

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Уральский государственный педагогический университет»  
Институт специального образования

Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

## **Преодоление perseverаций у пациентов с эфферентной моторной афазией**

Выпускная квалификационная работа  
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование  
Магистерская программа «Логопедия»

Квалификационная работа  
допущена к защите  
Зав. кафедрой логопедии и клиники  
дизонтогенеза  
к.п.н., профессор И.А. Филатова

\_\_\_\_\_

дата                      подпись

Руководитель ОПОП:  
к.п.н., профессор З.А. Репина

\_\_\_\_\_

подпись

Исполнитель:  
Якушева Анна Валерьевна,  
Обучающийся МПЛГ-1501  
группы  
очного отделения

\_\_\_\_\_

подпись

Научный руководитель:  
Репина Зоя Алексеевна,  
к. п. н., профессор

\_\_\_\_\_

подпись

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИЗУЧЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ АФАЗИИ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА .....	9
1.1. Нейропсихологический аспект афазиологии .....	9
1.2. Нейрофизиологические основы распада речи при эфферентной моторной афазии .....	11
1.3. Психолого-педагогическая характеристика пациентов с эфферентной моторной афазией .....	17
ГЛАВА II. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЕГО АНАЛИЗ..	24
2.1. Методика обследования пациентов с эфферентной моторной афазией.....	25
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента .....	30
ГЛАВА III. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ .....	38
3.1. Теоретическое обоснование восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией .....	38
3.2. Восстановительное обучение при эфферентной моторной афазией...	42
3.2.1. Принципы восстановительного обучения при афазии .....	42
3.2.2. Содержание восстановительного обучения .....	46
3.2.3. Контрольный эксперимент.....	53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	62
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	70
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	71
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	72
ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	73
ПРИЛОЖЕНИЕ 5.....	74

ПРИЛОЖЕНИЕ 6.....	75
ПРИЛОЖЕНИЕ 7.....	76
ПРИЛОЖЕНИЕ 8.....	77

## ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемая выпускная квалификационная работа посвящена разработке методики по преодолению персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией.

Общепризнано, что речь – это высшая психическая функция, являющаяся основным средством выражения мысли и средством общения [26, с. 44]. Следственно, потеря этого бесценного дара речи тяжело отражается на состоянии самого больного, на отношении к нему окружающих. Речь идет о пациентах перенесших инсульты, черепно-мозговые травмы, опухоли головного мозга, нейроинфекции. И число таких больных стремительно растет. Часто у них начинает развиваться, наряду с невротической, и психопатологическая симптоматика как реакция на нарушение речевых и двигательных функций, а также на изменение социально-трудового статуса и положения в семье.

Проблема афазии и восстановительного обучения все больше привлекает внимание исследователей в области различных наук: логопедии, нейропсихологии, лингвистики, психолингвистики и др. Интерес к этой проблеме основан с одной стороны, на значимости ее изучения для углубления представлений о законах работы мозга, о связи речи с мозгом о её психофизиологических основах о взаимодействии речи с другими психическими процессами; с другой стороны возрастающий интерес к этой области знания обусловлен ее социальной и практической значимостью в связи с вопросами восстановления полноценной жизнедеятельности таких пациентов.

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.).

Однако, несмотря на большое количество исследований в области изучения и восстановительного обучения взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией, вопрос преодоления персевераций у них остается недостаточно изученным. А ведь эфферентная моторная афазия наиболее ярко проявляется в персеверациях, что препятствует свободному

переключению с одной артикуляционной позы на другую. Поэтому основной задачей восстановления речи у этих пациентов первоначально является преодоление персевераций на любом этапе восстановительного обучения.

Многими авторами обобщен опыт многих лет и разработаны специфические методы восстановительного обучения. Но эти методики не дают полноценного восстановления, поэтому встал вопрос о добавлении неспецифических методов.

Актуальность данного исследования вытекает из противоречия между:

- недостаточной разработанностью вопросов, связанных с преодолением персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией и стремительным ростом таких пациентов,
- правильно подобранной полной методикой восстановления речи у пациентов с эфферентной моторной афазией и полноценной социализацией их в последующем.

Таким образом, актуальность настоящей работы обусловлена необходимостью доработки методов по преодолению персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией.

В ходе профессиональной деятельности в отделении медицинской реабилитации Муниципального автономного учреждения здравоохранения «Центральная городская больница № 3» выявилась проблема доработки методов по преодолению персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией.

Таким образом, анализ актуальности, противоречия и проблема позволили сформулировать тему исследования: «Преодоление персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией».

Объект исследования – кинетическая основа движения при эфферентной моторной афазией.

Предмет исследования – процесс формирования кинетической основы движения.

Цель исследования - теоретически обосновать и опытно-поисковым

путем проверить методику преодоления персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией.

В качестве гипотезы исследования выступило предположение о том, что преодоление персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией будет эффективным, если коррекционная работа будет построена с использованием как специфических, так и неспецифических методов восстановительного обучения у пациентов с эфферентной моторной афазией.

