Аудиовизуальная оптимизация при восстановлении речи у больных с моторной афазией

Содержание

Введение

1. Развитие учений об афазии и анализ методик стимулирования речи

1.1 История изучения проблемы восстановления речи у больных с последствиями очаговых поражений головного мозга

1.1.1 Классификации форм афазии

.1.2 Характеристика направлений и методов логопедической работы с больными с последствиями очаговых поражений головного мозга

1.2 Методика восстановительного обучения при афферентной моторной афазии

.3 Методика восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии

.4 Аудиовизуальные методики

Выводы по I главе

. Экспериментальное изучение нарушений речи больных с афазией (Констатирующий эксперимент)

2.1 Цели, задачи и организация экспериментального исследования

.2 Логопедическое обследование

Выводы по 2 главе

. Логопедическая работа с пациентами с очаговыми поражениями головного мозга с моторной афазией

.1 Логопедические рекомендации

Выводы по 3 главе

Заключение

Список литературы

Введение

афазия речь головной мозг

Наиболее частым последствием инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства и др. (примерно в 40-50% от общего числа пациентов) являются нарушения речевой функции, проявляющиеся в форме афазий и дизартрии, которые нередко сочетаются с патологией других высших психических функций (различными видами агнозий и апраксий), правосторонним гемипарезом и психическими расстройствами. Последние связаны либо непосредственно с очаговой или общемозговой патологией, либо являются реакцией на дефект, т.е. на резко изменившийся социальный статус и положение в семье. По выходе из острого состояния пациент начинает оценивать свое положение: невозможность речевого общения, социально-бытовую некомпетентность, ограничение самостоятельного передвижения, и, наконец, неверие в возможность возвращения к труду. Все это приводит к появлению депрессии, тяжелых невротических состояний, суицидальных мыслей и к целому ряду других психических расстройств, которые и являются причиной социальной депривации.

Согласно мировой статистике, в настоящее время отмечается стремительная тенденция к увеличению числа пациентов с инсультом, а также к их «омоложению». По данным ВОЗ, 30% пациентов составляют лица трудоспособного возраста (соотношение мужчин и женщин - 3:1). Криминогенная обстановка в стране, участие российских граждан в войнах, значительно увеличивают число пациентов с последствиями черепномозговой травмы. 75-80% пациентов, перенесших инсульт или получивших тяжелую черепно-мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность. В результате нарушения речи и расстройств двигательной сферы пациенты переводятся на инвалидность 1 или 2 группы без права работы. При этом важнейшим фактором при определении степени инвалидности является именно нарушение речи.

Эти факты и цифры наглядно показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания данному контингенту пациентов комплексной специализированной помощи, которая охватывала бы круг вопросов, связанных с лечением пациентов, максимальным восстановлением или компенсацией утраченных ими двигательных и высших психических функций. Чрезвычайно важное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает восстановительное обучение, включающее различные методы нейропсихологической, психологической, логопедической, социально-психологической и других видов работы.

Основной целью восстановительного обучения пациентов с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы является преодоление афазии, дизартрии, а также неречевых агнозий и апраксий. Их методология и основные принципы определяются прежде всего тем, что указанные нарушения представляют собой следствие локальных поражений мозга.

Отсутствие в этих случаях первичных расстройств мышления, памяти, внимания, возникающих вследствие диффузных поражений мозга, обусловливают специфику используемых приемов работы. Кроме того, последние зависят от конкретных форм афазии, дизартрии, агнозии, апраксии, которые, в свою очередь, определяются характером очага поражения, его размером и локализацией.

Эффективность нейрореабилитации обеспечивается комплексом мероприятий, охватывающим:

медикаментозное лечение; ЛФК, массаж, физиотерапию;

восстановительное обучение, предполагающее индивидуальную и групповую логотерапию, а также систему психолого-коррекционного воздействия;

мероприятия по социально-трудовой и социально-бытовой реабилитации; психотерапию, в том числе и семейную.

Одним из важнейших вопросов является вопрос о путях оптимизации всей системы реабилитации пациентов с афазией, в том числе и восстановительного обучения, как части этой системы, что и определяет **актуальность** выбранной нами темы**.**

**Цель** работы в определении пути логопедической практики в процессе произносительной стороны речи с применением растормаживающих методик и аудиовизуальных средств обучения.

**Задачи:**

- изучить по литературным источникам различные точки зрения на роль растормаживающих методик по соответствующим литературным источникам.

- Провести анализ методик и применить их на практике.

- Отметить этапные результаты.

- Подобрать индивидуально значимый лексический материал.

 Определить общий результат социально-психологической реабилитации. **Объект исследования** - речь людей после поражений центральной нервной системы (инсульт, черепно-мозговые травмы, нейрохирургические вмешательства).

**Предмет исследования** - растормаживающие методики.

**Гипотеза**. Мы предположили, что логопедическая работа по преодолению нарушений речи у больных с моторной афазией будет наиболее эффективна если работа будет начата на ранних этапах заболевания, с растормаживания произносительной стороны речи с применением аудиовизуальных методик с учетом преморбидного индивидуалього языкового тезауруса.

**Методы:**

изучение и анализ медицинской документации;

беседа;

наблюдение за больными;

логопедическая диагностика больных с афазией;

количественный и качественный анализ результатов эксперимента.

**Методологической основой** исследования является литература по общей психологии (Л.С. Выготский, Н.И. Жинкин, А.Н. Леонтьев, и др.), нейропсихологии и восстановительному обучению (Э.С. Бейн, Т.Г. Визель, А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский и др.), практической афазиологии (Н.Н. Амосова, Н.И. Каплина, Л.Б. Клепацкая, Н.В. Кошелева и др.), а также специализированные исследования, раскрывающим затронутую в работе проблему (О.Д. Ларина, Л.Е. Селявко) и др.

Разработка специально подобранного индивидуально-ориентированного наглядно-дидактического материала для растормаживания произносительной стороны речи и возможность внедрения его в логопедическую работу и определяет **практическую значимость** диплома.

1. Развитие учений об афазии и анализ методик стимулирования речи.

.1 История изучения проблемы восстановления речи у больных с последствиями очаговых поражений головного мозга

В 1861 голу французский ученый Брока сформулировал свою концепцию о связи нарушения речи с поражением третьей нижней лобной извилины. Борка считал, что получил доказательство локализации центра устной речи в лобных отделах мозга. Это открытие заставило по новому подойти к проблеме афазии, которую до того времени считали своеобразным проявлением общей деменции (Труссо, Бутье, Гуе). Концепция Брока вряд ли приобрела бы столь большое значение, если бы ее автор ограничился только анатомопсихологической параллелью. Он делал свое определение сущности распада речевой системы при моторной афазии, обозначив последнюю афемией в отличие от деменции, для наименований которой Брока пользовался термином «алогия». Исследователь полагал, что в основании афемии лежит особого рода нарушение памяти моторной привычки. Эта концепция, связывающая определенную анатомическую область с тем или иным психологическим проявлением, типична для классического обучения об афазии.

году Вернике описал 10 пациентов с поражением височных отделов коры головного мозга слева с нарушением понимания речи и своеобразными расстройствами экспрессивной речи, письма и чтения. Это дало ему основание связать развитие сенсорной афазии с локализацией патологического очага в задней трети верхней височной извилины.

Крупнейший афазиолог Гольштейн считал, что нарушения сложных функций нельзя соотносить с отдельными участками коры и что мозг человека работает как единое целое. Он связывал нарушение сложных психических функций при заболеваниях головного мозга с изменениями интеллектуальной деятельности, с поражением глубинных «инстинктов», с нарушением «абстрактной установки» и «категориального поведения».

Не оставалась безучастной к оживленным спорам, которые велись по вопросу о сущности афазии, и русская наука. Первые исследования отечественных ученых на эту тему относятся к 80-м годам XIX столетия. Так Кожевниковым были отмечены факты нарушения понимания обращенной речи у так называемых моторных афазиков. В его работе поднимался вопрос о неправомерности деления афазий на моторные и сенсорные. В работе известного невропатолога М.И. Аствацатурова, применившего впервые словесный ассоциативный экперимент у здоровых и у пациентов, приводятся доказательства того, что понимание обращенной речи имеет смысловую, а не наглядную основу.

Выдающийся советский исследователь А.Р. Лурия положил начало особой ветви медицинской психологии - ***нейропсихологии***. Им была разработана стройная классификация форм афазий и выделены ведущие симптомы нарушения, объединяющие различные варианты речевых нарушений. А.Р. Лурия не удовлетворился классическими определениями форм афазии: классическая, неврологическая классификация Вернике-Лихтгейма, лингвистические классификации Х.Хеда и других, каждая из которых отражает уровень развития неврологической, психологической, физиологической и лингвистической наук, характерный для того или иного исторического периода развития учения о речи. Нейропсихологический подход к организации высших корковых функций является продолжением нейрофизиологических открытий И.П. Павлова, Н.А. Бернштейна и П.К. Анохина о системной организации функций и «обратной афферентации», а также нейропсихологических и психологических взглядов Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева и других психологов. В 1947 году А.Р. Лурия формирует принцип системного строения и динамической поэтапной, локализации высших корковых функций. Им разработаны методы изучения нарушений психической деятельности, различных познавательных процессов человека.

Нейропсихологическая методика предложенная А.Р. Лурия, позволяет исследовать различные симптомы и синдромы, закономерные сочетания симптомов, возникающие при поражении тех или иных структур мозга. Применение этой методики позволяет не только делать заключение о наличии той или иной формы афазии, но и диагностировать место поражение головного мозга. Им показано, что при любой форме афазии нарушается реализация речевой деятельности.

В основу современной нейропсихологии и нейролингвистики легло учение о роли внутренней речи и мышления. У истоков психолингвистики стоят имена Ф. Де Сосюра и И.А. Бодуэна де Куртенэ, положивших начало дефференциации понятий «язык» и «речь», «парадигматические», и «синтагматические» отношения, «статика» языка и динамика речи.

Под парадигматическими единицами речи подразумеваются все признаки языка: фонемы, слоговая система, лексика, приставки, суффиксы, определенные словосочетания, то есть то, что характеризует тот или иной язык. Каждая парадигма, например фонема, имеет определенное число признаков, при замене которых меняется смысловое качество фонемы, поэтому парадигматические признаки характеризуются принципом взаимозаменяемости «или» «или»: или ротовой или носовой, или губной, или язычный, или звонкий или глухой. Этими противопоставительными признаками отличаются фонемы, лексемы (приехать-уехать, домик-домище и т. п.).

В речи все парадигматические единицы взаимосвязаны.

Синтагматические единицы взаимосвязаны синтагматически по принципу «и»

«и», не допускающему взаимозаменяемости; в слове фонемы имеют свой жесткий линейный порядок, в предложении предлог не может стоять перед глаголом или наречием и т. п. То есть, парадигматические отношения построены по пространственному, симультанному принципу, а синтагматические - по временному, линейному, сукцессивному принципу.

При разных формах афазии по разному нарушается «парадигматическая» организация импрессивной и экспрессивной речи (А.Р. Лурия, 1975).

Мысль и слово не связаны между собой изначальной связью. Пути их возникновения и развития не всегда совпадают. Связь этих процессов возникает, изменяется и разрастается в ходе самого развития мысли и слова. Эти процессы едины, но не тождественны; единицы, в которых осуществляется мышление и речь, разные. Единство этих процессов проявляется наиболее четко в значении слова; мышление и речь разные. Единство этих процессов проявляется наиболее четко в значении слова, мышление не выражается, но совершается в слове (Л.С. Выготский, 1934).

Речь является одной из самых сложных форм высших психических процессов. Ее характеризует прежде всего чрезвычайная подвижность и многозначность, тесная и сложная связь со всеми другими высшими психическими функциями человека, которые по своей природе являются функциональными системами, социальными по происхождению и опосредованными по структуре.

Это означает, как это многократно отмечалось в литературе (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, и др.), что не одна сколько-нибудь сложная форма психической деятельности не протекает без прямого или косвенного участия речи. Поэтому было бы неправильным рассматривать речь лишь как частный психический процесс.

Для полноты ее характеристики и определения ее места среди других высших психических процессов необходимо различать речь как специальную форму психической деятельности, общую речевую организацию психических процессов.

Известно, что у здорового человека нет ни одного психического процесса, который бы протекал вне речи, без организующего участия. С помощью речи осуществляется отвлечение и обобщение сигналов действительности.

Функция речевого общения возникла и развивалась совместно и в тесной связи с другой функцией речи обобщением. Исследования развития речи показали, что, также как невозможно общение без знака, так оно невозможно и без значения. «...Общение необходимо предполагает обобщение и развитие словесного значения» (Л.С. Выготский Избранные психологические исследования, 1956, стр. 51). Звук, оторванный от мысли, от значения, перестает быть звуком человеческой речи.

Благодаря этим функциям общения и обобщения, речь стала могучим средством познавательной деятельности, средством мышления. Слово характеризуется не только внешней, звуковой стороной, но и внутренней, тем значением, которое оно имеет. Слово представляет собой живое единство звука и значения, оно содержит в себе как живая клеточка, все основные свойства, присущие речевому мышлению (Л.С. Выготский, избранные психологические исследования, 1956, стр. 47).

Естественно, что мозговые поражения приводят к не менее сложным и разнообразным формам нарушения речи. Поражения головного мозга устраняя то или иное звено сложной функциональной системы, приводят к нарушениям речи, резко отличающимся друг от друга.

Афазия является сложным нарушением речевой деятельности, возникающим при деструкции морфологических образований мозга и захватывающим разные уровни строения речи. Она представляет собой сложное нарушение, пронизывающее всю психическую жизнь человека и проявляющееся прежде всего в нарушении коммуникативной функции речи, захватывающем не только внешние формы коммуникации, такие как сообщение и побуждение к речи, предполагающие наличие собеседника, но и внутренние ее формы, протекающие на уровне внутренней речи и представляющие собой общение человека с самим собой, являющееся одной из важных форм речевой деятельности. Нередко афазии приводят к нарушению всего смыслового строя речи, к сужению значения слова и его смысловых зон, или к полной утере их, к нарушению кодирования сложных логико-грамматических конструкций устной речи и т.д. Уже этот небольшой перечень дефектов в системе речевой деятельности дает представление о сложной картине, возникающей при патологии речи и чрезмерных трудностях, выпадающих на долю человека заболевшего афазией.

Афазия - это системное приобретенное расстройство уже сформировавшейся речи, возникающее при органических повреждениях коры больших полушарий головного мозга; характеризуется нарушениями разных языковых модальностей (экспрессивная речь, импрессивная речь, чтение и письмо); охватывает разные уровни организации речи (фонетику, лексику, грамматику, семантику); влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая, прежде всего коммуникативную функцию речи.

Афазия - полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.(А.Р. Лурия)

Ключевые моменты в определении афазии, значимые для дифференциальной диагностики:

1) Афазия всегда является результатом повреждения головного мозга. Чаще всего афазии вызваны инсультом, но также они могут возникать из-за травм головы, хирургического вмешательства, роста опухоли или инфекции.

2) Афазия - приобретенное расстройство, которое характеризуется полной или частичной потерей функции уже сформировавшейся речи. Термин «детская афазия» относится к проблеме нарушения уже сформировавшейся речи у детей.

