

Министерство просвещения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования
Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

**Логопедическая помощь пациентам с акустико-мнестической афазией
с применением нейропсихологических методик**

Выпускная квалификационная работа

Допущено к защите
Зав. кафедрой
логопедии и клиники
дизонтогенеза
канд. пед. наук, доцент
Е. В. Каракулова

Исполнитель:
Цымбал Ирина Дмитриевна
Обучающийся ЛГП-1801z группы

подпись

дата

подпись

Руководитель:
Каракуова Елена Викторовна,
канд. пед. наук, доцент

подпись

Екатеринбург 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИЕЙ.....	6
1.1. Нейропсихологический подход к изучению афазии, акустико-мнестическая афазия, причины, факторы и механизм распада речи.....	6
1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика пациентов с акустико-мнестической афазией	11
1.3. Состояние речи пациентов при акустико-мнестической афазии.....	15
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТА И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ.....	20
2.1. Основные принципы, организация и методика констатирующего эксперимента	20
2.2. Анализ результатов обследования речи пациентов с акустико-мнестической афазией.....	25
ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ С АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК.....	37
3.1. Основные принципы, цели, задачи, этапы и методики логопедической работы по восстановлению речи у пациентов с акустико-мнестической афазией	37
3.2. Содержание логопедической работы по восстановлению речи у пациентов с акустико-мнестической афазией с применением нейропсихологических методик.....	43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	57
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	60

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее часто последствия инсульта, черепно-мозговой травмы, опухолей головного мозга проявляются в виде афазий, которые нередко сочетаются с патологией других высших психических функций (различные виды агнозии и апраксии), правосторонним гемипарезом и психическими расстройствами. Последнее либо напрямую связано с очаговой или общей патологией головного мозга, либо является реакцией на дефект – резкое изменение положения в семье и обществе (А. Р. Лурия, В. М. Шкловский). В современном обществе афазия рассматривается не как изолированное нарушение речи, а является системным, неразрывно связанным со всеми высшими психическими функциями (Л. С. Цветкова). В связи с этим, изучение проблемы восстановления речи с помощью нейропсихологических методик при акустико-мнестической афазии является **актуальной**.

Клинико-анатомические сравнения показали, что акустико-мнестическая афазия оказывает поражающее воздействие на средние отделы височной области коры левого полушария. Данная часть мозга тесно связана со зрительным и слуховым анализаторами, в связи с чем возникает нарушение слухоречевой памяти, снижение объема акустического восприятия, а также нарушение зрительных предметных образов-представлений [27, с. 37].

Решение проблемы акустико-мнестической афазии связано со сложной работой с нарушенными вследствие основного заболевания речевыми функциями пациента, такими, например, как понимание обращенной речи, правильное произношение звуков и понимание собственной речи, чтение и письмо, а также работа артикуляционного аппарата. Своевременное проведение логопедической работы позволит пациенту в более короткие сроки вернуться к привычному для него образу жизни и избежать серьезных психоэмоциональных проблем (В. М. Шкловский, Т. Г. Визель) [30, с 101].

Проблема восстановительного обучения при афазии находит все больше откликов исследователей в области таких наук как логопедия,

нейропсихология, лингвистика, психолингвистика и др. Данная проблема привлекает такое внимание, поскольку она имеет большое значение в углублении представлений о законах работы головного мозга, о взаимосвязи речи и мозга, о психофизиологических законах речи, о взаимодействии ее с другими высшими психическими функциями. Также немаловажным аспектом является социальная и практическая значимость изучения данной проблемы, ведь реабилитационный процесс в большей степени направлен на возвращение пациента к полноценной жизнедеятельности (В. М. Шкловский, Т. Г. Визель).

Теоретические и практические аспекты проблемы афазии у взрослых глубоко исследованы в работах многих авторов (Т. В. Ахутиной, Э. С. Бейн, Т. Г. Визель, А. Р. Лурия, В. В. Оппель, В. К. Орфинской, Л. Г. Столяровой, И. М. Тонконового, Л. С. Цветковой, М. К. Шохор-Троцкой и др.).

Акустико-мнестическая афазия отличается специфичностью своего синдрома, при данной патологии сочетаются несколько центральных механизмов, включающих в себя нарушение слухоречевой памяти, зрительных предметных представлений, снижение объема акустического восприятия (А. Р. Лурия, Л. С. Цветкова). В ходе изучения теоретического материала, а также проведении логопедического обследования была выявлена **проблема** направленности логопедической работы исключительно на речевые нарушения, в то время как все высшие психические функции неразрывно связаны между собой. В связи с этим, в программу восстановительного обучения по преодолению речевых расстройств при акустико-мнестической афазии необходимо включать нейропсихологические методики для комплексного воздействия на нарушения.

Объект исследования – неречевые и речевые расстройства у пациентов с акустико-мнестической афазией.

Предмет исследования – содержание логопедической работы по восстановлению неречевых процессов и речи у пациентов с акустико-мнестической афазией с применением нейропсихологических методик.

Цель исследования – изучить, теоретически обосновать, отобрать и систематизировать содержание логопедической работы по восстановлению неречевых процессов и речи у пациентов с акустико-мнестической афазией с применением нейропсихологических методик.

Задачи исследования

1. На основе изучения теоретических источников и нейропсихологических подходов раскрыть фактор и механизм распада речи при акустико-мнестической афазии, дать характеристику клинико-психологических особенностей пациентов с данной патологией.

2. Изучить принципы, организацию и методику обследования пациентов с акустико-мнестической афазией, провести диагностику неречевых и речевых процессов у пациентов с данной формой афазии и проанализировать полученные результаты.

3. На основе теоретической и методической литературы определить содержание восстановительного обучения с применением нейропсихологических методик пациентов с акустико-мнестической афазией.

Реализация цели и задач исследования осуществлялись с помощью теоретического **метода**, который включал в себя анализ логопедической, психолого-педагогической и специальной литературы по проблеме исследования. А также, с помощью эмпирического **метода** констатирующего эксперимента.

Структура ВКР: состоит из введения, трех глав, заключения, списка источников и литературы, приложений.

База исследования: отделение медицинской реабилитации Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Центральная городская больница №3» г. Екатеринбург ул. Братьев Быковых 16.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИЕЙ

1.1. Нейропсихологический подход к изучению афазии, акустико-мнестическая афазия, причины, факторы и механизм распада речи

Все высшие психические функции имеют сложное иерархическое строение, которое представлено в «вертикальной организации». Из этого следует, что локализовать можно только симптом, но не функцию, в связи с ее строением от низшего звена к высшему (Джексон, 1863 г.).

Труд И. М. Сеченова «Рефлексы головного мозга» способствовал началу изучения проблемы локализации высших психических функций в России. Он оказал значительное влияние на работы В. М. Тарковского, Н. Д. Родосского, С. И. Давиденкова, М. И. Аствацатурова, М. Б. Кроля и других русских ученых.

В основе нейропсихологического подхода в изучении высших психических функций, предложенным А. Р. Лурия, лежат нейрофизиологические открытия И. П. Павлова, Н. А. Бернштейна и П. К. Анохина о системной организации функций, а также нейропсихологические и психологические взгляды Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева и других психологов.

В 1947 г. А. Р. Лурия формулирует принцип системного строения и динамической, поэтапной локализации высших психических функций. Он разрабатывает методы изучения нарушений психической деятельности и познавательных процессов человека. Нейропсихологическая методика, предложенная А. Р. Лурия, позволяет исследовать различные симптомы и синдромы, закономерные сочетания симптомов, возникающие при поражении различных структур мозга. Применение данной методики позволяет

определить формы афазии, а также диагностировать локализацию поражения головного мозга [18, с 55-59].

Речь является результатом процесса сложной психической деятельности. Речевые процессы включают в себя вербальную, письменную экспрессивную речь, которая представляет собой процесс использования языка и импрессивную речь: понимание устных или письменных высказываний. Нарушения речи могут иметь последствия для развития патологии на любом этапе речевой деятельности и относиться к устной речи, письму и чтению в произношении и понимании.

Афазия – это процесс нарушения речи, который приводит к поражению речевых зон в доминирующем полушарии мозга, что приводит к нарушению различных форм речевой деятельности с сохранением элементарной формы слуха и артикуляции (А. Труссо, 1864).

Для афазии характерны системные нарушения, распространяющиеся на все уровни языка: фонетика, лексика, грамматика.

Клиника разных форм афазий неоднородна. Они отличаются, прежде всего, локализацией очага поражения. Большинство аспектов речи связаны с корой доминирующего полушария функционально.

Существуют так называемые речевые зоны головного мозга: нижняя передняя извилина, височная извилина, задняя часть нижней теменной области, а также теменная, височная и затылочная области левого доминирующего полушария головного мозга. В мире существуют разнообразные классификации форм афазии [27, с. 18-22].

Самой распространенной классификацией принято считать разработанную А. Р. Лурия, согласно которой существуют следующие формы афазии: акустико-гностическая и акустико-мнестическая 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).

Поражение речевых зон приводит к нарушению первичной речевой предпосылки, которая осуществляет деятельность соответствующей анализаторной системы. Вследствие этого происходит вторичный специфический распад всей функциональной системы языка и речи, нарушаются все виды речевой деятельности.

Характер и степень нарушения речи зависят прежде всего от кинестетической, кинетической или оптической предпосылок, которые в различной степени вносят свой вклад в осуществление разнообразных речевых процессов [10, с. 47].

Афазия относится к числу тяжелых нарушений речи органического центрального происхождения. Если раньше данную патологию диагностировали чаще у людей пожилого возраста на фоне большей подверженности нарушениям мозгового кровообращения, то в современной действительности ей страдают в равной степени и люди в более молодом возрасте.

Причинами афазии являются различные нарушения органического характера речевых систем мозга в период уже сформировавшейся речи.

При данной патологии наблюдаются повреждения в лобных, теменных, затылочных и височных долях коры левого полушария.

Этиология афазии заключается в сосудистых нарушениях, травмах головы, опухоли головного мозга [17, с. 13-18].

1. Нарушения мозгового кровообращения (инсульты). Сосудистые нарушения подразделяются в зависимости от этиологии поражения головного мозга: ишемия и геморрагия. При ишемической форме инсульта происходит закупоривание сосудов, из-за чего кровь не может циркулировать в достаточном объеме. Это приводит к гибели клеток головного мозга.

Причинами ишемии могут быть стенозы (затрудняется прохождение крови по сосудистому руслу); тромбозы, эмболии или тромбоэмболии (тромб перекрывает поток крови); эмбол (инородное тело, например, воздушный

пузырек); склеротические бляшки на стенках сосудов; длительная артериальная гипотензия, при которой стенки сосудов длительное время находятся в слабом тоне, начинают опадать, становятся неспособными проталкивать кровь.

Геморрагическая форма нарушения мозгового кровообращения также приводит к гибели клеток мозга. При данной форме инсульта происходит кровоизлияние, которое приводит к появлению гематомы. Гематома разрушает близлежащие нервные клетки.

Причинами геморрагии являются высокое артериальное давление, врожденная патология сосудов, склеротические образования на стенках сосудов

2. Травмы головного мозга могут быть двух видов: открытые и закрытые. Оба вида травм приводят к серьезным патологическим последствиям, в том числе нарушениям речи. При травмах есть риск такого воздействия на весь головной мозг, как контузия. В этих случаях, помимо очаговой симптоматики, могут возникать изменения течения нервных процессов (замедление, ослабление интенсивности, истощаемость).