Для достижения поставленной цели необходимо последовательно решить следующие задачи:

1. Провести научный анализ теоретического и практического состояния проблемы афазиологии и проблемы восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии.

2. Провести диагностику нарушений речи у пациентов с эфферентной моторной афазией.

3. Разработать и обосновать содержание восстановительного обучения у пациентов с эфферентной моторной афазией с использованием специфических и неспецифических методов при преодолении персевераций.

4. Апробировать методику преодоления персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией с использованием специфических и неспецифических методов восстановительного обучения.

Методы исследования определялись как теоретическими позициями лингвистики и психолингвистики, психологии и педагогики, так и задачами нашей работы:

- теоретические: анализ психолингвистической и педагогической литературы по проблеме исследования, моделирование методов преодоления персеверации у пациентов с эфферентной моторной афазией,

- эмпирические: изучение психолого-педагогической и медицинской документации пациентов (истории болезни, выписки, заключения специалистов),

- стандартизированные диагностические методики, а также методы

качественно-количественной обработки экспериментальных данных, констатирующий, формирующий и контрольные этапы опытно-поисковой работы.

Элементы новизны исследования состоит в следующем:

1. Показана целесообразность использования специфических и неспецифических методов восстановительного обучения при преодолении perseverаций у пациентов с эфферентной моторной афазией.

2. Разработана методика преодоления perseverаций у пациентов с эфферентной моторной афазией с использованием специфических и неспецифических методов восстановительного обучения.

Практическая значимость исследования состоит в том, что материалы данного исследования могут быть использованы в работе логопедов неврологических отделений и отделений активной реабилитации, в качестве рекомендаций пациентам и их родственникам.

Структура и объем исследования. Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы, включающего 83 источника, и 8 приложений. Работа содержит 3 рисунка, 5 таблиц. Общий объем выпускной квалификационной работы – 77 страниц.

*Во введении* описаны основные параметры исследования, представлен анализ специальной научной литературы по теме исследования, сформулированы актуальность, новизна, теоретическая и практическая значимость, определяется предмет, объект, цели задачи, материал и методы исследования.

*В первой главе* рассматривается теоретическое обоснование изучения афазии при локальных поражениях головного мозга, где дается разъяснение понятия афазия, фактор, симптом, синдром, нейрофизиологические основы распада речи при эфферентной моторной афазии и психолого-педагогическая характеристика этих пациентов.

*Во второй главе* теоретически обоснована методика обследования

пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности и проведен анализ результатов констатирующего эксперимента.

*В третьей главе* представлено теоретическое обоснование восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией, а также представлены принципы восстановительного обучения, его содержание, и контрольный эксперимент.

*В заключении* проводятся основные итоги проведенного исследования проблем преодоления персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией с использованием специфических и неспецифических методов восстановительного обучения.



# ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИЗУЧЕНИЯ АФАЗИИ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

## 1.1. Нейропсихологический аспект афазии

Афазия – распад, утрата уже имевшейся речи, вызванная локальным органическим поражением речевых зон головного мозга. При афазии потеря речи происходит после того, как речь, как функция, уже сформирована. К этому контингенту относятся дети старше трех лет и взрослые. У пациентов с афазией наблюдается системное нарушение речи, то есть страдает или нарушена полностью экспрессивная речь (звукопроизношение, словарь, грамматика), импрессивная речь (восприятие и понимание), внутренняя речь, письменная речь (чтение и письмо). Помимо речи страдает сенсорная, двигательная, личностная сфера, психические процессы. Из-за этого афазия относится к числу наиболее сложных расстройств, изучением которого занимаются множество наук, таких как неврология, логопедия и медицинская психология.

У пациентов с афазией в обязательном порядке должны обследоваться неврологический статус, психические процессы и речевая функция. При афазии проводится медикаментозное лечение локального органического поражения и специальное восстановительное обучение.

### Причины афазии.

Афазия возникает при органическом поражении коры речевых центров головного мозга. Возникновение афазии и приводящие к ней действие факторов, происходит лишь после сформирования у человека речи. Этиология проявления афазии накладывает отпечаток на характер, течение и прогноз заболевания.

Большой процент причин возникновения афазии занимают острые нарушения кровообращения – геморрагические и ишемические инсульты. При этом у пациентов, перенесших геморрагический инсульт, чаще

отмечается тотальный или смешанный афазический синдром; у пациентов с ишемическим - тотальная, моторная или сенсорная афазия.

Кроме этого, к афазии могут привести черепно-мозговые травмы, воспалительные заболевания головного мозга (энцефалит, лейкоэнцефалит, абсцесс), опухоли головного мозга, хронические прогрессирующие заболевания центральной нервной системы (очаговые варианты болезни Альцгеймера и болезни Пика), операции на головном мозге.

Факторами риска являются пожилой возраст, семейный анамнез, атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца, перенесенные транзиторные ишемические атаки, травмы головного мозга, алкоголизма, табакокурения.