3) Афазия включает расстройства разных языковых уровней: устной речи, понимания обращенной речи, чтения и письма. В большинстве случаев происходит нарушение (хотя и неравномерное) во всех четырех языковых модальностях.

4) Афазия - это не расстройство органов чувств или интеллекта и не является результатом психического расстройства. Такие исключающие характеристики определения афазии крайне важны для ориентации в широком спектре других когнитивных расстройств.

Таким образом, понятие афазии сводится к признанию системности речевого расстройства, а также нарушения процессов как внешней, так и внутренней речи. Показателем системности речевой функции является то, что она обеспечивается одновременным взаимодействием различных функциональных систем головного мозга, а не последовательной работой их звеньев.

Помимо локализации очага поражения и его размеров, специфику нарушения речи при каждой из форм афазии определяет степень тяжести и этап заболевания. Важную роль играют также патогенетические механизмы. Так, например, при сосудистых поражениях головного мозга большое значение имеет характер нарушения мозгового кровообращения, степень выраженности нейродинамического компонента, состояние непострадавших участков мозга и т.д. При афазиях же, имеющих травматическую или опухолевую этиологию, наиболее значимы тяжесть деструктивного дефекта, а также сроки и характер оперативного вмешательства. Определенное значение имеют и преморбидные интеллектуально-характерологические черты личности больного (Лурия, 1947; Оппель, 1972).

Для понимания специфики речевого расстройства при той или иной форме афазии, а, следовательно, и для обеспечения дифференцированного подхода к их преодолению, чрезвычайно важно выявить как механизм нарушения, так и определить локализацию очага поражения в головном мозге с помощью нейровизуализационных методов исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.).[33]

А.Р. Лурия различает шесть форм афазий: акустико-гностическая и акустикомнестическая афазии, возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга, семантическая афазия и афферентная моторная афазия, возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга, эфферентная моторная афазия и динамическая афазия, возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у правшей).

Афазии, возникающие при поражении верхневисочных и нижнетеменных зон, входящий во второй функциональный блок (А.Р. Лурия, 1979), называются задними формами афазии. Это афазии при которых нарушаются парадигматические отношения. Афазии, возникающие при поражении заднелобных отделов мозга, входящих в третий функциональный блок называются передними афазиями. При этих формах афазии нарушаются синтагматические соотношения.

При поражении речевых зон происходит нарушение так называемой первичной предпосылки, осуществляющей специфическую деятельность соответствующей анализаторной системы. На основе первичного анализаторного нарушения возникает вторичный, также специфический, распад всей функциональной системы языка и речи, т. е. Возникает нарушение всех видов речевой деятельности: понимания речи, устной и письменной речи, счета и письма и т. д. Характер и степень нарушения понимания речи, ее экспрессивной формы, чтения и письма зависят прежде всего от величины очага поражения в коре головного мозга, а от тех гностических (кинестетической, акустической, или оптической) предпосылок, которые по-разному вносят свой вклад в реализацию различных речевых процессов.

Для нормального протекания речевого процесса необходима полная сохранность не только фонем и артикулем, но и своевременная смена иннервации, обеспечивающая своевременное быстрое и плавное переключение с одного речевого элемента на другой. Известно, речевой акт возможен лишь при сохранности кинетической цепи артикуляторных движений, одни из которых своевременно тормозятся, уступая место следующему движению.[16]

1.1.1 Классификации форм афазии

Поражение зоны Брока и приводят как раз к нарушению этого компонента в структуре речи, в результате чего и наступает ***эфферентная (моторная) афазия.***

Эта форма афазии возникает при поражении передних ветвей левой средне мозговой артерии. Она сопровождается, как правило, кинетической апраксией, выражающейся в трудностях усвоения и воспроизведения двигательной программы. Центральным дефектом при этой форме афазии является патологическая инертность раз возникших стереотипов.

Персеверации, возникающие на этой основе, затрудняют или делают совсем невозможным протекание устной речи, чтения и письма. Все дефекты речи протекают на фоне сохранности произношения отдельных звуков, трудности начинаются лишь при переходе к серийному произношению звуков.[6]

При этой форме афазии в первую очередь и по преимуществу поражается устная речь. Проявляется это нарушение не только в дефектах серийной организации речи, как моторного акта, но и в глубоком нарушении грамматического строения речи. Сама артикуляция отдельных звуков здесь остается потенциально сохранной, и центральное нарушение заключается в патологической инертности раз возникающих стереотипов (или двигательных персевераций), препятствующих переключению с одной артикуляции на другую. Поэтому такой пациент, хорошо произносящий отдельный звук, продолжает персеверировать прежний звук, или дает контаминацию прежнего звука с нужным. В результате подобных дефектов нарушается динамическая схема всего слова и фразы, что приводит к грубому нарушению устной речи, а иногда и к полной ее невозможности. (А.Р. Лурия 1947, 1962 гг.). В случае грубой эфферентной моторной афазии речь таких пациентов нередко замещается речевыми осколками - *эмболами* («совершенно-совершенно», «черт возьми», «ну вот - ну вот» и др.), во всех случаях речевого общения пациенты произносят только этот, оставшийся у них речевой эмбол.

Нарушение механизмов переключения приводит к распаду «кинетической мелодии речи», эхолалиям, персеверациям, которые тормозят нормальный речедвигательный акт.[25]

В отличие от пациентов с афферентной моторной афазией, эти пациенты могут повторять отдельные звуки, а нередко и отдельные слова (что обычно возможно при большом временном интервале между словами), у них с большей легкостью артикулируются слова при заканчивании данных им фраз из песни или стихотворения, однако, активное произнесение каких - либо слов, называние предметов им полностью недоступно.

Все трудности при этой форме афазии начинаются, как только пациенты переходят к произнесению звуков, отдельных слов, и тем более фразы. При эфферентной моторной афазии в основе нарушения связной речи лежат не только дефекты моторной стороны речи, но и глубокие дефекты грамматической и синтаксической структуры фразы.

Экспрессивный аграмматизм проявляется в дефектах согласований слов в соответствии с падежом при производстве отдельной фразы или целого высказывания, намечаются и дефекты порядка слов в фразе меняется место сказуемого в предложении, нередко и прилагательные, определяющие предмет, переходят на другое место, фраза может быть разорванной и др. *(Чем занимается теперь Ваш сын? Сын...мой...он...мои...теперь, видите ли...ви...вид...как это... сын... старший... он... это вот...старсторен...стушентит институ...* Пациент хотел сказать: мой старший сын студент института). Не остается сохранным и понимание речи. Импрессивная речь, а также и интеллектуальные процессы оказываются здесь столь же дезавтоматизированными, как и экспрессивная речь пациентов.

Дефекты устной и импрессивной речи протекают на фоне и совместно с нарушением внутренней речи, которое препятствует нормальному программированию и развертыванию речи. Для понимания речи пациенты нередко начинают нуждаться в замещении внутренних схем высказывания внешним проговариванием (А.Р. Лурия, 1962).

Патология серийной организации речевого акта, проявляющаяся в персеверациях, в дефектах переключения усугубляется снижением речевой активности, то есть дефектами избирательности в системе речи, которые проявляются в увеличении употребления речевых шаблонов, стереотипных фраз и наиболее частотных слов.

Нарушение механизма переключения с одной иннервации речи на другую, нередко приводит к грубейшим нарушениям устной речи, чтения и письма, или к полному их выпадению. В случаях, с менее выраженными нарушениями речи, легко обнаружить основные симптомы эфферентной моторной афазии. Совсем другая группа нарушения речи возникает при поражении ретроцентральных областей коры левого полушария. Сюда прежде всего относится вторая форма моторной афазии ***афферентная или кинестетическая моторная афазия***, наступающая при поражении нижних отделов постцентральной области левого полушария, примыкающих к Роландовой борозде. Нарушения речи в этом случае протекают в синдроме ряда апраксических расстройств: нарушений орального праксиса, движений пальцев рук и др. Центральным дефектом при этой афазии является нарушение артикуляторного акта, выступающее как следствие нарушения кинестетической организации двигательных актов (А.Р. Лурия, 1947, 1962). Речь в этих случаях на уровне отдельных артикуляций и произнесения отдельных слов. Процессы, обеспечивающие четкую артикуляцию, связаны с нормальной работой задних афферентных систем коры левого полушария.

Поэтому поражение этих областей мозга и приводит к нарушению тонких артикуляторных движений, проявляющемуся в невозможности найти нужные положения языка и губ для произнесения нужного слова. Поскольку процессы кодирования и декодирования речи оказываются тесно связанными, то при этой форме афазии нарушения речи страдает и ее импрессивная сторона.

Это объясняется тем, что в процессе понимания значительную роль играет кинестетический контроль, сопряженное, скрытое произнесение воспринятого на слух сообщения.[25]

Период значительного понимания речи у пациентов с афферентной кинестетической моторной афазией непродолжителен (от одного дня до нескольких суток после инсульта), после чего у них отмечается быстрое восстановление понимания ситуативной речи, понимания значения отдельных слов, возможность выполнения несложных инструкций.

Длительное время у пациентов наблюдаются специфические особенности нарушения понимания. Они заключаются во вторичных нарушениях фонематического слуха. При афферентной кинестетической моторной афазии возникают трудности в распознавании на слух слов со звуками, имеющими общие признаки по месту и способу артикуляции (губные: б - м - п, переднеязычные: д - л - т - н, сонорные щелевые: н - х - ш, сонорные и гласные и т. д.). Эти трудности фонематического анализа в целом компенсируются избыточностью фонематических различий слов в разговорной речи и позволяют им понимать ее, но сказываются в письме пациентов. Нарушение понимания слова ухудшается в тех случаях, если пациент пытается его проговорить, т. е. включает первично нарушенный кинестетический контроль.

Наряду с артикуляторными нарушениями, приводящими к нечеткости восприятия на слух речи, при афферентной кинестетической моторной афазии наблюдаются трудности понимания лексических средств языка, передающих различные сложные пространственные отношения. К ним относится прежде всего характерный для этой формы афазии предложный импрессивный аграмматизм: при сохранном понимания значений отдельных предлогов нарушается возможность расположения в пространстве трех предметов, например, положить или нарисовать карандаш под кисточкой и над ножницами, т.е. наблюдаются нарушения понимания, свойственные для семантической афазии.

Значительные трудности в понимании вызывают глаголы с приставками (завернуть, возвращаться и др.), которые, кроме пространственного признака, отличаются и многозначностью. Особые трудности испытываются в понимании значений личных местоимений, употребляемых в косвенных падежах, что объясняется отсутствием в них предметной отнесенности, наличием различной пространственной направленности, обилием фонематических изменений (например, мне - меня - мною).

При афферентной кинестетической афазии, как правило, наблюдается конструктивно-пространственная апраксия, а при втором варианте и пространственная дезориентированность. Последняя усугубляет представление о плохом понимании больным речи, например, пациенты испытывают чрезвычайные трудности при выборе книги, альбома или другого предмета на книжной полке. Сложность и многообразие особенностей нарушения понимания при афферентной кинестетической моторной афазии компенсируется в повседневной речи избыточностью, конкретностью ситуации, и что создает картину относительной сохранности у них понимания речи.[41]

Некоторые исследователи указывают на сужение смысловых связей слова, на его обеднение со стороны значения у пациентов с моторной афазией, этот дефект особенно проявляется в стадии грубого нарушения речи (В.М. Коган, 1962). Нарушение устной речи (а также и понимания речи) при афферентной моторной афазии находится в прямой связи с дефектами внутренней речи, на что указывают многие исследователи (А.Р. Лурия, В.М. Коган, О.П. Кауфман, Т.М. Мохова и др.). О.П. Кауфман писала, что неумение найти нужную артикуляцию при продуцировании звука, или нужное слово для обозначения предмета или выражения мысли, выступает как специфическое нарушение внутренней речи у пациентов с моторной афазией.

Нарушения внутренней речи особенно проявляются в письме этих пациентов (А.Р. Лурия, Л.К. Назарова, О.П. Кауфман и др.). Известно, что в норме порождение связного предложения или целого высказывания, его развёртывание возможно лишь на основе сокращённых схематических образований внутренней речи, одной из функций которой является программирование высказывания. Те фрагменты, которые проявляются во внутренней речи моторного афазика, этими свойствами не обладают. Эта группа пациентов не лишена речевой интерации (О. П. Кауфман). У них распадается не только сетка замыслов, сколько материальная организация слова и предложения.

.1.2 Характеристика направлений и методов логопедической работы с больными с последствиями очаговых поражений головного мозга

Для правильной организации восстановительного обучения больного необходимо дать тщательный анализ особенностей речевого дефекта и выявить основной фактор, лежащий в основе распада речи, в данном случае - экспрессивной речи. Вместе с тем необходимо учитывать и тот факт, что более элементарно организованные формы речевой деятельности, получившие высокую автоматизацию протекания в прошлом опыте больного, могут оставаться более сохранными, чем высокоорганизованные формы речи.

Восстановление речевой функции при любой из форм афазии требует системного подхода, т.е. подразумевает нормализацию всех нарушенных языковых уровней. Однако при каждой из форм афазии имеются и специфические задачи, связанные с преодолением первичного речевого дефекта (Цветкова, 1979, 2004).

Практическая помощь больным с афазией один из наиболее актуальных разделов афазиологии, являющейся, в свою очередь, неотъемлемой частью современной нейрореабилитации. В настоящее время в практической афазиологии накоплен значительный арсенал теоретических разработок и данных по их воплощению в клиническую практику.

Первые указания на возможность восстановления у больных утерянной речи содержатся в трудах П. Брока (1861), который отмечал, что «терпеливые занятия с пострадавшим, подобные тем, которые ребенок получает от матери, могут принести неплохие результаты». К.Вернике (1874), описывая сенсорную афазию, считал, что необходимо тренировать больных в восприятии, понимании речи на слух.

Gutzmann (1901) отмечал значение начального этапа восстановительного обучения, когда активны спонтанные компенсаторные процессы, и признавал продуктивность разных методов работы с больными, включая оптико-тактильный и повторение слов на слух.

Несколько позже важные добавления в восстановительное обучение больных с афазией сделал Kussmaul (1910). Он обосновал целесообразность использования метода постановки звуков, как при работе с глухими, и обозначал данный метод как «чтение с губ» или оптико-тактильный. Сторонником оптико-тактильного метода был и Froschels (1928).

Zangwill (1947) утверждал, что при афазии необходима восстановительная речевая терапия, которая должна заключаться в проведении игр, концентрирующих внимание больных, а также в заданиях, побуждающих их к высказыванию.

Wepman (1951) концентрировал внимание на необходимости интенсивного использования простых приемов работы с больными: повторной речи, называния предметов, использования наглядности в виде картинок, лепки предметов из пластилина, срисовывания. Schuell (1955) ввела в восстановительное обучение при афазии метод «прослушивания» или, иначе, слуховой стимуляции, вновь обретающий популярность в наши дни.

Непосредственный вклад в проблему практической помощи больным с афазией имеют первые практические пособия отечественных авторов: Ю.А. Флоренская и В.А. Гринер (1941); Б.Г. Ананьев (1948), А.Д. Чернова (1958).

