

## Вместо предисловия

Когда ко мне, начинающему логопеду, почти полвека назад в логопедический кабинет при детском отделении одного из ленинградских психоневрологических диспансеров привели для занятий взрослого пациента с афазией из лечебно-трудовых мастерских при диспансере, я поняла, что надо срочно учиться, чтобы иметь возможность ему помогать. Получив нужные ориентиры и заботливую помощь в освоении новой грани профессии (логопеда-афазиолога) от одного из первых моих учителей В. М. Шкловского, начала штудировать монографию «Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга» (Лурия, 1962). Эта, а позже и другая книга А. Р. Лурии «Травматическая афазия» (1947) стали для меня на длительное время больше чем настольными. Необходимо было досконально разобраться в вопросах внутренней мозговой структуры психических процессов и получить представления о том, как мозг обеспечивает функционирование столь сложных психологических систем в норме и при очаговых поражениях.

Многoletнее участие в регулярных клинических разборах больных с разными синдромами афазии, агнозии, апраксии, проводимых профессором Н. А. Крышовой, руководителем одной из лабораторий ИФ РАН им. И. П. Павлова, профессором И. М. Тонконогим в Институте им. В. М. Бехтерева, посещение открытых разборов в клинике нервных болезней ВМА шлифовало полученные знания и, безусловно, способствовало формированию клинического мышления. Умение выявлять особенности нарушений речи, гностико-праксических и ментальных функций и квалифицировать их как тот или иной нейропсихологический синдром оказалось чрезвычайно полезным при любой специфике работы практического логопеда. Опыт работы в поликлинике, в неврологическом и в нейрохирургическом стационарах, где лечили больных в остром периоде заболеваний (инсульты, операции на мозге), в амбулаторном и стационарном реабилитационных центрах показал, что врачам нужна профессиональная логопедическая экспертная оценка для решения вопроса

о трудоспособности и перспективах реабилитации. В неврологической и нейрохирургической клинике логопедические заключения важны для уточнения топической диагностики и оценки динамики психического статуса и состояния больного в целом.

Практикующему логопеду 60–70-е годы предоставляли многообразные возможности изучать и перенимать опыт и не только по литературным источникам. Вслед за «Травматической афазией» А. Р. Лурии (1947) выходят монографии В. М. Когана (1962), Э. С. Бейн (1964), Л. С. Цветковой (1972), М. К. Шохор-Троцкой (1972), В. В. Оппель (1972). Ни одна из этих работ не утратила своей актуальности и сегодня. Кроме того, на серии декадников, которые Э. С. Бейн организовала в Москве на базе НИИ неврологии АМН СССР, молодые логопеды со всех концов страны имели возможность увидеть и услышать тех, чьи книги были для нас настольными. С лекциями выступали А. Р. Лурия, Э. С. Бейн, В. М. Коган, Е. Н. Винарская, Е. П. Кок, В. Л. Найдин, Е. Д. Хомская, Л. С. Цветкова; открытые занятия проводили М. К. Шохор-Троцкая, Ж. М. Глозман, А. А. Цыганок, и трудно переоценить ту огромную роль, которую это сыграло в профессиональном становлении целого поколения логопедов-афазиологов.

А. Р. Лурия определил два пути восстановления речи: восстановление, когда функция практически спонтанно восстанавливается в прежнем виде, и перестройка функции с использованием сохраненных анализаторных систем в процессе восстановительного обучения. В соответствии с этим Л. С. Цветкова и её ученики скрупулезно разрабатывали методики восстановительной работы практически для всех видов нарушений устной и письменной речи. Э. С. Бейн показала, что в восстановительной работе на практике используются и растормаживающие, и перестроечные приемы, а программа занятий с каждым пациентом включает работу над всеми сторонами речи. Э. С. Бейн совместно с М. К. Шохор-Троцкой пришли к выводу, что в остром периоде заболевания не нужно ждать спонтанного восстановления, его надо не только активизировать, но и направлять, что предотвращает появление персевераций, аграмматизмов, слухового невнимания и других осложнений, свойственных спонтанному восстановлению. В. М. Коган и В. В. Оппель продемонстрировали, что использование смысловых и контекстных ассоциаций оказывается мощным фактором актуализации слов в речи больных даже со сложными

формами афазии. Поэтому на практике, а пациентов вскоре стало много (в стационаре в остром периоде по 300 пациентов за год, а в амбулаторных кабинетах по 79 человек ежедневно и в среднем по 100 человек ежегодно), можно было подобрать для каждого из них наиболее эффективные методы и приемы из достаточно широкого спектра представленных в методической литературе. Кроме того, В. В. Оппель, имея уже опыт работы с больными с афазией и став руководителем логопедической службы при ленинградском городском комитете здравоохранения после отъезда в Москву В. М. Шкловского, вела методические занятия. В группу её непосредственных учеников я не входила, но всегда имела возможность обсудить с ней ведение того или иного пациента. Методы В. В. Оппель привлекали своей эффективностью, хотя и не имели теоретического обоснования.

