались наши бойцы. Страшным бедствием для древней Руси были татарские Я выехал в поле на . . . Приведенный на КП дал важные показания. Мой брат один из лучших сборной команды. За выступом скалы, прячась от погони, притаился Мой дом — мое Несмотря на все трудности и опасности, группа наших военнопленных организовала . из фашистского лагеря смерти.

III серия. § 1. Передо мной лежит белый бумаги. После ночной бури на деревьях не осталось ни одного зеленого Надо бережно относиться к каждому печатному ., каждому печатному слову. В духовку зябыли поставить для печенья. Для починки крыши надо было запастись кровельного железа.

Раньше перед печами к полу прибывались медные Осенью с деревьев облетают В новой книге двенадцать авторских Сколько опавших лежит на аллее! По белым бумаги быстро скользит перо. Певцы любят во время концерта держать в руках, свернутые-в трубочку, нотной бумаги. Я смотрела, не отрываясь, на кружащиеся в воздухе яркие кленовые В коммунальных квартирах хорошо заколачивать двери звуконепроницаемого картона. Лучшие ягоды земляники всегда прячутся под ... Испортив чертеж, я вспомнила о ватманской бумаги, отданных утром товарищу. На ., ., капусты появились

червоточины. Понравившиеся стихи я записываю на блокнота.

§ 2. Не грусти, что с дерева валяются, —
Будущей весной вновь они родятся.

Суриков

Свершилось! Темные свернулись
На легком пепле их заветные черты
Белеют...

А. Пушкин

Дубовый оторвался от ветки родимой.

М. Лермонтов

Осень. Осыпается весь наш бедный сад.
пожелтелые по ветру летят.

А. Толстой

И кто-то, во мраке дерев незримый,
Зашуршал опавшей
И крикнул: «Что сделал с тобой любимый,
Что сделал любимый твой?».

А. Ахматова

Ходит бабка лесом-гаем
И в платочек собирает:
... клена вырезные —
Хлебы печь на них ржаные,
... дубовый важен в деле,
Чтоб огурчики хрустели.

Максим Танк

... Даже руки твои
Облетели
С плеч моих,
Словно с берез.

О. Дмитриев

На последнем сем
Я пишу четыре строчки
И в знак памяти святой
Ставлю точку с запятой.

§ 3. В центральной полосе России не хвойные,
а леса. Люблю трогать пальцами мягкие и длин-
ные иглы ... Нынче осенью поздно начался золо-

?ой Наши самолеты разбрасывали призывавшие врага сложить оружие. На вырванном из блокнота записал я ваш адрес. Я машинально **Бшгу**, но не читал ее, моей книги невелик. **Во** двор привезли железо.

IV серия (*лететь*). § 1. Мне снилось, что я » пропасть. Ты за океан. В далекий край товарищ Возбужденная, вся красная, она в комнату и остановилась. Пока было открыто окно в комнату, дтичка. На заре мы в командировку. Со сжатыми кулаками и сверкающими глазами мальчишка к обидчику. Воробей от меня на несколько шагов и звонко чирикнул. Мужчина что-то сказал, усмехнувшись, и девушка от него, как ошпаренная. Вы, как коршун, на докладчика. Они оступились и оба 3 проем лестничной клетки. Так опаздывая можно и с работы ... !

§ 2. Соловьем юность пролетела. Сегодня £ утра установилась ... погода. Вчера окончился состава армии ПВО. На поле царила тишина. К перрону подали санитарную Созревшие шишки Двойных деревьев раскрываются, выбрасывая на землю свои. Каждое утро начальник госпиталя собирает , заслушивая рапорт сменяющегося с дежурства персонала. Весной и осенью можно наблюдать .. птиц. Мы благополучно закончили через Океан. Вражеская авиация совершила массированный на наш город. Раньше, чем совершить , — ... **Опробуют**», «проверяют» квартиры. Великолепен **бывает** мысли у настоящих ученых. Ветер, с **запада**, нагнал дождевые тучи. Космонавт, в своей ракете земной шар, долго тренируется перед Слово дае воробей, — не поймаешь. В комнату .. воробей, — в сущности, еще не взрослый воробей, а lfta 20.00 назначен Не люблю лодырей, рвачей и Грустно шумит за окном сад. Приветственно покачал крыльями самолет и взял курс на запад. Мой сын прослужил всю войну истребителем. Помню, когда впервые стало известно о выпуске тяжелых бомбовозов «. . крепость», казавшихся в те времена неуязвимыми. Сегодня я впервые в жизни слушала Оперу Вагнера «... голландец».

Нам кажется, что приведенных примеров упражнений достаточно для того, чтобы можно было себе представить все огромное их разнообразие, несмотря на единство цели. От творческой инициативы логопеда зависит разнообразить их еще больше. Чем разнообразнее форма упражнений, тем с большим интересом выполняет их больной. Упражнения однообразные очень скоро надоедают, и больной нередко допускает небрежность в их выполнении или просто перестает выполнять задания.

Другой группой упражнений, рассчитанных также на восстановление ассоциаций, являются упражнения, с успехом используемые в работе С.Н. Гридиной. Приводим пример такого упражнения.

За основу берется существительное, обозначающее конкретный предмет, например: «глаза». Первоначально работа проводится устно с последующей записью в тетради больного. Логопед спрашивает: «какими могут быть глаза?» и, если больной затрудняется сразу дать спонтанный ответ, помогает ему: «Синие, голубые, серые, карие, черные» и т. д. Чаще всего подсказывать приходится только первое слово, дальше самостоятельно или с наводящими вопросами больной сам вспоминает нужные слова. Так же идет растормаживание слов, определяющих различие глаз по размеру, форме, выражению и др. признакам. Когда все слова, определяющие, какими могут быть глаза в прямом и переносном смысле, записаны в тетрадь, логопед предлагает больному расклассифицировать их по обобщающим признакам (цвет, форма и т. д.). Далее как самостоятельная работа на дом задается составление предложений, включающих слова, определяющие глаза по одному, двум или трем признакам. Когда становится очевидным, что больной довольно свободно строит такие предложения, ему предлагается подумать (сперва устно на занятии; когда больной начинает справляться с заданием, — то и в форме самостоятельной домашней работы), к какому еще предмету может быть отнесена та или другая часть признаков, определяющих глаза, например, по цвету, по выражению. Растормаживаются новые ассоциации, временно утраченные в силу болезни, цепи семантических связей

между словами. Работа ведется по той же методике, как при растормаживании первичных связей со словом «глаза». Мы очень рекомендуем всем, кто хочет по-настоящему восстановить речь больного, перенесшего афазию, широко пользоваться этими упражнениями, дающими, на наш взгляд, большие результаты.