3. Существуют доброкачественные и злокачественные опухоли головного мозга. Для злокачественной опухоли характерен более быстрый рост. Опухоли оказывают патологическое давление на вещество мозга, при прорастании разрушают нервные клетки. Оперативное вмешательство является лечением при диагностировании опухоли. Современная нейрохирургия позволяет оперировать многие виды опухолей, исключением являются те, удаление которых опасно для жизненно важных центров.

При воздействии на головной мозг какого-либо из описанных факторов, может возникнуть расстройство речевой функции, проявляющееся в виде афазии.

Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средних и задних отделов височной области коры левого полушария. Ее структура включает в себя три механизма центрального действия: нарушение

слухоречевой памяти, сужение объема акустического восприятия и нарушение зрительных предметных образов-представлений. Сложность механизмов акустико-мнестической афазии связана со сложным морфологическим строением этой области коры головного мозга, а также тесной связью со зрительным и слуховым анализаторами. Нарушается взаимодействие анализаторных систем, что приводит к сложной форме афазии [28, с. 32].

Симптомы и синдромы.

Нейропсихологические: нарушение понимания в случае метафор, иносказаний; отчуждение значения и смысла слова; нарушения спонтанной речи проявляются в наличии вербальных парафазий, мнестических западений на слова. Нарушения повторной речи; нарушения номинативной функции речи. Праксис и гнозис остаются сохранными.

Клинические: при правильном произнесении слова происходит отчуждение его смысла, вербальные парафазии, эмоционально-выразительная сторона речи не повышена, есть осознание своего нарушения речи, при назывании предметов происходит перебор слов-синонимов, либо называние функций или признаков предмета. Может присутствовать тревожность.

Психологические: отчуждение смысла слова и нарушение понимания речи происходит при сохранном фонематическом слухе и процессе звукоразличения. Дефекты речи проявляются при увеличении объема информации. Не выявляются затруднения при повторении отдельных слов, но при предъявлении серии слов возникают трудности с их воспроизведением, так как образ последующего слова перекрывает собой предыдущее.

Речевые: Понимание речи на бытовом уровне. Отмечается нарушение понимания «на объеме». В экспрессивной речи отмечаются частые вербальные парафазии с паузами на обдумывание и нахождение нужного слова.

Рассмотрев теоретический материал по теме параграфа, можно сделать вывод, что ключевым звеном в понимании механизмов афазии является нейропсихологический подход А. Р. Лурия, в основе которого лежит принцип системного строения и динамической, поэтапной локализации высших

корковых функций.

Данная патология может возникнуть вследствие сосудистых нарушений (инсульты), черепно-мозговых травм, опухолей головного мозга. При логопедическом обследовании для определения формы афазии учитываются основной механизм распада речи, индивидуальные симптомы и синдромы.

При акустико-мнестической афазии сочетаются три действующих механизма распада речи, из которых ведущим является нарушение слухоречевой памяти.

1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика пациентов с акустико-мнестической афазией

Проблемой изучения афазии занимались многие исследователи из области медицины, физиологии, психологии, нейропсихологии и лингвистики. Такими специалистами были Т. В. Ахутина, Э. С. Бейн, Т. Г. Визель, А. Р. Лурия, В. В. Опфель, В. К. Орфинская, Л. Г. Столярова, И. М. Тонконогий, Л. С. Цветкова, М. К. Шохор-Троцкая, Е.Н. Винарская, Т. Б. Глезерман, Р. Якобсон и др.

Описание клинической картины афазии у пациентов можно объяснить пунктами, которые наиболее ярко отражают системный характер дефекта (заболевания различных сторон речевой функции), а его специфика обусловлена тем, что нарушается предпосылка пострадавшего вида экспрессивной или импрессивной речи: спонтанной речи; речевых автоматизмов; повторяющейся речи; диалога; называния; рассказа по сюжетной картинке; краткого изложения текста; понимания речи; способности к вербальной памяти; состояния функции чтения, письма; состояние орального, артикуляционного и символического праксиса.

В основе патологии при акустико-мнестической афазии лежат три основных компонента, которые подверглись нарушению: слухоречевая память, объем акустического восприятия, а также, зрительные предметные

образы-представления. При этом функция орального, артикуляционного и символического праксиса остается первично сохранной [8, с. 260].

Рассмотрев данные факты, можно сделать вывод, что на первый план в клинико-психолого-педагогической характеристике пациентов с акустико-мнестической афазией будет выступать понимание речи, состояние объема слухоречевой памяти, а также состояние экспрессивной речи.

У пациентов с акустико-мнестической афазией понимание коротких речевых конструкций не вызывает сложностей в понимании, однако восприятие сложно построенной речи, сложных длинных предложений и текстов провоцирует трудности в удержании информации, воспринимаемой на слух. Характерны ошибки осмысления. По единичным названиям показ предметов и частей тела возможен. Объем слухоречевой памяти чаще всего недостаточен для удержания более 3 элементов. Фонематический слух первично не страдает. При попытках называния серий предметов возникает отчуждение смысла слова [16, с. 377].

Экспрессивная речь пациентов с акустико-мнестической афазией представлена неразвернутой фразой, разнообразной по лексико-грамматической структуре. При этом часто встречаются вербальные парафазии, запинки, которые обусловлены характерными для данной формы афазии трудностями поиска подходящего слова. Сложные по звуковому составу слова искажаются в последовательности звукоряда. Это могут быть перестановки, пропуски звуков, добавление звуков и слов в результате слабости акустических следов. Трудности вызывают редко употребляемые в речи слова.

Повторная речь страдает редко, трудности возникают при воспроизведении длинных текстов, что связано с недостаточностью удержания воспринятой информации. Слова и фразы, доступные для непосредственного восприятия и повторения, оказываются забытыми, «стертыми» после введения какой-либо интерференции (пауза, вопрос, счет и т.п.).

Нарушения в диалогической речи прослеживаются менее выражено, чем в остальных видах речевой деятельности, поскольку в диалоге чаще всего преобладают короткие фразы, что позволяет пациенту легче воспринимать поступающую информацию [30, с. 28-30].

Недостаточность в сфере зрительных представлений ведет за собой трудности в названиях преимущественно предметов. Также могут присутствовать трудности актуализации имен собственных, названий цифр, применение малочастотных слов.

При акустико-мнестической форме афазии составление фразы по сюжетной картинке может вызывать затруднение вследствие сложности при подборе слов для составления предложения, удержании в памяти уже составленной фразы.

Пересказ текстов в значительной степени нарушен, поскольку присутствует трудность удержания фрагментов текста. Чаще всего опорой для пересказа являются наводящие вопросы.

При акустико-мнестической афазии глобальное чтение чаще всего сохранно. При аналитическом чтении могут проявляться затруднения в зависимости от длины читаемого текста.

При письме под диктовку отмечаются ошибки, которые связаны с трудностями удержания информации, воспринимаемой на слух (пропуски слов, вербальные парафазии).

При акустико-мнестической афазии моторика артикуляционного аппарата первично остается сохранной, поскольку очагом поражения является средняя и задняя отделы левой височной области, которая не принимает участие в организации работы моторной сферы. Однако, вследствие основного заболевания (как правило это черепно-мозговая травма или острое нарушение мозгового кровообращения), присоединяется дизартрия, которая, в свою очередь, приводит к нарушениям в области моторной сферы. Чаще всего это гипертонус мышц языка, сниженные мимические реакции с парализованной стороны. Также, вследствие дизартрии могут быть снижены глоточный,

кашлевой и рвотный рефлекс.

С точки зрения работы высших психических функций акустико-мнестическая афазия возникает вследствие действия трех центральных механизмов, которые приводят к характерным симптомам при данном нарушении. Сужение объема акустического восприятия, нарушение слухоречевой памяти, нарушение зрительных предметных образов-представлений [2, с. 37].

Клинически у пациентов это проявляется в отчуждении смысла слов, нарушении понимания речи, непонимании скрытого смысла высказывания, нарушении называния предметов. Присутствует отчуждение смысла слова при правильном его произнесении и на фоне сохранного фонематического слуха. Этот феномен связан с неустойчивостью зрительных предметных образов.

Исследования А. Р. Лурия показывают, что дефекты в области нарушения слухоречевой памяти проявляются в большей степени при увеличении объема информации, воспринимаемой пациентом. При попытках повторения большего количества слов, последние из предлагаемого ряда перекрывают собой следы предыдущих, при этом ранее услышанные из ряда слова не вытесняются из памяти, а «забываются» последующей информацией [27, с. 39].

В эмоционально-волевой и личностной сферах наблюдается резкая эмоциональная лабильность, но в отдельных случаях также может присутствовать суетливость и тревожность.

Проанализировав теоретический материал по теме клинико-психолого-педагогической характеристике пациентов с акустико-мнестической афазией, можно сделать вывод, что восстановление речевой функции будет основано на индивидуальном подходе в каждом из случаев, а также в зависимости от степени тяжести состояния пациента (грубая, средняя или легкая степень). Логопедическая работа по восстановлению речевой функции будет направлена на устранение первичного дефекта. В случае акустико-мнестической афазии, это будет восстановление объема слухоречевой памяти

и понимания речи. Однако, учитывая принцип нейропсихологического подхода, при котором все высшие психические функции неразрывно связаны между собой, восстановительное обучение будет основано на комплексном подходе, затрагивающем все стороны психической деятельности.

1.3. Состояние речи пациентов при акустико-мнестической афазии

При афазии происходит системное нарушение речи, в основе которого лежит нарушенная первично нейрофизиологическая и нейропсихологическая предпосылка. Это может быть нарушение динамического или конструктивного праксиса, фонематического слуха, апраксии артикуляционного аппарата. В связи с этим системно нарушается реализация различных видов речевой деятельности, таких как устная речь, речевая память, фонематический слух, понимание речи, письменная речь, чтение, счет.

Знания из области различных наук, таких как нейрофизиология, нейропсихология и нейролингвистика внесли большой вклад в понимание нарушений речи при афазии.

Современная нейропсихология и нейролингвистика берут свое начало в учении о роли внутренней речи и мышлении. В психоллингвистике важным для понимания расстройств при афазии являются дифференциация понятий «язык» и «речь», «парадигматические» и «синтагматические» отношения, «статика» языка и «динамика» речи (Ф. де Сосюр и И. А. Бодуэн де Куртенэ).

Парадигматическими единицами речи являются все признаки языка, такие как фонемы, слоговая система, лексика, приставки, суффиксы, определенные словосочетания. Каждая парадигма отличается определенным числом признаков, при замене которых меняется и ее смысловое качество. Из этого следует, что для парадигматических признаков характерен принцип взаимозаменяемости «или» – «или». Этими противопоставительными признаками отличаются фонемы, лексемы.

Парадигматические единицы взаимосвязаны в речи синтагматически по

принципу «и» – «и», не допускающему взаимозаменяемости (фонемы в слове имеют определенный жесткий линейный порядок, а предлог не может стоять перед глаголом или наречием) [15, с. 394]. 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).

При акустико-мнестической афазии способность повторять отдельные слова сохранна, но при этом происходит нарушение способности повторения серии не связанных по смыслу слов. Чаще всего пациент повторяет первое и последнее слово, а в более тяжелых случаях могут повторить только одно из предложенного ряда слов. Невозможность удержания речевого ряда объясняется снижением слухоречевой памяти и сужением ее объема (Л. С. Цветкова).

