

УДК 616.8

Е.С. Антипова

ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

О.В. Серебровская

ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

СПЕЦИФИКА КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТАМИ С АФАЗИЕЙ: БАРЬЕРЫ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Статья посвящена оптимизации коммуникативного взаимодействия с пациентами с афазией, возникшей в результате очагового поражения головного мозга. Нарушения импрессивной и экспрессивной речи, возникающие при афазии, вызывают трудности при коммуникации пациента во многих социальных ситуациях. В статье освещены приемы устранения коммуникативных барьеров, помогающие медицинскому персоналу осуществлять продуктивное общение с пациентами, испытывающими речевые трудности.

E.S. Antipova

Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation, Moscow City Department of Health, Moscow, Russia

O.V. Serebrovskaya

Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation, Moscow City Department of Health, Moscow, Russia

SPECIFICS OF COMMUNICATION WITH PATIENTS WITH APHASIA: BARRIERS AND WAYS TO OVERCOME THEM

The article is devoted to the optimization of communicative interaction with patients with aphasia, which occurred as a result of focal lesions of the brain. Occurring in aphasia, the impressive and expressive speech impairments cause difficulties in the patient's communication in many social situations. The article highlights the techniques of eliminating communication barriers, which help medical staff to carry out productive communication with patients experiencing speech difficulties.

Ключевые слова: афазия, коммуникация, речевое функционирование, адаптация

Афазия – системное расстройство речи в результате очагового поражения доминантного полушария головного мозга в период речевой зрелости. При афазиях могут наблюдаться нарушения понимания речи, трудности собственной речи пациента, чтения и письма. В зависимости от степени выраженности речевого нарушения коммуникативные трудности могут варьироваться от незначительных до тотальных.

При афферентной и эфферентной моторных афазиях преимущественно нарушается собственная речь пациента. При грубой степени выраженности речь может отсутствовать полностью, наблюдаются трудности понимания обращенной речи, распадается навык письма и чтения. При средней и легкой степени выраженности коммуникация возможна, однако отмечаются трудности оперативного подбора слов, фразовой речи, произносительные трудности, нарушения письменной речи.

При динамической афазии нарушается способность коммуникации с использованием фразовой речи. При грубых вариантах отмечается снижение речевой инициативы, снижение слухового внимания, что оказывает влияние на импрессивную речь.

При сенсорной афазии ведущим нарушением является нарушение фонематического слуха. Пациенты не понимают обращенную речь, при грубой степени — в значительной степени. Собственная речь пациента также нарушена: из-за звуковой лабильности часто отмечаются искажения слов, порой до неузнаваемости. Речевая продукция может быть обильной, но при этом она часто неосмысленна и бессодержательна.

При акустико-мнестической афазии нарушения собственной речи выражены негрубо и у пациента сохраняется способность к коммуникации. Особые трудности такие пациенты испытывают при восприятии речи большого объема, когда в результате сужения слухо-речевой памяти пациент не может запомнить объемные предложения или тексты.

При семантической афазии пациенты затрудняются в понимании и использовании в собственной речи логико-грамматических конструкций. При этом коммуникативные способности у пациента в целом сохранены и не препятствуют общению.

Все виды афазий оказывают влияние на коммуникацию, при грубой степени выраженности часто делают общение практически невозможным. Однако таким пациентам необходимо получать медицинскую помощь, проходить курсы реабилитации, медицинский персонал при этом сталкивается с барьерами и трудностями в процессе коммуникации с пациентами, страдающими афазией.

Наиболее распространенными проблемами являются:

- 1) невозможность точного выполнения инструкций специалистов и среднего медицинского персонала;
- 2) ограниченность в вербальном выражении личных переживаний и нужд;
- 3) социальная изоляция и ощущение отчуждения, возникающие вследствие невозможности полноценного участия в социальном взаимодействии;
- 4) снижение самооценки на фоне утраты трудоспособности и возможности полноценного (доболезненного) межличностного общения.

Эффективная коммуникация с пациентами, имеющими расстройства экспрессивной и импрессивной речи вследствие повреждений зон корковых структур головного мозга, характеризуется необходимостью использования особых подходов, которые обусловлены доминирующей ролью вербальных форм общения в клинической практике. Согласно нашим наблюдениям, у пациентов с афазией, помимо речевых симптомов, отмечаются когнитивные дисфункции: дефицит внимания, замедление психической активности, снижение способности интерпретировать поступающую информацию. Задача специалистов заключается в адаптации межличностного взаимодействия таким образом, чтобы минимизировать дискомфорт и способствовать формированию оптимального терапевтического альянса.

Рассмотрим основные принципы организации эффективного диалога с пациентами с афазией.

Основным фактором, влияющим на коммуникативные стратегии и определяющим задачи межличностного взаимодействия, является необходимость преодоления и компенсации личностных изменений, вызванных церебральными нарушениями.

Локальное поражение мозговых тканей сопровождается вторичными изменениями эмоционально-поведенческой сферы, которые могут проявляться в виде повышенной возбудимости, устойчиво сниженного настроения, дисфории, патологической заторможенности, отсутствия мотивации. Перечисленные проявления затрудняют взаимодействие и указывают на необходимость разработки специальных стратегий управления коммуникационным процессом, включающих создание атмосферы доверия, учет особенностей психического статуса больного и использование техники эмпатичного слушания.

Второй важнейшей задачей мы считаем снижение тревожности и фрустрации у пациентов с афазией.