После декадников, проводимых Э. С. Бейн, и общения с более опытными московскими логопедами, невольно сопоставлялись особенности работы ленинградских и московских коллег. Занятия ведущих московских логопедов включали работу над разными видами устной и письменной речи, были виртуозно выверены по охвату бытовых тем и актуализации словаря, что иллюстрировалось соответствующим материалом; форма их проведения напоминала урок: пациенты выступали в роли учеников, с которыми проводилось восстановительное обучение. Логопеды нашего города использовали преимущественно методику «рестормаживания» речи по системе ассоциаций В. В. Оппель, от «жестких» до все более свободных ассоциаций. Занятия проводились скорее в форме беседы равных, с использованием в основном вербального материала, который подавался таким образом, чтобы пациенту легко удавалась актуализация нужных слов как бы «сама собой». Во избежание мучительных для больного пауз, нужное слово либо подсказывалось логопедом, либо полностью им произносилось. При относительно одинаковом с московскими больными преморбидном интеллектуальном уровне питерские пациенты производили впечатление (по крайней мере, на занятиях) лично более сохранных. Кроме того, становилось все более очевидным, что возвращение больного на уровень первоначального обучения нарушенным навыкам (например, письма, счета) путем перестройки функции с опорой на сохранные аналитические системы является чрезвычайно трудным для пациентов и мало эффективным методом (поистине, «в грамм добыча,

в год труды»)¹. В то же время и приемов, предложенных В. В. Опель, оказывалось явно недостаточно для восстановления того же письма при выраженных нарушениях фонематического анализа. И только, пожалуй, на методики восстановления речи у пациентов с сенсорной афазией, которые в обеих «школах» восходили к разработкам Э. С. Бейн, различия почти не распространялись.

Через несколько лет активной диагностической и восстановительной работы я получила предложение от профессора Н. А. Крышовой подключиться к научной деятельности ее лаборатории в разделе изучения высшей нервной деятельности у больных с локальными поражениями головного мозга (один из сотрудников занимался экспериментальным исследованием процессов памяти, другой — особенностями нарушения речеобразования, третий — спецификой образов восприятия). Было интересно экспериментально исследовать один из самых сложных и дискуссионных на протяжении всей истории афазиологии вопрос о состоянии мышления у больных с афазией с учетом представлений о разных клинических синдромах афазии по А. Р. Лурии. Работа над диссертацией «Особенности мышления у больных с разными синдромами афазии» (такую тему только по легкомыслию молодости можно было выбрать в качестве диссертационной) также многому научила. Это и стремление понять точку зрения и уважать позицию других исследователей; и осознание важности сбора и всестороннего анализа всех фактов, в том числе и противоречащих изначально привлекательной гипотезе или теории; и умение при оценке результатов учитывать не только количественные показатели, но и нюансы поведения, комментарии самих пациентов, сопровождающие выполнение экспериментальных заданий. Анализ экспериментально полученных данных убедил в необходимости обосновывать любые заключения с учетом всех показателей, и прежде всего нейропсихологического статуса, а также степени выраженности нарушений отдельных психических функций. Это потребовало, в свою очередь, освоения статистических методов для обоснования достоверности выводов. Так родилась система количественной оценки степени выраженности нарушений речи и других функций, составляющих нейропсихологический статус (Гл. VIII). Все

---

¹ Эту цитату из поэмы В. В. Маяковского использовала Л. С. Цветкова, признавая трудность и длительность процесса «рационального» восстановительного обучения (Цветкова, 2002, с. 123).

перечисленные «приобретения» легко переносились на практическую работу, да и на все сферы жизни в целом. Активная исследовательская работа многое добавила в понимание как структуры речевых нарушений, так и личности пациента.

Собранный в диссертационном исследовании экспериментальный материал позволил отвергнуть мнение о дементности (когнитивном снижении) больных с афазией, показал избирательность нарушений отдельных компонентов мыслительного процесса при сохранности ядра личности. Поэтому современный подход к пациентам с избирательными нарушениями речи или других психических функций как к пациентам с «нарушениями когнитивных функций», что предполагает ту или иную степень деменции, вызывает недоумение и протест. Деменция — это общее внемодальное снижение интеллектуального уровня, не подвергающееся какому-либо регрессу. При афазии сохраняется круг потребностей и интересов; а при адекватном лечении, включающем и логопедические занятия, происходит регресс нарушений речи, гнозиса, праксиса, которые являются операндами мыслительных актов (Веккер, 1974, 1976). С их восстановлением становится практически возможной любая интеллектуальная деятельность на преморбидном уровне. На экспериментальном материале удалось доказать прямую связь результатов тестирования мышления со степенью выраженности нарушений этих функций (Гл. III).