Это приводит к трудностям понимания многосложных высказываний в диалоге, при разговоре с несколькими собеседниками, пациент утомляется при прослушивании музыки или просмотре телепередач.

Еще одним вариантом нарушения при акустико-мнестической афазии является снижение зрительных представлений о предмете, что приводит к трудности удержания на слух смысловой стороны речи.

Причиной снижения зрительных представлений о предмете является то, что задневисочные отделы являются смежными с затылочными, оптико-гностическими отделами. Зрительное представление о предмете становится неполным. Это можно заметить, когда пациент рисует и не дорисовывает характерные элементы предмета [29, с. 87].

Для экспрессивной речи при акустико-мнестической афазии характерны трудности в подборе слов для организации собственного высказывания. Запинки в подборе слов также объясняются снижением зрительных представлений о предмете, слабостью оптико-гностического компонента. В

речи возникает обилие вербальных парафазий, редкие литеральные замены, слияние двух слов в одно.

Нарушение номинативной функции речи проявляется не только в организации собственного высказывания, но также и в назывании предметов, рассказах по сюжетным картинкам, пересказах текстов.

При акустико-мнестической афазии в письменной речи больше, чем в устной, выступают явления экспрессивного аграмматизма, т. е. смешение предлогов, а также флексий глаголов, существительных и местоимений, главным образом, в роде и числе. Номинативная сторона письменной речи оказывается более сохранной, так как пациенты имеют больше времени для подбора слов, выбора синонимов, а также фразеологизмов, способствующих воспроизведению нужных слов, изредка наблюдаются литеральные парафазии по акустическому типу (смешение звонких и глухих фонем). При записи текста под диктовку пациенты сталкиваются с трудностями удержания в слухоречевой памяти даже фразы, состоящей из трех слов, при этом они обращаются с просьбой повторить каждый фрагмент фразы.

Возникают значительные трудности в понимании читаемого текста. Это объясняется тем, что печатный текст состоит из предложений значительной длины, и тем, что удержание в памяти читаемого текста тоже требует сохранности слухоречевой памяти.

У пациентов с грубой акустико-мнестической афазией речь представлена короткими фразами, разнообразными по лексико-грамматической структуре. Вместе с тем имеют место достаточно частые вербальные парафазии и паузы, обусловленные характерными трудностями нахождения нужного слова [23, 173-174].

Пациенты с менее грубой степенью выраженности акустико-мнестической афазии имеют более разнообразный словарный запас, речь представлена более развернутой фразой. Однако использование сложных предложений, фраз с причастными и деепричастными оборотами остается ограниченным для данной группы пациентов. Иногда выявляются трудности

нахождения нужного слова по амнестическому типу и еще реже — затруднения в организации последовательной звуковой структуры сложных слов.

В длинных, сложных по звуковой структуре словах, имеются искажения в последовательности звукоряда, составляющего слово: перестановки, пропуски, добавки звуков и слов в результате слабости акустических следов. Наиболее сильные затруднения у пациента вызывает воспроизведение редко употребляемых слов. Также, поскольку одной из самых частых причин возникновения данной патологии является острое нарушение мозгового кровообращения, то в анамнезе чаще всего будет присутствовать дизартрия, что, в свою очередь, приводит к искажению звукопроизношения.

Проанализировав состояние речи пациентов с акустико-мнестической афазией, можно сделать вывод, что в основе нарушения акустико-мнестической афазии лежит снижение слухоречевой памяти и сужение объема воспринимаемой информации, что приводит к таким нарушениям как затруднение в подборе слов при конструировании собственного высказывания, утомляемости при общении с другими людьми, затруднение понимания прочитанного текста. Перечисленные нарушения в значительной степени затрудняют коммуникативные возможности пациента и являются психологической преградой для возвращения к привычному образу жизни. Программа восстановительного обучения должна быть разработана с учетом вышеперечисленных особенностей при данном типе афазии.

ВЫВОД ПО 1 ГЛАВЕ:

Рассмотрев теоретический материал первой главы, можно сделать вывод, что ключевым звеном в понимании механизмов афазии является нейропсихологический подход А. Р. Лурия, в основе которого лежит принцип системного строения и динамической, поэтапной локализации высших корковых функций.

Данная патология может возникнуть вследствие сосудистых нарушений (инсульты), черепно-мозговых травм, опухолей головного мозга. При

логопедическом обследовании для определения формы афазии учитываются основной механизм распада речи, индивидуальные симптомы и синдромы.

При акустико-мнестической афазии сочетаются три действующих механизма распада речи, из которых ведущим является нарушение слухоречевой памяти.

Восстановление речевой функции будет основано на индивидуальном подходе в каждом из случаев, а также в зависимости от степени тяжести состояния пациента (грубая, средняя или легкая степень). Логопедическая работа по восстановлению речевой функции будет направлена на устранение первичного дефекта. В случае акустико-мнестической афазии, это будет восстановление объема слухоречевой памяти и понимания речи. Однако, учитывая принцип нейропсихологического подхода, при котором все высшие психические функции неразрывно связаны между собой, восстановительное обучение будет основано на комплексном подходе, затрагивающем все стороны психической деятельности.

В основе нарушения акустико-мнестической афазии лежит снижение слухоречевой памяти и сужение объема воспринимаемой информации, что приводит к таким нарушениям как затруднение в подборе слов при конструировании собственного высказывания, утомляемости при общении с другими людьми, затруднение понимания прочитанного текста. Перечисленные нарушения в значительной степени затрудняют коммуникативные возможности пациента и являются психологической преградой для возвращения к привычному образу жизни. Программа восстановительного обучения должна быть разработана с учетом вышеперечисленных особенностей при данном типе афазии.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТА И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ

2.1. Основные принципы, организация и методика констатирующего эксперимента

В настоящее время разработаны и широко используются в практике восстановления речи при афазии принципы диагностического обследования:

1. Психофизиологические принципы:

- принцип квалификации дефекта позволяет наметить постановку дифференцированных задач и применение адекватных дефекту методов;
- опора на разные уровни организации психических функций, в том числе и речи;
- принцип контроля (П. К. Анохин, Н. А. Бернштейн и А. Р. Лурия).

2. Психологические принципы

- принцип учета личности пациента (А. Н. Леонтьев);
- принцип опоры на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности пациента;
- принцип организации деятельности пациента (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев);

3. Психолого-педагогические принципы

- принцип от простого к сложному; выдвигает требования к подбору материала;
- учет объема и степени разнообразия материала – вербального и наглядного, работа ведется на малом объеме и малом разнообразии материала;
- учет эмоциональной сложности вербального материала;
- эмоциональная сторона материала (вербального и невербального) должна создавать благоприятный эмоциональный фон при обследовании, стимулировать у пациентов положительные эмоции, снимать напряжение.

Важным подготовительным звеном в коррекции нарушений при

акустико-мнестической афазии является предварительная диагностика. Правильная организация логопедического обследования позволяет с максимальной точностью определить форму афазии и степень ее выраженности, что позволяет специалисту составить эффективный перспективный план работы и подобрать подходящую программу восстановительного обучения.

Основными критериями для организации обследования будут являться краткость объемов тестов, но вместе с тем, точность и достоверность полученных результатов [8, с. 332].

Также важно учитывать индивидуальное психоэмоциональное состояние каждого пациента. Если у человека наблюдается сниженный эмоциональный фон, это может повлиять на его поведение во время обследования и конечный результат диагностики. В процессе предварительной беседы следует обращать внимание на наличие депрессивных состояний.

В связи с вышесказанным, качественное логопедическое обследование должно проводиться в коммуникации с другими специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды: врач физической реабилитационной медицины, врач-невролог или реаниматолог, нейропсихолог, специалист по физической реабилитации, эрготерапевт, медицинская сестра физической реабилитационной медицины, постовая медицинская сестра.

Для выявления акустико-мнестической афазии используется методика «Нейропсихологического блиц-обследования» Т. Г. Визель [7, с. 3].

При обследовании прежде всего проводится предварительная беседа, которая необходима для выявления дальнейшей диагностической тактики. Данная беседа построена так, что в каждом индивидуальном случае специалист может сделать выводы, какие диагностические мероприятия будут использоваться в дальнейшем.

При проведении беседы должны быть выделены некоторые пункты,

такие как уровень осознанности пациентом диалога. Начинать следует с простых вопросов, на которые можно кратко ответить утвердительно, отрицательно, или кивком головы. Из данного пункта специалист может сделать выводы о неполноценном функционировании глубинных отделов головного мозга, что оказывает тормозное влияние на лобную кору или свидетельствует о неполноценности функционирования самих лобных долей.

Вторым пунктом в предварительной беседе оценивают ориентацию в окружающем пространстве и времени. Вопросы также должны быть структурированы так, что на них можно ответить кратко «да» или «нет», либо утвердительным или отрицательным кивком головы.

Недостаточная степень ориентации в окружающем свидетельствует о неполноценности функционирования лобных или теменно-затылочных долей мозга.

Следующим этапом после беседы оценивают состояние способности вербального выражения мысли.

Задания представляют собой вопросы, на которые нужно отвечать развернутой фразой или предложением.

Вывод о топике очага поражения выносится после обследования речевой функции и выяснения, каков именно первичный речевой дефект.

Неспособность выразить мысль словами, используемыми в соответствии с фонетическими, лексическими, морфологическими и синтаксическими правилами языка, свидетельствует о нарушении речи.

Далее выявляют объем и состояние паралингвистических средств. Наличие значительного объема паралингвистических средств свидетельствует об общей и коммуникативной активности пациента, следовательно, об отсутствии заинтересованности в патологическом процессе лобно-глубинных структур мозга; отсутствие или скудость этих средств свидетельствует об обратном.

Наличие критичности к своему состоянию свидетельствует о личностной сохранности и, соответственно, сохранности лобных долей мозга.

Отсутствие критичности свидетельствует об обратном.

Особое внимание в диагностической системе уделяется выявлению состояния экспрессивной и импрессивной стороны речи.

В обследование импрессивной стороны речи входит понимание речи (ситуативный и неситуативный диалог, выполнение устных инструкций), соотнесение названия с предметом (показ предметов и частей тела по названиям), понимание сложно построенной речи (объяснение логико-грамматических конструкций).

При акустико-мнестической афазии, в зависимости от степени тяжести, могут выявляться затруднения в назывании предметов. Пациент узнает предлагаемый предмет, но не может его назвать в связи с наличием отчуждения смысла слова.

Понимание сложно построенной речи подразумевает под собой объяснение логико-грамматических конструкций. При грубой форме акустико-мнестической афазии характерно наличие импрессивного аграмматизма.

В обследование экспрессивной стороны речи входят автоматизмы порядковой речи, повторение звуков и слогов, слов и фраз, называние предметов, действий, спонтанная речь в монологе, чтение, письмо.

При выявлении автоматизмов порядковой речи обращают внимание на порядковый счет от 1 до 10, называние дней недели, названий месяцев года, оканчивание знакомых пословиц, крылатых фраз, чтение узнаваемых с раннего детства стихов, пение известных всем песен.

Отсутствие таких автоматизмов говорит о том, что нарушены компенсаторные потенциалы головного мозга.

Повторение звуков, слогов.