Тяжесть синдрома афазии зависит от локализации и обширности очага поражения, этиологии нарушения речи, компенсаторных возможностей, возраста пациента и преморбидного фона. Например, при опухолях головного мозга речевые нарушения нарастают постепенно, а при черепно-мозговых травмах и инсультах развиваются резко, даже молниеносно. При гемморрагических инсультах отмечается более тяжелые нарушения речи, чем тромбоз или атеросклероз. Восстановление речи у молодых пациентов с черепно-мозговыми травмами происходит быстрее и полнее за счет большего компенсаторного потенциала.

#### Классификация афазий.

Очень многие исследователи пытались систематизировать формы афазии на основании анатомических, лингвистических, психологических критериев. Но только лишь классификация афазий, предложенная А.Р. Лурия, удовлетворяет всем запросам. Это происходит из-за того, что она учитывает не только локализацию очага поражения в доминантном полушарии, но и характер возникающих при этом нарушений речи (симптомокомплекс).

В соответствии с данной классификацией различают:

- афферентную моторную афазию,

- эфферентную моторную афазия,
- акустико-гностическую афазия,
- акустико-мнестическую афазия,
- амнестико-семантическую афазия,
- динамическую афазия.

При обширных поражениях коры головного мозга левого полушария, развивается тотальная афазия, при которой нарушается понимание речи и воспроизведение ее. Часто встречаются смешанные афазии: комплексные моторные, сенсомоторные и другие.

## **1.2. Нейрофизиологические основы распада речи при афазиях**

Здесь представлены нейрофизиологические основы распада речи при афазиях более подробно.

### Акустико-гностическая сенсорная афазия (афазия Вернике)

Локализация: поражение задней трети верхней височной извилины левого полушария (22 поле, зона Вернике).

Центральный механизм: нарушение акустического анализа и синтеза звуков речи, вследствие чего наступает нарушение фонематического слуха.

Структура нарушения: Основной дефект этой формы афазии – это нарушение фонематического слуха, что приводит к тяжелым расстройствам понимания (импрессивная речь). Нарушение всех языковых систем происходит уже на уровне фонемы. Распад различения звуков речи происходит по звонкости-глухости, твердости – мягкости, преднеязычные – заднеязычные и другие. Пациент не различает на слух звуки речи, поэтому произносит их неправильно. Именно это приводит к расстройству речи.

Симптомы и синдромы.

Нейропсихологические:

- нарушение всех видов устной импрессивной речи;
- нарушение чтения и письма;
- нарушение устного счета (со слуха) из-за дефектов анализа звуков;

- нарушение воспроизведения ритмов;
- нарушение эмоционально-волевой сферы (плаксивость, эйфория, депрессия, тревожность).

Клинические: феномен «отчуждения смысла слов», то есть полное или частичное нарушение понимания обращенной речи.

Психологические: нарушение всех функций речи, кроме интонационно-просодической стороны речи.

Речевые: В речи таких пациентов можно услышать набор случайных звуков, слогов, слов из этих звуков. Среди специалистов такая речь получила название «жаргонафазия», «речевая крошка», «словесный салат», логорея. Такие пациенты, когда знают, что хотят сказать, могут изъясняться довольно понятно. Но только стоит задать им вопрос, речь становится несвязной и непонятной. При грубой степени выраженности этой формы афазии отмечается распад чтения и письма. Остается сохранным только глобальное чтение и списывание. При более легких степенях выраженности пациенты могут прочитать текст, но не понимают его и не могут пересказать. Письмо с фонематическими ошибками.

#### Эфферентная моторная афазия (афазия Брока)

Локализация: поражение заднелобных отделов коры головного мозга (44 поле - зона Брока), а также премоторной зоны коры головного мозга (поля 44, 45).

Центральный механизм: патологическая заторможенность возникших стереотипов, появляющаяся из-за нарушений смены иннервации. Все это ведет к нарушению своевременного переключения с одного движения на другое.

Структура нарушения: В основе персевераций лежат процессы, отвечающие за опаздывание сигнала об окончании действия. Происходит распад синтагматических цепочек звуков и слогов в слове, в также слов в предложении. Поэтому и страдает связная речь.

Симптомы и синдромы.

Нейропсихологические:

- нарушение чтения и письма, возникающее из-за этого механизма (затруднение в начинании фразы);
- нарушение предметных действий (апраксия).

Клинические: персеверации – патологические повторения или настойчивые воспроизведения какого-либо действия, слога, слова.

Психологические: наличие симптома трудности включения в активную речь. Пациентам очень трудно начать фразу, они могут «застрять» на предыдущем слове и произносить его. Но, если ему помочь и начать предложение, то он сможет продолжить.

Речевые: В речи отмечаются штампы, стереотипы, частоупотребляемые слова. Пациент изолированно может произнести звук, но как только он вводится в серию, отмечаются персеверации. Из-за этого же и происходит нарушение устной фразовой речи. Чем больше пациент пытается воспроизвести то, что хотел, тем сильнее проявляются персеверации. Так же отмечается нарушение просодической стороны речи – голос немодулирован, скандированность. При более грубых степенях выраженности афазии речь изобилует эмболами.

#### Афферентная кинестетическая моторная афазия

Локализация: поражение вторичных зон постцентральной и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от центральной (Роландовой) борозды (поля 7, 40 (по Бродману)).

Центральный механизм: нарушение кинестетических ощущений.

