

Лещенко Светлана Геннадьевна

канд. психол. наук, доцент, доцент, заведующая кафедрой

ФГБОУ ВО «Тульский государственный

педагогический университет им. Л.Н. Толстого»

г. Тула, Тульская область

ПРИБРЕТЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ИХ ЭТИОЛОГИЯ

***Аннотация:** в статье представлены нарушения речи, возникающие у участников боевых действий вследствие ранений и травм. Описаны их типичные и атипичные проявления, устанавливаются связи с иными состояниями. Определена проблема логопедической помощи участникам СВО.*

***Ключевые слова:** логопедическая помощь, реабилитация, участники СВО, нарушения речи, посттравматические стрессовые расстройства, ранения челюстно-лицевой области.*

Проведение специальной военной операции внесла значительные изменения в организации реабилитационной помощи участникам боевых действий, в состав и функции реабилитационной команды. Одной из проблем в медико-психо-социального сопровождении участников СВО является восстановление речевых способностей, в той или иной мере утраченных в следствии воздействия неблагоприятных факторов. Нарушения речи приобретенные в условиях ведения боевых действий разнообразны по механизмам и симптоматике, поэтому их описание требует уточнений.

Одним из распространённых последствий на центральную нервную систему является афазия. Афазия представляет собой распад сложившейся речевой системы вследствие локального поражения головного мозга. У участников боевых действий афазия может возникать в случаи прямого повреждения ключевых зон мозга, ответственных за речевые способности, так и случаи контузии, полученные в результате баротравм или не прямых травм головного мозга. На фоне различных боевых ранений и травм могут

развиваться и опухоли, и сосудистые заболевания головного мозга, приводящие к распаду речи. Но в большинстве случаев афазии у участников СВО являются следствием травмы головного мозга, имеющие узко ограниченный очаг.

Для травматической афазии характерны на первом этапе проявления тотальной афазии. Тотальное расстройство речи возникает не только при поражении непосредственно речевых зон, но и пограничных с речевыми областями коры. При ранении зон, пограничных с речевыми, речевые расстройства могут исчезать в резидуальном периоде. При ранении речевых зон, хотя и в стертом виде, но, как правило, речевые расстройства остаются. При травматической афазии лишь на поздних этапах после исчезновения общих мозговых симптомов, явлений диашиза, речевое расстройство приобретает черты локального мозгового синдрома, связанного с локализацией поражения.

Заикание, как расстройство темпо-ритмической организации речи, возникает вследствие судорог в мышцах речевого аппарата. Заикание негативно влияет на ряд жизненных аспектов человека: негативно влияет на скорость и мелодичность речевого высказывания, на коммуникативные взаимодействия с окружающими, снижает самооценки заикающегося, уменьшает востребованность на рынке труда, снижение качества жизни и прибавляет трудностей в социальной и психоэмоциональной адаптации.

Заикание преимущественно проявляется в дошкольном возрасте на фоне развития фразовой речи. Однако есть многочисленные сведения о заикании, появляющемся в более позднем возрасте, и даже у взрослых. Последние годы специалисты стали отмечать увеличение количества случаев появления заикания у взрослых за счет участников специальной военной операции (СВО). Аналогичная тенденция наблюдалась во время и после окончания Великой Отечественной войны.

В современной отечественной логопедии выделяю две формы заикания: невротическое и неврозоподобное.

Одной из причин возникновения органического, неврозоподобное заикания можно считать черепно-мозговые травмы (ЧМТ). Черепно-мозговые травмы

появляются в результате внешнего воздействия, которое нарушает нормальную функцию мозга. Например, при ударе по голове или толчке, проникающем повреждении (огнестрельном, осколочном).

Наряду с классическими проявление органического заикания у участников СВО наблюдается так называемое постконтузионное заикание, возникающее обычно вследствие обширного ушиба головы, резких перепадов атмосферного давления и вибрации при воздействии ударной воздушной волны. Симптоматика отличается атипичностью. Непосредственно после перенесения контузии наблюдаются временные явления тотальной потери восприятия и произведение собственной речи. Через некоторое время, после восстановления физического слуха, восстанавливается речевое восприятие, и контуженный начинает говорить, сначала шепотом, а затем и звучной речью, но с заиканием. Постконтузионное заикание может само по себе уменьшаться и даже совсем исчезает с улучшением общего самочувствия человека, но может возобновляться с его ухудшением.

Невротическая форма заикания является одним из видов логоневроза и носит функциональный характер. Невротическое заикание у участников СВО часто непосредственно связано с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). ПТСР рассматривается как психическое расстройство, которое может развиваться после перенесения человеком травматического опыта, к которому можно отнести военные действия и сопряженные с ними угрозы в жизни человека [1]. Взаимосвязь между заиканием и посттравматическим стрессовым расстройством хорошо задокументирована в зарубежных источниках [4; 5].

Также, среди участников СВО наблюдаются речевые нарушения, вызванные различными ранениями челюстно-лицевой области. После проведенного хирургического лечения в ряде случаев возникают анатомические дефекты и деформации, вследствие чего одновременно могут нарушиться функции жевания, глотания и речи [3]. В этом случае патология обуславливается нарушением иннервации и/или строения артикуляционного

аппарата, и проявляется в дефектах звукопроизносительной стороны: дислалии, дизартии, ринолалии.

Нарушения звукопроизносительной стороны речи часто бывают обусловлены нарушением слухового анализатора. Баротравмы возникают гораздо чаще, так как бои зачастую ведутся в условиях городских строений, нахождение в которых резко повышает давление звуковых волн от разрывов боеприпасов внутри помещений.

Реабилитация участников СВО включает в себя различные аспекты: от медицинской поддержки до психологической адаптации и социальной интеграции, и представляет собой комплекс мероприятий, осуществляемый специалистами разных областей науки, в том числе логопедии.

Основные положения клинико-психологической реабилитации могут быть выполнены на трех основных этапах реабилитации. Третий из них, медико-психологический этап, обеспечивает восстановление психофизического здоровья, трудоспособности, стрессоустойчивости и приспособляемости в обществе [2]. Логопед подключается к реабилитационному процессу в по мере необходимости, так как корректировка реабилитационных мероприятий должна проводиться в зависимости от индивидуального реабилитационного потенциала участника СВО и носить личностно-ориентированный характер.

Таким образом, можно сказать, что логопед является необходимой составляющей реабилитационной команды. Но на данном этапе, несмотря на то, что имеется ряд практических разработок, еще недостаточно описаны протоколы действий и не выявлены все особенности восстановительного воздействия логопедов при оказании помощи участникам боевых действий.

Список литературы

1. Александров Е.О. Этапы клинической динамики посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий / Е.О. Александров, Е.О. Красильников // Сибирский вестн. психиатрии и наркол. – 2000. – №2. – С. 29–31.
2. Бонкало Т.И. Комплексная реабилитация участников специальной военной операции на Украине: дайджест январь-февраль 2023 / Т.И. Бонкало. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 39 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://clck.ru/3LTqPP> (дата обращения: 08.04.2025). EDN DYKYKP
3. Харитонов Д.Ю. Особенности речевой реабилитации пациентов после хирургических вмешательств в зубочелюстной системе / Д.Ю. Харитонов, Н.Е. Митин, А.Е. Устюгова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №5. – EDN ZQNFPP
4. Craig A., Tran Y. Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: conclusions following meta-analysis // J Fluency Disord. – 2014. – Vol. 40. – P. 35–43.
5. Tran Y., Blumgart E., Craig A. Subjective distress associated with chronic stuttering // J Fluency Disord. – 2011. – Vol. 36 (1). – P. 17–26.