Собственные методики восстановительной работы, изложенные в последующих главах, рождались и совершенствовались в процессе многолетней практической помощи пациентам в борьбе за преодоление последствий очаговых поражений головного мозга. Вначале не было четкого представления, как надо восстанавливать функции счета или письма. Скорее было очевидно, как не надо — из-за трудоемкости и низкой эффективности известных методик восстановительного обучения. До сих пор помню эпизод одного занятия, когда пациент, молодой инженер с проблемами фонематического слуха, настойчиво, но безуспешно пытался осознать фонематический состав слова, прибегая к зеркалу и артикуляторным схемам, а пот, выступивший от его стараний в первые же минуты занятия, буквально капал с носа на тетрадь. Нарушения письма у него были достаточно выраженными, упражнения на преобразование слов с изменением, перестановкой букв, описанные В. В. Оппель, также не получались. Надо

было срочно искать другие пути. Вспомнились работы В. К. Орфинской (1963), которая скрупулезно собрала и описала разнообразные варианты нарушений развития языковой системы у детей и пришла к выводу, что не все языковые системы равномерно страдают при алалии, что может плохо формироваться, например, фонематическая система, а морфологическая оставаться потенциально сохранной. Именно поэтому выявляются относительно избирательные трудности для разных уровней речевой системы при патологическом развитии речи. В. К. Орфинская полагала, что закономерности патологии развития речи как языковой системы при алалии аналогичны тем, что имеют место при системных нарушениях речи при афазии. Эти представления получили отражение в её обобщенной лингвистической классификации алалии и афазии (Орфинская, 1960; Трауготт, 1983).

Представления о том, что разные уровни языковой системы страдают неравномерно при афазии, легли в основу методики восстановления письма у больных с афазией с опорой на автоматизированные у взрослых навыки словообразования и словоизменения (Храковская, 1987). Морфологические признаки оказались более сохранными, чем фонематические. Опираясь на них, соблюдая принцип постепенности перехода от более простых к более сложным преобразованиям, не опуская пациента на уровень первоначального обучения, удастся восстановить автоматизированную у взрослых функцию письма в целом при остающейся слабости фонематического анализа (Гл. II).

Возможность использования относительно сохранного уровня в системе психической функции при ее восстановлении легла в основу и методики восстановления функции счета. При восстановлении функции счета «опорой» послужили автоматизированные системные свойства чисел: их упорядоченность в числовых рядах, асимметричность, целый ряд автоматизированных, в том числе и в речи, навыков счета у взрослых (Гл. V).

Обобщенное осмысление «иног» пути, объединяющего представляемые методики, пришло не сразу. Его требовала практика. Надо было понять, есть ли общий принцип в этих успешно работающих методиках, использующихся при восстановлении разных по психологической структуре функций, чтобы решать задачи восстановления других психических процессов, с нарушениями которых я постоянно сталкивалась в практической работе. Было очевидным, что во всех случаях при восстановительной ра-

боте в обход центрального первичного дефекта привлекаются относительно сохранные, высоко автоматизированные у взрослых свойства функции, включенные в ее психологическую систему.

На тех же принципах была построена и методика восстановления многообразных проявлений нарушений речевой системы в синдроме семантической афазии: трудностей понимания «логико-грамматических» конструкций, вербальных амнезий и др. Расстройства понимания предложно-падежных и других «логико-грамматических» конструкций, выражающих отношения объектов и событий окружающего мира с помощью грамматических маркеров (предлогов, союзов, флексий, порядка слов), часто сочетаются в синдроме семантической афазии с симптомами нарушений других пространственно-ориентированных функций (акалькулией, оптико-пространственной апракстагнозией) и имеют, по определению А. Р. Лурии, единый первичный фактор — «нарушение симультанных (пространственных) синтезов» (Лурия, 1969, с. 156).

С помощью нашей методики клиническую картину удается нивелировать не путем «преодоления первичных дефектов пространственного гнозиса» (Цветкова, 1988, с. 121) и не прибегая к осознанному анализу грамматической структуры той или иной конструкции (Лурия, 1947, с. 337), а с помощью упражнений, направленных на возвращение навыков использования в речи грамматических маркеров через включение их в автоматизированные словосочетания, однозначные необратимые фразы. Таким путем дефекты элементов языковой системы преодолеваются через относительно сохрannую при семантической афазии (при теменно-височно-затылочном поражении мозга) систему контекстных (синтагматических) связей слов, которые наряду с парадигматическими являются единственными структурными типами связи слов в языке (Соссюр, 1977). Следующая за этим актуализация индивидуальных образных ассоциаций, зрительных представлений на основе данных словосочетаний и фрагментов фраз приводит к восстановлению связи между словом (словосочетанием, предложением) и образом. Этим достигается постепенное восстановление системы отношений, нарушенной или ослабленной при семантической афазии (Гл. IV).

Когда возникла необходимость принять участие в реабилитации коллеги, у которого после обширного инсульта в теменно-затылочных отделах правого полушария обнаружился

классический синдром дезориентировки в пространстве и выраженная агнозия на лица (прозопагнозия), на предметные и сюжетные изображения, опыта восстановления агнозии почти не было. Были известны и удачно апробированы несколько приемов, с помощью которых удавалось преодолевать дефекты чтения, связанные с гемианопсией; была известна серия приемов В. В. Оппель для восстановления ориентировки на тетрадном листе для преодоления апрактагнозии, методика восстановления буквенного гнозиса с преобразованием букв из элементов (Ананьев, 1947). В литературе почти не было никаких методических разработок способов преодоления правополушарных проявлений агнозии, в т.ч. и агнозии пространства, кроме, пожалуй, приемов А. Р. Лурии в виде опосредованного с помощью специальных меток запоминания пути (Лурия, 1996), а также указаний на то, что главной компенсаторной опорой должна служить речь (Шкловский, Визель и др., 1987).