Структура нарушения: нарушение тонких артикуляторных движений. Это проявляется тогда, когда пациент не может найти нужную артикуляционную позу для произнесения звуков, слогов, слов.

Симптомы и синдромы.

Нейропсихологические: нарушение адресации нервных импульсов, которые отвечают за силу и направление движений губ, языка. Пациенты не могут быстро и четко артикулировать, им тяжело начать слово или фразы,

поэтому отмечаются замены звуков, близких по способу и месту образования. Из-за этого и возникает нарушение устной фразовой речи.

Клинические: отмечается полное отсутствие экспрессивной речи или в литеральных парафазиях спонтанной, повторной и номинативной речи. Автоматизированная речь (пение, стихи, имена близких людей и т.п.) остается сохранным.

Психологические: нарушение звена различения звуков речи в структуре из-за кинестетической апраксии. Это вызывает трудности создания моторной программы речи. Пациентам тяжело начать слово, фразу, но если ему помочь и начать, то продолжит.

Речевые: нарушение всех функций, видов, форм речи.

#### Акустико-мнестическая афазия

Локализация: поражение средних и задних отделов височной области (21, 37 поля).

Центральный механизм: наблюдается не один, а несколько центральных механизмов:

- нарушение слухоречевой памяти;
- сужение объема акустического восприятия;
- нарушение зрительных предметных образов-представлений.

Структура нарушения: При сохранном фонематическом слухе отмечается нарушение понимания речи и прочитанного «на объеме». И как следствие расстройство устной фразовой речи с огромным количеством вербальных парафазий.

Симптомы и синдромы.

Нейропсихологические: при сохранных видах праксиса и гнозиса отмечается следующее:

- нарушение понимания речи – обращений, подтекста, иносказаний, аллегорий;
- отчуждение значения и смысла слов, иногда при правильном их повторении и произнесении;

- нарушение устной экспрессивной речи – спонтанной, повторной;
- нарушение номинативной функции речи; нарушение восприятия и оценки ритмов,
- тревожность и излишняя суетливость при отсутствии резкой эмоциональной лабильности.

Клинические:

- негрубое нарушение понимания речи и отчуждение смысла слов,
- непонимание смысла скрытого подтекста высказывания,
- нарушение называния предметов,
- негрубое нарушение устной речи (характерны вербальные парафазии при отсутствии literalных),
- отчуждения смысла слова при правильном его повторении.

Психологические: При сохранном фонематическом слухе и процессе различения звуков речи отмечается расстройство импрессивной речи из-за нарушенной операций слухоречевой памяти. При чём не на нарушение следовой деятельности, так как следы фиксируются, а на торможение этих следов. Это следы, которые не «забываются», а «забываются» последующей информацией, определяя феномен ретроактивного торможения, проявляющиеся в лучшем «считывании» свежих следов по сравнению с прежними, что приводит к усилению дефекта при увеличении информации. Феномен «отчуждения смысла слов» обусловлен нестойкостью зрительных предметных образов.

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.

### Семантическая афазия

Локализация: поражение теменно-затылочных отделов коры левого полушария - зона ТРО (39, 40, задняя часть 37 и передняя 19 полей).

Центральный механизм: нарушение симультанного пространственного восприятия.

Структура нарушения: У таких пациентов из-за нарушения симультанного схватывания информации и пространственного восприятия возникает расстройство понимания логико-грамматических конструкций.

Симптомы и синдромы.

Нейропсихологические:

- симультанная агнозия,
- астереогноз,
- нарушение схемы тела,
- пространственная и конструктивная апраксия,
- первичная акалькулия (нарушение счета),
- нарушение восприятия тонких пространственных отношений, взаимоотношений предметов в пространстве.

Клинические: Такие пациенты плохо ориентируются в пространстве, и воспроизводят лишь впечатление людей с нарушением памяти, потерянных, но без грубого расстройства экспрессивной речи.

Психологические: Пациенты понимают бытовую речь, возникают затруднения в забывании слов, хотя адекватно отвечают на вопросы.

Речевые: Понимание речи на бытовом уровне из-за нарушения симультанного восприятия логико-грамматических конструкций. Поэтому усложнение грамматического строя ведет к растерянности. Однако в речи отмечается простая фраза и отсутствуют нарушения чтения и письма.

#### Динамическая афазия

Локализация: поражение отделов мозга, располагающихся впереди от зоны Брока и дополнительной речевой «зоны Пенфилда» (поля 10, 45, 46).

Центральный механизм: расстройство внутренней речи, ее предикативности.

Структура нарушения: нарушение активного высказывания, то есть продуктивной речи.



Симптомы и синдромы.

Клинические:

1) нарушение активной, продуктивной речи, которое замещается речевыми шаблонами, стереотипами;

2) нарушение предикативности речи: в речи пациентов мало или вообще отсутствуют глаголы, фраза односложная с длительными паузами между словами.

Психологические: нарушением коммуникативной функции речи из-за снижения активности, намеренности, эмоционально-выразительной функции.

Речевые: При сохранной повторной речи, номинативной речи, чтении и письме отмечается нарушение устной фразовой речи (монолог и диалог) и внутренней формы речи.