Далее идут упражнения такого же типа, как только что описанные. В процессе выполнения предыдущей группы упражнений у больного восстанавливаются такие связи, как, например, что голубыми бывают глаза, голубым бывает небо, голубым бывает море. Бывает, но не так часто, что в результате этих упражнений у больного в речи спонтанно появляются сравнения, например: «Голубые, как небо, глаза; глаза зеленые, как морская волна» и т. д. Но чаще всего и над этим приходится работать. Методика работы та же: вначале — вписывание пропущенных слов, пропускаемых в постепенно возрастающей трудности, например: «Глаза голубые, как .», далее: «Глаза, как морская волна», «Глаза, сияющие, как .» и т. д. Если сначала эти упражнения не сразу удаются больному, то потом он нередко увлекается ими, и можно ему даже предложить самому составлять предложения, включающие сравнения сперва на заданную тему, в дальнейшем — сравнения по цвету, по выражению и не только глаз, но и лица, и человека, и по другим признакам животных, и различных предметов.

Эти упражнения занимают большое место в заключительном периоде восстановительной работы, делая речь более разнообразной, красочной, гибкой, богатой. Они непосредственно готовят и логопеда и больного к работе над синонимами и омонимами, значительно расширяя смысловые связи и понимание переносного смысла.

В настоящем изложении ограничимся лишь приведением отдельных упражнений, используемых нами в практической работе.

1. Составить по две фразы на каждое из написанных ниже слов, а также на каждое из слов, которые получатся при делении каждого из этих слов на два самостоятельных слова: забой, навоз, прогул, заход, заботы, разбег, напасть.

2. Составить по три фразы на следующие слова и выражения: растерявшиеся, раз терявшиеся; от личного, отличного; загадкой; за гадкой; придорожной, при дорожной; пробой, про бой.

Этот раздел работы методически тщательно разработан И. Я. Султаненко (Объедин. б-ца Калининского р-на) и С. Н. Гридиной (п-ка № 39 Дзержинского р-на).

3. Найти 2 слова, каждое из которых можно вписать, в разном значении, в 3 из написанных ниже предложения.

С нами теплый ветер...
Берегом реки,
... в темный омут
Наши девичьи венки.

Я. Шведов

Я стал замечать, что деньги у сына с необычайной быстротой.

Молодое вино в больших чанах.

Прислушиваюсь: шаги! Кто-то, действительно, вокруг нашего дома.

В полусне мысли куда-то и человек не знает, спит он или не спит.

4. Составить по несколько предложений на каждое из слов: «бор, вал, заключение, лицо, подбросить» так, чтобы в каждом предложении они имели другое значение.

5. Подобрать и написать слова и выражения, имеющие то же значение, что приведенные ниже: дремать, сполна, наказание, наружность, загордиться, хоть глаз выколи, сломя голову, один на один, кое-как.

6. Подобрать и записать слова, противоположные по значению:

Исчезнуть —	Бледный — ...
Потеряться —.	Острый — ...
Скупиться —	Простой —.
Ответить — ...	Звонкий —
Выбросить —	Любой —.

7. Подобрать и записать выражения, противоположные по значению: куры не клюют; упасть в его

глазах; играть первую скрипку; развязать ему руки; выбросить из головы.

8. Подобрать и написать выражения, противоположные написанным по содержанию:

Прямой путь — ...	Небрежно относиться —
Прямой взгляд —	Небрежно одетый —
Прямой вопрос —	Простой ответ —
Крутой подъем —	Простое отношение —
Крутой нрав —	Отходчивый характер —
Злобствующий человек —	Добротельный человек
Упорный труд —	Пристальный взгляд —

9. Составить по несколько фраз на каждое слово так, чтобы в каждой фразе заданное слово имело другой смысл: гореть, пристегнуть, светиться, вычеркнуть, восстанавливать, поддать жару, убрать, конец, тьма, вечер.

Можно было бы значительно увеличить число упражнений, однако, нам кажется, что и приведенных достаточно для того, чтобы, с одной стороны, восстанавливающий научился их строить, с другой, — чтобы стало ясно, насколько они трудоемки как для больного, так и для логопеда.

Не менее важными мы считаем упражнения, рассчитанные на восстановление в речи выражения причинно-следственных отношений. И здесь больному надо дать возможность поначалу восстановить их Э привычных жизненных выражениях, а затем уже работать над углублением и уточнением различных средств их выражения.

Приводим ряд упражнений:

§ 1. Я мало сплю, потому что

Не хочу ехать на дачу, потому что

Вечером мне трудно заниматься, потому что

Чайник выкипел, потому что

Надо надеть плащ, потому что

Суп остыл, потому что

Надо вымыть руки, потому что

§ 2. потому, что ночью выпал снег.

,,, потому, что работаю без выходных.

потому, что она огорчится,
потому, что уже поздно,
потому, что не достал билета,
потому, что устал,
потому, что сержусь на тебя.

§ 3. Я знал, что будет гроза, потому что
Не надо громко говорить, потому что
Надо тушить пожар в самом начале, потому
что
Я озяб, потому что
Надо уметь владеть собой, потому что

§ 4. потому что знал, что будет гроза.
потому что не надо так громко говорить,
потому что надо тушить пожар в самом
начале.
потому что я озяб.
потому что надо уметь владеть собой.

§ 5. Я тороплюсь, потому что В автобусе душно,
потому что В магазине очередь, потому что
Я жду письма, потому что В городе пыльно,
потому что

Я тороплюсь, поэтому В автобусе душно,
этому В магазине очередь, поэтому Я жду
письма, поэтому В городе пыльно, поэтому

§ 6. Если я тороплюсь, то Если в автобусе душно,
то Если в магазине очередь, то Если я
жду письма, то Если в городе пыльно, то

§ 7. Даже если я тороплюсь, то , потому, что .
В автобусе душно, поэтому даже если .. Да-
же если я жду письма, это , потому что В ма-
газине очередь, тем не менее , даже если Даже
если в городе пыльно, надо .., хотя

§ 8. Составить и написать 5 предложений, содержащих выражение «потому что», и 5, содержащих выражение «поэтому».