Афазия значительно снижает качество жизни пациентов, вызывая чувство беспомощности и социальной дезадаптации. Чтобы предотвратить развитие негативных эмоций, медицинский персонал обязан применять методы релаксации, обеспечивать понятную и доступную форму подачи информации, регулярно подтверждая достигнутый уровень взаимопонимания. Рекомендуется постепенное освоение приемов самоуспокоения через осознанное дыхание и расслабляющие упражнения.

Решение указанных задач возможно при условии адаптации речевого поведения медицинского персонала.

Учитывая ограниченные возможности пациентов адекватно воспринимать обращенную речь, необходимо использовать специальную технику общения, включающую следующие элементы:

1. Формулирование коротких, четких и легко воспринимаемых сообщений, исключающих сложную синтаксическую структуру и полисемантизм лексики.
2. Акцентированное выделение главных смысловых компонентов посредством пауз, смены интонации и повышения громкости голоса.
3. Активное применение невербальных сигналов (жестикация, мимическое выражение лица, тактильные стимулы) для усиления семантической значимости высказываний.
4. Периодический контроль степени понимания информации путем уточняющих вопросов.

Предлагаемая методология представления медицинской информации пациентам с нарушением понимания речи призвана в полной мере учитывать психические, в том числе речевые, особенности пациентов.

Передача сведений относительно диагноза, прогноза заболевания и планируемых лечебно-реабилитационных мероприятий должна осуществляться с опорой на вспомогательную визуализацию и средства невербальной коммуникации: пиктограммы, графики, диаграммы, схематичные иллюстрации. Важно обеспечить достаточное количество времени для осознания услышанного материала и повторять ключевые моменты до достижения уверенности в понимании.

Особую роль в коммуникации с пациентами с речевой патологией средней и тяжелой степеней приобретает комментирование всех этапов диагностических и лечебных процедур, включая предварительный.

Проведение манипуляций должно сопровождаться подробными пояснениями действий медицинского персонала, данными пациенту доступным и конкретизированным языком.

Вне зависимости от характера манипуляций важно использовать все приемы, облегчающие взаимопонимание, включая правильное расположение собеседников в пространстве. Так, если глаза медицинского сотрудника во время общения находятся на уровне глаз пациента, контакт приобретает более доверительный характер.

До начала манипуляции рекомендуется обратиться к пациенту со словами: «Сейчас будет проведено (название вмешательства)». Озвучивая название, необходимо использовать не только официальную лексику, но и общеупотребительные синонимы, которые понятны пациенту, поскольку чуждые его сознанию формулировки вызывают повышение ситуативной тревожности. В ответ на сказанное пациенты с афазией нередко пытаются задавать уточняющие вопросы. С учетом имеющихся у них речевых ограничений, вопросы звучат фрагментарно, без выделения сути. В этот

момент медицинскому персоналу следует проявить выдержку, не перебивать собеседника, осуществляющего поиск подходящего слова, и не пытаться досказать за него фразу.

Во время манипуляций важно оказывать эмоциональную поддержку и контролировать уровень тревожности пациента такими высказываниями как «процедура займет десять минут, пожалуйста, будьте спокойны и расслабьтесь».

Справляясь о самочувствии (если характер манипуляций позволяет поддерживать диалог с пациентом), надо придерживаться среднего темпа речи, уточнять, понимает ли пациент заданный вопрос (особенно, если об этом нельзя догадаться по его ответам), отдавать предпочтение коротким вопросам, допускающим ответы «да» или «нет» (то есть не «как вы себя чувствуете?», а «вы хорошо себя чувствуете?»).

Возникающие паузы необходимо воспринимать с пониманием, поскольку пациенту с афазией всегда требуется время для понимания услышанного и составления внутренней программы речевого высказывания.

По окончании манипуляций важно подвести итог: «Процедура выполнена успешно, теперь вы можете отдохнуть».

На всех этапах можно использовать дополнительную опору в виде письменной речи: записать на листе бумаги ключевые слова, название процедуры, лекарственного средства, симптома и так далее. Такая письменная фиксация медицинской информации помогает пациенту сосредоточиться на тексте, снижает тревожность по поводу возможного забывания услышанного и позволяет вспомнить ход лечения после его завершения.

Наличие в кабинете блокнот или листы бумаги, предназначенные для записок по ходу общения с пациентами с афазией – полезная коммуникативная практика. Блокнот может использоваться не только персоналом для записей, которые в дальнейшем передаются пациенту, но и для того, чтобы сам больной мог выразить свою мысль с помощью рисунка, графического знака или иного способа визуализации, заменяющей экспрессивную речь.

Многолетняя клиническая практика показывает, что в ходе общения с пациентами с афазией успешными оказываются специально разработанные стратегии устранения коммуникативных барьеров. Среди них: разработка индивидуальных схем невербальной коммуникации (карточки, символы, графические образы и жесты); стимулирование письменной формы репрезентации мыслей и чувств; организация психообразовательных программ для родственников и ближайшего окружения пациента, направленных на оптимизацию коммуникаций; подбор темпа, ритма и громкости речи персоналом с учетом речевого статуса пациента; поддержание благоприятной психологической обстановки, обеспечивающей комфортные условия пребывания пациента в стационаре.

Планомерное внедрение специально разработанных методик коммуникации позволяет существенно повысить эффективность коммуникации специалистов с пациентами с афазией и их реабилитации в целом, а также улучшить показатели удовлетворенности качеством оказываемой помощи.