В.М. Коган (1962) создал оригинальную высоко продуктивную методику, в которой органично переплетаются приемы слуховой стимуляции речи и «смыслового обыгрывания» слов. Главным методом собственно речевой работы он считает установление зрительно-слуховых связей, связей «предмет слово», т.е. соединение мира предметов с миром слов. Среди смысловых связей В.М. Коган выделяет ближайшие и более далекие, систематизированные по смысловым «гнездам» [40].

*Э.С. Бейн и Л.С. Цветковой были разработаны основные принципы и методы восстановления высших психических функций.*

Одной из наиболее значимых работ является монография Э.С. Бейн. Для практической афазиологии она ценна тем, что в ней представлено описание различных видов компенсации нарушенных функций и даны указания к практическому применению. Э.С. Бейн раскрыла нейропсихологическую сущность трех видов компенсации викариат, замещение и перестройка и обосновывает тот факт, что для афазиологии ведущим является перестройка. Викариат значим на самых начальных этапах восстановления, когда формируется очаг и улучшения пострадавших функций достигаются за счет высвобождения охваченных диашизом мозговых зон. Замещение - замена одной анализаторной системы другой. Оно более актуально в тех случаях, когда анализаторная система выпадает целиком, например, при глухоте или слепоте, а не расстраивается частично, как при афазии. Перестройка же рассчитана на комбинаторные изменения внутри функции. Она состоит, как разъясняет автор, в привлечении запасных (для пострадавшей функции) опор в качестве основных, что позволяет осуществить ее новым способом, привлекая непострадавшие участки мозга [6].

Л.С. Цветкова разработала ряд теоретических принципов восстановительного обучения больных с нарушениями высших психических функций путем перестройки функциональных систем мозга. Эти методы, широко внедренные в клиническую практику, позволили добиваться реабилитации больных с нарушениями речи (афазией), письма, чтения и др. психических функций и возвращения этих больных к нормальной социальной жизни. Описаны новые факторы (механизмы) нарушения речи при акустико-мнестической и амнестической афазиях. Впервые было показано, что при всех формах афазии нарушаются образы-представления и образы-восприятия, было сформулировано новое определение афазии и описано ее психологическое содержание. Впервые теоретически и экспериментально решен важнейший вопрос о нарушении языка или речи при афазии [58].

Работы М.Г. Шохор-Троцкой (Бурлаковой), выполненные в 1972 и 2001 годах. Монография 1972 года посвящена непосредственно острому этапу восстановительного обучения. В ней дано теоретическое обоснование необходимости раннего начала занятий с больными, а также подробно описаны различные методы логопедической работы. Учитывая, что острые больные не могут, как правило, включаться в восстановительный процесс сознательно из-за значительного объема функциональной симптоматики, автор делает вывод, что главными в этот период заболевания должны быть стимулирующие и растормаживающие методы. Такой подход основан на учете автором мозговых механизмов компенсации, характерных для острого этапа заболевания и, следовательно, имеет нейропсихологическую направленность. Как показали результаты проведенных М.К.Шохор-Троцкой исследований, предлагаемая автором тактика работы обеспечивает последующий переход к произвольному участию больного в восстановительном процессе [68].

Монография В.В. Оппель «Восстановление речи после инсульта», написанная в 1972 году, является важнейшим вкладом в дело практической помощи больным с афазией. Этот труд носит поистине основополагающий характер. В нем даны теоретические обоснования восстановительного обучения в целом и приведены конкретные, авторские методы, приемы, упражнения для работы с больными, отмеченные личностной заинтересованностью В.В. Оппель в успешности их использования на практике. Автором детально разработаны программы занятий с больными. Утверждается приоритетность на начальных этапах работы методов использования автоматизированных речевых рядов, пения песен со словами и т.п. Учитывается и необходимость накопления словаря, а также стимуляции правильного грамматического оформления речи.

На базе этого материала выполнен целый ряд различных разработок диссертаций, пособий, методических пособий и пр., что является ярким примером невозможности создания нового без знания и учета того ценного, что было ранее, без опоры на него.

Следует указать на исследования В. К. Орфинской (57, 58), которая в своем подходе к больным опирается на лингвистическую классификацию афазий. Ею детально разработаны методики восстановления морфологической системы словообразования и грамматического строя речи при афазии.

М.А. Грицышиной, В.Я. Коцовской, Г.М. Сумченко, М.Г. Храковской и многими другими логопедами-практиками СанктПетербургской школы внесен ценный вклад в дело практической афазиологии. Ими предприняты усилия по структурированию и систематизации используемых методов восстановительного обучения, по стандартизации форм ведения документации. Целью таких разработок являлась выработка единого профессионального языка для сближения специалистов разных афазиологических школ, что, безусловно, крайне актуально. Большой вклад в дело практической помощи больным с афазией в русле луриевской нейропсихологии внесли многие отечественные специалисты московской школы. Ими разработаны разные методы, среди которых наиболее используемым является метод экстериоризации внутренней программы фразы с ее последующей интериоризацией. Метод рассчитан на восстановление фразовой речи. Используются наглядные опоры (запасные афферентации) в виде фишек.

Каждая из них маркирует определенный член предложения. Предлагается на начальном этапе обучения использовать максимальное число фишек, а затем постепенно «сворачивать» их число. Таким образом, достигается перевод внешнего образа фразы во внутренний. Нейропсихологические истоки метода состоят в представлениях о том, что на начальных этапах освоения функции в этом процессе задействованы большие площади мозга, а по мере ее автоматизации мозговое участие в ее осуществлении становится все более экономным.

В качестве развития основных положений учения А.Р. Лурии и представителей его школ, следует рассматривать работы В.М. Шкловского и Т.Г. Визель (1982, 1997), а также сотрудников Московского Центра патологии речи и нейрореабилитации (ЦПРиН). Составлен ряд специальных пособий, где приводятся конкретные методы работы с больными на разных стадиях заболевания (Н.Н. Амосова, Н.И. Каплина, 2003 г., Н.В. Кошелева, 2006 г., И.М. Авдеева, 2011 г., Л.Б. Клепацкая, 2011 г., Г.К. Гераськина, 2014г., О.Д. Ларина, 2016г. и др.). В них представлены системные, научно обоснованные программы восстановительного обучения при разных формах афазии.

Пособия «Как вернуть речь» (Т.Г. Визель, 2011) и «Коррекция сложных речевых расстройств» (М.К. Шохор-Троцкая, 2000) предназначены как для специалистов, так и для родственников больных. В них содержится доступное изложение сути тех или иных нарушений речи угольных с афазией, а также приводятся разъяснения смысла предлагаемых методов обучения. Упражнения, включенные в пособия, имеют четкую систематизацию. Практически все тексты, включая стихотворные, являются авторскими. Пособия находят широкое использование в афазиологической практике.

Помимо совершенствования этих собственно методических проблем, следует отметить и важнейшую роль ЦПРиН в организации специализированной службы для больных с патологией речи и других ВПФ и личный вклад создателя и научного руководителя Центра В.М. Шкловского [62].

Создание А.Р.Лурией дисциплины нейропсихологии существенным образом обогатило практическую составляющую восстановительного обучения.

Разработка обучающих методов стала иметь не только феноменологическую ориентацию, но проводиться с учетом мозговых механизмов, являющихся причиной того или иного нарушения и тех факторов, которые значимы для его компенсации.

Особенности состояния больных с афазией на раннем этапе после инсульта ставят перед логопедом ряд специальных задач: они заключаются в использовании таких логопедических методик, которые способствуют характеру речевого расстройства в его начальной стадии и содействуют быстрому темпу и наиболее высокому уровню восстановления речевых функций.

.2 Методика восстановительного обучения при афферентной моторной афазии

Наиболее эффективный путь восстановительного обучения требует того, чтобы логопед начинал работу по восстановлению экспрессивной речи у пациентов с афферентной моторной афазией с растормаживания непроизвольно протекающих речевых процессов.

На необходимость и эффективность применения системы приемов, растормаживающих (деблокирующих) наиболее автоматизированные формы речи и применяемых до специально направленного восстановительного обучения, а затем и совместно с ним, указывается во многих исследованиях советских и зарубежных авторов по афазии (А. Р. Лурия, 1960, Э.С. Бейн, 1964, В.М. Коган, 1962; Ю.А. Флоренская, 1949, К. Гольдштейн, 1947; Джексон, 1 879, Шуэлл 1965 и др.).

Чрезвычайно важное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает восстановительное обучение, включающее различные методы логопедической, нейропсихологической, психологической, логопедической и социальной работы (Цветкова, 2004; Шкловский, Визель, 2011; Шохор-Троцкая (Бурлакова), 2001).

Работа с больным строго дозирована в зависимости от особенностей общего состояния пациента и носить щадящий характер (Бурлакова (ШохорТроцкая), 1972, 1991).

Работа по растормаживанию устной речи начинается обычно с упражнений, помогающих всплыванию привычных речевых рядов - порядковый счет, называние дней недели, месяцев; беседа, предполагающая односложные ответы больного на простые вопросы, пересчет предметов, пальцев, пропевание знакомых мелодий с опорой на написанные тексты, песни.

Существенное значение для растормаживания упроченных речевых процессов имеет включение в работу остатков эмоциональной речи - воспроизведение имен близких больному людей, обозначений, связанных с любимым делом или с профессией и т.д. Наиболее эффективным средством растормаживания является называние знакомых имен, сначала совместно с логопедом, а позже - вслед за ним. Сопряженное и тем более, отраженное пение песен создает благоприятные условия для экфории отдельных слов или даже целых фраз из пропеваемых песен (Ахутина, Пылаева, 1989; Шкловский, Визель, 2003). Не менее полезным является выделение ритмико-мелодической структуры фразы оставшейся наиболее сохранной у пациентов с афферентной моторной афазией. Напевное чтение стихотворений, сопровождаемое отстукиванием рукой его ритмической структуры, воссоздание интонационного строя речи путем имитации голосом вопросительных, утвердительных, восклицательных и других интонаций - все это облегчает растормаживание непроизвольной речи.

Очень полезным в этом отношении являются упражнения, в которых больному читается простой, но эмоционально содержательный рассказ. Пациент в ответ на каждый прочитанный отрывок эмоционально реагирует, соответствующей интонацией показывая свое отношение. Эмоциональная реакция больного, если она неподдельная, а вызвана волнующим содержанием рассказа, нередко вызывает к жизни междометия - «ах, ох, ай-яй, ой», а иногда и стереотипные фразы «ах ты», «да-да-да!», «вот-вот». Эту же эмоционально-речевую реакцию можно получить и при рассматривании больным специально подобранных, эмоционально насыщенных сюжетных картинок, одинарных или серийных. Описанный вид упражнений требует умелого подбора материала, с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Хорошим примером является и включение больного в порядковый пересчет предметов с опорой на отсчет пальцев рук, а позже - на написание цифр.

Порядковый счет постепенно нужно подводить к результативному счету, пересчитав предметы на столе (или в комнате), пациент должен назвать общее количество предметов, предварительно найдя соответствующую цифру.

Умение вычленить слово из исследовательского ряда - уже есть переход к активной речи.

Наконец, существенную помощь приносит ежедневная беседа с больным о доме, о его семье, о работе, о событиях, близких и интересных больному, требующих от больного речевого внимания, адекватной эмоциональной реакции на вопросы или утверждения логопеда, а позже и нахождение соответствующего слова (среди лежащих перед ним) в качестве ответа на вопрос логопеда и т.д.

Такое сочетание средств растормаживания создает условия для непроизвольного всплывания у больного целых речений, связанных в его прошлом опыте с определенным видом деятельности *(«ах, черт возьми», «дай скорее», «быстро-быстро!», «тише-тише!», «ах ты, ей богу» и др.).* Перечисленные методы растормаживания непроизвольной речи применяются с учетом не только формы афазии, степени выраженности речевых дефектов, но и индивидуальных особенностей личности пациентов. После описанной (предварительной) стадии обучения, опирающейся на сохранные формы речевой и практической деятельности, а также и на эмоциональную сферу, можно переходить к решению основной задачи обучения больного с афферентной моторной афазией к восстановлению произнесения слова путем нарушенной речевой деятельности. В работе с афферентными моторными афазиками после предварительной стадии начинается работа по восстановлению произнесения целого слова без специальной работы над четкой артикуляцией его. Достигается это путем переключения внимания больного с артикуляторной стороны речи на общую смысловую и звуковую структуру слова. Этот подход к восстановлению устной произносительной стороны речи становится понятным, если вспомнить взаимодействие разных компонентов в сложной структуре речи.

Можно предположить, что в случаях нарушения речедвигательного компонента слова восстановление его произношения будет возможным при опоре на сохранные речеслуховой и зрительный компоненты, путем оживления смысловой стороны речи. Как отмечает ряд авторов (В.М.Коган, 1957, 1966; Т.М. Мохова, 1948 и др.) работа над смысловой структурой слова имеет особенно большое значение. Эти авторы считают, что подготовить для произнесения слово, это значит включить его в целую систему всевозможных связей. С другой стороны, еще И.М.Сеченов, а затем и целый ряд современных исследователей указывали на тесную взаимозависимость речеслухового и речедвигательного компонентов речи. Зная всю сложность строения речи и речепроизводства, трудно представить себе, что можно восстановить процесс кодирования речи без учета всех сторон структуры слова и своевременной опоры на сохранные компоненты, особенно учитывая огромную и специфическую роль смысловой стороны речи в процессе коммуникации. Отсюда становится понятным и тот факт, что часто больному с афферентной моторной афазией в процессе обучения значительно труднее произнести ничего не значащий для него отдельный звук, чем знакомое из прошлого опыта целое слово.[16] Поэтому задачей следующей стадии обучения является восстановление произнесения целого слова на основе отрабатываемых слов в систему многообразных смысловых связей, опираясь при этом на речеслуховые образы слов и их предметные изображения.

Прекрасным пособием на этом этапе может послужить сборник упражнений по коррекции сложных речевых расстройств Шохор-Троцкой М.К.

Практически работа проводится следующим образом. Перед больным выкладывается несколько картинок, на которых изображены либо предмет, либо какое-нибудь действие. Отрабатывается наименование одного - двух предметов или действий. Каждый предмет или действие, изображенные на картинках, вводятся логопедом во всевозможные смысловые связи или контексты, в которых может выступать данное слов. Для этого логопед произносит несколько простых и коротких предложений, в которые встроено отрабатываемое слово, причем в разных грамматических согласованиях с другими словами. Проговаривая предложения, логопед должен передавать нужную интонацию, а отрабатываемое слово должно сохранять все время одну и ту же ритмико-мелодическую структуру, что помогает фиксировать внимание больного на нужном слове. Пациент должен внимательно слушать логопеда, соотносить услышанное с соответствующей картинкой. Ему предлагается одновременно с услышанным вспомнить все, что он знает об этом предмете (явлении, действии). Губы логопеда скрыты от больного (а позже подача нужного материала идет с магнитной ленты) с целью отвлечения его внимания от артикуляторной стороны речи. Все внимание больного фиксируется на смысловых связях слова, на его звуковом оформлении и зрительном (предметном) его изображении. Нередко подключаются и тактильные Ощущения при отработке произнесения наименований предметов. Для этого пациент ощупывает нужные предметы или их модели, Пациент, как видно из описания, не остается пассивным во всей этой подготовительной (к произнесению) фазе. Напротив, он много и активно «работает» прежде чем повторить или спонтанно произнести отрабатываемое на, уроке слово: пациент слушает звучание нужного слова, его смысловую характеристику, вспоминает собственные знания о данном предмете (явлении, действии), на основе чего у него возникают соответствующие бывшие в прошлом опыте ассоциации. Далее он находит (выбирает) среди многих других соответствующую отрабатываемому слову картинку, вслед за этим действием он должен подвести отрабатываемое слово под общее понятие и найти все картинки, относящиеся к этой труппе.