В соответствии с накопленным опытом восстановления других психических функций представлялось необходимым выявить в структуре процесса зрительного восприятия такие системные свойства, которые либо оставались сохранными, либо легче поддавались восстановлению. Основной дефект зрительного восприятия при зрительной агнозии состоит в том, что «нарушается интегральное восприятие целых зрительных комплексов», что заключается в «невозможности объединять отдельные впечатления в целостные образы» (Лурия, 1973, с. 136). В обзоре исследований физиологических механизмов, лежащих в основе нарушений зрительного восприятия, А. Р. Лурия, основываясь на работах Балинта (Balint, 1909), Холмса (Holms, 1918), Экаэна с соавторами (Hecaen, Ajuriaguerra, Massonet, 1951), а также Членова, Бейн (1958), Кок (1967), подчеркивал важность анализа таких феноменов, как сужение объема зрительного восприятия, ограниченность его только одним объектом, что приводит к нарушению узнавания индивидуальных объектов, таких, например, как лиц. А. Р. Лурия приводит физиологическую интерпретацию подобных явлений И. П. Павловым, который предполагал, что клетки затылочной коры таких больных ослаблены патологическим процессом и не могут воспринимать одновременно даже два раздражителя, поскольку возбуждение одного ее пункта оказывает тормозное влияние на все другие, делая их как бы несуществующими (Павлов, 1949). Именно такой патофизиологический ме-



ханизм определяет и нарушение управляемого движения зора, «атаксию зора», которая получила и экспериментальное подтверждение в исследованиях с записью движений глаз (Лурия, Правдина-Винарская, Ярбус, 1961; Карпов, Карпова, Меерсон, 1975; Меерсон, 1986).

При таком объеме информации о структуре дефекта при зрительной агнозии было очевидно, что прежде всего необходимо попытаться восстановить управляемое движение зора, на что обращала внимание Е. П. Кок (1967), описывая свой опыт восстановления называния. В отличие от тренингов, предлагаемых Е. П. Кок (тренировка удержания глаз в крайних отведениях, фиксирование глаз на движущихся предметах, обведение взором контура фигуры и др.) на первоначальном этапе были использованы автоматизированные у взрослого движения глаз при чтении: слева направо сверху вниз построчно. В сложных случаях вначале предлагалось рассматривать, обводя контур пальцем, единичные изображения простейших геометрических фигур на левой странице тетради, потом подключалось их копирование на правой странице с постепенным усложнением задания (местоположение на странице, увеличение количества фигур, их элементов и т. д.), с тем чтобы иметь возможность максимально использовать этот навык перевода зора на следующих этапах. Таким образом, начав с восстановления необходимейшего системного компонента функции зрительного восприятия — управления движением зора, с опорой на высоко автоматизированное в опыте взрослого движение зора при чтении, удалось постепенно возродить функцию в целом. Так родилась методика восстановления зрительного гнозиса, изложенная подробно в Главе VI.

Хотя представленные методики направлены на восстановление разных по составу операционной структуры функций, их сопоставление показывает, что во всех методиках выдерживается единый подход. Восстановление психической функции как системы происходит без воздействия на нарушенное звено с целью компенсации дефекта на уровне его повреждения, а с помощью использования свойств других уровней системы, высоко автоматизированных у взрослых и часто остающихся сохраненными или менее поврежденными. Опорными в восстановительной работе, особенно на начальном этапе, могут быть и высшие, и низшие уровни организации психических функций.

Все предлагаемые методики не являются средствами переобучения. В них отражен подбор и дано описание таких условий, при которых легко достигается активизация отдельных относительно сохранных звеньев «слабой» функции и «запускается» системный механизм взаимодействия всех компонентов (звеньев) той или иной психической функции. Кроме того, в этих условиях пациент чувствует уже с первых шагов свою «успешность», свою интеллектуальную состоятельность, что демонстрирует ему возможность восстановления и существенно способствует результативности восстановительных занятий.

# **Глава I. Проблема реабилитации больных с афазией, агнозией, апраксией: анализ существующих подходов**

Изучение проблемы восстановления речи и других психических функций имеет не только важное прикладное значение для нейрореабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга. Исследования процессов восстановления позволяют значительно расширить представления о мозговом обеспечении психических процессов, о механизмах компенсации и пластичности центральной нервной системы в целом. Именно практика, и в частности организация нейрореабилитационного лечения, выбор методик восстановительной работы, качество и скорость положительной динамики, — даёт возможность проследить изменение патологических состояний речи и других психических функций и получить богатый материал для анализа этих теоретически важных вопросов.