### **1.3. Психолого-педагогическая характеристика пациентов с эфферентной моторной афазией**

Психолого-педагогическая характеристика пациентов с эфферентной моторной афазией грубой, средней и лёгкой степени выраженности представлена в работе Шкловского В.М. и Визель Т.Г. «Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии» [73, с. 15-18].

Состояние орального и артикуляционного праксисов.

Грубая степень выраженности: расстройство орального и артикуляционного праксисов. Пациенты могут создать позу отдельно, но при переходе на другое движение отмечается застревание на предыдущем и поиск позы. То же самое при произнесении звуков, слогов и слов, то есть изолированно произнесение в норме, но при произнесении серии отмечаются персеверации.

Средняя степень выраженности: расстройство орального, артикуляционного и символического праксиса. Отмечаются персеверации, но уже при более сложных заданиях с переключением с одного движения на другое, с одного звука или слова на другое.

Легкая степень выраженности: негрубые расстройства в оральном и артикуляционном праксисе по премоторному типу. В речи таких пациентов отмечается скандированность, то есть произнесение слов по слогам. Таким образом, он облегчает себе произнесение, увеличивая время для переключения.

#### Спонтанная речь.

Грубая степень выраженности: спонтанная речь в основном состоит из номинативной лексики. Речевая активность снижена. Имеются значительные произносительные трудности, проявляющиеся в «застревании» на отдельных фрагментах слова. Слова «разорваны», абрисы их, как правило, не сохраняются. Интонация бедная, однообразная.

Средняя степень выраженности: По отдельным фрагментам речи можно разобрать мысль, которую они хотят передать. Однако устная фразовая речь практически отсутствует. Активный словарь состоит из существительных и редких глаголов в инфинитивной форме. В сложных для произнесения словах отмечаются трудности переключения с одной артикуляционной позы на другую. В просодической стороне речи отмечаются запинки в речи, ошибки в ударении.

Легкая степень выраженности: спонтанная речь таких пациентов состоит из простых, однообразных аграмматичных предложений. Речь наполнена речевыми штампами, с помощью которых они маскируют трудности переключения. Монологическая речь дается намного легче, чем диалогическая. Фраза не всегда носит ситуативный характер.

#### Речевые автоматизмы.

Грубая степень выраженности: у пациентов остаются сохранными автоматизированные ряды: сопряжённый и отражённый прямой счёт (обратный счёт недоступен), пение со словами.

Средняя и легкая степени выраженности: автоматизированная речь сохранна. Может отмечаться дезавтоматизированная речь с ошибками.

#### Повторная речь.

Грубая степень выраженности: эти пациенты могут повторить отдельные звуки, но лишь с опорой на зрительный, слуховой и тактильный анализаторные системы. Повторная речь более сохранна, чем спонтанная, так как возникают затруднения из-за персевераций. Воспроизведение слов чаще всего невозможно. Но подсказка первых букв помогает в некоторых случаях. Некоторые пациенты не в состоянии слить в открытый простой слог согласный и гласный звуки.

Средняя степень выраженности: нарушена не сильно. Пациенты могут повторить звуков, слогов, слов и даже простых предложений, но при повторении сложных для произнесения предложений отмечаются аграмматизмы. Отмечается расстройство просодической стороны речи, пациенты не могут передать интонацию.

Легкая степень выраженности: незначительные произносительные трудности, которые проявляются в скандированности, по слоговом произнесении слов.

#### Диалогическая речь.

Грубая степень выраженности: нарушена.

Средняя степень выраженности: пациенты не плохо участвуют в ситуативном диалоге, хотя при этом отмечаются эхололии. Пациенты используют структуру вопроса для начала своего ответа. Отмечается стереотипия, застревания на предыдущем ответе, использование штампов, часто употребляемых слов. У пациентов отмечается нарушение переключения с одного фрагмента слова на другой.

Легкая степень выраженности: относительно сохранна. У пациентов отмечается стереотипность фразы, использование структуры вопроса. Речь недостаточно развернута и аграмматична. Отмечаются специфические произносительные трудности.

#### Называние.

Грубая степень выраженности: пациенты при подключении зрительного и тактильного анализаторов может назвать несколько предметов

(один-два), но в последствие отмечается застревании на предыдущем предмете и переключение становится очень сложным. Нужно менять вид деятельности.

Средняя степень выраженности: нарушено не грубо. Однако трудности звуковой (артикуляционной) организации слова довольно значительны. Отсутствует способность воспроизводить слова на основе их кинетических мелодий. Слоговая структура чаще всего нарушена.

Легкая степень выраженности: относительно сохранно. Активный словарь снижен по отношению к пассивному. Такие пациенты используют слова часто употребляемые, избегая малочастотных названий и слов со сложной слоговой структурой.

#### Фраза по сюжетной картинке.

Грубая степень выраженности: нарушена. Пациент не может составить даже простую фразу по картинке. Даже когда ему задаются вопросы для стимуляции, ответы однословные, чаще «да», «нет». Могут перечислить несколько предметов, нарисованных на картинке, но при этом также отмечаются персеверации и другие произносительные трудности.