Например, отрабатывается произнесение слова «мак». Пациент находит эту картинку, а затем на вопрос логопеда - к какой группе относится эта картинка, пациент находит и показывает ромашку, василек, розу и т.д. и даже пытается произнести слово «цветы».

Практика обучения показывает, что пациенты пытаются произносить отрабатываемое слово уже с самого начала выполнения всей системы перечисленных выше действий. Эти несвоевременные попытки могут затруднить экфорию нужного слова. Поэтому больным (на первых занятиях особенно) предлагается молча слушать и выполнять нужные операции или произносить слово «про себя» (или шепотом). Громкое произнесение слова полезнее разрешать в конце выполнения всей серии действий» Однако, нередко отрабатываемое слово произносится больными правильно уже в процессе подготовительной фразы, и тогда можно переходить к относительному закреплению эффекта на специальном материале.

В начале этой стадии пациенты нередко воспроизводят лишь общий интонационно-мелодический рисунок слова без четкой артикуляции составляющих его звуков, но очень скоро слова приобретают и нужный артикуляционный состав при их произнесении. Важно отметить следующее, что пациенты в этих условиях произносят слова-понятия, а не слова-лексемы, т.е. повторяют вслед за логопедом, а позже и спонтанно произносят слово с полным пониманием его как носителя многих значений. Этот прием слуховой и смысловой стимуляции произнесения слова является основным на первой стадии обучения, но эту работу необходимо сочетать с другими методами, направленными на решение той же задачи. Такими многочисленными приемами могут служить разнообразные упражнения по классификации предметов, явлений, действий, изображенных на картинках по заданным частным или обобщенным признакам, а также и упражнения по классификации тех же изображений, но уже по заданному морфологическому признаку (например, требуется отдифференцировать предметы, наименований которых имеет корень «черн», от предметов, наименование которых имеет корень «сахар»; чернильница, чернила, черный, чернослив и др., сахар, сахарница, сахарный, сахарин и др.)

Длительная работа по узнаванию предметов, изображенных на картинках, по любому заданному признаку, а также специальная работа по включению отрабатываемых слов в различные смысловые связи и контексты - все это способствует оживлению смысловой стороны речи, многозначности слова и его предметной отнесенности, восстанавливая тем самым обобщенные понятия, отраженные в данном слове. Подобная работа над словом в различных его опосредствованиях с опорой на речеслуховой и зрительный его образы создает нужные условия для восстановления интонационноритмической и двигательной стороны слова и побуждает больного к высказыванию. Способность к отраженному произнесению отдельных слов, появляющаяся на этих занятиях, положительно влияет на весь дальнейший ход обучения. Этот факт вызывает положительные эмоции у больного, создает хорошее настроение и вселяет уверенность в успешности обучения. Все эти сдвиги как нельзя лучше способствуют эффекту обучения.

Эмоциональная сторона обучения неговорящих людей строго учитываться и на нее обращено специальное внимание. Логопед уделяет большое внимание эмоциональной окраске каждого занятия, настроению больного, степени его активности на занятиях и вне их. На первых же занятиях все подчинено этой задаче - и материал, на котором ведется работа, и темп урока, и интонации логопеда, и общий настрой занятия.

С помощью описанных приемов на первой стадии обучения пациенты в состоянии повторять слова вслед за логопедом, а некоторые из них произносятся уже самостоятельно. Заучивать слова, их произнесение на этой стадии не рекомендуется. Основной задачей здесь является лишь оживление речедвигательного образа слова через слуховую и смысловую стимуляцию.[29]

В результате работы проведенной на предварительной стадиях обучения, у пациентов, как правило, появляются слова, которые могут составить лишь пассивный словарь, т.е. вызванные к жизни слова на занятии еще не используются активно больным; чаще всего он произносит их в ситуации занятия. Однако уже к концу первой стадии появляется и небольшой запас активных слов, которые пациент может самостоятельно произнести и даже использовать их в общении с другими людьми.

Естественно, что задачей следующей стадии обучения является восстановление активного словарного запаса у пациентов (Коган В.М. 1962г.). Работу над активизацией словарного запаса можно начинать лишь на фоне имеющегося пассивного словарного запаса и расторможенной рядовой речи. В этих условиях с больными проводится работа, целью которой является активное произнесение отрабатываемых слов. Обучение строится таким образом, что пациент неизбежно должен самостоятельно найти нужное слово. С этой целью больному дается картинка, на которой изображен предмет или несложный сюжет (по типу «что делает»), он внимательно слушает все, что говорится логопедом об этом предмете, сопоставлять свои знания об этом предмете, явлении, ситуации с услышанными от логопеда. На этой стадии обучения продолжается работа над актуализацией многозначных связей слова, смысловых контекстов однако само слово логопедом не называется, т.е. звуковой образ искомого слова не дается в готовом виде. Пациент самостоятельно произносит слово на основе услышанной и актуализированной им смысловой информации. Позже пациент должен найти соответствующую картинку и назвать ее (предмет или действие, или признак предмета, изображенный на картинке). Сначала отрабатывается активное произнесение тех слов, которые уже имеются в пассивном словаре больного, восстановленного на первой стадии. Только после этого можно переходить к отработке активного произнесения новых слов-понятий. В процессе работы над актуализацией и произнесением слова от больного не требуется произнесения конкретных слов - наименований предметов, явлений, действий, отраженных на картинках. Пациент может произнести любое слово, актуализованное им и находящееся в той или другой связи с изображением на картинке. Это может быть слово, обозначающее отдельные признаки или свойства предмета, или слово, указывающее на принадлежность и т.д. Например, слушая характеристику предмета, пациент правильно находит картинку, на которой изображен лимон, но он может произнести (что очень часто наблюдается в практике обучения) «кислый», «фрукт», «шар» и даже фразу - «чай пить» и т.д.

Не менее эффективным приемом восстановления активного произнесения слова является включение кинестетических ощущений с руки при ощупывании предметов или их моделей с закрытыми глазами. Ощупывая предмет, пациент по заданию должен опознать его и сообщить любым словом о том, что он узнал предмет. Все время, пока пациент ищет нужное слово, он сидит с закрытыми глазами, продолжая изучать предмет на ощупь, по запаху и т.д., внимательно слушая одновременно словесную характеристику этого предмета, которую дает логопед.

Если же больному не удалось найти нужное слово, предмет отбирается, а его просят нарисовать, что у него *было* в руках, ввести этот предмет в общую категорию, подобрать другие предметы, родственные ему и т.д. И только после этого снова делается попытка назвать этот предмет, или его признак, или группу, к которой он относится и т.д. Этот прием используется в сочетании с другими, он усиливает, активизирует поисковую вербальную работу на основе не только дополнительных афферентаций (от кинестетического и обонятельного анализаторов), но и благодаря возрастанию эмоциональной напряженности. У пациента в этой ситуации есть лишь один способ доказать опознание им предмета - лишь назвав его или его признак. Такое ограничение возможностей нередко (но не всегда) усиливает поисковую вербальную активность пациентов. Этот прием может быть использован только на второй стадии обучения и лишь в сочетании с другими описанными выше приемами.

Отрабатываемые на занятиях слова не заучиваются, а закрепляются в различного рода упражнениях. Например, в беседе пациент дополняет начатую логопедом фразу словом, имеющимся в его активном словаре, в специальных играх - лото, пациенты, произносят отработанные слова, называют предметы, имеющиеся в игре; используют отдельные слова в общении с окружающими их людьми и т.д.

После описанных стадий работы у пациентов восстанавливается ритмикомелодическая структура слова, его смысловая сфера, появляется небольшой пассивный и активный запас отдельных слов. Главным результатом этих стадий обучений является восстановление общего модуса работы речедвигательного аппарата, с одной стороны, и повышение вербальной активности у пациентов - с другой. Именно поэтому на следующей стадии восстановления устной речи можно переходить к звукоартикуляторному анализу составных элементов слова.[29]

Основным методом работы здесь является ритмическое выделение элементов слова путем отстукивания его слоговой структуры с одновременным напевным проговариванием отрабатываемых слов, не обращая специального внимания на произнесение отдельных артикулем. Эта стадия начинается с отработки простых слов, состоящих из двух открытых слогов (ма-ма, ля-ля, дя-дя) с повторяющимися согласным и гласным; после этого можно переходить к работе со славами, в которых меняется лишь один гласный (деда, ми-мо, жи-жа), позднее отрабатывается произнесение слов» включающих разные, резко отличные по артикуляции звуки (ры-ба, и-ду, хо-чу) и, наконец, еще позже переходят на отработку более сложных слов, например, состоящих из трех и более слогов (ка-ре-та, ры-бо-лов). Особое значение приобретает на этой стадии работа по выделению звукобуквенного состава отрабатываемых слов.

После появления у пациентов пассивного и тем более активного словарного запаса и восстановления умения произносить плавно и слитно отработанные слова, переходят к осознанному анализу звукобуквенного состава слов, используя для этого сначала активный словарный запас больного, а позже этот метод, усвоенный больным, может стать способом произнесения новых, не отрабатываемых ранее слов. Этот метод способствует дальнейшему восстановлению устной речи больного, закреплению речедвигательного навыка. С этой целью проводятся упражнения, в которых пациент выполняет серию последовательных операций: услышав слово, пациент должен сначала его проанализировать со стороны его звукобуквенного состава (без произнесения отдельных звуков) назвать количество звуков, найти соответствующие буквы (в разрезной азбуке) и из них составить нужное слово, списать его, затем написать его, по следам, прочитать, и лишь затем после серии этих операций - самостоятельно произнести его. С помощью подобной программы действий, состоящих из ряда последовательных операций, логопеду удается управлять извне восстановлением произнесения отдельных слов больными. Позже пациенты усваивают заданный способ и самостоятельно пользуются им для произнесения услышанных (или спонтанно возникающих) слов.

Ведущее значение на этой стадии обучения, дающее значительный эффект в восстановлении активного словаря, приобретает кинестетический анализ (проговаривание) слова, его запись и чтение. На первых предыдущих стадиях обучения письмо и чтение, как опора, не вводились в обучение, с целью отвлечения внимания больного от прямого акта артикулирования слова; все его внимание переключалось на другие компоненты слова. По восстановлении же определенного активного словаря, письмо и чтение становятся ведущими опорами в восстановлении произнесения слов. В процессе восстановления устной артикулированной речи обнаруживается интересная зависимость между тремя формами речи - устной, письменной и чтением, о чем будет идти речь в соответствующих разделах (письмо, чтение).

Только после описанных форм работы, являющихся важнейшим звеном восстановления устной экспрессивной речи, переходят к восстановлению собственно кинестетических форм артикуляции, нарушение которых и является центральным симптомом для пациентов с афферентной моторной афазией. Задача этой стадии обучения заключается в том, чтобы дать больному возможность от умения вычленять звукобуквенные элементы слова перейти к умению их артикулировать.

Следует отметить, что в большинстве случаев обучения эта стадия работы сводится лишь к шлифовке произнесения отдельных звуков, поскольку в процессе обучения на предыдущих стадиях у больного появляется способность произнесения почти всех звуков за исключением немногих (аффрикатов, сенатов). [29]

Эффективным способом отработки четкости произнесения отдельных звуков является выделение звука из слова, уже имеющегося в активном словаре больного важное значение приобретает отработка артикуляции одних и тех же звуков при их различной позиции в слове, а иначе говоря - отработка позиционных вариантов артикулем. Артикуляционный механизм произнесения звука меняется в зависимости от его положения внутри слова (сравнить: кит - кекс - кулак - книга). Поэтому отработка позиционных вариантов артикуляции одного и того же звука в разных слогах имеет большое значение.

Появление активного словарного запаса, восстановление четкости произнесения отдельных артикулом и целых слов создают условия для восстановления произнесения слова не только в нулевой форме, но и во всех его грамматических опосредствованиях. Однако описанные методы не всегда оказываются достаточными для восстановления правильного произношения в нужных грамматических формах. Дело в том, что у описываемой группы пациентов остается сохранным знание грамматических законов употребления слов. Однако дефекты моторного звена устной речи вторично приводят к сужению употребления разнообразных форм грамматического выражения слова. Чтобы у пациентов не закрепилась одна какая-либо форма слова, наиболее удобная для них, необходимо работать над произнесением слова во всех грамматических опосредствованиях. Нужно проводить специальные упражнения, в которых отрабатываемые слова должны менять свое грамматическое выражение. Для этой цели очень полезны следующие упражнения. Больному дается картинка, на которой изображен предмет (действие, признак); логопед рассказывая об этом предмете, вводит обозначающее его слово в разные грамматические зависимости от других слов. Пациент, сначала слушая логопеда и показывая нужный предмет, затем должен отвечать на вопросы логопеда словом в соответствующем грамматическом выражении. Например, больному даются для выполнения следующие задания: *«Положи нож на стол. Покажи, что делают ножом; посмотри, нет ли еще ножа среди других картинок; положи вилку к ножу...»* и т.д.

А затем ему задаются вопросы, на которые он должен ответить уже не действием, а словом. *«Чем режут хлеб?»* - Пациент - ножом. *«Что лежит рядом с вилкой вот на этой картинке?» -* нож*. «Чего не хватает на этом столе - посмотри картинку?»* (ножа) и т.д.

Серия подобных упражнений помогает восстановлению произнесения слова в нужной грамматической форме.

Важным моментом в восстановлении экспрессивной речи является и сличение собственного произнесения звуков (слов и фраз) с образцом. Этот процесс идентификации произношения можно осуществлять с помощью записи на магнитную пленку образца и рабочего варианта произношения данным больным с последующим прослушиванием записи, нахождением и осознанием своих ошибок. Подобная запись выступает в роли обратной афферентации и создает тем самым благоприятные условия для восстановления четкости произносительной стороны речи.

Описанная методика восстановления произнесения отдельных слов у пациентов с афферентной моторной афазией, состоящая из серии методов, сменяющих друг друга на разных стадиях, но направленных на решение общей задачи, приводит к восстановлению активного произнесения слов различной артикуляторной сложности. Это становится возможным благодаря вовлечению в работу всех сохранных анализаторов (слухового, зрительного, кинестезии с руки) и упроченных форм речевой деятельности с широкой опорой на смысловой строй речи.