§ 9. Зима. Сегодня с утра Ветра не было, поэтому он в воздухе и на землю ковром. Местами он потому что там теплоцентраль. В этих местах ... только бурая грязь. Было по-

этому прохожие , боясь Осторожно шел й ... , потому что в такие дни не сразу Несмотря на это, именно в такую погоду бывают с пешеходами и много на транспорте, поскольку не всегда ., , и как сработают , и как пройдет перед ... , тот или другой Вот почему так часто ... : «Товарищи, соблюдайте .».

§ 10. Вписать в пропуски выражения «поэтому» или «потому что», — в зависимости от смысла:

Я возьму зонтик, идет дождь.

Сегодня холодно, надо тепло одеться.

Вы опаздываете, я нервничаю

Не надо смеяться, мне не смешно.

Я закрыла окно, на улице холодно.

Надо раньше выходить из дома, так и на работу опоздать можно.

Я готовлюсь к докладу, прошу не мешать мне.

Скоро будет темно, солнце рано садится.

Я плохо подготовилась к докладу, слушатели зевали.

На лестнице не горит свет, надо взять с собой карманный фонарик.

Только после того как больной проделал всю серию постепенно усложняющихся упражнений (причем не по одному упражнению какдого типа, как приведено выше, а по ряду упражнений, обеспечивающему ему легкость их выполнения), можно и нужно переходить к тому, чтобы больной по требованию логопеда научился выделять в предложении причину и следствие. Это задание не всегда легко дается больному, однако при соответствующей работе мы не встречали случая, чтобы больной не смог преодолеть первоначальной трудности этого выделения.

Эти занятия проводятся устно, главным образом на вопросе «почему?». Перед больным раскладывается ряд карточек с написанными на них предложениями, включающими выражения «потому что» и «поэтому», например: «Я надел плащ потому, что идет дождь», «Идет дождь, поэтому я надел плащ» и т. д. Логопед, в зависимости от культурного уровня одной группы больных, просто предлагает найти причину и следствие в каждой паре предложений, показывая, что,

в зависимости от того, дается ли причина в начале или в конце предложения, причина и следствие соединяются словами «потому что» или «поэтому». Менее культурным больным приходится (включая как дополнительный раздражитель подчеркивание слов, выражающих причину, — одним цветом, следствие же другим) наглядно показать, что слова остаются теми же, но что, в зависимости от их расположения в предложении, они объединяются то одним, то другим словом. Только после такого наглядного показа логопед переходит к постановке вопроса «почему?», т. е. к выделению причины.

После того как больной без труда приучается выделять причину и следствие в парных предложениях, переходим по той же методике к их выделению в предложениях, не имеющих пар.

Когда больной освоился и с этим заданием, предлагаем ему составить ряд предложений, в которых причина стояла бы на первом или на последнем месте в предложении. Наконец, заключающим упражнением является устное упражнение, проводимое в возможно быстром темпе (это упражнение, как, впрочем, и три предыдущие, с успехом проводятся на коллективных занятиях): логопед говорит: «Причина; дует холодный ветер, — следствие .», и больной должен его назвать. Или, наоборот, логопед называет следствие, а больному надлежит назвать причину.

Больные любят эти занятия, они проходят очень оживленно, однако проведение их целесообразно только после проведения всей подготовительной работы, описанной выше. Один из наших больных очень образно определил их как «тренировочное занятие для мысли».

Приводим различные типы других упражнений, Предлагаемых нами больному на заключительном этапе восстановительной работы.

После всей приведенной выше работы над выражением в речи причинно-следственных отношений даем больному ряд упражнений, в которых эти же отношения, если можно так выразиться, имеются в скрытой форме, т. е. уже привычные для больного обороты речи «поэтому», «потому что» не включены в контекст.

Это как бы завершение всей работы. Приводим пример такого упражнения.

В далеком детстве , за то теперь. Когда читаешь современную беллетристику и следишь за новейшей литературой Хороший отец никогда но за то он

Немалым разделом работы заключительного периода является работа над пониманием переносного смысла и подтекста, начинающаяся, как видно из приведенных выше упражнений, на довольно ранних этапах восстановления речи, однако идущая поначалу только на уровне растормаживания старых автоматизмов (дроговаривание пословиц, тексты поющих песен, многозначность слов в серийных упражнениях и др.). На этом этапе работа ведется иначе, хотя и здесь упражнения берутся разной степени трудности. Приводим пример.

Пишем в тетради большого столбиком, с левого края страницы следующие слова:

Спелая пшеница —
Васильки —
Береза —
Солнце —

Как видно из написанного, каждая строка является словесным обозначением зрительного образа. Предлагаем больному сперва устно, а затем и письменно выразить, какими словами можно описать каждый из обозначаемых предметов. Например: спелая пшеница — золотистая или золотая, колосистая; васильки — синие, яркие, красивые, скромные; береза — белая, гибкая, тонкая, стройная, нежная; солнце — яркое, горячее, лучистое, светящееся.

Следующий этап — выяснение, что можно сравнить со спелой пшеницей, васильками, березой и солнцем. На ранних этапах сравнение проводится для каждого слова отдельно, например: спелую пшеницу (поле пшеницы) можно сравнить с морем, освещенным солнцем, когда по нему идут волны; цвет спелой пшеницы можно сравнить с цветом волос; васильки можно сравнить с драгоценными камнями (яхонтом), вделанными в золотую оправу пшеницы; с глазами; с цветом

материала (васильковым) и т. д. На более поздних этапах можно ставить вопрос более обобщенно: о ком или о чем можно говорить, сравнивая с цветом спелой пшеницы, васильками, березой и солнцем. Больной в своей тетради пишет примерно такой ответ: волосы — цвета зрелой пшеницы; глаза — как васильки; стройная и светлая, как береза; светящаяся — как солнце. Тогда логопед предлагает написать короткий рассказ, в который вошли бы все эти сравнения, и сам начинает: «Я приехал в дом отдыха. Никого не зная, я грустно сидел на веранде, слушая радио, как вдруг отворилась дверь, и . . .» — все остальное должен дополнить больной.

Можно составить и совершенно другой рассказ с теми же словами, используя сравнение цвета моря в солнечный, маловетренный день с цветом васильков, поля спелой пшеницы — с морем, по которому бежит зыбь, березы — с легкой парусной яхтой, сверкающей, как солнце, на бескрайней поверхности моря.