Предъявляются звуки и слоги, из разных по месту и способу образования групп (губные, переднеязычные, среднеязычные, заднеязычные, свистящие, шипящие).

В обследование называния предметов, действий и спонтанной речи

входит называние по сюжетным картинкам, вопросная речь (побуждение пациента к задаванию вопросов специалисту). При смазанности произнесения материала можно говорить о том, что нарушение носит дизартрический характер.

Глобальное чтение подразумевает под собой показ заданных слов, а также раскладывание подписей под картинками.

Затруднения в глобальном чтении говорит о наличии грубой алексии, о сниженных компенсаторных механизмов головного мозга.

При обследовании аналитического чтения выявляется наличие первичной оптической дислексии, причина которой в неполноценности фонематических представлений.

Затруднения в написании текстов под диктовку обусловлено нарушение ассоциативной связи фонема-графема. При акустико-мнестической афазии трудности проявляются в удержании предъявляемого материала в оперативной слухоречевой памяти.

Нарушение самостоятельного письма обусловлено трудностями в оформлении мысли словами по языковым законам.

Исследование слухоречевой памяти – запоминание и воспроизведение рядов слов.

Нарушение способности к запоминанию словесных рядов до 3-4 элементов говорит о грубом нарушении слухоречевой памяти, следовательно, о недостаточном функционировании нижней височной доли левого полушария. Для данного исследования используется тест «запоминание 10 слов».

Выполнение заданий оценивается по шкале:

4 балла – выполняет все задания

3 балла – выполняет большую часть заданий с подсказками

2 балла – выполняет половину заданий с ошибками и помощью

1 балл – практически не выполняет задания, помощь малоэффективна.

Таким образом, проанализировав принципы, организацию и методику

констатирующего эксперимента, можно сделать вывод, что логопедическое обследование должно проводиться поэтапно, начиная с беседы для выявления дальнейшей тактики диагностики и восстановления после заболевания. Также важно комплексное обследование всех аспектов нарушений для получения более полной картины о состоянии дефектов заболевания.

Для проведения логопедического обследования используется методика Т. Г. Визель, с помощью которой охватываются все аспекты нарушений при акустико-мнестической афазии. Выявляются первичные дефекты, с которыми в дальнейшем проводится восстановительная работа, а также определяются сопутствующие нарушения, которые так же включаются в программу восстановительного обучения пациентов.

2.2. Анализ результатов обследования речи пациентов с акустико-мнестической афазией

Проведено обследование пяти пациентов, на основании которого была выявлена акустико-мнестическая афазия средней степени выраженности.

1. Виктор Николаевич Г. 69 лет

Диагноз невролога: ранний восстановительный период повторного ишемического инсульта в бассейне левой СМА с левосторонним гемипарезом, афазией.

Жалоб на свое состояние не предъявляет, отмечается заторможенность в речи. Ориентировка в окружающем снижена. Ориентировка в схеме собственного тела сохранена. Ориентировка во времени нарушена. Критика к своему состоянию снижена. Понимание обращенной речи возможно, отвечает с запинками, паузами, простой фразой. Понимание сложно построенной речи, логико-грамматических конструкций, понимание предлогов нарушено, требуются наводящие вопросы в процессе выполнения задания. Понимание смысла пословиц нарушено. Объем слухоречевой памяти снижен (3 из 10).

Собственная речь представлена простой фразой с запинками. Называние

слов по картинке нарушено, присутствуют запинки, замена заданного слова его описанием, жестикулирование. Составление фразы по сюжетной картинке нарушено, по наводящим вопросам.

Лицевая мускулатура асимметрична. Мимические реакции снижены справа. Угол рта опущен справа. Отсутствие зубного ряда (протезы). Язык по средней линии напряжен. При длительной нагрузке отмечается незначительное отклонение языка вправо. Присутствует гипертонус мышц. Объем движений ограничен. Глоточный, кашлевой, рвотный рефлекс сохранены.

Темп и ритм речи замедленные. Голос тихий с запинками. Звукопроизношение смазанное.

Глобальное чтение доступно. Аналитическое чтение затруднено, требуются наводящие вопросы. Понимание прочитанного доступно. Пересказ текста возможен по наводящим вопросам. Списывание нарушено. Автоматизированное письмо нарушено. Самостоятельное письмо нарушено. Отмечается нарушение графо-моторной функции руки.

Логопедическое заключение. На основании данных, полученных в ходе логопедического обследования, были выявлены следующие нарушения: снижена ориентировка в окружающем и во времени, критика к своему состоянию снижена, собственная речь представлена простой фразой, с запинками, паузами в речи; понимание сложно построенной речи, логико-грамматических конструкций, понимание предлогов по наводящим вопросам, нарушено понимание смысла пословиц, объем слухоречевой памяти снижен; при назывании заданные слова заменяются на их описание; составление фразы по сюжетной картинке только по наводящим вопросам; аналитическое чтение затруднено, пересказ текста только по наводящим вопросам; функция письма нарушена. Из вышперечисленного можно сделать вывод, что у пациента акустико-мнестическая афазия средней степени выраженности.

А также, лицевая мускулатура асимметрична, наблюдается снижение мимических реакций справа, угол рта опущен справа, язык по средней линии

напряжен, отмечается незначительное отклонение языка вправо при длительной нагрузке, присутствует гипертонус мышц, объем движений ограничен, рефлексы: глоточный, кашлевой, рвотный сохранены. Из вышеперечисленного можно сделать вывод, что у пациента псевдобульбарная дизартрия средней степени выраженности.

Цели восстановительного обучения: увеличение объема понимания речи, увеличение объема слухоречевой памяти, коррекция фразовой речи, коррекция чтения, восстановление письма, коррекция звукопроизношения, коррекция просодической составляющей, восстановление функций артикуляционного аппарата.

2. Ирина Аркадьевна Н., 61 год

Диагноз невролога: ранний восстановительный период геморрагического инсульта с формированием внутримозговой гематомы в левой подкорковой области с правосторонним гемипарезом, афазией.

Жалобы предъявляет на возникший вследствие заболевания ускоренный темп речи. Ориентировка в окружающем, схеме тела сохранена. Ориентировка во времени нарушена. Критика к своему состоянию снижена. Обращенную речь понимает. Понимание сложно построенной речи, логико-грамматических конструкций нарушено. Понимание предлогов затруднено. Соотнесение названий с предметом сохранено. Окончание пословиц договаривает верно, но смысл объяснить затрудняется. Объем слухоречевой памяти резко снижен (0 из 10).

Собственная речь представлена простой фразой с запинками, заменами слов. Речь спутанная. Называние предметов доступно, некоторые слова описывает или заменяет синонимами. Составление фраз по картинке затруднено, по наводящим вопросам.

Зубной ряд частично отсутствует, язык по средней линии напряжен, отмечается гипертонус мышц, объем движений ограничен. Лицевая мускулатура асимметрична, мимические реакции снижены справа, угол рта опущен справа. Глоточный, кашлевой, рвотный рефлексы сохранены.

Темп речи ускоренный, голос и тембр речи громкий, с запинками, звукопроизношение смазанное.

Глобальное чтение доступно. Аналитическое чтение доступно с ошибками. Понимание прочитанного доступно. Пересказ текста затруднен даже по наводящим вопросам.

Списывание затруднено. Автоматизированное письмо доступно. Самостоятельное письмо доступно с ошибками, заменами и перестановками.

Логопедическое заключение. На основании данных, полученных в ходе логопедического обследования, были выявлены следующие нарушения: снижена ориентировка во времени, снижена критика к своему состоянию, трудности в понимании сложно построенной речи, логико-грамматических конструкций, затруднено понимание предлогов, сложности вызывает объяснение смысла пословиц, объем слухоречевой памяти резко снижен (0 из 10); собственная речь представлена простой фразой с запинками, заменами слов, речь спутанная; при назывании предметов замена на синонимы, либо описание предмета; составление фраз по картинке возможно только по наводящим вопросам.

Из вышеперечисленного можно сделать вывод, что у пациентки акустико-мнестическая афазия.

А также, язык по средней линии напряжен, гипертонус мышц, объем движений ограничен. Лицевая мускулатура асимметрична, мимические реакции снижены справа, угол рта опущен справа.

На основании этого можно сделать вывод, что у пациентки псевдобульбарная дизартрия средней степени выраженности.

Цели восстановительного обучения: увеличение объема понимания речи, увеличение объема слухоречевой памяти, коррекция фразовой речи, коррекция чтения, коррекция письма, коррекция звукопроизношения, восстановление функций артикуляционного аппарата.

3. Галина Николаевна А., 79 лет

Диагноз невролога: ранний восстановительный период

геморрагического инсульта с формированием внутримозговой гематомы в левой гемисфере с прорывом в желудочковую систему с правосторонним гемипарезом и афазией.

Предъявляет жалобы на трудности в произнесении окончаний слов.

Ориентировка в окружающем, ориентировка во времени, в схеме собственного тела сохранена. Критичность к своему состоянию сохранена. Понимание обращенной речи сохранено. Понимание сложно построенной речи, логико-грамматических конструкций затруднено (просит повторить задание). Окончание пословиц дополняет верно, но затруднения вызывает задание объяснить их смысл. Объем слухоречевой памяти снижен (4 из 10).

Составление фразы по сюжетной картинке затруднено, по наводящим вопросам. Темп и ритм речи замедленный. Голос и тембр речи тихий с запинками, с заменами. Звукопроизношение смазанное.

Лицевая мускулатура симметрична. Наблюдается частичное отсутствие зубного ряда. Язык по средней линии напряжен. Присутствует гипертонус мышц. Объем движений ограничен. Глоточный, кашлевой, рвотный рефлекс сохранены.

Глобальное чтение доступно. Аналитическое чтение затруднено, по наводящим вопросам. Понимание прочитанного доступно. Пересказ текста возможен по наводящим вопросам.

Списывание доступно. Автоматизированное письмо доступно. Самостоятельное письмо возможно под контролем и правильном произнесении. Отмечается нарушение графо-моторной функции руки.

Логопедическое заключение. На основании проведенного логопедического обследования были выявлены нарушения: снижение объема слухоречевой памяти (4 из 10), затруднения при объяснении смысла пословиц, составление фразы по сюжетной картинке возможно только по наводящим вопросам, возникают сложности с восприятием на слух сложно построенной речи, пересказ текста возможен только по наводящим вопросам, отмечаются ошибки в самостоятельном письме. На основании полученных данных сделан

вывод, что у пациентки акустико-мнестическая афазия средней степени выраженности.

А также, язык по средней линии напряжен, присутствует гипертонус мышц, объем движений ограничен, звукопроизношение смазанное. На основании этого можно сделать вывод, что у пациентки псевдобульбарная дизартрия средней степени выраженности.

Цели восстановительного обучения: увеличение объема понимания речи, увеличение объема слухоречевой памяти, коррекция фразовой речи, коррекция функции аналитического чтения, коррекция функции письма, увеличение объема артикуляционных движений, коррекция звукопроизношения.

4. Сергей Александрович П., 69 лет.

Диагноз невролога: ранний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне левой СМА с правосторонней гемиплегией и афазией.

Затрудняется в предъявлении жалоб к своему состоянию. Ориентировка в окружающем, схеме собственного тела сохранена, ориентировка во времени нарушена (не смог назвать день недели и время года, только по наводящим вопросам). Критика к своему состоянию сохранена. Понимание обращенной речи сохранено. Понимание сложно-построенной речи, логико-грамматических конструкций нарушено (затрудняется в ответах, выполняет задание по наводящим вопросам). Понимание предлогов сохранено. Окончание пословиц дополняет верно, но затруднения вызывает задание объяснить их смысл. Объем слухоречевой памяти снижен (4 из 10).