Средняя и легкая степени выраженности: пациенты могут составить простую аграмматическую фразу. Но отмечаются нарушения переключения с одного предложения на другое.

#### Пересказ текстов.

Грубая степень выраженности: не возможен.

Средняя степень выраженности: пациенты способны пересказать текст, но лишь в форме ответов на вопросы или же по подробному плану с опорой на текст.

Легкая степень выраженности: пациент может составить распространенные аграмматичные фразы (аграмматизм типа телеграфного стиля) с незначительными трудностями конструирования фразы. Отмечается бедность просодической стороны речи.

#### Понимание речи.

Грубая степень выраженности: относительно сохранно. Хотя отмечаются трудности восприятия из-за отсутствия полноценных артикуляционных опор, а также инертности в области переключения слухового внимания. Отмечается неполное понимание речевых конструкций, в которых грамматические элементы несут существенную смысловую нагрузку.

Средняя и легкая степени выраженности: относительно сохранно. Незначительно отличаются от пациентов с афазией грубой степени выраженности.

#### Объем слухо-речевой памяти.

Грубая степень выраженности: проверить не возможно из-за нарушения называния, повторной, спонтанной и диалогической речи и трудностей переключения. У таких пациентов отмечается нарушение нейродинамических процессов.

Средняя степень выраженности: сужен. Чаще всего это отмечается из-за нарушения переключения и застревания на одном слове.

Легкая степень выраженности: практически не сужен. Произносительные трудности проявляются лишь в персеверациях.

#### Состояние функции чтения.

Грубая степень выраженности: чтение практически отсутствует. Имеется способность к прочитыванию отдельных букв, поскольку связь «артикулема— графема» сохранена. Прочитывание слогов происходит со значительными артикуляционными затруднениями. Чтение слов недоступно пациенту, то есть имеются трудности артикуляционной деятельности, связанной с необходимостью воспроизведения не единичных, а серий графем. Вместе с тем у большей части больных имеются некоторые возможности глобального чтения (раскладывание подписей под картинками и так далее).

Средняя степень выраженности: возможно чтение отдельных слов, иногда с незначительной помощью. Пациент может прочитать небольшой

текст с несложными по слоговой структуре словами. Понимание прочитанного зависит от объема.

Легкая степень выраженности: чтение в значительной мере сохранно. Возможны ошибки при чтении. Понимание прочитанного относительно сохранно.

#### Состояние функции письма.

Грубая степень выраженности: отсутствует из-за распада ассоциативной связи «фонема— графема». Пациенты могут списать несколько слов, но без контроля за написанным. Ошибки не видят. Некоторые пациенты могут написать свою фамилию или имя также с ошибками, которые тоже не видят. Письмо под диктовку и самостоятельное письмо нарушено. Звуко-буквенный анализ состава слова страдает грубейшим образом: пациенты не в состоянии определить количество букв в слове, а также вставить пропущенную гласную букву даже в простое 3-буквенное слово.

Средняя степень выраженности: относительно сохранно списывание и автоматизированное письмо: в письме под диктовку пациенты допускают большое число литеральных парафазии, выступающих в виде персевераций, пропусков не только согласных, но и гласных звуков.

Легкая степень выраженности: у пациентов отмечаются ошибки при самостоятельном письме и письме под диктовку. В основном это обусловлено нарушениями звуко-буквенного анализа состава слова, а именно трудностями организации его сукцессивной звуковой структуры.

#### **Выводы к первой главе:**

1. Анализ литературы показал, что существуют разные формы афазии, которые определяются в зависимости от очага поражения и синдрома комплекса. А тяжесть речевого дефекта зависит от степени выраженности.

2. При определении формы афазии учитывается локализация, центральный механизм, структура нарушения, симптомы и синдром.

3. Коррекционное обучение будет подбираться не только с учетом восстановления нарушенных функций (фактора и симптомов), но и в зависимости от степени выраженности дефекта.

## ГЛАВА II. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЕГО анализ

За период работы, с 1 октября 2016 года по 30 апреля 2017 год, в отделении медицинской реабилитации Муниципального автономного учреждения здравоохранения «Центральная городская больница № 3» города Екатеринбурга было обследовано 1136 человек, из них 353 - с различными формами афазии. С этими пациентами были проведены 2107 занятий. Но только лишь у 29 из всего количества пациентов была эфферентная моторная афазия средней степени выраженности в чистом виде и это пациенты с неврологическим диагнозом: ранний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне левой внутренней сонной артерии с правосторонним гемипарезом. Это составило 3% от общего числа.

Из них было отобрано 10 человек для проведения исследования. В отобранную группу из 10 человек входило 5 мужчин и 5 женщин в возрасте от 40 до 75 лет с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности. Назначенный курс реабилитации проводился в течение 12-14 дней, логопедические занятия проводились в будние дни ежедневно по 40-45 минут, в зависимости от состояния пациента.

Исследуемая группа пациентов была поделена на две: экспериментальную и контрольную.

Контрольная группа состояла из пяти человек и занималась по традиционной методике логопедической работы с пациентами с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности в ранний восстановительный период после инсульта с использованием специфических приемов работы по преодолению персевераций.