Значительно более трудным заданием, к которому не следует прибегать до проведения только что описанных упражнений, является, например, такое. Опишите портрет женщины, внешние признаки которой можно сравнить, используя слова: куколка, тростинка, лиана, вороново крыло, змеи, дуга, вишни, звезды, персик, миндаль, флейта, колокольчик.

Для работы над пониманием переносного смысла широко используем художественную литературу, особенно стихи. После многократной устной переработки различных выражений в переносном смысле даем больному такие самостоятельные задания — напишите своими словами, что хотел сказать автор строками:

...я спросила: чего ты хочешь?
Он сказал: быть с тобою в аду.

А. Ахматова

или:

Влетел он в полямя заката
и замелькал, и зачернел,
и не слышал,
как в два раската
гром над поляной прогремел.

В. Тушнова

В стороне далекой и суровой,
Где тепла — и то природе жалко,
Одинокой капелькой лиловой
Расцветала первая фиалка.
Вкруг нее сверкающим монистом
Ручеек серебряный обвился...

А. Аквилев

Иногда берется целое стихотворение, но в этих случаях, особенно поначалу, логопед ставит к нему ряд вопросов, помогающих больному (если это его затрудняет) разобраться в переносном смысле, например:

Маяк
Море мое пустынно,
на море тишь да гладь...
Может быть, это стыдно
так безнадежно ждать?
Напрасный огонь лучится,
виден издалика...
Я не могу отлучиться
с забытого маяка.
Я не могу отлучиться
ни на единый час:
вдруг что-нибудь случится
с тобой...
А огонь погас!

В. Тушнова

Если стихотворение В. Тушновой «Маяк» хорошо использовать на заключительном этапе восстановления речи у женщин, — оно совершенно не годится для работы с мужчиной. В этих случаях лучше использовать такие стихи, как «Сусальный ангел» А. Блока или какое-нибудь другое стихотворение, в котором переносный смысл затрагивает какие-то более отвлеченные, общие проблемы. Сказанное относится к логопедам-женщинам, поскольку их большинство. Логопед-мужчина, наоборот, может касаться в работе с мужчинами более интимных сторон их жизни и переживаний и не должен касаться их в работе с женщинами.

Попутно несколько слов относительно отношений между больным и логопедом. Логопед, восстанавливающий речь у больного, силою обстоятельств является обычно тем первым человеком, с которым после болезни возобновляется речевой контакт больного,

в котором, как в фокусе, концентрируются все его надежды на будущее. С логопедом делится он своими огорчениями и опасениями, нередко приоткрывая такие стороны жизни, которых никогда бы не приоткрыл, будучи здоровым. Если логопед и больной либо оба мужчины, либо женщины, — это не страшно: в результате такого длительного и постоянного общения нередко устанавливается хорошая, человеческая дружба. Сложнее получается, если один из них мужчина, другой — женщина. В этих случаях логопед обязан помнить о разнице в поле и не позволять себе никаких ни слов, ни улыбок, ни жестов, могущих быть неправильно истолкованными больным. Надо быть также осторожным в выборе той литературы и тех текстов, которые даются больному. Нам приходилось неоднократно видеть, как совершенно бессознательно логопед допускал такую нотку в беседе с больным, такие жесты и улыбки (это равно относится как к мужчинам-логопедам, так и женщинам), которые позволяли больному неправильно их толковать и приводили к очень грустным результатам: больной увлекался своим логопедом и бросал занятия, как только убеждался в том, что это увлечение не взаимно. В других случаях больной понимал это тогда, когда каким-то неудачным оборотом речи логопед травмировал его увлечение. Если это была больная женщина, — она горько плакала, жалуясь на нечувствительность логопеда; если это был мужчина, — он становился на занятиях груб и несдержан. В общем всегда это кончалось плохо для больного. Поэтому нам представляется, что логопед должен всегда помнить, с кем он имеет дело, и так подбирать материалы для занятий, чтобы они не могли быть неправильно истолкованы больным.

Есть еще одна деталь, на которую логопеду приходится обращать сугубое внимание в завершающем периоде восстановительных занятий. Мы уже упоминали выше, чем местоимения чрезвычайно трудны для многих больных, страдающих афазией. Эта трудность ярко выявляется тогда, когда по ходу работы дело доходит до пересказа.

Чаще всего, делая устный или письменный пересказ, больной пересказывает так, как написано в тек-

сте: если в тексте даны имена собственные — ими он и пользуется; если рассказ идет от лица автора — больной так и пересказывает: «Я пошел, я увидел» — и т. д. Судя по нашим наблюдениям, дело заключается в трудностях использования местоимений.

Вот почему, вводя местоимения очень рано в речь больного, мы неоднократно пытаемся, уже на довольно ранних этапах, давать упражнения на изменения лица местоимения, а затем и числа в одном лице. Однако эта работа на ранних этапах ведется только в контексте, без фиксации внимания больного на изменении местоимений.

В заключительном периоде этого недостаточно. Работа начинается с того, что, взяв текст из какого-то литературного произведения, логопед предлагает больному устно, читая текст, заменять существительные местоимением. В процессе такого чтения больному разъясняется разница в первом, втором и третьем лице местоимений, даются устные задачи, как сказать то же самое во втором или третьем лице (если текст написан в первом), что от этого изменится в содержании и т. д. После этого, взяв короткий рассказ, больному предлагается, устно же пересказать его, переводя местоимения в то или другое лицо. Только после такой устной подготовки даем больному ряд письменных упражнений, например:

1. Вписать пропущенные местоимения.

3-е л. ед. ч.

улыбка не предвещала ничего хорошего.

2-е л. ед. ч.

Какое горе обрушилось на голову.

3-е л. ед. ч.

Знала бы заранее, чем все это кончится.

1-е л. ед. ч.

Как . ошиблась.

2-е л. ед. ч.

Как это умудрился уснуть тут?

1-е л. мн. ч.

2-е л. мн. ч.

. не сумели договориться с

2-е л. мн. ч.

2-е л. мн. ч.

Без хочу сказать . много,

2-е л. мн. ч. 1-е л. ед. ч. 2-е л. мн. ч.
При слушать хочу.

М. Лермонтов

2-е л. ед. ч., 1-е л. ед. ч. 1-е л. мн. ч.
... ушла от . Между .. года
1-е л. мн. ч., 2-е л. ед. ч. 3-е л. мн. ч.
с навсегда разлучили

А. Белый

2. Вписать пропущенные местоимения 1-го лица.

Проглядела излучину,
что лозой поросла,
потопила уключину,
не сдержала весла.