Особенности нарушения и восстановления речи и других психических функций при органических поражениях головного мозга определяются целым рядом факторов. Одни из них связаны с неврологической природой заболевания: локализация патологического очага, его распространенность, нейродинамические изменения в мозгу, вызванные поражением. Немаловажную роль играют внутреннее строение поврежденной функции в норме, структура ее нарушения, степень владения пациентом этой функцией до заболевания, характер остаточных и функционально сохранных элементов. В меньшей степени успешность восстановительной терапии определяется правильной организацией восстановительного лечения, сроками его начала, интенсивностью, а также профессионализмом и личностью реабилитолога, определяющего цели, программы и выбор методов лечения. Другой ряд

факторов связан с преморбидными особенностями личности пациента, его реакцией на случившееся, стремлением к преодолению дефекта, а также — с поведением родных и близких, т.е. социального окружения больного. В связи с такой комплексностью проблемы особенности нарушения и восстановления психических функций, и в частности речи, привлекают внимание психиатров и неврологов, нейрофизиологов и нейропсихологов, дефектологов и лингвистов.

Многим из перечисленных факторов уделялось внимание в литературе начиная с конца XIX века. С развитием научной мысли существенно менялись взгляды на связь нарушений речи с определенными мозговыми зонами, на взаимосвязь речи с другими психическими процессами, на структуру речевой и других психических функций как в норме, так и при мозговых поражениях, а также — на принципиальную возможность и механизмы их восстановления. Для середины XX столетия в связи с тяжелыми последствиями военного травматизма и актуальностью решения социально значимой проблемы восстановления речи характерно признание значения восстановительной терапии во многих странах мира. Однако, несмотря на общие цели и некоторые сходные черты, методология восстановительной работы формировалась в отечественной афазиологии и за рубежом в разных направлениях.

Анализ иностранной литературы показывает, что исследования, посвященные восстановлению речи при афазии на значительном числе больных, начались за рубежом преимущественно в период Второй мировой войны. «В связи с большим притоком раненых, часто прямо поступающих с поля боя, было необходимо развертывать лечение, не заботясь о теории» (Вэпман, 1983, с. 199). Вместе с тем в ранних работах закладывались основы теоретических и практических представлений о природе положительных сдвигов, соотношении спонтанного и направленного восстановления, разрабатывались методы тестирования для определения эффективности специальной терапии, поднимались вопросы квалификации «речевого терапевта» (Goldstein, 1942; Zangwill, Camb, 1945; Wepman, 1951, 1953; Godfrey, Duglass, 1959; De Renzi,

Vignolo, 1962; Vignolo, 1964). Батфилд и Зангвилл (Butfield, Zangwill, 1946) опубликовали обзор предлагаемых методов восстановления и результатов лечения, показали необходимость длительного восстановительного лечения и адаптации в обществе пациентов с афазией. В работах Вэпмана (Wepman, 1951), Эйзенсона (Eisenson, 1954) подчеркивалась значимость целостного подхода к больному с афазией с учетом его личности, мотиваций и возможности социальной адаптации. В общей картине отмечалось значительное многообразие методологических подходов. Подробные обзоры литературы раннего периода и их критический анализ представлены в работах А. Р. Лурии (1947, 1969, 1973), Э. С. Бейн (1964), Л. С. Цветковой (1972а, 2002), М. К. Шохор-Троцкой (1972).

В начале 70-х годов интерес к проблемам больных с афазией значительно активизировался во всем мире, заметно возросло и число публикаций. Чаще стали описываться пациенты с афазией сосудистой этиологии. Особого внимания заслуживает монография «Афазиология» хорошо известного в нашей стране английского невролога М. Критчли (Critchley, 1970)<sup>2</sup>. Давая оценку современному для того времени состоянию изучения афазиологии, он обозначил несколько перспективных, с его точки зрения, направлений. Одно из них — динамический или «организмический» («dynamic or organic») подход, к сторонникам которого он причислял себя, а также Е. Бая, Г. Хэда, П. Мари, К. Гольдштейна. Некоторые из основных идей этого подхода восходят к Х. Джексону (Jackson, 1874), в частности об уровнях организации функций в центральной нервной системе, о неправомерности представлений о наличии каких-либо центров психических функций, точно очерченных в коре, а также о необходимости детального наблюдения за клиническими проявлениями нарушений психических функций у больного в сочетании с точным их описанием, предельной правдивостью документации. Неврологи, которых М. Критчли относит к этому направлению, «не считают возможным отграничивать речь от других психических процессов, особенно

---

<sup>2</sup> Переведена на русский язык Е. П. Кок (1974).

от мышления» (Критчли, 1974, с. 52), но среди них нет единого мнения относительно характера первичного психического нарушения, которое могло бы лежать в основе афазического дефекта.