Экспериментальная группа состояла также из пяти человек и занятия проводились по той же методике, но с использованием специфических и неспецифических приемов работы по преодолению персевераций.

Предварительные данные (неврологический статус, состояние органов слуха и зрения, материалы медицинского и психологического обследования)



были получены при изучении истории болезни пациентов и со слов родственников.

## **2.1. Методика преодоления perseverаций у пациентов с эфферентной моторной афазией**

Для проведения логопедического обследования частично была использована методика «Нейропсихологического блиц-обследования» Визель Т.Г. [25].

При обследовании пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности немаловажное значение имеет исследование орально-артикуляционного праксиса.

Пациентам для выполнения были предложены следующие задания:

1. Вытянуть губы вперед - трубочкой.
2. Движения «трубочкой» вверх-вниз, вправо-влево, круговые движения.
3. Потянуть губы вперед (У О А И), при этом голос не участвует.
4. Выполнить поочередно упражнения «трубочка-улыбочка» (открытая, закрытая).
5. Открыть рот, язык поднять вверх (удержать), затем опустить вниз.
6. Рот открыт, язык вверх-вниз.
7. Рот открыт, язык тянуть к правому уху, затем к левому.
8. Облизать языком нижнюю губу, затем верхнюю.
9. Облизать губы по кругу (по часовой стрелке, в другую сторону).
10. Языком погладить твердое небо (вдоль, поперек).
11. Язык поставить в правую щеку (удержать до 3; выполнять движения языком вверх - вниз; круговые движения). Те же упражнения с левой стороны.
12. Языком облизать верхние зубы, затем нижние.
13. Положить язык на нижнюю губу, удерживать.
14. Узкий язык высунуть изо рта, удерживать.

15. Чередуем упражнения 13 и 14.
16. Быстро высовывать острый язык наружу.
17. Движение широким языком вперед—назад, по верхней губе, затем по нижней.

18. Покусывать язык с продвижением его вперед.

Важное значение для определения тактики диагностического обследования имеет предварительная беседа. Она строится так, чтобы исследователь в каждом конкретном случае мог сделать вывод о том, на что в дальнейшем следует обратить особое внимание.

Примерные вопросы приведены ниже:

1. Как Вас зовут?
2. Как Вы себя чувствуете?
3. Что с Вами случилось?
4. Был ли у Вас сегодня лечащий врач?
5. Хотите ли Вы пить?
6. Какой сейчас год?
7. Какой месяц?
8. Какое число?
9. Какой день недели?
10. Какое время года?
11. Где вы находитесь?
12. Как Вы считаете, Вы совсем здоровы или что-то еще осталось от заболевания?
13. Вам надо еще лечиться?
14. Вы все помните или что-то еще забываете?
15. Чем Вы собираетесь заняться в ближайшее время?

На основании беседы составляют предварительную общую характеристику пациента с афазией, в которой отражены:

- 1) уровень осознанности ситуации беседы;
- 2) ориентация в окружающем;

- 3) состояние способности вербального выражения мысли;
- 4) наличие или отсутствие речевого эмбола, жестких речевых автоматизмов («ах ты, черт!, как же так?, не могу вот...» и т.п.), диссоциации между способностью к произвольным высказываниям и неспособностью к произвольным;
- 5) объем паралингвистических средств общения (жест, мимика, интонация);
- б) критичность к своему состоянию.

В диагностической системе особое внимание уделено исследованию речевой функции. Эта часть обследования направлена на выявление состояния импрессивной и экспрессивной форм речи.

В исследование импрессивной стороны речи входит следующее:

1. изучение понимания речи (ситуативный и неситуативный диалог):
  - понимание ситуативно-обусловленной обращенной речи (Как вы себя чувствуете? Вы завтракали?)
  - понимание вне ситуативных условий вопросов и инструкций (Сколько человек в вашей палате? Вы хотите пить? Посмотрите в окно. Сожмите правую руку в кулак. Закройте глаза. Указательным пальцем левой руки покажите правое ухо).
  - понимание изолировано предъявленных слов (Покажите: подушку, стакан, окно, дверь, стену, пол, глаз, нос, колено, затылок. Сегодня хорошая погода? Цветок стоит на окне?)
  - соотнесения названия с предметом (Покажите окно! Покажите дверь! Покажите потолок! Покажите пол!

2. изучения соотнесения названия с предметом (показ предметов и частей тела по названиям).

Для называния предметов используются следующие картинки: предметные картинки, обобщающие картинки и картинки, обозначающие действия. Самое главное, они должны быть большими и цветными. Они представлены в приложениях 1-4.

3. изучение понимания сложно-построенной речи (объяснение логико-грамматических конструкций). Например, Коля ударил Петю. Кто хулиган?

Исследование экспрессивной речи содержит изучение:

1. автоматизмов порядковой речи (порядковый счет до 10, дни недели, месяцы, оканчивание знакомых пословиц, фраз с жестким контекстом, чтение упроченных стихов, пение со словами хорошо известных песен).