В. Тушнова

На груди у автомат,
за спиной у Ленинград.

Л. Хаустов

Жду поездов из Ленинграда,
не сплю ночами, верь не верь,
и никого-то не надо, —
была бы ты со теперь.

Г. Пагирев

Ты проводив на крыльцо,
дверь закрыла и тихо ушла.

А. Лукьянов

Как светла, как нарядна весна...
Погляди в глаза, как бывало.

Я. Бунин

Темнота, грязища, дождь проливной...
Говорю: «Оставайся».
А он за

В. Тушнова

Меж юных жен, увенчанных цветами,
шел разговор веселый обо

М. Лермонтов

И прижались друг к другу, и слушали... ,
светлых слез не стыдась, не стирая

Е. Рывина

А у светлых глаз
нет приказу подымать.

А. Ахматова

Сил нет кружиться доле.
Колокольчик вдруг умолк.
Кони стали.

А. Пушкин

Кабы с тобой да судьба свела —
Ох, веселые пошли бы по земле дела.

М. Цветаева

Стоит между не море большое —
горькое горе,
сердце чужое

В. Тушнова

Так пейте же, богатыри.
О в народе сложат саги.

В. Урин

3. Изменить фразы соответственно изменению
стоимений:

Я просила его забыть

2-е л. ед. ч.	1-е л. ед. ч.
1-е л. мн. ч.	3-е л. мн. ч.
3-е л. ед. ч.	2-е л. мн. ч.

Нам надо позвать вас

3-е л. мн. ч.	2-е л. ед. ч.
2-е л. ед. ч.	1-е л. ед. ч.
1-е л. ед. ч.	3-е л. мн. ч.

Мне не хочется видеть тебя

3-е л. мн. ч.	3-е л. ед. ч. женск. рода
2-е л. ед. ч.	3-е л. ед. ч. мужск. рода
2-е л. мн. ч.	1-е л. мн. ч.

Мы привели только одно из упражнений, в которых больной должен справляться не только со склонением местоимений, но и с переводом всего предложения в другое лицо и число согласно полученной инструкции. Такого рода упражнения даются больному только уже перед выпуском на работу, поскольку они являются завершением большого раздела восстановительной работы и раздела, очень трудного для больного.

Обязательным для заключительного периода мы считаем упражнения на развертывание и свертывание словесного выражения мысли. Приводим пример:

а) Развернутое предложение: «В зал, в котором заседала судебная коллегия, ввели человека, который убил грудного ребенка».

б) Свернутое предложение: «Убийца младенца предстал перед судом». Или:

а) Развернутое предложение: «На том склоне горы, который освещался уже первыми лучами солнца, которое всходило из-за моря, стоял совсем-совсем маленький домик человека, занимавшегося возделыванием виноградника».

б) Свернутое предложение: «На склоне горы, освещаемом первыми лучами восходящего из-за моря солнца, стоял крошечный домик виноградаря».

Таких предложений каждый логопед может придумать много множество. В одних случаях больному дается развернутое предложение, которое он должен свернуть, в других — наоборот. Было бы неверным утверждать, что больные сразу легко справляются с этими заданиями. Однако постепенно они ими овладевают, что оказывается чрезвычайно существенным для свободного владения речью.

Очень полезными также считаем упражнения, в которых перед больным ставится задача составлять фразы, включающие причастия, близкие по значению; например: кравший, крадущий, обокравший, обкрадывающий, обкрадываемый, выкрадывающий, выкрадываемый, параллельно: кравшийся, крадущийся, подкрадывающийся, подкравшийся, вкравшийся, вкрадывающийся. Близость звучания этих двух групп причастий нередко составляет для

больных известную трудность. Смысловые оттенки внутри каждой из приведенных двух групп причастий, с одной стороны, и упомянутая близость звучания обеих групп, с другой, составляют для больных, перенесших афазию, ряд специфических трудностей. Вот почему, если больной самостоятельно справляется с выполнением упражнений такого типа, особенно при задании, осложненном необходимостью дать два предложения на каждое из приведенных причастий (одно — где причастие выступает в прямом, второе — в переносном смысле), можно считать что афазия осталась в прошлом.

Можно было бы и дальше расширять круг рекомендуемых упражнений, однако нам представляется, что и приведенных достаточно для того, чтобы каждый логопед на их основе разработал бесконечное множество своих вариантов.

Мы совершенно не касались в настоящем изложении ни пересказов, ни сочинений, которые пишут наши больные. Пересказы сперва проводятся устно по вопросам, затем по составленному логопедом совместно с больным плану, наконец по плану, составленному больным самостоятельно. Этот самостоятельный план на начальных этапах больной составляет на занятии устно и здесь же записывает. Следующий этап — план устно составляется на занятии, но записывается больным дома. Сам пересказ ведется на этом этапе то устно, то письменно. Наконец, больной только продумывает план и по нему уже ведет пересказ, устный или письменный.

Однако работа над пересказом прочитанного не должна занимать слишком большого места в восстановительных занятиях. Пересказ нередко вызывает у больного стремление задерживаться на деталях, не имеющих по существу значения. Поэтому очень скоро мы переходим к тому, чтобы больной не столько пересказывал фабулу, сколько анализировал читаемое. Например, читая рассказ Х. Безелера «В тени великого Хозе», мы переводим внимание больного на вопросы, почему возникла у ребят мысль об убийстве; как они

¹ Журнал «Подъем», 1963 г., т. III—IV,

расценивали убийство, которое хотели совершить; почему так плакал мальчик, когда за него заступился тот самый человек, которого он собирался убить, и, наконец, на каких кинокартинах надо воспитывать ребят для того, чтобы не могло создаться ситуации, описываемой в рассказе.

Читая рассказ В. Солоухина «Ножичек с костяной ручкой» мы просим больного рассказать, почему мальчик решил, что у него нож украли; почему он не обрадовался, когда нашелся его нож; почему он стоял у школы, а не ушел домой после уроков, пока не ушли все ребята класса, и, наконец, каким же был мальчик, герой рассказа.

И сочинения, которые мы задаем нашим больным, сперва идут на темы, вроде: «Самое яркое воспоминание детства», «Случай, бывший в годы Отечественной войны», «Как я выбрал свою профессию». Дальше мы выбираем какое-либо стихотворение, разбираем его с больным, обсуждаем, что хотел сказать им поэт,— в результате возникает тема для сочинения с эпиграфом из этого стихотворения, например:

Это зря говорится,
Что надо счастливой родиться.
Нужно только, чтоб сердце
Не стыдилось над счастьем трудиться.