М. Критчли выдвинул гипотезу о существовании «превербитума» (preverbitum), т.е. умственной деятельности, непосредственно предшествующей речи; по его мнению, «клиническая картина афазии зависит от глубины, на которую распространяется торможение «превербитума» (там же, с. 54). Он ратовал за создание такой классификации афазии, которая соответствовала бы сущности и характеру дефекта в зависимости от уровня расстройств «превербитума». М. Критчли в начале 70-х годов приветствовал привлечение теорий и инструментария психологии к разработке проблем патологии речи. Он считал, что благодаря психологическим методикам можно точно зафиксировать и проанализировать клинические проявления нарушений речи. Среди перспективных направлений, способных взаимно обогатить друг друга, он видел и лингвистический подход к изучению афазии, а также привлечение теории информации, сравнительно молодой по тем временам науки о коммуникации.

Большой интерес М. Критчли проявлял к работам А. Р. Лурии и некоторых из восточноевропейских авторов, таких как А. Крейндлер и его ученики из Бухареста (Kreindler, Fradis, 1968). Он признавал, что их изыскания в области афазии «неожиданные», они связаны с учением И. П. Павлова и лежат несколько в стороне от основного направления усилий других специалистов. Однако, считает он, «компетентная интерпретация таких исследователей, как А. Р. Лурия, Э. С. Бейн и др., показывает, что подход в духе И. П. Павлова к развитию и распаду (evolution and dissolution) речи может действительно оказаться очень ценным» (Критчли, 1974, с. 56).

Особенно перспективными М. Критчли считал экспериментальные доказательства нарушений в выработке условных рефлексов на комплексы модально специфических по отношению к пораженной области раздражителей (например, нарушений различения комплексов звуковых раздражителей при сохранности различения зрительных комплексов при пораже-

нии височной доли)<sup>3</sup>. Эти данные, по мнению М. Критчли, делают убедительным дифференцированный подход А. Р. Лурии к механизмам нарушения понимания речи при височных и теменно-затылочных поражениях. У больных с поражением левой височной доли значительные трудности в восприятии речи возникают не в результате интеллектуального дефекта, как предполагали некоторые исследователи, а из-за нарушения фонематического слуха, которое обуславливает также и расстройство в произнесении слов, и нарушения письма. М. Критчли считает, что А. Р. Лурия не без основания относит нарушения понимания сложных грамматических конструкций, пространственных отношений и математических операций, часто сочетающиеся при теменно-затылочных поражениях, к дефектам, возникающим «не за счет общей дисфункции интеллекта или категориального мышления, а за счет первичного нарушения высших нервных процессов», таких как симультанный синтез (там же, с. 57). Неспособность совместить детали в единое целое проявляется в нарушении и собственно пространственных, и «квазипространственных» функций.

Однако луриевская нейропсихологическая школа, продолжая активно развиваться в нашей стране, так и осталась «особым направлением» в афазиологии, не воспринятым в должной мере зарубежными афазиологами. М. Критчли, ссылаясь на судьбу работ Х. Джексона, считал, что «новые теории... осваиваются медленно, особенно в медицине, которой

---

<sup>3</sup> Н. Н. Трауготт с соавторами (1967, 1975) в экспериментальных исследованиях показали, что у детей с сенсорной алалией и афазией, так же как у взрослых с сенсорной афазией, избирательно нарушено образование и закрепление условных связей на звуковые раздражители. Акупатия в большей части случаев проявляется не столько при образовании условных связей на простые звуковые раздражители, сколько при выработке дифференцировок на последовательные звуковые комплексы: условные связи трудно формируются и оказываются нестойкими. Этими исследователями были также получены данные о модально-специфическом характере нарушений формирования условных связей при разных синдромах афазии: при эфферентной моторной афазии — на переключение с одного двигательного комплекса на другой, при афферентной моторной афазии — в нарушении анализа пассивных проприоцептивных поз.

свойственен консерватизм» (Критчли, 1974, с. 30). Возможно, поэтому или в силу других причин ни синдромная классификация афазий А. Р. Лурии, ни нейропсихологический подход к трактовке мозговых механизмов нарушений речи и других психических функций, ни богатейший опыт и достижения отечественных нейрореабилитологов, базирующиеся на нейропсихологическом анализе структуры дефекта, не распространились широко в зарубежной клинической практике.

Изучение литературных источников позволяет прийти к заключению, что к концу XX века за рубежом наблюдается сближение в разных странах подходов в терапии афазии в клинических учреждениях с относительным сохранением, хотя и в разной степени, национальных традиций. В то же время отечественный подход продолжает развиваться относительно обособленно. Анализ различных методов нейрореабилитации больных с последствиями очаговых поражений головного мозга и афазией позволяет выделить несколько аспектов решения этой проблемы афазиологами разных стран. Рассмотрим некоторые из них:

- организационные вопросы реабилитации;
- методы восстановительной работы;
- психосоциальные аспекты нейрореабилитации.

## **Организация реабилитационного процесса**

Как показывает анализ литературы, пути решения проблемы реабилитации больных в разных странах и в отечественной теории и практике разрабатывались параллельно, практически без взаимовлияния. В зарубежной литературе ещё с середины прошлого века дискутировались вопросы эффективности восстановления речи у больных с афазией. Высказывались пессимистические взгляды в связи с огромной трудностью этой работы и её бесперспективностью (Wechsler, 1958). Вместе с тем другие специалисты считали, что использование специально разработанных методов, опирающихся на сущность дефекта, даёт статистически достоверные улучшения речи (Zangwill, 1947).