Работа над восстановлением артикулированного произнесения отдельных слов занимает центральное место при обучении пациентов с афферентной (кинестетической) моторной афазией, и переход к восстановлению произнесения фразы или целого высказывания здесь не представляет существенной трудности.[29]

Анализ строения фразы у пациентов с афферентной моторной афазией показывает, что у него остается сохранной грамматическая и синтаксическая структура предложения. Изучение ошибок, имеющих место при восстановлении произнесения больными целого предложения, показывает, что они являются результатами основного, первичного дефекта произнесения отдельных артикулем.[25] Характерно, что ошибки во фразе могут быть и результатом недостаточной отработки слова на предыдущих стадиях со стороны различных его грамматических опосредствований. Чаще всего слово всплывает у больного в нулевой форме (*лимон; кушать; голубой.*), и в такой форме пациент произносит его и внутри фразы (сравнить: *Саша пить молоко*). Однако подобный экспрессивный аграмматизм быстро исчезает в результате специальных упражнений, описанных выше. Восстановление разговорной речи спонтанного произнесения предложений, ответов на вопросы и т.д. также, способствует преодолению этого дефекта в экспрессивной речи. Это становится возможным лишь благодаря сохранности импрессивной стороны грамматического строения устной речи. Именно благодаря последнему обстоятельству эти пациенты без труда опознают правильные и неправильные фразы, произнесенные логопедом (или записанные на диктофоне), а также легко узнают свои собственные ошибки, однако не всегда могут их преодолеть, поскольку они всегда связаны с трудностью произнесения тех или других артикулем или их сочетаний. Поэтому в работе над восстановлением фразовой связанной речи у пациентов с афферентной моторной афазией центральной задачей обучения остается долгое время преодоление работы над произнесением артикулем, т.е. преодоление речедвигательного дефекта.

Связная речь у этих пациентов, как правило, восстанавливается вслед за восстановлением артикулирования звуков, слов, и быстрое ее восстановление зависит от успехов в этой области речевой системы. Существующие специальные приемы восстановления фразы являются дополнительными, облегчающими удержание содержания и состава предложения или целых высказываний. Работа над восстановлением связной фразовой речи по существу начинается уже тогда, когда больного упражняют в произнесении слов в разных грамматических опосредствованиях. Непосредственную работу над устным предложением лучше всего начинать с активного повторения коротких предложений с опорой на простые сюжетные, картинки (типа «что делает»). После непродолжительной подобной работы больного переводят на активное произнесение предложения. Этому действию больного обучают постепенно, начиная от развернутого и материализованного способа действия и кончая сокращенным, протекающим только с помощью громкой речи.

1.3 Методика восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии

Разница в структуре нарушения устной речи в двух описанных формах моторной афазии очевидна.

*Центральная задача обучения* при эфферентной моторной афазии состоит в преодолении инертности в речевом процессе. *Целью* является восстановление устной речи, письма и чтения, т. е. восстановление вербальных форм коммуникации. Эта задача может быть реализована решением ряда конкретных задач: а) общего растормаживания речи; б) преодоления персевераций, эхолалий; в) восстановления общей психической активности пациента и его вербальной активности (Цветкова Л.С.; 2002).[36]

Поскольку психофизиологические механизмы, лежащие в основе нарушений речи в обоих видах моторной афазии различны, естественно, что задачи и методы восстановления также не могут быть одинаковыми. Все описанные выше формы работы были направлены на восстановление кинестетической основы речевого акта; в случаях же эфферентной моторной афазии обучение должно быть направлено на преодоление дефектов кинетической организации речи, иначе говоря, на преодоление трудностей переключения в речевом процессе и прежде всего на борьбу с персеверациями. Для организации методически правильного обучения, необходимо и в этом случае дать точную квалификацию основного дефекта, лежащего в основе нарушения устной речи, умело отдифференцировать имеющийся дефект от других форм афазии, и на этой основе создать адекватную систему методов, направленную на преодоление основного дефекта.

Обучение пациентов с этой формой афазии начинается, как и в других случаях, с методов общего растормаживающего влияния на речевой механизм. Однако, уже на этой (предварительной) стадии обучения ведущей задачей является активное выделение отдельных слов из привычных упроченных в прошлом опыте речевых рядов. При эфферентной моторной афазии задачей расторможения является восстановление активности речевого процесса. Подобная активность, перевод речи на произвольный уровень (осознанный) в данном случае могут оказать существенную помощь в преодолении персевераций, инертности речи. Именно поэтому, при эфферентной моторной афазии уже на стадии деблокирования речевого процесса специально ставится задача активного вычленения отдельного слова из речевого ряда. Это умение можно отработать в процессе выполнения серии последовательных действий. Работа начинается в этих случаях с пассивного повторения известных речевых рядов сопряжено-отраженным методом.

Персеверации здесь преодолеваются путем напевного и протяжного повторения каждого слова из ряда, тем самым повторение каждого слова оказывается отставленным во времени. Эти упражнения вырабатывают у больного способ преодоления персевераций в виде замедленной, протяжной и напевной речи.[46]

После успешного завершения описанных упражнений, которые приводят к снижению персевераций, к умению повторения отдельных слов, переходять к отработке действий, уже требующих от больного не пассивного повторения, а некоторой речевой активности.

Для этого используется известный в практике метод дополнения фразы до целого (Шохор-Троцкая(Бурлакова) М. К.). От больного требуется самостоятельно закончить данную устную фразу одним нужным словом. Этот метод используется здесь для подготовки восстановления активного произнесения отдельных слов из фразы. Именно поэтому в описанных упражнениях целесообразно, использовать предложения из хорошо известных стихотворений, песен или предложения с минимальным количеством альтернатив. Например: такого типа предложение, взятое из сказочного фольклора: «Как жил старик со...», неизбежно помогает больному актуализировать слово «со старухой», или «У лукоморья дуб...» (зеленый).

Актуализации слова и его активному произнесению могут способствовать и предложения, подбор слова к которым представляет собой минимальный выбор: «у самого синего... (моря)», Коля взял ложку и стал (есть) и т.д.[46]

На предварительной стадии обучения (стадии растормаживания) для перечисленных упражнений лучше всего использовать материал, упроченный в прошлом опыте (песни, стихи, счет, диалог и др.), вызывающий положительные эмоции у больного. Восстановление рядовой речи (чтение стихов, пение песен, прямой порядковый счет и т.д.) здесь идет значительно быстрее, чем у больного с афферентной моторной афазией. Нередко бывает достаточно 3 - 5 занятий, чтобы пациент, не произносивший до обучения ни слова, мог сопряженно-отраженным методом петь отработанные куплеты из песен, читать некоторые строфы из отработанных на занятиях стихов, без труда мог пересчитывать предметы. Однако, эти виды автоматизированной речи являются автоматизированными в прошлом опыте речевыми рядами, которые протекают на менее произвольном уровне, чем спонтанная активная речь. На этой стадии пациент мог произнести целую строфу из стихотворения, или пропеть куплет из песни, но не мог активно выделить и произнести ни одного слова из речевого ряда. Речевое умение больного носило характер малопроизвольного действия и все произносимые таким образом, слова, и фразы оставались в пассивном словаре больного. Поэтому задачей следующей стадии обучения становится восстановление активного произнесения отдельных слов. Материалом для работы и здесь сначала является рядовая речь. Однако, если на стадии растормаживания, эти автоматизированные речевые комплексы служили восстановлению произнесения целых рядов слов или фраз, то на этой стадии, они используются с целью вычленения и активного произнесения отдельных слов из этих рядов. С этой целью больного обучают сначала развернутому способу активного произнесения отдельных слов, вычлененных из речевого ряда. Этот способ состоит из серии программ, возрастающей сложности и постепенно переводящих больного от пассивного повторения слов к активному их произнесению. Работа по этому методу происходит следующим образом (на основе речевых рядов - порядковый счет, называние дней недели, месяцев и т.д.). Логопед громко проговаривает, например, числовой ряд, пациент сначала громко повторяет вслед за логопедом весь числовой ряд.

После этого пациент должен по указанию логопеда тот же числовой ряд повторять дискретно: часть - громко, часть - шепотом (например, три слова громко, следующие три - шепотом и т.д. при условии громкого проговаривания всего ряда логопедом). После отработки этого умения, больного можно переводить на более активный уровень речевого действия: пациент, повторяя шепотом весь числовой ряд за логопедом, должен быстро продолжать произнесение этого ряда громко, как только логопед остановится. Новое включение логопеда в произнесение числового ряда должно послужить сигналом перехода больного на шепотное произнесение тех же чисел совместно с логопедом и т.д. Та часть речевого ряда, которая повторяется больным громко, постепенно доводится до минимума: весь ряд повторяется больным (а позже самостоятельно произносится) шепотом и лишь одно слово - громко, затем, снова ряд произносится шепотом, и одно слово - громко. Например: Логопед громко произносит: один, два, три, четыре (одновременно пациент повторяет те же слова шепотом), когда же логопед замолкает, пациент громко продолжает речевой (в данном случае называние чисел) ряд: «пять, шесть, семь, восемь», и снова вступает в речь логопед: девять, десять, одиннадцать и т.д.

Позже больному дается возможность произносить громко только одно слово, из ряда, который он произносит шепотом вслед за логопедом: громко логопед: 1,2,3,4,5. 7,8,9,10. 12,13,14. шепотом пациент 1,2,3,4,5. 7,8.9,10. 12,13,14. 6 1 15 Громко громко громко и т. д.

После длительной работы по усвоению данного способа произнесения отдельных слов из ряда, больному даются упражнения, в которых он уже не повторяет, а самостоятельно шепотом произносит весь заданный речевой ряд и лишь то число (или день недели, или месяц), на которое укажет логопед, пациент должен сразу же произнести громко. Числа (или названия дней недели и месяцев) показываются не вразброс, а всякий раз - в следующее за последним произносимым больным словом. Эти упражнения непосредственно подводят больного к сокращенному способу активного произнесения слов из речевого ряда. Перечисленный ряд последовательных упражнений служит восстановлению активного включения больного в речь, восстановлению активного словаря. Так, чтобы назвать пятый месяц, или третий день недели, или какую-либо цифру, или произнести заданное слово из стихотворной строчки и т.д. пациент шепотом должен произнести всю предшествующую заданному слову часть ряда, а нужное слово произнести - громко.[42] Впоследствии выделенные таким способом слова закрепляются в письме, с последующим их чтением и произнесением по памяти. Описанные методы способствуют расторможению временно инактивированной речи и появлению активного словаря, вырабатывают у больного способ включения в речь, которое, как известно, чаще всего оказывается нарушением у этой группы пациентов. Эти упражнения создают основу, на которой возможно дальнейшее направленное восстановление устной речи. Работа над активным произнесением слов-глаголов, выделяемых из стихов и песен, проводится на уже описанной нами методике последовательной активизации речевой деятельности: сначала проводится сопряженно-отраженное чтение отрабатываемых текстов песен, или стихотворений, это действие позже замещается более активным действием - дополнением начатой логопедом фразы одним (последним) недостающим словом и т.д. Отрабатываемые на второй стадии слова нужно закреплять методом сознательного звукобуквенного анализа их структуры, складывания слов из букв разрезной азбуки с последующим записыванием их, чтением и произнесением на следах.[42]

Специальное место у пациентов с афферентной моторной афазией занимает работа и по предупреждению моторных аграмматизмов. Задачей этой работы является восстановление у больного понимания той связи, которая существует между окончаниями слов и определенной ситуацией. Для этого проводится ряд упражнений, в которых пациент должен выполнять те или другие действия с предметом, наименование которого подается в различных грамматических формах в зависимости от ситуации, в которую включено это слово. Внимание больного всякий раз фиксируется на разных окончаниях слова («дайте карандаш», «нарисуйте карандашом круг», «положите тетрадь к карандашу» и т.д.). Существенный эффект можно получить от занятий с серией картинок, на которых предмет (над наименованием которого идет работа), изображен в разных отношениях к другим элементам картинки. В этом случае пациент должен найти картинку, соответствующую произнесенной логопедом фразе («на столе лежит ложка»: «нет ложки», «ребенок тянется к ложке», «мальчик взял ложку», «дети едят ложкой» и т.д.) и приложить к каждой найденной картинке соответствующее окончание отрабатываемого слова (окончания написаны на картонных карточках).

После этих упражнений переходят к следующим, в которых пациент самостоятельно раскладывает сюжетные картинки в разные группы с соответствующими окончаниями. Большое внимание уделяется сочетанию слов с определенными действиями больного, что способствует закреплению связей слова («подойди к окну», «отойди от окна», «положи тетрадь на окно», «нарисуй, что ты видишь за окном» и т.д.). Только после такой подготовки импрессивной речи можно переходить к восстановлению активного произнесения слов в нужном падеже.[46]

Описанная работа является подготовительной для восстановления грамматически правильно построенной устной фразы.

Перечисленные стадии обучения характеризуются тем, что внимание больного отвлекается от артикуляции слов и привлекается к смысловой организации слова, к его ритмико-мелодической структуре, к его интравербальным связям и зависимостям. Все это, вместе с напевным и протяжным произношением отрабатываемых слов создает условия для преодоления персевераций и облегчает переключения с элемента на элемент. Известно еще много и других приемов, способствующих снятию персевераций (см. А.Р. Лурия, 1948, 1946 и др.), на которых мы не будем здесь останавливаться.

Описанные методы обучения позволяют, как правило, восстановить способность больного к активному включению в речь, к вычленению и активному произнесению отдельных слов. Уже на этих стадиях обучения у пациентов нередко появляются спонтанные, стереотипные по конструкции, и часто употребляемые в бытовой речи, предложения. Однако специальное восстановление связной фразовой речи проводится на следующей (третьей) стадии обучения. Методы восстановления связной речи при афферентной моторной афазии существенно отличаются от методов восстановления устной фразы при афферентной моторной афазии. Это связано с тем, что как уже говорилось, выше, при афферентной моторной афазии нарушается грамматическое и синтаксическое строение предложения. В основе этого нарушения лежат не только дефекты серийной организации слов во фразе, связанные в частности, о персеверациями, трудностями переключения с элемента на элемент, но и более глубокие механизмы построения фразы, связанные с грамматическим построением предложения. Методы восстановления устной фразы, с одной стороны, должны быть направлены на преодоление персевераций и восстановление плавной речи, а с другой - на восстановление грамматической структуры предложения. Рассмотренные выше метода восстановления активного словаря, уже предусматривали и восстановление понимания грамматических связей слова, что способствовало восстановлению способности актуализировать нужные вербальные связи. Это создает нужный фон для дальнейшей специальной работы по восстановлений устного связного предложения.

Фраза при афферентной моторной афазии нарушается со стороны ее основных динамических схем, составляющих существенную основу высказывания, что отличает нарушение фразы при афферентной моторной афазии. Но наиболее глубокое нарушение связного смыслового высказывания наступает при другой форме афазии динамической, возникающей также как и афферентная моторная афазия, при поражении передней речевой зоны, но несколько кпереди от зоны Брока. При этой форме афазии нарушение активного связного высказывания протекает, в отличие от уже известных форм моторной афазии, на фоне полной сохранности артикуляторного акта, при сохранности повторной и автоматизированной речи. Наличие такой формы афазии делает целесообразным провести анализ нарушения активной связной речи и методов, ее восстановления у пациентов с афферентной афазией при анализе методики восстановления устной связной речи при динамической афазии. Анализ конкретных наблюдений будет проведен также в разделе, посвященном динамической афазии.