В. Тушнова, «Сто часов счастья».

На этом мы заканчиваем описание восстановительных занятий, проводимых с больным в заключительном периоде. Еще раз повторяем, что исчерпать эту тему до конца нельзя: в работе с каждым отдельным больным может всегда возникнуть необходимость введения каких-то дополнительных форм работы, не использованных до этого времени. Однако это мы оставляем для творческой инициативы каждого логопеда.

Глава IX

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В БОЛЬНИЦЕ И ПОЛИКЛИНИКЕ

Организация работы в больнице

Штатный логопед нужен в крупных неврологических отделениях городских больниц, принимающих больных с острым нарушением мозгового кровообращения. Нейрохирургические отделения для сосудистых больных, а равно для больных с черепно-мозговой травмой, также нуждаются в штатном логопед.

В первые 1—1,5 недели, работая над первичным растормаживанием речи, логопед может охватить занятиями в час до 4 больных. Следующие 1—1,5 недели за тот же час он охватит не более 3 больных. С конца 3—начала 4 недели он за час обслужит только 2 больных. В среднем одновременно больничный логопед может охватить занятиями до 10 больных, находящихся на разном уровне восстановления речи. Это число может быть увеличено до 12—15 больных путем введения групповых занятий как для ходячих больных (3—5 человек в группе), так и лежачих, если 2—3 человека лежат в одной сравнительно небольшой палате (на 5—7 больных). В принципе неговорящие и плохо говорящие больные должны находиться в палатах вместе с говорящими.

Опыт показывает, что как только число больных, обслуживаемых одним логопедом, превышает 15, начинает нарастать параллельно число больных, получающих только консультативную помощь. Анализ отчетов больничных логопедов и работа поликлинических логопедов, к которым больные поступают на долечивание, показывают, что при перегрузке логопеда консультативную помощь получают в первую очередь больные с наиболее легкими и наиболее тяжелыми расстройствами речи. Вот почему в больницах, имеющих крупные неврологические и нейрохирургические отделения для сосудистых больных, каждое из них должно иметь по одному штатному логопеду.

Назначает больному логопедические занятия лечащий врач. Получив назначение, логопед, подойдя к больному, должен решить, можно ли сразу начинать систематические занятия для растормаживания речи или же больной еще требует того, чтобы к нему ежедневно подходить на несколько минут, исподволь начиная налаживать контакт.

Практика учит, что для каждого больного есть свой собственный, оптимальный срок начала занятий. Как преждевременно, так и слишком поздно начатые занятия неизменно ухудшают процесс восстановления речи. Вместе с опытом к логопеду приходит навык нахождения этого оптимума, однако существует и ряд деталей, которые могут помочь начинающему правильно оценить момент для начала занятий.

1. Если вы обращаетесь тихим голосом к больному, выходящему из постинсультного оглушения, а он смотрит мимо вас «невидящими» глазами и не реагирует на ваш голос, — заниматься рано.

2. Если больной оборачивается на ваше приветствие, но уже после первых вопросов глаза его становятся «невидящими» и он «отключается» от ваших вопросов, — заниматься рано.

3. Если на все ваши вопросы, содержание которых в общем понятно больному, он только плотнее сжимает губы и отворачивается, — заниматься рано.

4. Занятия следует начинать каждый раз, когда больной активно хочет вступить с вами в речевой контакт, и каждый раз, когда он в него вступает, даже не выражая особого желания.

Работая в палате, удобнее, чтобы рабочий день логопеда начинался после конца утреннего обхода, т. е. в 11—12 часов. Можно также рекомендовать работу в часы после тихого часа, когда больные отдохнули после обеда, но еще не начаты вечерние процедуры. Опыт показывает, что в эти часы работа очень продуктивна, ибо ни больных, ни логопеда никто от работы не отрывает. Работа с ходячими больными может проводиться в ординаторской, — врачи уже разошлись.

Пособия, необходимые больничному логопеду:

1. Типовой набор упражнений. Все эти упражнения логопед должен тщательно собирать и хранить расклассифицированными по разделам.

2. Набор букв для исследования и восстановления обобщенного представления букв (по В.М. Смирнову).

3. Набор элементов русского печатного шрифта (по Б. Г. Ананьеву).

4. Набор тетрадей с текстами постепенно нарастающей сложности, написанными крупным печатным шрифтом для первоначального чтения.

5. Две шариковых ручки различной толщины для проведения с больными подготовительных к письму занятий (по В. Л. Найдину),

6. Набор подготовительных упражнений к письму.

Логопеду необходимо иметь хотя бы элементарные медицинские знания. Он должен уметь следить за дыханием и за пульсом больного, за изменением окраски кожных покровов и слизистых, за рядом вегетативных реакций, могущих наступить в процессе занятий. Заметив ухудшение в состоянии больного, сразу же прекратить занятия, логопед должен немедленно доложить о замеченном врачу. Но он неправомочен назначать какие бы то ни было лечебные мероприятия.

Организация работы в поликлинике

В поликлинике логопедическая работа строится иначе, чем в больнице. В большинстве больниц врачебный коллектив признал необходимость логопедической работы и поддерживает ее. В новых поликлиниках, где нет еще сложившихся традиций, и в отдельных старых поликлиниках врачи энергично направляют своих больных к логопедам. Однако во многих поликлиниках врачебный коллектив привык смотреть на больных, у которых спонтанно не восстановилась речь после инсульта, как на пожизненных инвалидов. В таких поликлиниках врачи мало направляют больных к логопеду, хотя в каждой поликлинике таких больных более чем достаточно. Если же учесть, что в большинстве районов города имеется один районный

логопед, становится ясным, что он должен искать больных во всех поликлиниках района.

Где же искать? — В первую очередь в больницах. В Ленинграде больничные логопеды два раза в месяц дают сводки выписавшихся больных, как нуждающихся в долечивании, так и подлежащих диспансерному учету, с адресами и указаниями на исходное состояние речи в момент начала восстановительных занятий и на состояние речи к моменту выписки из больницы. Сводки зачитываются на собраниях больничных и поликлинических логопедов. Таким образом, все больные, выписывающиеся из больниц, сразу поступают к районному логопеду поликлиники и продолжают с ним восстановительные занятия, поначалу чаще всего на дому. Хорошо, когда удастся подключить к работе и районного методиста ЛФК с тем, чтобы, окрепнув, больной перешел на амбулаторное посещение занятий.