Составление фразы по сюжетной картинке затруднено, по наводящим вопросам. Темп и ритм речи замедленный. Голос и тембр речи тихий с запинками, с заменами. Звукопроизношение смазанное в связи с отсутствием зубного ряда, а также гипертонусом языка. Темп и ритм речи замедленный. Голос и тембр речи тихий с запинками.

Лицевая мускулатура асимметрична. Мимические реакции снижены справа. Угол рта опущен справа. Наблюдается отсутствие зубного ряда

(протезы) Язык по средней линии, напряжен. Присутствует гипертонус мышц. Объем движений артикуляционного аппарата ограничен. Глоточный, кашлевой, рвотный рефлекс сохранены.

Глобальное чтение доступно. Аналитическое чтение возможно с подсказками на начале слова в сложных словах и при переключении. Понимание прочитанного затруднено. Пересказ текста возможен по наводящим вопросам.

Списывание, автоматизированное письмо затруднены. В письме под диктовку просит повторить фразу. Самостоятельное письмо нарушено. Отмечаются сложности в переключении, прописывает один слог в слове несколько раз.

Логопедическое заключение. На основании проведенного логопедического обследования были выявлены нарушения: снижение объема слухоречевой памяти (4 из 10), затруднения при объяснении смысла пословиц, составление фразы по сюжетной картинке возможно только по наводящим вопросам, возникают сложности с восприятием на слух сложно построенной речи, пересказ текста возможен только по наводящим вопросам, в письме присутствуют персеверации. На основании полученных данных сделан вывод, что у пациента акустико-мнестическая афазия средней степени выраженности.

А также, язык по средней линии напряжен, присутствует гипертонус мышц, объем движений ограничен, мимические реакции снижены справа, угол рта опущен справа, звукопроизношение смазанное. На основании этого можно сделать вывод, что у пациента псевдобульбарная дизартрия средней степени выраженности.

Цели восстановительного обучения: увеличение объема понимания речи, увеличение объема слухоречевой памяти, коррекция фразовой речи, коррекция функции аналитического чтения, коррекция функции письма, увеличение объема артикуляционных движений, коррекция звукопроизношения.

5. Тамара Александровна С., 65 лет.

Диагноз невролога: ранний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне левой ВСА с правосторонней гемиплегией, афазией.

Предъявляет жалобы на появление заикания после перенесенного заболевания, а также на запинки в собственной речи.

Ориентировка в окружающем, ориентировка во времени, в схеме собственного тела сохранена. Критичность к своему состоянию сохранена. Понимание обращенной речи возможно. Понимание сложно построенной речи, логико-грамматических конструкций затруднено (затрудняется в ответах, выполняет задание по наводящим вопросам), затруднено понимание предлогов. Окончание пословиц дополняет верно, но затруднения вызывает задание объяснить их смысл. Объем слухоречевой памяти снижен (3 из 10).

Называние предметов сохранено. Составление фразы по сюжетной картинке затруднено, по наводящим вопросам. Темп и ритм речи замедленный. Голос и тембр речи тихий с запинками. Звукопроизношение смазанное.

Лицевая мускулатура симметрична. Наблюдается отсутствие зубного ряда (протезы), язык по средней линии напряжен, присутствует гипертонус. Объем движений ограничен. Глоточный, кашлевой, рвотный рефлекс сохранены.

Глобальное чтение доступно. Аналитическое чтение доступно с ошибками, задания выполняет с подсказками на начале слова, в сложных словах. Затрудняется в ответах на вопросы. Пересказ возможен только по наводящим вопросам.

Списывание, автоматизированное письмо, самостоятельное письмо нарушены. В письме под диктовку просит повторить фразу. Присутствует нарушение переключения при написании слов. Отмечается нарушение графомоторной функции руки.

Логопедическое заключение. На основании проведенного логопедического обследования были выявлены нарушения: снижение объема слухоречевой памяти (3 из 10), затруднения при объяснении смысла пословиц,

составление фразы по сюжетной картинке возможно только по наводящим вопросам, возникают сложности с восприятием на слух сложно построенной речи, пересказ текста возможен только по наводящим вопросам, в письме под диктовку просит повторить фразы, застревают при написании слов.

На основании полученных данных сделан вывод, что у пациентки акустико-мнестическая афазия средней степени выраженности.

А также, язык по средней линии напряжен, присутствует гипертонус мышц, объем движений ограничен, звукопроизношение смазанное. На основании этого можно сделать вывод, что у пациентки псевдобульбарная дизартрия средней степени выраженности.

Цели восстановительного обучения: увеличение объема понимания речи, увеличение объема слухоречевой памяти, коррекция фразовой речи, коррекция функции аналитического чтения, восстановление функции письма, увеличение объема артикуляционных движений, коррекция звукопроизношения, восстановление темпо-ритмической стороны речи.

Проведенное обследование пациентов с акустико-мнестической афазией выявило следующие результаты, представленные в таблице 1.

У пациентов в большей степени отмечается нарушение слухоречевой памяти, что отражается на конструировании собственного высказывания. Речь пациентов, как правило, заторможенная, присутствуют запинки и замены слов.

Глобальное чтение нарушается негрубо, однако присутствуют затруднения в аспекте аналитического чтения. При ответах на вопросы по прочитанному тексту отмечаются затруднения, проявляющиеся в невозможности удержать сам вопрос, вследствие чего просят повторить его; замене или поиске слова, замене одного слова на его описание.

В письме под диктовку отмечаются те же проблемы, как затруднение в запоминании услышанной информации. Присутствуют ошибки в написании, перестановки.

Пересказ текстов, чаще всего, возможен только по наводящим вопросам.

Составление фраз по сюжетной картинке в значительной мере

нарушено. Сложности проявляются в подборе слов для составления предложения, присутствуют множественные запинки в речи.

В назывании предметов наблюдается поиск нужного слова. Чаще всего пациенты либо подбирают синонимы, либо начинают описывать предмет по его признакам.

При вербальном выражении собственной мысли чаще всего наблюдается заторможенность в речи, поиски нужного слова, смешение двух слов в одно.

Осознанность разговора и ориентация в окружающем сохранны, но присутствуют затруднения при ориентировании во времени (время года, месяц, день недели).

Отмечаются нарушения в понимании сложно построенной речи, объяснении логико-грамматических конструкций, понимании смысла пословиц и поговорок.

Автоматизированная речь остается сохранной. Понимание обращенной речи также сохранно, затруднения в понимании отмечаются только в случае сложно построенной речи, длинных предложений.

Количественный анализ результатов логопедического обследования показал следующее.

У всех обследуемых выявлено сильное снижение слухоречевой памяти: двое смогли назвать по 3 и 4 слова из 10, один не смог повторить ни одного слова из предложенного ряда слов. Нарушение ориентации во времени присутствует у 3 пациентов из 5. У 4 из 5 пациентов снижена критика к своему состоянию.

У всех 5 пациентов вызвало трудности объяснение смысла пословиц при верном их договаривании. Отмечается замедленный темп речи у 4 из 5 пациентов. У всех обследуемых отмечаются трудности в понимании сложно построенных предложений, логико-грамматических конструкций. У всех отмечается напряжение языка, гипертонус мышц, у одного присутствует слюнотечение.

После проведения логопедического обследования было отмечено следующее. У пациентов с акустико-мнестической афазией не нарушены или практически не нарушены осознанность разговора, ориентация в окружающем, орально-артикуляционный праксис. В большей степени страдает понимание сложных логико-грамматических конструкций, пересказ текстов, запоминание рядов слов, актуализация предметов.

Таблица 1

Количественные результаты обследования пациентов
с акустико-мнестической афазией

№	ФИО	Уровень осознанности беседы	Ориентация в окружающем, во времени	Вербальное выражение мысли	Понимание обращенной речи	Ситуативный, неситуативный диалог	Сложно построенная речь	Автоматизированная речь	Фраза по сюжетной картинке	Называние предметов	Чтение	Письмо	Объем слухоречевой памяти
1.	Виктор Николаевич	4	3	3	4	4	2	4	2	3	3	3	2
2.	Ирина Аркадьевна	4	3	3	4	3	2	4	2	3	3	3	1
3.	Галина Николаевна	4	2	3	4	4	3	4	3	4	3	3	2
4.	Сергей Александрович	4	3	3	4	3	3	4	2	2	3	3	2
5.	Тамара Александровна	4	4	3	4	3	2	4	3	4	3	3	2

Количественная система оценки:

4 балла – выполняет все задания;

3 балла – выполняет большую часть заданий с подсказками;

2 балла – выполняет половину заданий с ошибками и помощью;

1 балл – практически не выполняет задания, помощь малоэффективна.

ВЫВОД ПО 2 ГЛАВЕ:

Таким образом, проанализировав принципы, организацию и методику констатирующего эксперимента, а также результаты логопедического обследования, можно сделать выводы, что логопедическое обследование должно проводиться поэтапно, начиная с беседы для выявления дальнейшей тактики диагностики и восстановления после заболевания. Также важно комплексное обследование всех аспектов нарушений для получения более полной картины о состоянии дефектов заболевания.

Для проведения логопедического обследования используется методика Т. Г. Визель, с помощью которой охватываются все аспекты нарушений при акустико-мнестической афазии. Выявляются первичные дефекты, с которыми в дальнейшем проводится восстановительная работа, а также определяются сопутствующие нарушения, которые так же включаются в программу восстановительного обучения пациентов.

У пациентов с акустико-мнестической афазией не нарушены или практически не нарушены осознанность разговора, ориентация в окружающем, орально-артикуляционный праксис. В большей степени страдает понимание сложных логико-грамматических конструкций, пересказ текстов, запоминание рядов слов, актуализация предметов.

ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ С АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК

3.1. Основные принципы, цели, задачи, этапы и методики логопедической работы по восстановлению речи у пациентов с акустико-мнестической афазией

В настоящее время разработаны и широко используются в практике восстановления речи при моторной афазии принципы восстановительного обучения [26, с. 57-60]:

1. Психофизиологические принципы:

- принцип квалификации дефекта позволяет наметить постановку дифференцированных задач и применение адекватных дефекту методов;
- использование сохранных анализаторных систем в качестве опоры при обучении;
- создание новых функциональных систем на основе афферентаций, не принимавших прежде прямого участия в пострадавшей функции;
- опора на разные уровни организации психических функций, в том числе и речи;
- опора при обучении пациентов на всю психическую сферу человека в целом, а также и на отдельные сохранные психические процессы, такие, как память, внимание, мышление, воображение;
- принцип контроля (П. К. Анохин, Н. А. Бернштейн и А. Р. Лурия).

2. Психологические принципы

- принцип учета личности пациента (А. Н. Леонтьев);
- принцип опоры на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности пациента;
- принцип опоры на предметную деятельность пациента;

- принцип организации деятельности пациента (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев);

- принцип программированного обучения;

- принцип системного воздействия на дефект (по Л. С. Выготскому).