.4 Аудиовизуальные методики

К этим методам относятся диктофонный метод и кинометодика. Эти методики отвечают задачам восстановительного обучения направленного на преодоление и специфических, и не специфических дефектов, путем создания новых функциональных систем на основе сохранных анализаторов и создания хороших условий для восстановления пострадавшей функции. Приведем примеры. Метод просмотра больным кинокадров с одновременным прослушиванием соответствующего кадрам текста с диктофона активно включает в работу зрительный и речеслуховой анализаторы и способствует восстановлению устной речи при моторных формах афазии. А метод озвученного чтения (синхронное чтение и прослушивание текста), включая в работу речеслуховой анализатор, с одной стороны, и уровень значения слов - с другой, способствует восстановлению зрительного восприятия букв, преодолевая тем самым оптический дефект в чтении или моторные нарушения в устной речи.

Эффективным является конфликтный метод - метод несоответствия между содержанием предъявляемого кадра и его озвучиванием (содержанием текста). Этот метод «отрицательного подкрепления» помогает преодолеть «речебоязнь» хронических афатиков, восстановить готовность к речи.[31]

Метод активного самостоятельного озвучивания больными каждого кадра и фильма в целом с последующим активным контролированием текста является эффективным средством восстановления активности речи и ее правильности, лексики, грамматики и т. д.

Метод просмотра диафильма, озвученного диктором в сопровождении музыки, позволяет создать нужный эмоциональный фон в работе больного, с одной стороны, и актуализировать связи более высоких уровней речи с более низкими - с другой.

Музыкальное сопровождение текста создает оптимальные условия для восстановления речи - говорения и понимания.

Психологическая сущность кинометодики (и ее эффективность) заключается, во-первых, в переводе восприятия материала из симультанного в сукцессивный и в увеличении тем самым времени на анализ и понимание воспринимаемого материала, в возможности возврата к предыдущим кадрам для сверки гипотез своего решения, в совмещении содержания, которое несут кадры. Во-вторых, продуктивность этой методики заключается в ее специфике - в движущихся кадрах, воспроизводящих некое событие, содержание, их последовательное появление в зрительно-пространственном поле, в сукцессивности и динамике зрительного ряда, во взаимодействии между отдельными элементами движущегося ряда, в их последовательном объединении в единое целое содержание, несущее информацию и смысл в невербальной форме. Эти и другие характеристики кинометодики принципиально отличают ее от статичности и изолированности отдельных сюжетных картинок. Важным является не только единство временного и пространственного полей восприятия информации, но и целостность смысла, передаваемого с помощью движущихся кинокадров.

Это способствует восстановлению хронотопа у больных (с афазией, агнозией, амнезией и нарушениями других ВПФ), у которых он нарушен. В одних случаях нарушена временная составляющая (поражение передней речевой зоны), в других - пространственная (поражение задних афферентных зон коры головного мозга). Все это приводит к актуализации готовности больного к речи и постепенно к вербализации видимого ряда.

Сопровождение показа фильмов (диафильмов и др.) соответствующим кратким и четким текстом, правильно и хорошо интонированным, ритмизированным, приводит к симультанной совместной работе слухового, зрительного и речедвигательного анализаторов. Такая работа выводит больного из малого пространства деятельности, общения в большое пространство. Опыт показывает, что больные с трудом переходят от привычного житейского учебного пространства: стол - учитель - учащийся. Именно поэтому надо начинать работу с большого пространства - зрительного, слухового и пространственного видов восприятия, увеличив тем самым ощущение большого пространства деятельности больного, создав большую свободу передвижения (по комнате) и в процессе восприятия кинокадров.

У больных с афазией с преимущественно сосудистой и травматической этиологией заболевания значительно изменено время, необходимое для переработки и удержания в кратковременной памяти вербальной информации при ее декодировании, а также и при речепроизводстве.

Поэтому прием увеличения паузы между стимулом и требующейся ответной реакцией нередко приводит к улучшению речевой продукции у больных с динамическими, но неспецифическими нарушениями речи.

Разработанные аудиовизуальные методики позволяют создать условия для осуществления самостоятельного контроля больного за собственной речью. Речь больного записывается на диктофонную пленку, а затем дается ему для прослушивания с оптимальным для каждого больного объемом материала, паузами в тексте, общим временем подачи материала. В подобных случаях диктофон позволяет подобрать оптимальные временные параметры и объем вербального материала, доступные для непосредственной переработки, т. е. возможности активного его анализа и понимания.

«Диктофонный метод» использовался для восстановления понимания речи у больных с сенсорной и акустико-мнестической афазией. Методика состояла в следующем. На диктофон записываются определенные тексты, отвечающие ряду параметров, причем разных на разных этапах восстановительного обучения. При отборе вербального материала учитывались следующие параметры: 1) длина текста (количество предложений); 2) степень сложности грамматических конструкций и их частотность; 3) частотность слов, включенных в текст; 4) фонетическая сложность и длина слов; 5) знакомость слов; 6) эмоциональная окраска содержания текста.[36]

Изменения шли по линии усложнения параметров (увеличения длины текста, усложнения его грамматической стороны, снижения частотности слов, усложнения фонетической структуры слов и т. д.).

Подобная работа обычно предваряет основную - по преодолению центрального специфического дефекта, так как она позволяет снять динамические расстройства, установить возможность речевого контакта с больными с грубой степенью выраженности височных форм афазии, но может применяться и как основная при правильном использовании всех описанных методов.

Экспериментальное применение описанных методик в практике восстановительного обучения показало их высокую эффективность. Психологическая сущность аудиовизуальных методик заключается в следующем. Прежде всего, эти методики позволяют включить больного в привычную сферу деятельности, а специальный подбор материала и музыкального сопровождения создает условия для создания положительного эмоционального фона у больных. Далее, эти методики, позволяя учитывать индивидуальные особенности личности, интересы, а также и вербальные возможности, становятся важным средством для растормаживания речи и речевой деятельности. Эти методики восстанавливают помимо вербальной и общую активность больного, вырабатывают самостоятельность в его речевом и неречевом поведении. Важнейшей особенностью этих методик является возможность с их помощью объединить в работе все сохранные звенья различных анализаторных систем, а также и разные уровни, на которых осуществляется речевая деятельность, включив их в особую активную деятельность больного.

Важным моментом является и возможность с помощью этих методик варьировать состав звеньев, включаемых в речевой процесс (зрение и слух, слух и речедвижения, речедвижения и зрение, речедвижения, зрение и слух и т. д.), в зависимости либо от формы нарушения речи, либо от тех конкретных задач, которые ставятся в процессе обучения.

Наконец, значение этих методик заключается в возможности создания наиболее оптимальных условий для активного контроля больных за восстановлением речи, а также и в возможности самостоятельного заочного обучения.[36]

Выводы по I главе

Афазия относится к наиболее тяжелым формам речевой патологии и проявляется в полном или частичном распаде речи.

Причинами афазии могут быть травматические поражения коры головного мозга, закупорка мозговых сосудов, нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг, опухоли, воспалительные процессы головного мозга, ранения головного мозга, нарушения питания тканей мозга при атеросклерозе, хирургическое вмешательство и др.

История развития учения об афазии тесно связана с историей развития концепции классификации афазий. В настоящее время важнейшим инструментом в нейропсихологии и дефектологии стала классификация Л.Р.Лурия, основанная на качественном, синдромном анализе дефекта. Современный подход к проблеме афазии является комплексным и включает рассмотрение различных ее сторон.

В настоящее время продолжается теоретическая и практическая разработка вопросов реабилитации больных с афазией. Доказана эффективность специально организованного восстановления посредством привлечения логопедических и психологических способов воздействия.

Применение растормаживающих и аудиовизуальных методик в процессе коррекционного и восстановительного обучения позволяет активизировать компенсаторные механизмы и достичь оптимальной коррекции нарушенных функций.

Для того чтобы определить виды квалифицированной специализированной помощи и правильно построить процесс восстановительного обучения, необходимо провести комплексное обследование речевой и других высших психических функций.

2. Экспериментальное изучение нарушений речи у больных с афазией (констатирующий эксперимент)

2.1 Цели, задачи и организация экспериментального исследования

Восстановление нарушений речи при афазиях у больных с последствиями очаговых поражений головного мозга является чрезвычайно трудной задачей. Одним из важнейших путей к достижению эффективности восстановительного обучения является детальное изучение самого дефекта и механизмов его возникновения для определения стратегии нейрореабилитации.

Цели и задачи исследования изучить структуру речевых нарушений у больных с очаговыми поражениями головного мозга на резидуальной стадии восстановления, оценить выраженность речевого дефекта в баллах по специализированной методике.

**Методы исследования:**

Анализ медицинской документации; Метод клинического наблюдения; Клинико-экспериментальные методы:

данные инструментальных методов (электроэнцефалография, компьютерная томография).

логопедическое обследование по методике Л.С. Цветковой, Н.М.Пылаевой, Т.В. Ахутиной (бальная оценка выполнения заданий пациентом).

данные неврологического и патопсихологического обследования, полученные в результате анализа медицинской документации; **Организация констатирующего эксперимента:** Экспериментальное изучение проводилось в два этапа:

I этап Сбор анамнестических данных; II этап Комплексное логопедическое и нейропсихологическое обследование.

Эксперимент проводился на базе ГКБ №15 имени О. М. Филатова отделения неврологии. Отделение развернуто на 60 коек, и предназначено для лечения больных после нарушений мозгового кровообращеня, поступивших в отделение по скорой медицинской помощи.

**По медицинской документации было изучено:**

Учреждение ГБУЗ ГКБ № 15 им. Филатова О. М. округа г. Москвы (больница, поликлиника, ПНД)

За 2015 год:

Обратилось 805 человек Из них:

Первичных 800 чел. повторных 5 чел.

Количество посещений за 2015 год всего 3766. из них:

а) посещений консультативно-диагностических занятий (обследование) 805 б) посещений логопедических занятий 2961 из них:

индивидуальных посещений 2961 групповых посещений групповых занятий - Из числа обратившихся больных 805 чел.

только консультировано (не взято на лечение) 73чел. прошло курс лечения 732 чел.

Распределение больных (прошедших курс лечения) по полу:

Мужчин 408

Женщин 324

Мальчиков

девочек

(до 14 лет включительно)

Распределение больных (прошедших курс лечение) по нозологии и по возрасту:

|  |  |
| --- | --- |
| Нозология | Возраст (лет) |
|  | До 6 | 714 | 15 -17 | 18 -19 | 20 -29 | 30 -39 | 40 -49 | 50 -59 | Старше 60 | всего |
| Церебро-васкулярные болезни |  |  |  |  | 4 | 28 | 58 | 198 | 444 | 732 |
| Всего |  |  |  |  | 4 | 28 | 58 | 198 | 444 | 732 |

Результаты восстановления высших психических функций

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Практическое восстановление | Значительное улучшение | улучшение | Без изменений | Всего |
| Афазия | 15 | 171 | 111 | 39 | 336 |
| Дизартрия всего, в том числе | 48 | 180 | 126 | 42 | 396 |
| Всего | 63 | 351 | 237 | 81 | 732 |

7. Количество больных (из всех обратившихся) направлено в Речевой центр 453 в другие ЛПУ 279

8. Количество подростков, переданных во взрослую сеть из детской

Распределение пролеченных больных по логопедическому диагнозу и возрасту

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | до 6 лет | 7- 14 | 15 -17 | 18 - 19 | 20 - 29 | 30 - 39 | 40 - 49 | 50 - 59 | > 60 | Всего |
| афазия |  |  |  |  | 0 | 10 | 24 | 89 | 213 | 336 |
| дизартрия |  |  |  |  | 4 | 18 | 34 | 109 | 231 | 396 |

Распределение по логопедическому диагнозу и полу только проконсультированных больных

|  |  |
| --- | --- |
| Логопедический диагноз | Проконсультировано |
|  | мужчин | женщин | всего |
| афазия | 6 | 5 | 11 |
| дизартрия | 2 | 2 | 4 |
| заикание |  | 11 | 11 |
| без речевой патологии | 23 | 24 | 47 |

В ходе эксперимента было изучено более пятидесяти медицинских историй больных, находившихся в отделении на момент обследования. Для диагностики были выбраны 4 пациента с моторными формами афазий в возрасте от 45 до 73 лет, разных профессий. Из них трое мужчин и одна женщина.

Диагностика в зависимости от состояния больного может занимать от 10 до 40 минут. Первоначально фиксируются общие сведения о больном, неврологический диагноз, группа инвалидности, образование больного, особенности эмоционально-волевой сферы больного, уточняется наличие или отсутствие очагового поражения головного мозга по данным объективных исследований (КТ/МРТ). Затем начинается собственно процесс обследования речевого мышления больного, который состоит из нескольких независимых модулей. [37]

В диагностике была использована балльная оценка выполнения заданий пациентом, которая была основана на методике количественной оценки Л. С. Цветковой, Т.В. Ахутиной, Н. М. Пылевой.[36]

- объективно оценить нельзя (по тяжести состояния) - 0 баллов;

- не выполняет - 1 балл;

 выполняет с помощью - 2 балла;

 выполняет самостоятельно - 3 балла.

2.2 Логопедическое обследование. Пациент №1 Ш. К. сантехник, 53 года

Клинический DS: состояние после повторного инфаркта головного мозга от 27.07.13 и 7.12.13г. в левой гемисфере; моторная афферентная афазия грубой степени выраженности; ИБС; стенокардия; аритмия; гипертония III ст.

**Исследование речи.**

В ситуации обследования ориентирован, в месте и времени. В поведении адекватен. Критика к своему состоянию сохранена, к допускаемым ошибкам снижена. Повышенная истощаемость. Трудности включения в деятельность и переключения с одного вида деятельности на другой.

Жалобы на плохую речь.

**Объективно:**

**Импрессивная речь.**

Обращённую речь понимает не полностью. Простые инструкции выполняет с ошибками.

Имеет место явление «отчуждения» смысла слова на первом элементе. Особенно это проявляется на истощении.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| окно | дверь | потолок |
| + | поиск, + | + |
| пол | нос | ухо |
| Повторяет: «Пол, пол». | + | + |
| Показывает - потолок. |  |  |

Волосы

Повторяет: «Волосы,…» Показывает - щёки, грудь. Оценка: 1 балл **Экспрессивная речь.**

Собственная речь представлена:

голосовой реакцией (как попытка ответить на вопрос);

жестами, не всегда адекватными смыслу высказывания (пример: пациент хочет согласиться, а вместо этого отрицательно качает головой, и наоборот);

отдельными словами. Оценка: 1балл **Автоматизированная речь.**

Возможен прямой счёт до 10 с ошибками, пропусками элементов и персеверациями;

договаривание фраз с жёстким контекстом, некоторых пословиц и поговорок.

Оценка: 1 балл **Дезавтоматизированная речь.** Грубо нарушена. Оценка: 0 баллов **Повторение.**

Возможно повторение отдельных звуков (с искажениями, а иногда поисками артикуляции), слогов и слов или их абрисов.

Ручка стержень

уч - ка те - зень

кошка самолётостроение

кош - ка са-мо-лё-то-стро-е-ние

Дети идут в школу. Што - лу…

При повторении фразы воспринятой на слух отмечаются существенные трудности:

в сфере переключения с одного слова на другое; в сфере слухоречевой памяти (эффект края); явления интерференции (наложения).

Оценка: 1 балл

**Называние.**

Возможна актуализация высокочастотных номинаций; называние своего имени, имён близких и родственников. Все слова произносятся многократно, персевераторно.