Однако госпитализируются не все больные с острым нарушением мозгового кровообращения. Поэтому логопед систематически делает выборку из журналов невропатолога и участковых врачей находящихся в квартирной помощи каждой поликлиники. Другим источником нахождения больных в поликлинике являются статталоны, хранящиеся в статистике поликлиники. Дефектом этого источника является отсутствие пометки в статталоне о состоянии речи больного, и логопед вынужден обойти большое число больных для того, чтобы выявить среди них больных с речевой патологией. С другой стороны, у больных, находимых по статталонам, речевая патология имеется уже ряд месяцев, т. е. оптимальные сроки для начала занятий уже пропущены. Наконец, районный логопед может связаться с районной станцией скорой помощи и там ежемесячно делать выборку свежих случаев инсультов, протекающих с расстройствами речи.

В Ленинграде дополнительно систематически делаются выборки из материалов неврологической бригады скорой помощи, в которых всегда есть указания на состояние речи больного. Этот путь реально облегчает логопедам выявление больных, нуждающихся в их помощи. Мы не сомневаемся в том, что как толь-

ко логопедическая работа вращается как неотъемлемое звено в работу поликлиник, отпадут и все трудности в выявлении больных. Это трудности роста.

Рабочий день поликлинического, как и больничного, логопеда строится из расчета 18 часов в неделю непосредственной работы с больным. Вся остальная перечисленная выше работа проводится вне этих часов. График работы с больными тот же, что и в больнице, с той только разницей, что в большинстве поликлиник логопед имеет два выходных дня подряд (субботу и воскресенье).

По существующим нормативам логопед должен дать 27 занятий в неделю. Для правильности распределения длительности занятий с каждым больным в 4-часовой прием логопед обслуживает 6 больных, в трехчасовой—четыре, что составляет 26 занятий. Остающееся одно занятие в неделю отводится для больных, впервые обратившихся в поликлинику.

В зависимости от реального состава больных на данный отрезок времени (2—3 месяца) районный логопед берет себе 2 или 3 дня для работы в поликлинике, остальные дни работает с больными на дому. Он должен быть оперативным и гибким: в зависимости от того, нарастает ли число больных, могущих посещать амбулаторные занятия, или увеличивается число больных, требующих помощи на дому, он должен периодически изменять расписание в сторону увеличения или уменьшения часов и дней амбулаторного приема. Иногда случается и так, что логопед вынужден, на время отказаться от помощи на дому, чтобы удовлетворить потребность в занятиях амбулаторных больных. Однако количество данных в неделю занятий сокращаться не должно.

Существенно, чтобы поликлинические методисты ЛФК пристально занялись восстановлением двигательных функций у свежих больных на дому до уровня, позволяющего им перейти на амбулаторное лечение. Пока этого не будет, за логопедом всегда будет тянуться вереница больных, не могущих посещать поликлинику в силу двигательных расстройств.

Поликлиническому логопеду нужен отдельный кабинет, отвечающий следующим требованиям: 1) он

должен быть постоянным, так как неговорящие и нечитающие больные иначе просто не найдут своего логопеда; 2) он должен быть не выше второго этажа (если в поликлинике нет лифта), ибо у значительной части больных имеется гемипарез; 3) он должен быть так расположен, чтобы до него не доходили посторонние звуки, — занятия ведутся не громче чем вполголоса, ряд больных не воспринимает речь на фоне шума; 4) кабинет должен быть не душным и не выходить на юг; 5) наконец, между окончанием приема логопеда и началом приема другого врача должно быть не менее 1—2 часов, дабы логопед мог спокойно записать истории болезни и подготовить все необходимое к следующему приему (приготовить и подобрать пособия, подобрать материал для чтения и т. д.).

В логопедическом кабинете должны быть: двусторонне открытый письменный стол, несколько стульев, медицинская кушетка, закрывающийся на ключ шкаф для хранения документации и пособий и стенное зеркало размером 1 м X 1,5 м. Зеркало укрепляется на стене на такой высоте, чтобы, сидя перед ним, и больной и логопед видели в нем лица друг друга. Однако оно должно быть укреплено так, чтобы, занимаясь за столом, ни больной, ни логопед не видели в нем своего отражения, т. е. оно должно быть укреплено не на той стене, возле которой сидят, занимаясь, больной и логопед. Письменный стол должен стоять перпендикулярно к окну с тем, чтобы, вне зависимости от того, какой рукой больной пишет, он писал бы при правильном освещении, сидя то с одной, то с другой стороны стола.

Какие же пособия нужны поликлиническому логопеду?— Здесь, естественно, пособий должно быть много больше и они должны быть много разнообразнее, чем в больнице, где больной занимается в среднем не более полутора месяцев.

Для *восстановления устной речи* нужен полный набор упражнений — от первичного растормаживания до заключительного периода восстановления речи включительно. Нужны картинки для устного описания в одно действие, серии картин на постепенно развивающееся действие, сюжетные картины для составления

устного рассказа по ним. К сериям картин и сюжетным картинкам должны быть планы рассказа.

Для *восстановления чтения*: набор В. М. Смирнова для исследования и восстановления обобщенного представления буквы, его же методика для исследования и восстановления ориентации в пространстве страницы, его же методика «штемпельной пробы», набор элементов букв русского печатного шрифта Б. Г. Ананьева, набор очень крупно написанных тушью букв печатного шрифта (размер 15X10 см, толщина основных линий 2 см, волосковых 0,5 см), используемых при атаксии зрения; набор полосок плотной бумаги с прорезью для тех же больных; набор различных по содержанию текстов различной трудности, составленных логопедом, для первоначального чтения. Набор постепенно увеличивающихся по объему и нарастающих по сложности содержания рассказов, переписанных из различных книг и журналов (см. подробнее главу «О восстановлении чтения»); книги и журналы с короткими рассказами, рассчитанными на различные интересы больных; планы ко всем подобранным рассказам для первичных пересказов; подборка стихотворений, рассчитанная на различные интересы больных, для работы над переносным смыслом; с той же целью подобранные пословицы, поговорки, басни и сказки с разработанными к ним сериями вопросов.