Вопрос о целесообразности терапии афазии в плане воздействия на сам речевой дефект в англоязычной литературе поднимался неоднократно вплоть до сравнительно недавнего времени; обзор этих работ имеется у С. Бинг (Bing, 1993), Д. Бенсона и А. Ардилы (Benson, Ardila, 1996). Сопоставлялись, в частности, эффективность спонтанного и направленного восстановления языковых функций. Результаты, основанные на статистических расчетах, свидетельствовали, что «больные, которые прошли формальное лечение на любой стадии, проявляют лучшие остаточные языковые навыки, чем те, кто не получал лечения» (там же, р. 345).

Многие афазиологи: в Германии В. Хубер с соавторами (Huber et al, 1993), в Италии А. Бассо (Basso, 1993), в США Ф. Дарлей (Darley, 1975), Р. Пич (Peach, 1993) — среди факторов, оказывающих влияние на эффективность терапии, отмечают раннее начало, интенсивность и продолжительность занятий. Вместе с тем Бенсон и Ардила, ссылаясь на исследования ряда авторов (Wepman, 1973; Basso, Capitani, Vignolo, 1979; Wertz et al., 1981, 1986), отмечают, что в случаях, когда начало лечения афазии задерживалось из-за нестабильности соматического состояния даже на полгода, это не оказывало отрицательного влияния на долгосрочные результаты (Benson, Ardila, 1996).

Р. Пич, представляя преобладающий в США подход к лечению в стационаре для острых больных, подчеркивает, что лечение носит интенсивный характер, продолжается от 1 до 3 недель и включает более одного визита логопеда<sup>4</sup> в день. Продолжительность занятий сначала может быть 1020 минут, затем по мере стабилизации общего состояния больного время увеличивается; ближе к выписке занятия могут проводиться один или два раза в день по 3060 минут. Если больного переводят в реабилитационный стационар, тот график, который

---

<sup>4</sup> В англоязычной литературе в контексте нейрореабилитации больных с афазией понятие «лечение» («therapy», «treatment»), отражает прежде всего не медикаментозный аспект лечения, а работу специалиста по речи, которого называют «therapist», «speech-therapist», «speech-pathologist», что приблизительно соответствует нашему понятию «логопед».

установился к концу острой фазы, сохраняется и включается в полный комплекс реабилитационных мероприятий. Длительность содержания в реабилитационном стационаре может составлять от 2 до 4 месяцев, затем пациента расценивают как «хроника», и в соответствии с его состоянием он может быть возвращен в больницу, выписан домой для получения лечения на дому или переведен в амбулаторное реабилитационное учреждение. Больные, состояние которых требует круглосуточного профессионального ухода, могут быть переведены в реабилитационный стационар длительного пребывания. Во всех таких вариантах лечения «хроников» занятия по речи проводятся 2 или 3 раза в неделю, продолжительность занятия приблизительно 60 минут (Peach, 1993).

Р. Пич оспаривает существующее мнение некоторых неврологов о том, что речевую терапию можно отложить до того времени, когда пациент станет стабильным по медицинским и неврологическим показателям вплоть до 6 месяцев. Ссылаясь на свой опыт и данные клинических исследований других авторов (например, Wertz, 1983), он утверждает, что пациенты, получающие лечение на ранних стадиях заболевания, имеют больше шансов на улучшение, чем те, лечение которых начинается позднее. Содержание ранней логотерапии, по его мнению, должно базироваться преимущественно на «стимуляционных» методах, вызывающих речевые реакции и нацеленных на долгосрочное улучшение речи, а не на «компенсационных» способах коммуникации с помощью жестов и других заменяющих речь знаков. Такой подход обусловлен необходимостью «соблюдать права пациентов на получение благоприятной возможности для восстановления, невзирая на потенциал выздоровления», тем более что существующие методы прогнозирования эффективности логотерапии требуют изменения, должны быть «выработаны более веские методы прогнозирования результатов восстановления речи» (Peach, 1993, p. 342).

Канадские афазиологи (Dorze et al., 1993; Wertz, 1987), настаивая на проведении терапии не реже 35 раз в неделю, ссылаются на специальные исследования, которые показали, что у пациентов, с которыми занимались 2 раза в неделю и меньше, улучшения не произошло (David et al., 1982;

Hartman, Landau, 1987; Lincoln et al., 1984; Prins et al., 1989). В монреальских реабилитационных центрах логопед проводит занятия ежедневно в течение 36 месяцев; помимо этого некоторые пациенты могут получать более продолжительное лечение амбулаторно.

Анализ приведенных выше работ показывает, что в организационных вопросах логотерапии отмечается сходство позиций ряда зарубежных афазиологов с отечественными установками в нейрореабилитации. Это прежде всего относится к вопросам принципиальной необходимости и целесообразности такой терапии, ранним срокам ее начала, интенсивности, продолжительности, комплексности.