Оценка: 1 балл

**Построение фразы.**

Самостоятельное невозможно - 0 баллов

**Праксис.**

Выявлена комплексная речевая апраксия 0 баллов

**Чтение.**

Возможно чтение простых, двухсложных слов с искажением слоговой структуры - 1 балл

**Письмо.**

Доступно написание отдельных букв, буквы печатные, пишутся хаотично - 1 балл









Таким образом, у бо льного выявлено:

нарушение протекания процессов нейродинамики; комплексная моторная афазия крайне грубой степени выраженности.

Выводы по 2 главе

Экспериментальное исследование позволило провести анализ больных по возрасту, полу, формам нарушения речевых и неречевых функций и отобрать для занятий контингент больных с моторной афазией.

Мы провели качественный анализ симптомокомплексов, имеющихся у больных расстройств речевой и других ВПФ для того, чтобы формировать группы и выбирать оптимальные, дифференцированные соответственно нарушениям методы работы.

Мы осуществили количественный анализ степени выраженность нарушенных функций с использованием балльной оценки их состояния для дальнейшего прослеживания динамики восстановительного обучения в результате прохождения курса занятий по восстановлению речи и других ВПФ.

Полученные в констатирующем эксперименте результаты оказались информативными для построения программы формирующего эксперимента

3. Логопедическая работа с пациентами с очаговыми поражениями головного мозга с моторной афазией

**Программа восстановительного обучения.**

Программа восстановительного обучения при афферентной и эфферентной афазии является одинаковой.

**Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи.** Показ картинных и реальных изображений наиболее употребляемых предлогов и простых действий по их названиям, категориальным и прочим признакам.

Классификация слов по темам с опорой на картинку. Показ частей тела у себя и на картинке.

Выбор правильного названия предмета и действия среди верных и конфликтных обозначений с опорой на картинку.

Повышение уровня общей активности пациента; преодоление речевой инактивности; организация произвольного внимания.

Выполнение различных видов неречевой деятельности. Оценка искажённых изображений слов, фраз и т. д.

Прослушивание сюжетных текстов и ответы на вопросы по ним отдельными словами.

**Растормаживание произносительной стороны речи.** Сопряжённое, отражённое и самостоятельное произнесение автоматизированных речевых рядов.

Сопряжённое и отражённое произнесение простых слов и фраз. Выработка артикуляторных переключений в пределах слога.

Выработка артикуляторных переключений в пределах слова. Слияние слогов в слова с простой звуковой структурой.

**Восстановление чтения и письма.**

Раскладывание подписей под картинками предметными и сюжетными. Письмо наиболее привычных слов.

Списывание простых текстов. Составление слогов и слов.

Дописывание пропущенных букв и слогов.

Сопряжённое чтение простых диалогов, коротких текстов

***Больной№1 О.С.А.*** 45 лет, слесарь-сантехник образование среднее поступил с жалобами на онемение 1 - 2 пальцев левой руки и верхней губы, на припадки. Диагноз больного фокальная эпилепсия на почве последствий менингоэнцефалита.

При осмотре больного отмечалась следующая картина. Медлительная речь, гипомимия, преобладание теменных рефлексов справа - легкая недостаточность правой носогубной складки, снижение силы в правой кисти. В правой руке отчетливый астереогноз. Гипертензионых указаний нет.

Менингеальные симптомы не отмечались. Корнеальные рефлексы не вызываются, имеется центральный парез; глазное дно без изменений. Нейропсихологическое исследование обнаружило следующую картину: речевое общение с больным было затруднено; он общается преимущественно с помощью мимики и жестов. При экспериментальном нейропсихологическом исследовании у больного отмечались выраженная оральная апраксия, элементы нарушения праксиса позы, персеверации при выполнении двигательных актов. Персеверации обнаруживались и при воспроизведении ритмов, восприятие и оценка ритмов была сохранена, гностических расстройств у больного не отмечалось.

Грубейшим образом оказалась нарушенной речь. Активная речь полностью отсутствовала, повторная - возможна лишь в пределах отдельных гласных звуков, автоматизированная речь из-за грубейших моторных трудностей также отсутствовала полностью.

Фонематический слух не пострадал, однако, при увеличении объема из-за нестойкости речевых рядов появлялось отчуждение смысла слов, больше на части тела. Понимание обращенной речи было сохранено в полном объеме. Письмо также оказалось грубо нарушенным, письмо со слуха, спонтанное письмо были абсолютно недоступны больному; идеограммное письмо было сведено до минимума - больной мог написать лишь свое имя и фамилию и то с грубыми моторными ошибками. Чтение отсутствовало совсем. Таким образом, в результате у больного появилась грубейшая сложная моторная афазия, которая сначала выступала преимущественно как афферентная моторная афазия с элементами эфферентной моторной афазии, проявляющейся в персеверациях в речи и трудностях переключения с одного звука на другой, Эти нарушения речи держались два года без изменений.

*Динамика восстановления речи у больного О. С.А.*

К началу восстановительного обучения у больного полностью отсутствовала устная речь: больной не мог - ни спонтанно, ни повторно - произнести ни одного звука и слова. Иногда у него появлялась возможность повторения двух-трех гласных звуков (а, о, у), но это действие не было стойким. В активном словаре больного не было ни одного слова, в повторной речи были 34 слова, которые больной мог нечетко повторить, однако, и это действие также носило преходящий характер (мама, папа, Лида, Саша). Рядовая речь (порядковый счет, называние дней недели, пение песен и др.) также отсутствовала у больного. Все звуки речи больной узнавал со слуха, правильно отыскивая нужную букву. Называние букв отсутствовало. Чтение и письмо абсолютно недоступны. Понимание речи сохранилось в полном объеме.

Таково состояние речевой сферы у больного к началу восстановительного обучения.

Обучение больного продолжалось два месяца.

До занятий были выяснены и уточнены данные, важные для речевых занятий: название места жительства, имена членов семьи, друзей, круг интересов больного, любимые стихи и песни и т.д. На основе этих данных был подготовлен к занятиям соответствующий речевой материал, вызывающий положительную эмоциональную реакцию у больного. Многие из умело подобранных слов к началу обучения стали и словами в пассивном и активном словаре больного. Обучение было начато с растормаживания упроченных в прошлом опыте рядовой речи и других автоматизированных речевых комплексов. С этой целью больной совместно с логопедом ежедневно пытался петь песни, читать любимые стихи. Велась специальная работа по деблокированию порядкового счета, называнию дней недели и т.д.

Включались методы по вызыванию у больного эмоциональных реакций (соответствующих материалу, на котором велась работа), выраженных в речи в форме известных сопутствующих междометий: «ах!», «ох!», «ай-яй-яй!»,

«Ну и ну» и др. Эти междометия являлись обычно реакцией на услышанные от логопеда рассказы и закреплялись они при рассматривании соответствующих сюжетных картинок («заблудился» - «ау!», «Зубная больной!» - «ох!» и др.). Ежедневно с больным велась беседа в форме коротких вопросов к больному, на которые больной должен был отвечать движениями головы, рук, соответствующей эмоциональной реакцией.

*Вашего сына зовут Слава?*

*Нет. А как же? Вова, опять не угадала. Ну, значит Саша. Ну, вот видите, сразу и улыбнулись.*

Совместное пение песен, чтение стихов с опорой на соответствующие содержанию картинки, работа над классификацией предметов, изображенных на картинках, по заданному признаку, общие беседы, слушание текстов, читаемых логопедом и т.д. - все это уже к пятому занятию привело к определенному эффекту. У больного появились в пассивном словаре несколько слов (*ах, да-да, пать (пять), ша (шар), мму-у, тупаны (туманы) и др.).* В результате первых успехов настроение больного значительно улучшилось, появилась вера в успех обучения, значительно повысилась общая и вербальная активность больного на занятиях. Эти успехи позволили перейти к основным методам восстановительного обучения.

Задачей первой стадии обучения явилось восстановление пассивного словарного запаса методом смысловой и слуховой стимуляции слова, описанной выше. Эта работа проводилась параллельно с растормаживанием речи. На первых занятиях отрабатывалась группа слов, относящихся к частям лица: лицо - зубы - губы нос - и действий, характеризующих их - кушать, дышать, смеяться (ха-ха-ха) - близких больному. Для этого каждому лицу, изображенному на картинке, давалось имя (Маша, Саша, Иван).

За пять занятий, проведенных по описанной методике, больной научился повторять все перечисленные слова. Сначала произношение отрабатываемых слов было нечетким, однако, по мере упражнений, произнесение их становилось более четким и устойчивым.

К этому моменту (к 9-му занятию) у больного начали возникать спонтанные не отрабатываемые на занятиях слова (му-му, луна). Следующие пять занятий принесли еще несколько новых слов в пассивный словарь больного (сидит, морковь, чай, вода, пить и др.). На этом фоне мы начали работу над активизацией словарного запаса. С этой в произнесение всех слов, которые уже появились у больного в пассивном словаре, отрабатывалось снова, но логопед, вводя их во всевозможные смысловые связи, не произносил нужного слова, а только рассказывал о нем.

*Выписка из протокола*. Больному дается картинка, на которой изображена тарелка с кашей. Отрабатывается активное произнесение слова «каша».

Логопед: *слушайте внимательно и скажите, о чем я буду рассказывать. Очень вкусная молочная... Бывает рисовая, а бывает манная. Манную... едят маленькие дети, рисовую... при болезни желудка. А самая вкусная... это гречневая! Пшенная... тоже о* (больной морщится). *Что ты не любишь пшенную...?* Больной: *ннеты...* Логопед: *Посмотри на картинку. Здесь мама кормит малыша. Он ест манную... Больной: ка...аша... кашу. Каша.*

Описанным способом мы сначала отрабатывали активное произнесение всех слов, ранее имевшихся в пассивном словаре, а затем перешли к отработке новых слов.

К 20-му занятию у больного было более 50 слов в пассивном словаре, а затем перешли к отработке новых слов. Начали появляться попытки говорить фразами.

Динамика восстановления речи, после курса занятий:















































3.1 Логопедические рекомендации

Восстанавливать функцию внимания с помощью неречевых заданий: простые пазлы и игры (домино, карты…), рисование, срисовывание и т.п. Тренировка движений речевых органов: открой рот (можно помогать открыть, надавив на подбородок), покажи язык, подвигай языком вправовлево (можно попробовать подвигать язык ложкой или взяв его в руку через чистую тряпочку), оближи губы, закрой рот, покажи зубы, покажи трубочку, надуй щёки, покажи, как целуются, задуй свечку, просто подуй, громко крикни «А», помычи «Мммм» (как будто что-то болит).

Задавайте простые вопросы, требующие ответов «да», «нет». Задавайте провокационные вопросы, чтобы вызвать какую-то реакцию - удивление или смех: Ты живёшь на марсе? Может ты живёшь в Америке? Ты пила сегодня водку? Тебя зовут Петя? И т.п.

Учите различным жестам: «привет» - кивнуть головой; «пока» - помахать рукой; «иди сюда» поманить рукой (попросите пациента - «Позови меня, помани меня рукой, а то я не подойду!», покажите, как это сделать), «дай» протянутая рука (пусть пытается что-то просить, не давайте всё сразу, скажите - «Попроси! Протяни руку! Тогда дам!»; «хорошо» и «плохо» - большой палец вверх или вниз (спрашивайте - «Как у тебя дела?», помогите сделать жест «палец вверх»); «Я» показать указательным пальцем на себя (Спросите - «Кто у нас Галина?» Помогите пациенту показать пальцем на себя, при этом говорите - «Это я!»); «вот» показывать указательным пальцем на картинки, предметы, части тела и лица; «надоело» как бы порезать рукой у горла (Например: «Тебе надоела эта каша? Покажи нам, как она тебе надоела!»); «тихо!» указательный палец к губам и т.п.

Давайте различные инструкции для выполнения: откройте рот, покажите мне язык, покажите зубки, поднимите руку вверх, опустите её, покажите мне кулак, возьмите бутылку, попейте, причешитесь, протрите рот, закройте-откройте глаза, возьмите книжку, откройте её, дайте мне яблоко и т.д.

Просите показывать указательным пальцем картинки и предметы. Для начала помогать: сложить руку в указательный жест и помочь рукой указывать на картинку или предмет, говоря «ВОТ!». Покажите для начала две картинки или фотографии, например «ДОМ» и «СОБАКА».

«Покажи, где ДОМ?» Если пациент сам не показывает, сложите его руку в указательный жест и помогите показать. Потом спросите, где СОБАКА. Позже увеличивайте число картинок.

Раскладывать подписи к картинкам: например, даёте две картинки и два слова и вместе раскладываете эти слова к каждой картинке. Затем вместе всё пробуйте читать. Позже увеличиваете количество слов.

Списывайте слова более сильной рукой. Помогайте своему пациенту, вложите ручку в руку, ведите его руку сами. К слову должна прилагаться картинка. После списывания следует спросить, где тот или иной предмет и показать на него пальцем. Всё что пишете, вместе пробуйте читать.

*Образец: ПЕРЕПИШИТЕ.*

**Д О М**

 

**Ч А Ш К А**

 

Позже попробуйте усложнить задание:

*Образец: ВЫБЕРИТЕ И ВПИШИТЕ НУЖНОЕ СЛОВО.*

 

 

**ЧАШКА ДОМ**

Ни в коем случае не ругайте за неудачи. Обязательно хвалите даже за малейшие успехи. Будьте терпимыми, так как восстановительная работа требует огромного количества постоянных систематических занятий в течение долгого времени. Радуйтесь малейшим успехам.

Делайте то, что получается.

Совместное пение знакомых песен: Катюша, Ой цветёт калина, Ой мороз, мороз, Подмосковные вечера, В лесу родилась ёлочка и т.п. Петь, как получается. Если совсем не получается, взять пациента за руку, петь песню и вместе в такт дирижировать. Акцентируйте внимание на ваш рот:

«Посмотри на меня, посмотри, как я пою!». Вместе пробовать считать до десяти, произносить дни недели, знакомые стихи (Наша Таня громко плачет, Уронили мишку на пол, Буря мглою небо кроет, Однажды в студёную зимнюю пору…) Делать это не медленно, а в среднем темпе.

12. Вы начинаете фразу, а ваш «респондент» пробует закончить (сказать последнее слово) вместе с вами и смотрит на ваш рот. Позже - прочитывать вместе всю фразу.

Кашу маслом не **испортишь**. Чем богаты, тем и **рады**.

Что упало, то **пропало**.

Дурная голова ногам покоя не **даёт**. Делу время потехе **час**.

Без труда не вытащишь и рыбку из **пруда**. Семь бед один **ответ**. И Т.Д.

13. Вместе читать простые фразы, написанные большими буквами ни листе, при этом следить пальцем. Например: Доброе утро! Я хочу пить. Дайте воды. И т.п.

14. Позвоните в «ЦЕНТР ПАТОЛОГИИ РЕЧИ и НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ».

Если больной сам себя не обслуживает, узнайте по телефону, есть ли в вашем районе стационар на дому (то есть логопед из центра будет приходить заниматься на дом). Центр - бесплатный для москвичей.