Для *восстановления письма*: 2 шариковых ручки (более тонкую и более толстую) для подготовительных упражнений по В. Л. Найдину; подготовительные упражнения к письму; тексты письменных упражнений для профилактики и преодоления аграмматизма; письменные упражнения для восстановления фонематического анализа слова; наборы из 2, 3 и более слов, на каждое из которых больной должен составлять постепенно нарастающее количество предложений (от двух до десяти); наборы опорных фраз для составления рассказов; начала рассказов, которые больной должен закончить; окончания рассказов, к которым больной должен написать начальную часть; тексты диктовок, специально разработанные логопедом.

Кроме того, у логопеда должны быть: 1) набор цифр, вырезанных из картона, окрашенных черной

тушью; 2) счетные палочки, связанные десятками; 3) счеты; 4) набор различных монет; 5) картонный или деревянный циферблат с достаточно крупно написанными на нем цифрами, указывающими часы, и передвигаемыми часовой и минутной стрелками — для восстановления у больного навыка определения времени по часам; 6) набор задач, составленных на вопросы с временными понятиями (раньше — позже, на столько-то раньше, во столько-то раз позже и т. д.) и с пространственными понятиями (дальше — ближе, выше — ниже и т. д.); 7) набор мелких предметов для исследования и восстановления различения предметов путем активного ощупывания; 8) набор бумажных полосок, наклеенных на картон, всех цветов и различных их оттенков для выявления цветовой агнозии.

Вероятно, часть из перечисленных пособий понадобится логопеду только в редких, единичных случаях. Но они должны у него быть, чтобы в случае необходимости их можно было просто достать из шкафа. С другой стороны, по ходу работы всегда может возникнуть необходимость в каком-то непредвиденном ранее пособии. Логопед должен его создать.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внимание, уделяемое советским здравоохранением проблеме восстановительной терапии, ежегодно растет. Если в первые годы после организации логопедических кабинетов в больницах и поликлиниках и врачи и общественность с известной настороженностью относились к восстановительной работе, — в настоящее время имеющиеся кабинеты не могут полностью удовлетворить потребность населения в логопедической помощи. Работа разворачивается по всей стране и требует литературы в помощь начинающим логопедам.

Перед нами был выбор двух путей изложения: детальных методических разработок всех форм работы по восстановлению речи или изложения основных, принципиальных линий, определяющих все остальные.

Мы выбрали последний путь, так как считаем, что надо дать в руки начинающего работника тот принци-

пиальный стержень, вокруг которого он всегда сам творчески разработает отдельные методические приемы, которых потребует от него практика. Нам казалось совершенно необходимым дать реально понять всем логопедам, что изменившееся и постоянно совершенствующееся лечение больных с острым нарушением мозгового кровообращения неизбежно ведет за собой и иные установки восстановительной терапии, ибо расширяет возможные границы восстановления.

Логопедам как работникам здравоохранения, призванным восстанавливать речь, предстоит очень большая, ответственная и великолепная работа. Работа трудная, но почетная. Работа, завершающая лечебные усилия большого врачебного коллектива,

Кроме тех принципиальных направлений, которые мы попытались изложить выше, считаем необходимым привести и ряд морально-этических положений, ставших за годы работы в этой области нашим кредо и помогающих в выполнении поставленных перед нами задач:

1. Уважай в неговорящем больном человека.
2. Относись к неговорящему больному как к равному.
3. Помни, что интересы больного должны быть для тебя выше, чем интересы его семьи и чем твои интересы.
4. Никогда не делай того, что психологически или физически может повредить больному.
5. Не предай доверие больного.
6. Борись за своего больного до конца, никогда не признавай его безнадежным.

ЛИТЕРАТУРА

- Ананьев Б. Г. К психопатологии и психологии внутренней речи. Сб., посвящ. 35-летию научн. деят. акад. Д. Н. Узнадзе. Тбилиси, 1946.
- Ананьев Б. Г. Восстановление функций при аграфии и алексии травматического происхождения. В сб.: Уч. зап. МГУ, в. VI. М., 1947, 111, 138.
- Ананьев Б. Г. Психология чувственного познания. М., 1960.
- Бейн Э. С. Инструктивное письмо по логопедической работе при афазиях у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, в. II. М., 1957.
- Бейн Э. С. Афазия и пути ее преодоления. Л., 1964.
- Бейн Э. С., Шохор-Троцкая М. К. поэтапная организация восстановительной терапии у больных с афазией сосудистого происхождения. В сб.: Матер. к симпозиуму, созван. 6/XII 1965 г. Ин-том неврологии АМН СССР. М., 1965, 307.
- Гольдберг Д. Г. К вопросу о применении новокаиновой блокады звездчатого узла при некоторых острых нарушениях мозгового кровообращения. В сб.: Матер. к симпозиуму, созван. 6/XII 1965 г. Ин-том неврологии АМН СССР. М., 1965.
- Коган В. М. Восстановление речи при афазии. Научн. тр. ЦИЭТИН. М., 1962.
- Кок Е. П. Исследование отвлечений и обобщений у больных с афазией. Автореф. дисс. Л., 1957.
- Левин Г. З. Организация неотложной помощи больным с инсультом в Ленинграде. Сов. здравоохран., 1967, 1, 11.
- Лурья А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. М., 1948.
- Лурья А. Р. Мозг человека и психические процессы, т. I. М., 1963.
- Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
- Опель В. В. Восстановление речи при афазии. Л., 1963.
- Опель В. В. К вопросу о профилактике аграмматизма при афазии. В сб. научн. тр. б-цы им. Свердлова, в. I. Л., 1968, 107.
- Орфинская В. К лингвистический принцип классификации речевых нарушений при разных формах афазии. В сб.: Тез. докл. на II съезде об-ва психологов, в. 4. М., 1963, 34.
- Смирнов В. М. Исследование пато-физиологических механизмов алексии. В сб.: Вопросы психиатрии и невропатологии, в. IX. Л., 1962, 505.
- Тонконогий И. М. Инсульт и афазия. Л., 1968.
- Шохор-Троцкая М. К. Логопедическая работа с больными с афазией после нарушения мозгового кровообращения на раннем этапе восстановления. Автореф. дисс. М., 1966.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

В. В. ОПЕЛЬ



● Автор книги, используя свой личный опыт и опыт своих учеников (работающих в больницах и поликлиниках Ленинградского городского отдела здравоохранения), дает систему приемов работы по восстановлению речи больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Приводит дифференцированную методику логотерапии на всех этапах заболевания, вплоть до заключительного этапа, после которого многих больных удается вернуть к прежней работе.

● Книга рассчитана на практических врачей и логопедов, работающих в системе здравоохранения.

● Монография содержит 2 рисунка, библиография — 30 названий.