Необходимость комплексного подхода в организации лечения была очевидной для отечественной медицины еще со времен Великой Отечественной войны (Лурия, 1947), когда для восстановления речи и других психических функций у бойцов, получивших мозговые ранения, были привлечены психологи и педагоги-дефектологи (подробнее см.: Бейн, 1964, с. 14–15). В конце 50-х и в 60-е годы в крупных городах в научно-исследовательских медицинских институтах, имеющих свои клинические базы с неврологическими и нейрохирургическими отделениями, организовывались койки, позже — отделения восстановительного лечения, и вводились в штатное расписание ставки психологов и логопедов-дефектологов, врачей и инструкторов лечебной физкультуры: в Москве в Научном центре неврологии РАМН (тогда — Институт неврологии АМН) под руководством Э.С. Бейн, в Ленинграде в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (под руководством И.М. Тонконового), на неврологических отделениях Объединенной клинической психоневрологической больницы им. академика И.П. Павлова (научный руководитель Н.А. Крышова). Первые специалисты-логопеды, работавшие над восстановлением речи и других высших психических функций у больных с последствиями инсульта, черепно-мозговой травмы, зарекомендовали себя как необходимейшие участники лечебного процесса. Позже педагогический персонал появился в штатном расписании многопрофильных городских больниц, ряде

районных поликлиник. Вопросы расширения реабилитационной, и в частности логопедической помощи, в масштабах всей страны были поставлены в отечественной афазиологии в 60-е годы (Коган, 1962; Бейн, 1964). В 70-е годы появляются монографии Л. С. Цветковой (1972), В. В. Оппель (1972), М. К. Шохор-Троцкой (1972), в которых описываются методики восстановительной работы при разных синдромах афазии, на разных этапах заболевания. В монографии Л. Г. Столяровой (1973), в Методических письмах Л. Г. Столяровой, Э. С. Бейн с соавторами (1977), обосновывается необходимость специальной педагогической логопедической работы и её раннего начала, «с первых дней, недель, месяцев» с момента инсульта, подчеркивается продолжительность логопедической помощи больным с афазией после инсульта.

В настоящее время, развивая традиции отечественного подхода к восстановлению высших психических функций у больных с очаговыми поражениями головного мозга, В. М. Шкловский (1998, 2003а; 2003б), обобщив богатейший опыт в лечении и восстановлении нарушенных функций, накопленный в практической работе стационарных и амбулаторных медицинских учреждений нашей страны, детально представил концепцию нейрореабилитации больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы, а также систему организации нейрореабилитации таких больных. В этих разработках отражен глубокий анализ состояния специализированного лечения больных в России на современном этапе, уровня развития медицинской, нейропсихологической, логопедической и социальной помощи, возможностей системы отечественного здравоохранения. Разностороннее изучение проблемы позволяет автору утверждать, что «высокая эффективность нейрореабилитации может быть достигнута лишь при соблюдении ряда условий, какими являются: 1) максимально раннее начало проведения реабилитационных мероприятий; 2) их непрерывность; 3) интенсивность; 4) оптимальная длительность; 5) комплексность медико-психолого-педагогического процесса; 6) дифференциальная и синдромальная нейропсихологическая диагностика нарушений высших психических функций; 7) дифференцированное применение

программ восстановительного обучения, соответствующее определенной форме и определенному этапу заболевания; 8) систематический контроль за соматическим, неврологическим, психическим и психологическим состоянием больного, функций мозговых структур и высших психических функций; 9) прогноз целесообразности применения тех или иных форм нейрореабилитации; 10) решение социально-психологических, социально-бытовых и трудовых проблем; 11) включение в реабилитационный процесс членов семьи на всех этапах заболевания; 12) решение проблем поддержки» (Шкловский и др., 2006, с. 25–26).

Данная концепция и система организации нейрореабилитации обеспечивает комплексную высокотехнологичную междисциплинарную помощь, включающую лечебный и специфический нейрореабилитационный процесс на разных этапах заболевания в неврологических и нейрохирургических отделениях. В этой системе предусмотрены различные формы организации нейрореабилитации: палаты ранней нейрореабилитации, реабилитационные отделения многопрофильных городских больниц, стационары на дому, специализированные суточные стационары, дневные стационары, логопедические кабинеты в территориальных поликлиниках или амбулаторных отделениях восстановительного лечения. Усовершенствованная система нейрореабилитационной помощи, описанная выше и практически развернутая в Москве, представлена в работах В. М. Шкловского (1972, 2003а, 2003б, 2006).

Проблемы оказания больным специализированной реабилитационной помощи, максимального приближения ее к нуждам населения являются достаточно актуальными для отечественного здравоохранения в целом, и решения их продолжают совершенствоваться. В настоящее время в России разработана и реализуется государственная программа совершенствования медицинской помощи больным с цереброваскулярной патологией. Открываются региональные сосудистые центры, способные оказывать медицинскую помощь больным с нарушениями мозгового кровообращения, включая мультидисциплинарную реабилитацию (см. об этом: Гусев, Скворцова, Стаховская, 2007; Иванова, Стаховская, 2010).