Телефон регистратуры: 698-04-14 (с 15:00 до 18:00)

Выводы по 3 главе

Логопедическую работу с пациентами на раннем этапе необходимо начинать с установления эмоционального контакта. Логопеду необходимо внушить пациенту веру в себя и в успех занятий. Так же необходим тщательный подбор лексического материала с учётом личностных, профессиональных особенностей больного, а так же его увлечений. Занятия должны быть интересными, разнообразными и не утомительными.

Заключение

Растормаживающие методики применяются при разных формах афазии, но наиболее часто при афферентной и эфферентной моторной афазии.

Применение растормаживающих и аудиовизуальных методик позволило выявить общие закономерности и специфические особенности восстановления речи. Апробация данных методик показала широкий диапазон возможности их применения для изучения закономерностей нарушения и восстановления речи при моторных формах афазии. Данные методики могут использоваться для восстановления речи больных с целью устранения дефектов экспрессивной и импрессивной речи.

Несмотря на то, что больные прошли незначительное во времени восстановительное обучение, нам удалось получить положительные результаты обучения. За короткий срок они приобрели способность спонтанной речи, с помощью которой больные могли общаться с окружающими.

Примененные методики обучения были направлены на преодоление персевераций, с одной стороны, и предупреждение возможного нарушения предикативной стороны речи с другой.

Анализ полученных результатов данных методик восстановления речи позволяет сделать вывод, что растормаживающие методики при афазии являются эффективным средством для решения как практических, так и научных задач. Надо отметить, что данные методики наиболее эффективны при грубой степени речевого расстройства. Ценность растормаживающих методик заключается в том, что они являются запускным механизмом для активизации правого полушария мозга.

К сожалению, в литературе дается мало рекомендаций и приемов методики с использованием ролевых игр, на групповых и индивидуальных занятиях, профессиональных слов и терминов с которыми больной чаще всего сталкивался в своей профессиональной сфере. Этот вид растормаживающих методик способствует реализации таких форм и функций речи, которые более сохранны, эмоциональны и выразительны.

Особенности состояния больных с афазией на раннем этапе нарушения речи ставят перед логопедом ряд специальных задач. Они заключаются в использовании таких логопедических методик, которые соответствуют характеру речевого расстройства в его начальной стадии и содействуют быстрому темпу и наиболее высокому уровню восстановления речевых функций. На раннем этапе приходится учитывать, прежде всего, тяжесть состояния больных в период, непосредственно следующий за расстройством мозгового кровообращения, травмой и т. п. В этом периоде у больных наблюдаются некоторая степень оглушенности, быстрая утомляемость и, истощаемость, трудности установления контакта и другие особенности.

Мои наблюдения показали необходимость индивидуализации приемов работы и подхода к больным с учётом их личностных и профессиональных особенностей.. Из приведенных описаний восстановительного обучения видна важность психотерапевтического характера занятий логопеда с больным в связи с тяжестью переживаний людей, внезапно лишившихся речи.

Главной задачей начального этапа являлась активизация процесса восстановления речи. Этому и служит разработанная система методик растормаживания и стимулирования нарушенных речевых функций. Этот комплекс методик относится к прямому, растормаживающему методу восстановительной терапии. Он непосредственно направлен на восстановление нарушенных функций. Работа по этим методикам ведется в основном при пассивном участии больных в процессе обучения. Им не разъясняется, над какими сторонами речи мы работаем, зачем используются в процессе занятия пение, устные инструкции, каким грамматическим категориям уделяется большее или меньшее внимание.

Больные постепенно втягиваются в речевое общение, в беседу.

Описанные методики не равнозначны. Их отличие друг от друга связано не только с тем, что они предназначены для восстановления различных сторон речи. Они в разной степени предусматривают включение личной активности больного в процесс восстановления. Поэтому, хотя все они и используются в комплексе, имеется известная временная последовательность в привлечении отдельных методик.

Одной из главных особенностей разработанной системы является ее профилактический характер, что способствует предупреждению различных речевых патологических симптомов. Эта предупреждающая направленность восстановительной работы, базирующаяся на учете системного строения синдрома речевого расстройства, представляется весьма перспективной. Она дает возможность избежать возникновения некоторых стойких и трудно изживаемых в поздних стадиях симптомов афазии. Отсюда вытекает важное значение раннего начала восстановительного обучения и с этой точки зрения.

При стимулировании понимания речи на слух, с чего обычно начинается работа с больными, мы использовали главным образом побудительную форму речи, интонационные и грамматические особенности которой позволяли не только более активно контролировать понимание больными услышанной речи, но, главное, предупреждать в известной степени возникновение различных видов аграмматизма. При этом важным являлось и то, что с помощью интонационного выделения слов стимулировалось произнесение больными слов глагольного характера. Само использование развернутого грамматического текста исключало насыщение речи больных только номинативными словами и предупреждало возникновение у них аграмматизма типа «телеграфного стиля».

Важным в использовании методик растормаживания экспрессивной стороны речи и стимулирования устной речи являлось то, что восстановление велось не от слова к фразе, а от фразы к слову. Такой путь методической разработки кажется правильным и содействующим быстрейшему восстановлению развернутого высказывания и речевого мышления больного с афазией. Особое значение этих методик для работы с больными заключается в том, что они не требуют осознанного участия больного в процессе занятия, в то время как распространенный оптикотактильный метод предполагает активную, произвольную деятельность больного.

Как видно из описания процесса восстановления, использование этих методик приводит сравнительно быстро к положительным результатам.

Они позволяют в большинстве случаев восстановить произносительную сторону речи за 2-3 недели, тогда как оптико-тактильный метод требует для постановки звуков и введения их в слова 2-3 месяцев логопедической работы.

Логопедические методы работы на раннем этапе направлены, естественно, на растормаживание и стимулирование функционально нарушенных сторон речи. В связи с этим ранний этап значительно короче последующих, на которых весь процесс восстановления проводится уже на основе компенсаторной перестройки органически нарушенных функций с использованием сохранных их сторон.

На поздних этапах восстановительного обучения, когда синдром афазии приобретает конкретную форму, возможно и более планомерное, поурочное ведение занятий, чем то, какое было описано выше.

Учет особенностей этапа развития речевого нарушения с точки зрения преобладания в нем функциональных или органических речевых расстройств оказывается важным фактором при выборе методик восстановительной терапии. В этом и заключается специфичность работы логопеда в неврологической клинике. Она должна протекать в тесной связи с врачом и психологом. Только при учете тяжести состояния больного и психологической сущности речевого расстройства может успешно протекать направленное восстановление речи при афазии.

Тем самым гипотеза о том что работа по преодолению нарушений речи у больных с моторной афазией будет наиболее эффективна, если работа будет начата на ранних этапах заболевания, с растормаживания произносительной стороны речи с применением аудиовизуальных методик с учетом индивидуальных особенностей пациента является эффективной. Задачи выполнены. Цели в определении пути логопедической работы в процессе произносительной стороны речи с использованием растормаживающих методик и аудиовизуальных средств обучения достигнуты. Гипотеза о том, что логопедическая работа по преодолению нарушений речи у людей с моторной афазией будет наиболее эффективна, если работа будет начата на ранних этапах заболевания, с растормаживания произносительной стороны речи с применением аудиовизуальных методик с учётом преморбидного индивидуального языкового тезауруса доказана.

Список литературы

1. Амосова Н.Н. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний головного мозга / Н. Н. Амосова, Н. И. Каплина. Москва: АСТ, Астрель. 2007.

2. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ афазии. О локализации построения высказывания. Москва: Теревинф, 2002.

3. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. Л.: Медицина, 1964.

4. Бейн Э.С. Восстановление речи у больных с афазией / Бейн Э. С., Бурлакова М. К., Визель Т. Г. М., 1982.

5. Бизюк А. П. Компедиум методов нейропсихологического исследования: методическое пособие. СПб. 2005.

6. Визель Т.Г. Как вернуть речь:{HYPERLINK <http://www.logopedkniga.ru/products?-vizel-vernut-rech-insult-afaziya-dizartriya-&amp;act=more&amp;cat=40&amp;id=90> "http://www.logopedkniga.ru/products?-vizel-vernut-rech-insult-afaziya-dizartriya- <http://www.logopedkniga.ru/products?-vizel-vernut-rech-insult-afaziya-dizartriya-&amp;act=more&amp;cat=40&amp;id=90>**&act=more&cat=40&id=90"} <http://www.logopedkniga.ru/products?-vizel-vernut-rech-insult-afaziya-dizartriya-&amp;act=more&amp;cat=40&amp;id=90>** / Т. Г. Визель. Москва, 2011.

7. Визель Т.Г. Нейролингвистическое направление в реабилитации больных с афазией // Актуальные вопросы медицинской и нейрореабилитации: Тезисы докладов / III научно-практическая конференция, посвященная 30-летию городской больницы №10. М.: 1996.

8. Визель Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование. М.: В. Секачёв, 2005.

9. Выготский Л.С. Мышление и речь / Л. С. Выготский: Москва: Лабиринт, 2012.

10 .Глозман Ж.М. О некоторых аспектах изменения личности при афазии / Глозман Ж.М., Цыганок А.А.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1982. № 12.

11 .Глозман Ж.М. Общение и здоровье личности. М.: Академия. 2002.

12 .Григорьева В.Н. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга / В. Н. Григорьева, М. С. Ковязина, А. Ш. Тхостов.М: Психология: Московский психологосоциальный ин-т, 2006.

13 .Гусев Е.И. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий / Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. № 8.

14 .Ермакова Н.Г. Психологические особенности больных с последствиями инсульта в левом и правом полушариях головного мозга в процессе реабилитации / Н.Г. Ермакова // Вестник СанктПетербургского Университета.Сер. 11. 2008. Вып. 3.

15 .Жинкин Н.И. Механизмы речи/ Н.И. Жинкин. М.: Изд - во АПН РСФСР, 1958.

16 .Зинченко Ю.П. Психологические проблемы нейрореабилитации / Ю.П. Зинченко, А.Н. Вишнева // Материалы международной научнопрактической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» М.: 2011.

17 .Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М.: Миклош, 2003.

18 Кадыков А.С. Сосудистые заболевания головного мозга / Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. М.: Миклош, 2010.

19 .Клепацкая Л.Б. Восстановление речи после инсульта. Комплекс упражнений (средняя и легкая форма афазии) / Л. Б. Клепацкая. Москва: В. Секачев, 2011.

20 .Кошелева Н.В. Тематические лексико-грамматические упражнения для больных с афазией. М.: Издательство АСТ-Астрель, 2006.

21 .Кучумова Т.А. Подкорковая афазия и основные направления коррекционно-логопедической реабилитации. Автореферат дис. канд. пед. наук. М., 2000.

22 .Ларина О.Д. Автоматизированный программный комплекс «Восстановление речи» и некоторые результаты его использования в процессе нейрореабилитации больных с последствиями очаговых поражений головного мозга и нарушениями ВПФ / Ларина О.Д., Королева О.А., Фукалов Ю.А., Мелешков Ю.С. // Труды 66-я Всероссийской конференции, посвященной Дню радио. Научная сессия, 11-12 мая 2011 года, г. Москва. Москва: РНТОРЭС им. А. С. Попова, 2011.

23 .Леонтьев А.А. Психология общения. / А.А. Леонтьев. М., 1997.

24 .Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Академ. проспект, 2000. 456 с.

25 .Материалы конференции к 100 - летию со дня рождения В.В.Оппель. Восстановление речи при афазии/ Под общей редакцией Мотылевой Л.С. ЛГОУ им. Пушкина, 2002.

26 .Можейко Е.Ю. **{HYPERLINK "http://elibrary.ru/item.asp?id=11674599"} <http://elibrary.ru/item.asp?id=11674599>** / Е. Ю. Можейко // **{HYPERLINK "http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=529977"} <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=529977>**. 2008. Т. 50. **{HYPERLINK "http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=529977&selid=11674599"} <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=529977&amp;selid=11674599>**

27 .Нейрореабилитация 2012. Материалы IV-го Международного конгресса «Нейрореабилитация-2012. М,: 2012.

28 .Оппель В.В. Восстановление речи при афазии. (Методические указания). Л.: Медгиз, 1963.

29 .Парфёнов В.А. Лечение и реабилитация пациентов, перенесших ишемическое нарушение мозгового кровообращения. Атмосфера. Нервные болезни. 2006.

30 .Пурцхванидзе О.П. Реабилитация больных с афазией в ранней постинсультной стадии с использованием аудиовизуальной стимуляции: автореферат дис. кандидата логопедических наук: 13.00.03 / Пурцхванидзе Ольга Петровна. М. 2011.

31 .Репина Н.В Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д.В.Воронцов, И.И. Юматова,Ростов н/Д: Феникс, 2003.

32 .Хомская Е. Д. Нейропсихологическая диагностика. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2007, часть I. 64 с., часть II.

33 .Хомская М.Д. Нейропсихология: 4-е издание. СПб.: Питер, 2005 34.Хрестоматия по нейропсихологии. Под ред. Е.Д. Хомской. М., 1999, 2004.

35 .Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. 640 с. (Серия "Психологи Отечества").

36 .Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение М.: МПСИ, 2001.

37 .Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга / Л. С. Цветкова. Москва: Московский психолого-социальный институт (МПСИ), 2010.

38 .Цветкова Л.С. Мозг и интеллект. М., Просвещение, 1995. 39.Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных: уч. пособ. М.: МПСИ, 2004.

40 .Шкловский В.М. А.Р. Лурия и современная концепция нейрореабилитации //1 Международная конференция памяти А.Р. Лурия / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М.: РПО, 1998. С.

41 .Шкловский В.М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / Шкловский В.М., Визель Т.Г. М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев.2000.

42 .Шкловский В.М. Значение групповых занятий в реабилитации больных с последствиями инсульта и нейротравмы / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель, Г.М. Насоновская, Т.Г. Боровенко / Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии: Республиканский сборник научных трудов под ред. Л.И.Вассермана.-Ленинград. 1981.

43 .Шкловский В.М. К возможности использования неречевых (символических) уровней коммуникации при афазии/ Шкловский В. М., Визель Т.Г., Боровенко Т. Г. // Дефектология.

44 .Шкловский В.М. Проблемы социальной реабилитации индивидов, перенесших инсульт головного мозга в учреждениях здравоохранения/ Шкловский В.М., Фукалов Ю.А., Вильянов В.Б., Ременник А.Ю., Кобозев Г.Н., Орлов Ю.А., Кудряшов А.В., Кокорева М.Е. // Журнал МосГУ.2013 год.

45 .Шохор - Троцкая М.К. Коррекция сложных речевых расстройств, сборник упражнений. Эксмо - Пресс. В. Секачев, 2000.

46 .Шохор-Троцкая М.К. Речь и афазия. М.: Ассоц. дефектологов, 2001.

47. Aftonomos L.B., Steele R.D., Wertz R.T. (1997) Promoting recovery in chronic aphasia with an interactive technology. Arch Phys Med Rehab 78: 841-846.

48. Katz R.C., Wertz R.T. (1997) The efficacy of computer-provided reading treatment for chronic aphasic adults.J Speech Lang Hearing Res 40: 493- 507.

49. Linebarger M.C., Schwartz M.F., Kohn S.E. (2001) Computer-based training of language production: An exploratory study. Neuropsychol Rehab 11: 57-96.