3. Психолого-педагогические принципы

- принцип от простого к сложному; выдвигает требования к подбору материала;

- учет объема и степени разнообразия материала – вербального и наглядного, работа ведется на малом объеме и малом разнообразии материала;

- учет эмоциональной сложности вербального материала;

- эмоциональная сторона материала (вербального и невербального) должна создавать благоприятный эмоциональный фон для занятий, стимулировать у пациентов положительные эмоции, снимать напряжение.

В восстановительном обучении пациентов с акустико-мнестической афазией главными задачами будут выделены восстановление или расширение объема акустического восприятия, преодоление расстройств слухоречевой памяти, а также, восстановление устойчивых визуальных образов-представлений предметов.

Помимо вышеперечисленных специфических для акустико-мнестической афазии задач, существуют сопутствующие, которые являются следствием основных трех составляющих нарушения. Такими можно считать преодоление трудностей называния; восстановление или коррекция организации развернутого высказывания.

Решение основных задач реализуется с помощью таких методов, как демонстрация реальных предметов и предметов на картинках, в зависимости от этапа восстановительного обучения называние предметов происходит на увеличение их числа. Показ частей тела, который осуществляется по такому же принципу. Выполнение устных инструкций, состоящих из двух-трех звеньев. Ответы на развернутые вопросы, которые постепенно усложняются по своей синтаксической структуре. Восприятие текстов на слух, состоящих

из нескольких предложений с дальнейшими ответами на вопросы по прослушанному материалу. Письмо под диктовку с постепенным усложнением предъявляемых фраз. Чтение логопедом фраз с постепенным усложнением для воспроизведения их по памяти пациентом [26, с. 117].

Для повышения устойчивости слухоречевых образов проводятся следующие виды заданий. Повторение по памяти прочитанных букв, слов и фраз с постепенным увеличением промежутка времени между прочтением и воспроизведением, а также с заполнением паузы каким-либо другим видом деятельности. Заучивание наизусть коротких стихотворений и прозаических текстов. Повторный показ предметов и картинных изображений через 5-10 секунд, а затем через 1 минуту после первичного предъявления. Чтение текстов с отсроченным пересказом (через 10 мин, 30 мин, и т.д.). Устное составление предложений пациентом по опорным словам, предъявляемым зрительно. Перечисление по буквам слов с постепенно усложняющейся звуковой структурой. В дальнейшем постепенно убираем письменный образец слов.

Для преодоления сложности называния применяются следующие методы. Анализ предъявляемых визуальных изображений с последующим самостоятельным рисованием предметов, обозначаемых речевым материалом. Самостоятельная классификация слов с подбором обобщающего слова. Объединение слов с конкретным, абстрактным и переносным значением. Смысловое обыгрывание в контекстах различного типа слов, обозначающих предметы, действия и разнообразные признаки предметов.

При коррекции организации развернутого высказывания применяются такие методы, как составление рассказа по серии сюжетных картинок; пересказ текстов по подробному, краткому, развернутому плану, а затем – без плана. Развернутые неситуативные диалоги (профессиональные, общественные и т.д.); отработка образцов коммуникативной и повествовательной письменной речи (поздравительные открытки, письма, изложения, сочинения на заданную тему и т.п.).

Л. С. Цветкова выделяет три этапа восстановительного обучения при акустико-мнестической афазии.

Основной задачей на первом этапе является восстановление зрительно-предметных образов.

На данном этапе работа строится не на речевых методах восстановления, а используются методы и приемы, направленные на восстановление зрительно-предметных образов. Здесь могут использоваться такие приемы, как выделение отличительных признаков предмета, на основе чего удастся сформировать устойчивый образ предмета. Для этого используется метод рисования предметов. Данный метод включает в себя приемы, применяющиеся в определенной последовательности:

- прием свободного рисования предмета
- дорисовывание предмета (хорошо известных пациенту особенностей и черт предмета)
- рисование предмета по слову (происходит после длительных занятий рисования предмета по двум вышеперечисленным приемам).

Во время занятий рисования предмета также начинается работа с определением всё более тонкой дифференцировки, где отличительные признаки предмета становятся менее выраженными. А также предметы берутся из одного ситуативного или сематического поля. Что позволяет перейти к следующему методу первого этапа восстановительного обучения, методу классификации предметов, который включает в себя такие приемы, как:

- классификация по зрительному образу. Пациенту предлагается некоторое количество предметных изображений, которые он должен разделить на группы.
- классификация по написанным словам. После того как пациент научился разделять предметы на группы по их изображениям, пробует разделить предметы на группы по словам).

Применяется также метод, направленный на закрепление актуализации

образа и дифференцированного восприятия предмета. Применяются следующие приемы:

- упражнения с пропущенными словами-наименованиями.

Пациенту предъявляется предложение с пропущенными словами, а также картинка-изображения этих слов. Опираясь на зрительный контекст предложения и на картинку, перед пациентом стоит задача найти и вставить пропущенное слово

- чтение текста и соотнесение его с картинкой. Пациент должен соотнести некоторые наименования из текста с соответствующими элементами картинки.

Для восстановления процессов опознания и называния предметов применяются методы:

- конструирование предметов (из отдельных частей формируется целостность предмета).

- сравнение предметных изображений (нахождение общих и различительных черт)

- нахождение ошибок в предмете

- дорисовывание заданных абстрактных элементов (до любого предмета)

На втором этапе применяются методы, направленные на восстановление повторной речи. Данные методы позволяют восстановить понимание обращенной речи пациентом. К. Гольдштейн считал, что в структуре повторения выделяются такие звенья, как акустическое восприятие единицы речи, ее понимание, осознание как единицы языка и самоповторение. Для каждого пациента логопед находит доступную для него единицу восприятия, это может быть слово или слог. Выбирается слово, которое понятно пациенту на вербальном уровне с доступной ему единицей восприятия и применяется методика разбивки слов.

- прослушивается слово целиком
- посмотреть на картинку

- повторить первый слог (2-3 раза)
- повторить второй слог (2-3 раза)
- повторить третий слог (2-3 раза)

Следующим этапом данного метода будет соединение первого и второго слога, также повторяется 2-3 раза. Финальным этапом будет объединение всех слогов в целое слово, опорой для данного слова является картинка или образ. Поэтому дальнейшими действиями является перенос смысла слова с картинки на графическую запись.

Далее переходят к третьему этапу, основной задачей которого является восстановление понимания речи. Для этого используется метод реконструкции текста из перемешанных между собой смысловых частей.

Помимо вышеперечисленных методов работы параллельно проводится восстановление функционирования органов артикуляционного аппарата, поскольку у обследуемых пациентов была выявлена псевдобульбарная дизартрия средней степени выраженности. Для этих целей подбираются упражнения артикуляционной гимнастики, преимущественно направленные на мышцы языка, губ и щек. Артикуляционная гимнастика проводится в начале занятия.

Также следует включать в занятия по восстановительному обучению задания для развития мелкой моторики, поскольку она тесно связана с такими высшими психическими функциями, как внимание, память, мышление, восприятие, и речь. Данные упражнения при акустико-мнестической афазии играют немаловажную роль, поскольку мелкая моторика напрямую связана с развитием речи, так как центры мозга, отвечающие за моторику и речь находятся рядом. У обследуемой группы пациентов прослеживается нарушение графо-моторной функции руки, что также может быть скорректировано восстановлением мелкой моторики рук.

Данные упражнения могут использоваться на каждом занятии.

В ходе логопедического обследования у пациентов также было выявлено нарушение контроля над голосом и невыразительность речи. Для коррекции

данной проблемы будет проводиться работа по восстановлению речевого дыхания с использованием логоритмических упражнений [9, с. 85].

Работа над голосом начинается с произношения на выходе гласных и согласных звуков. Упражнения проводятся с музыкальным сопровождением и без него. Гласные пропеваются с изменениями в высоте голоса. Сила голоса корректируется при произнесении гласных более громким или более тихим голосом, с соответствующим усилением или ослаблением музыкального сопровождения. Для восстановления выразительности голоса применяется чтение стихотворений и прозаических текстов с вопросительной, восклицательной, побудительной и другими интонациями.

Таким образом, можно сделать вывод, что использование всех принципов, задач и методов восстановительного обучения в логопедической работе позволяет оказать всестороннюю помощь при восстановлении речи при акустико-мнестической афазии. В том числе и учитывание психологической составляющей данного контингента пациентов, столкнувшихся с преградой в общении с окружающими.

3.2. Содержание логопедической работы по восстановлению речи у пациентов с акустико-мнестической афазией с применением нейропсихологических методик

Работа по восстановлению речи у пациентов с акустико-мнестической афазией должна проводиться комплексно, ведь речь – это сложный процесс, где все ее компоненты тесно взаимосвязаны между собой.

Восстановительное обучение основано на одном из самых важных свойств головного мозга – способности к компенсации. Для восстановления нарушенных функций используются как прямые, так и обходные компенсаторные механизмы. Прямые растормаживающие методы работы в основном используются в инициальной стадии заболевания и рассчитаны на активизацию резервных внутрифункциональных возможностей. Это

предполагает выход нервных клеток из состояния временного угнетения, связанного, как правило, с явлениями диашиза (охранительного торможения). Обходные методы подразумевают компенсацию на основе перестройки самой нарушенной функции благодаря межфункциональным перестройкам. Иначе говоря, восстановительный эффект достигается за счет введения новых, «обходных» способов выполнения тех или иных речевых или гностикопрактических операций как внутри одного анализатора, так и с привлечением других неповрежденных анализаторов [16, с. 21].

Необходимо также строго учитывать особенности каждого конкретного случая заболевания, а именно, индивидуальные свойства личности пациента, тяжесть соматического состояния, условия жизни и т. д.

Восстановительное обучение проводится по специальной, заранее разработанной программе. Программа должна включать определенные задачи и соответствующие им методы работы, дифференцированные в зависимости от формы афазии, степени выраженности дефекта, этапа заболевания, индивидуальных особенностей нарушений речи.

Программа обучения строится с соблюдением принципа системности. Это значит, что восстановительная работа должна вестись над всеми сторонами нарушенной функции, а не только над теми, которые пострадали первично.

Кроме того, восстановительное обучение прежде всего должно быть направлено на восстановление коммуникативных способностей пациентов. Необходимо вовлечение пациента в общение не только на занятиях, но и в семье, а также в общественных местах.

Существуют типовые программы восстановительного обучения при разных формах афазии, дифференцированные в зависимости от степени выраженности речевого дефекта. У одних пациентов, составляющих большинство, грубость расстройства речи определяется стадией восстановительного периода; у других – дефект остается грубым и на поздних стадиях восстановления.

На основании проведенных логопедических обследований пациентов было сделано логопедическое заключение: акустико-мнестическая афазия средней степени выраженности. Важной задачей при восстановительном обучении является ориентировка на социально-бытовой уровень высказывания пациента. Большая часть заданий должна быть направлена на обучение пациента практическим высказываниям и диалогам, которые можно встретить в реальной жизни.

Основой программы восстановительного обучения при акустико-мнестической афазии будут являться методы, описанные Л. С. Цветковой.

Программа восстановительного обучения будет включать в себя следующие этапы.

1. Восстановление зрительно-предметных образов.

Вначале используем метод рисования предметов. Для начального уровня используем различные предметы, несвязанные между собой по смыслу, хорошо знакомые пациенту

Упражнение 1. «Что это?»

Цель: формировать обобщенный визуальный образ предмета.

Пациенту предлагается картинка с изображением чашки. Ему требуется внимательно ее рассмотреть и срисовать. При выполнении работы логопед может задавать наводящие вопросы, акцентировать внимание пациента на отличительных чертах предмета, на его названии, тем самым дополнительно идет подготовка к следующему этапу («Что вы сейчас рисуете?», «Что с этим делают?»)

Упражнение 2. «Чего не хватает?»

Цель: учить выделять отличительные признаки предмета.

Пациенту предлагается изображение чашки без ручки. Ему требуется попытаться назвать предмет, отметить, чего не хватает и дорисовать недостающую часть. Процесс также может сопровождаться вопросами логопеда.

Когда пациент освоит срисовывание и сможет выполнять эти задания с

разноплановыми предметами, можно усложнить задания, одновременно подготавливая пациента к следующему этапу – группированию слов по признакам.

Упражнение 3. «Что это?»

Цель: формировать устойчивый образ предметов одной семантической группы.

Пациенту предлагается 2 (3, 4) картинки: яблоко, груша. Ему требуется внимательно рассмотреть предметы, назвать их и срисовать. Затем попытаться определить, что у них общего.

Упражнение 4.

Цель: формировать связь образа слова и его графического изображения.

Перед пациентом выкладывается карточка со словом. Логопед читает слово вместе с пациентом, пациент устно описывает, как выглядит предмет, затем рисует его.

Одновременно с отработкой образов предметов подключают метод классификации.

Упражнение 5. «Разложи по местам»

Цель: формировать умение классифицировать предметы по отличительным признакам.

Перед пациентом выкладываются картинки с обобщающей группой (фрукты, посуда) и картинки с отдельными изображениями, относящиеся к заданным группам (яблоко, груша, банан, чашка, блюдце, чайник). Пациенту требуется внимательно рассмотреть предметы и распределить их на группы.

После отработки с картинным материалом переходят к словам.

Упражнение 6.

Цель: формировать умение классифицировать предметы по отличительным признакам без опоры на картинный материал.

Перед пациентом располагаются карточки с обобщающими словами и карточки со словами, входящими в эти группы. Пациенту требуется правильно сгруппировать слова к обобщающим.

Далее включают метод пропущенных слов-наименований.

Упражнение 7.

Цель: закреплять способность к актуализации образа

Предложение: Лиса пробралась в курятник.

Прилагается картинка с изображением лисы. Логопед читает предложение (выпущено слово «лиса»), затем пациент, опираясь визуально на текст и на предложенную картинку, озвучить пропущенное слово.

Упражнение 8.

Цель: закреплять способность к актуализации образа

Пациенту предлагается прочитать заданный текст:

Лев и медведь добыли мясо. Медведь не хотел уступить, и лев не уступал. Они так долго бились, что ослабели оба и легли. Лисица увидела их мясо, подхватила и убежала.

Показать на картинке к тексту лису, медведя и льва.

Далее закрепляем зрительные образы предметов конструированием.

Упражнение 9.

Цель: закреплять образ предмета.

Перед пациентом выкладывается разрезная картинка дерева. Пациенту требуется собрать картинку, при этом называть отдельные части дерева, а в конце, какой предмет получился.

Выполнение задания сопровождается объяснением «Что это?» «Для чего это нужно?».

Упражнение 10. «Что не так?».

Цель: закреплять устойчивый образ предмета.

Пациенту предлагается рассмотреть картинку (изображение кошки с мышинными ушами). Ему требуется ответить, что не так на картинке.

Выполнение задания сопровождается «Что это?», «Чьи это уши?», «Для чего они нужны?».

2. Восстановление повторной речи.

Упражнение 1.

Перед пациентом выкладывается картинка с изображением молотка. Пациенту дается задание прослушать слово, рассмотреть картинку, повторить каждый слог поочередно (мо-, -ло-, -ток). Повторить слоги 2-3 раза. Затем объединить первые два слога (моло-), повторить 2-3 раза. Затем объединить и повторить слово целиком.

Записать слово «молоток 3 раза».

Прочитать предложение и вставить пропущенное слово: Папа купил себе новый (молоток).

При выполнении упражнений данного метода обращать внимание пациента на сам предмет, на его отличительные черты.

3. Восстановление понимания речи.

Упражнение 1.

Пациенту предлагается серия сюжетных картинок и карточки с описанием к каждой картинке. Ему требуется составить картинки в логической последовательности и подставить под них соответствующие карточки с текстом. Задание сопровождается устным описанием происходящего на картинках, а затем чтением отрывков текста к заданным картинкам.

Лев и медведь добыли мясо. Медведь не хотел уступить, и лев не уступал. Они так долго бились, что ослабели оба и легли. Лисица увидела их мясо, подхватила и убежала.

Далее происходит усложнение задания.

Упражнение 2.

Перед пациентом выкладываются карточки с отрывками текста. Ему требуется прочитать их и составить в логическом порядке, чтобы получился цельный рассказ.

Также на каждом занятии проводятся артикуляционные упражнения для мышц языка, губ, щек. Каждое упражнение выполняется по 5-7 раз. Статические упражнения выполняются по 10-15 секунд (удержание артикуляционной позы в одном положении). А также упражнения для

мимических мышц.

Упражнения для мимических мышц.

1. Нахмурить брови.
2. Поднять брови вверх.
3. Чередовать упр.1. и 2.
4. Закрыть правый глаз, затем левый.
5. Улыбнуться (улыбка открытая, закрытая).

Упражнения для щек

1. Надуть обе щеки.
2. Втянуть щеки.
3. Надуть правую щеку, затем левую.
4. Чередовать 1 и 2.
5. Имитировать полоскание.

Упражнения для губ

1. Вытянуть губы вперед – трубочкой.
2. Движения «трубочкой» вверх-вниз, вправо-влево, круговые движения.
3. Потянуть губы вперед (у о а и) голос не участвует.
4. Выполнить поочередно упражнение «трубочка»-«улыбочка» (открытая, закрытая).

Упражнения для языка

1. Открыть рот, язык поднять вверх (удержать), затем опустить вниз.
2. Рот открыт, язык вверх-вниз.
3. Рот открыт, язык тянуть к правому уху, затем к левому.
4. Облизать языком нижнюю губу, затем верхнюю.
5. Облизать губы по кругу (по часовой стрелке, в другую сторону).
6. Языком погладить твердое небо (вдоль, поперек).
7. Язык поставить в правую щеку (удержать до 3; выполнять движения языком вверх-вниз; круговые движения). Те же упражнения с левой стороны.
8. Языком облизать верхние зубы, затем нижние.

9. Положить язык на нижнюю губу, удержать.
10. Узкий язык высунуть изо рта, удержать.
11. Чередуем упражнение 10 и 11.
12. Быстро высовывать острый язык наружу.
13. Движение широким языком вперед-назад, по верхней губе, затем по нижней.

14. Покусывать язык с продвижением его вперед.

Дополнительные упражнения

1. Поцокать, как лошадка.
2. Вибрация губ.
3. Частое постукивание кончиком языка о верхние зубы и десну (ло-ло-лолл, лу-лу-лулл, ла-ла-лалл, ро-ро-ропр, ру-ру-рупр).
4. Многократно произнести сочетание согласных звуков (РКТ, КРТ, РТК, ДРТ, ТКР, КЛТ, ГЛТ, и т.д.).

Упражнения для коррекции речевого дыхания.

1. Выбрать удобную позу для пациента. Если пациент уже вертикализирован до положения сидя в кровати, сидя в кровати со спущенными ногами, либо до положения сидя в коляске, то упражнения проводятся в этих положениях. Если пациент еще не вертикализирован до перечисленных позиций, в таком случае упражнения проводятся в положении лежа.

Положить одну руку на живот, другую – сбоку на нижнюю часть грудной клетки. Логопед помогает пациенту в процессе выполнения упражнений, придерживая своей рукой парализованную руку пациента на грудной клетке, что дает логопеду возможность контролировать движения и правильность выполнения заданий, а также пассивно включает в работу парализованную руку пациента. Сделать глубокий вдох через нос (при этом живот выпячивается вперед, расширяется нижняя часть грудной клетки, что контролируется той и другой рукой). После вдоха сразу же производится свободный, плавный выдох (живот и нижняя часть грудной клетки принимает

прежнее положение).

2. Произвести короткий, спокойный вдох через нос, задержать на 2-3 секунды воздух в легких, затем произвести протяжный, плавный выдох через рот.

3. Сделать короткий вдох при открытом рте и на плавном, протяжном выдохе произнести один из гласных звуков (а, о, у, и, э, ы).

4. Произнести плавно на одном выдохе несколько звуков:

ааааа

аааааооооооооо

ааааауууууууу

5. Произвести счет на одном выдохе до 3-5 (один, два, три...), стараясь постепенно увеличивать счет до 10-15. Следить за плавностью выдоха. Затем предложить пациенту попытаться произвести обратный счет (десять, девять, восемь...).

6. Прочитать пословицы, поговорки, скороговорки на одном выдохе. Обязательно соблюдать установку, данную в первом упражнении.

Капля и камень точит.

Правой рукой строят – левой ломают.

Кто вчера солгал, тому завтра не поверят.

На скамеечке у дома целый день рыдала Тома.

Не плюй в колодец – пригодится воды напиться.

На дворе трава, на траве дрова: раз дрова, два дрова – не руби дрова на траве двора.

Как у горки на пригорке жили тридцать три Егорки: раз Егорка, два Егорка, три Егорка...

7. Прочитать русскую народную сказку «Репка» с правильным воспроизведением вдоха на паузах. Посадил дед репку. Выросла репка большая-пребольшая. Пошел дед репку рвать. Тянет-потянет, вытянуть не может. Позвал дед бабку. Бабка за дедку, дедка за репку, тянут-потянут, вытянуть не могут! Позвала бабка внучку. Внучка за бабку, бабка за дедку,

дедка за репку, тянут-потянут, вытянуть не могут! Позвала внучка Жучку. Жучка за внучку, внучка за бабу, бабка за дедку, дедка за репку, тянут-потянут, вытянуть не могут! Позвала Жучка кошку. Кошка за Жучку, Жучка за внучку, внучка за бабу, бабка за дедку, дедка за репку, тянут-потянут, вытянуть не могут! Позвала кошка мышку. Мышка за кошку, кошка за Жучку, Жучка за внучку, внучка за бабу, бабка за дедку, дедка за репку, тянут-потянут - вытянули репку!

Чтение стихотворений для развития выразительности голоса и интонации.

У лукоморья дуб зелёный;
Златая цепь на дубе том:
И днём, и ночью кот учёный
Всё ходит по цепи кругом;
Идёт направо – песнь заводит,
Налево – сказку говорит.
Там чудеса: там леший бродит,
Русалка на ветвях сидит;
Там на неведомых дорожках
Следы невиданных зверей;
Избушка там на курьих ножках
Стоит без окон, без дверей;
Там лес и дол видений полны;
Там о заре прихлынут волны
На брег песчаный и пустой,
И тридцать витязей прекрасных
Чредой из вод выходят ясных,
И с ними дядька их морской;
Там королевич мимоходом
Пленяет грозного царя;
Там в облаках перед народом

Через леса, через моря
Колдун несёт богатыря;
В темнице там царевна тужит,
А бурый волк ей верно служит;
Там ступа с Бабою Ягой
Идёт, бредёт сама собой,
Там царь Кашей над золотом чахнет;
Там русский дух... там Русью пахнет!
И там я был, и мёд я пил;
У моря видел дуб зелёный;
Под ним сидел, и кот учёный
Свои мне сказки говорил.

(А. С. Пушкин)

Ты жива еще, моя старушка?
Жив и я. Привет тебе, привет!
Пусть струится над твоей избушкой
Тот вечерний несказанный свет.
Пишут мне, что ты, тая тревогу,
Загрустила шибко обо мне,
Что ты часто ходишь на дорогу
В старомодном ветхом шушуне.
И тебе в вечернем синем мраке
Часто видится одно и то ж:
Будто кто-то мне в кабацкой драке
Саданул под сердце финский нож.
Ничего, родная! Успокойся.
Это только тягостная бредь.
Не такой уж горький я пропойца,
Чтоб, тебя не видя, умереть.
я по-прежнему такой же нежный

И мечтаю только лишь о том,
Чтоб скорее от тоски мятежной
Воротиться в низенький наш дом.
я вернусь, когда раскинет ветви
По-весеннему наш белый сад.
Только ты меня уж на рассвете
Не буди, как восемь лет назад.
Не буди того, что отмечталось,
Не волнуй того, что не сбылось –
Слишком раннюю утрату и усталость
Испытать мне в жизни привелось.
И молиться не учи меня. Не надо!
К старому возврата больше нет.
Ты одна мне помощь и отрада,
Ты одна мне несказанный свет.
Так забудь же про свою тревогу,
Не грусти так шибко обо мне.
Не ходи так часто на дорогу
В старомодном ветхом шушуне.
(С. А. Есенин)

Стихотворения читаются с выражением, утрированно выделенными интонациями.

Упражнения для развития мелкой моторики.

Для восстановления моторики в парализованной руке требуется длительная работа инструктора по лечебной физической культуре, массажиста, а также самого пациента и его родственников. Логопед в своей работе с данной задачей может использовать пассивные упражнения, такие как катание ребристого мячика или любых других похожих игрушек рукой пациента, раскатывание пластилина, лепка фигур. Также можно предложить пациенту перебирать бусины разного диаметра, перестановку различных

мелких фигурок-игрушек. Перелистывание страниц книги или страниц с упражнениями, выполняемыми на занятии.

Комплекс пальчиковой гимнастики.

1. Нажимать подушечкой большого пальца поочередно на все остальные пальцы, начиная с мизинца, затем в обратную сторону. Во время занятия на здоровой руке пациент выполняет самостоятельно, а на парализованной руке пациента одновременно эти же движения делает логопед (до 10 раз). На самостоятельную отработку и закрепление результата пациенту дается задание выполнение этого упражнения здоровой рукой надавливать на подушечки пальцев парализованной руки.

2. Чередовать положения пальцев «Ушки» - «Рожки», чередуя руки (до 5 раз). На парализованной руке пациента логопед помогает сформировать эти позиции. Вне занятия пациенту дается задание выстроить данные положения на парализованной руке с помощью здоровой руки.

3. Сложить пальцы в положение «Кукиш», после чего расправить пальцы (до 10 раз). На парализованной руке пациента логопед помогает сформировать эту позицию. Вне занятия пациенту дается задание выстроить данное положение на парализованной руке с помощью здоровой руки.

4. Чередовать положения рук «Кукиш»-«Класс». На парализованной руке пациента логопед помогает сформировать эти позиции. Вне занятия пациенту дается задание выстроить данные положения на парализованной руке с помощью здоровой руки.

ВЫВОД ПО 3 ГЛАВЕ:

Рассмотрев содержание логопедической работы по восстановительному обучению при акустико-мнестической афазии, можно сделать вывод, что восстановительное обучение при акустико-мнестической афазии следует начинать на ранних этапах перенесенного основного заболевания, а также, в связи с тем, что все ВПФ взаимосвязаны между собой, следует проводить работу не только с непосредственно речью, но и с неречевыми функциями.

Работа специалиста проводится по предварительно разработанным

программам, которые ориентированы на постепенное освоение пациентом тех или иных речевых навыков, коррекцию первичных дефектов. Прежде всего работа направлена на восстановление зрительно-предметных образов предметов, восстановление понимания речи. Важно отметить, что обучение проводится так же с наблюдением за состоянием пациента, чтобы избежать перегрузок и потери мотивации на реабилитацию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проанализировав теоретический материал проблемы акустико-мнестической афазии, можно сделать выводы, что ключевым звеном в понимании механизмов афазии является нейропсихологический подход А. Р. Лурия, в основе которого лежит принцип системного строения и динамической, поэтапной локализации высших корковых функций.

Данная патология может возникнуть вследствие сосудистых нарушений (инсульты), черепно-мозговых травм, опухолей головного мозга. При логопедическом обследовании для определения формы афазии учитываются основной механизм распада речи, индивидуальные симптомы и синдромы.

При акустико-мнестической афазии сочетаются три действующих механизма распада речи, из которых ведущим является нарушение слухоречевой памяти.

Восстановление речевой функции будет основано на индивидуальном подходе в каждом из случаев, а также в зависимости от степени тяжести состояния пациента (грубая, средняя или легкая степень). Логопедическая работа по восстановлению речевой функции будет направлена на устранение первичного дефекта. В случае акустико-мнестической афазии, это будет восстановление объема слухоречевой памяти и понимания речи. Однако, учитывая принцип нейропсихологического подхода, при котором все высшие психические функции неразрывно связаны между собой, восстановительное обучение будет основано на комплексном подходе, затрагивающем все стороны психической деятельности.

В основе нарушения акустико-мнестической афазии лежит снижение слухоречевой памяти и сужение объема воспринимаемой информации, что приводит к таким нарушениям как затруднение в подборе слов при конструировании собственного высказывания, утомляемости при общении с другими людьми, затруднение понимания прочитанного текста. Перечисленные нарушения в значительной степени затрудняют

коммуникативные возможности пациента и являются психологической преградой для возвращения к привычному образу жизни. Программа восстановительного обучения должна быть разработана с учетом вышеперечисленных особенностей при данном типе афазии.

Проанализировав принципы, организацию и методику констатирующего эксперимента, а также результаты логопедического обследования, можно сделать выводы, что логопедическое обследование должно проводиться поэтапно, начиная с беседы для выявления дальнейшей тактики диагностики и восстановления после заболевания. Также важно комплексное обследование всех аспектов нарушений для получения более полной картины о состоянии дефектов заболевания.

Для проведения логопедического обследования используется методика Т. Г. Визель, с помощью которой охватываются все аспекты нарушений при акустико-мнестической афазии. Выявляются первичные дефекты, с которыми в дальнейшем проводится восстановительная работа, а также определяются сопутствующие нарушения, которые так же включаются в программу восстановительного обучения пациентов.

У пациентов с акустико-мнестической афазией не нарушены или практически не нарушены осознанность разговора, ориентация в окружающем, орально-артикуляционный праксис. В большей степени страдает понимание сложных логико-грамматических конструкций, пересказ текстов, запоминание рядов слов, актуализация предметов.

Рассмотрев содержание логопедической работы по восстановительному обучению при акустико-мнестической афазии, можно сделать вывод, что работа специалиста проводится по предварительно разработанным программам, которые ориентированы на постепенное освоение пациентом тех или иных речевых навыков, коррекцию первичных дефектов. Прежде всего работа направлена на восстановление зрительно-предметных образов предметов, восстановление понимания речи. Важно отметить, что обучение проводится так же с наблюдением за состоянием пациента, чтобы избежать

перегрузок и потери мотивации на реабилитацию.

В процессе исследования на основе изучения теоретических источников были раскрыты факторы и механизмы распада речи при акустико-мнестической афазии, описана характеристика клиничко-психологических особенностей пациентов с данной патологией. Изучены принципы, организация и методика обследования пациентов с акустико-мнестической афазией, на основании которой проведена диагностика неречевых и речевых процессов у пяти пациентов. В результате анализа полученных данных было выявлено, что у пациентов акустико-мнестическая афазия средней степени выраженности. А также, на основании теоретической и методической литературы было определено содержание восстановительного обучения с применением нейропсихологических методик пациентов с акустико-мнестической афазией.

Таким образом, можно сделать вывод, что в процессе исследования были решены сформулированные задачи и достигнута поставленная цель.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амосова Н. Н., Каплина Н. И. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний мозга. М., 2007. 144 с.
2. Бадалян Л. О. Невропатология : учеб. для вузов. М., 2007. 398 с.
3. Бейн Э. С. Вопросы восстановительной терапии при афазиях у взрослых. Харьков, 1959. 78 с.
4. Бейн Э. С., Маркова Е. Д. Некоторые вопросы динамики речевых расстройств у больных, перенесших мозговой инсульт. М., 1960. 118 с.
5. Бурлакова М. К. Речь и афазия. М., 1997. 236 с.
6. Визель Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование : (тесты по исслед. высш. психич. функций). М., 2005. 27 с.
7. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии : учеб. для студентов вузов. М., 2005. 384 с.
8. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика : учеб. для студентов вузов. М., 2002. 272 с.
9. Жинкин Н. И. Механизмы речи. М., 1968. 190 с.
10. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. М., 2003. 176 с.
11. Клепацкая Л. Б. Понимание и формирование речи : грубая форма афазии. М., 2013. 205 с.
12. Коновалов Н. В. Основные положения проблемы восстановления функций после нарушений мозгового кровообращения // Журнал невропатологии и психиатрии. 1955. № 2. С. 24-31.
13. Критчли М. Афазиология. М., 1974. 232 с.
14. Логопедия : учеб. для студентов пед. вузов / Л. С. Волкова [и др.] ; под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. М., 2008. 701 с.
15. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека : монография. СПб., 2008. 621 с.

16. Лурия А. Р. Травматическая афазия : клиника, семиотика и восстановит. терапия. М., 1947. 436 с.
17. Лурия А. Р. Учение об афазии в свете мозговой патологии. М., 1940. 299 с.
18. Лурия А. Р. Функциональная организация мозга : естественнонауч. основы психологии. М., 1940. 368 с.
19. Морозов Г. В., Ромасенко В. А. Нервные и психические болезни с основами медицинской психологии : учебник. М., 1987. 336 с.
20. Правдина О. В. Логопедия : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М., 1973. 272 с.
21. Репина З. А. Нейропсихологическое изучение детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб. для студентов пед. вузов. Екатеринбург, 2008. 140 с.
22. Тонконогий И. М. Особенности речевых нарушений в остром периоде инсульта. Л., 1963. 26 с.
23. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. А. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М., 1989. 223 с.
24. Хрестоматия по логопедии : извлеч. и тексты : учеб. пособие для студентов высш. и сред. спец. пед. учеб. заведений :
в 2 т. / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997. 2 т.
25. Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение. М., Воронеж, 2001. 256 с.
26. Цветкова Л. С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение : учеб. пособие. М., Воронеж, 2005. 183 с.
27. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных : речь и интеллектуал. деятельность : учеб.-метод. Пособие. М., Воронеж, 2004. 420 с.
28. Цветкова Л. С., Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Методика оценки речи при афазии : учеб. пособие. М., 1981. 67 с.
29. Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции

у больных с разными формами афазии. М., 2000. 50 с.

30. Шохор-Троцкая М. К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления : метод. рекомендации. М., 2002. 128 с.

31. Щербакова М. М., Котов С. В. Программа восстановления речевого мышления у больных с последствиями инсульта. М., 2014. 45 с.