2. повторения звуков, слогов, слов:

- а, о, у, и, э, ы, е, ё, ю, я.
- п-б, ф-в, м, р, к, т-д, ц, ж, л, с-з, ш, ч, х.
- кра, сту, пла, щку, аму, деп, нов.
- би, ба, бо, бо-би-ба.
- та-са-на, на-та-са.
- п-б, б-п, т-д, д-т, с-з, з-с, к-г, г-к, ш-ж, ж-ш, м-н, н-м.
- па-ба, ба-па, да-та, та-да, фа-ва, ва-фа.
- дом – кот – лес.
- рука - окно – дом.
- стол - гора — суп.
- лыжи – стакан – ухо.
- такси – дорога – портной.
- индустриализация.
- иллюминация.
- экватор.
- метрополитен.

3. названия предметов, действий и состояния спонтанной речи, а также спонтанной речи в монологе (пересказ, рассказ, импровизация).  
Обследование фразы по сюжетной или серии сюжетных картин.

Для этого используются следующие картинки представленные в приложениях 5-6. Обследование пересказа проводилось с помощью текста «Цыпленок из голубятни» с вопросами к нему [1, с. 48].

### Цыпленок из голубятни.

Утром житель села кормил голубей. Вдруг он услышал писк. Это у голубятни пищал цыпленок. Он вылупился из яйца. И голубка возле него хлопчет. Хотел хозяин отдать цыпленка на воспитание курам, но они его не приняли. Так и поселился цыпленок у голубей. И голуби к нему хорошо относились, кормили из клюва. Цыпленок стал курочкой, но за кормом бежит вместе с голубями.

Вопросы:

- Кого кормил житель села?
- Кто пищал у голубятни?
- Кому хотел хозяин отдать на воспитание цыпленка?
- У кого поселился цыпленок?
- Из чего кормили голуби цыпленка?
- Кем стал цыпленок?

4. Глобального и аналитического чтения букв, слогов, фраз, текстов. Для обследования чтения предлагались те же звуки, слоги и слова, что и для обследования повторения. Помимо этого давались следующие тексты [59, с. 36-37].

### Хитрая лиса.

Бегала лиса по полю. Увидели её собаки и погнались за ней: вот-вот настигнут. Лиса вдруг круто свернула. Собаки пронеслись мимо. Лиса кинулась в кусты. Только собаки лису и видели.

### Умная ворона.

Хотела ворона пить. На дворе стоял кувшин с водой, а в кувшине вода была только на дне. Вороне нельзя было достать воду. Она стала кидать в кувшин камушки и столько побросала, что вода стала выше и можно было пить.

5. Письмо букв, слов, фраз, текстов (списывание предложения, написание данных о себе, написание даты, диктант, самостоятельное письмо).

6. Обследование слухо-речевой памяти. Для этого предлагались следующие цепочки слов: дом - забор - дерево - печь – труба - дым - собака - кошка - брат - бант, дом - кот - лес - рука - окно - стол - гора - дерево – колодец – дорога.

Выполнение заданий пациентов оценивались по трехбалльной системе.

3 балла – выполняет все задания без помощи,

2 балла – выполняет большую часть заданий или с незначительной подсказкой,

1 балл – выполняет половину заданий с незначительными ошибками и помощью специалиста,

0 баллов – практически не выполняет задания, помощь малоэффективна.

## **2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента**

При обследовании пациентов выявилась следующая картина , представленная в таблице 1 (Приложение 7).

У пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности имеются нарушения орально-артикуляционного праксиса, что выражается в затруднении переключения с позы на позу, с артикулемы на артикулему, особенно в усложненных условиях. В символическом праксисе возможны персеверации.

Пациенты в состоянии передать в общих чертах свою мысль. Однако фразовая речь практически отсутствует. У ряда пациентов имеется аграмматизм типа телеграфного стиля. Словарь представлен в основном существительными, частотными глаголами в инфинитиве. В сложных по звуковой структуре слова выражены трудности артикуляторных переключений. Интонационный рисунок речи бедный. Имеются ошибки в ударении. В целом в высказывании отсутствует плавность, оно носит разорванный характер. Однако речевые автоматизмы сохранены.

Повторная речь нарушена не грубо. Пациенты справляются с

повторением звуков, слогов, слов и простых фраз. Однако в более сложных по синтаксической структуре фразах допускаются аграмматизмы. Имеются артикуляционные трудности при произнесении слов. Страдает и просодический компонент высказывания. Пациенты с трудом передают интонацию вопроса, восклицания.

Пациенты участвуют в ситуативном диалоге, но при этом отмечаются частые эхолалии, прямое использование текста вопроса для ответа, наблюдается стереотипность ответов, персеверации (застывание на фрагментах предыдущих ответов). Выражены трудности переключения с одного фрагмента слова на другой. Наиболее доступен ситуативный диалог.

Называние нарушено не грубо. Однако трудности звуковой (артикуляционной) организации слова довольно значительны. Слоговая структура нарушена.

Пациенты справляются с составлением по сюжетной картинке фраз относительно простых грамматических моделей. Встречаются отдельные аграмматизмы.

Пациенты пересказывают текст, но лишь в форме ответов на вопросы или же по подробному плану с опорой на текст.

Первичные расстройства функции понимания отсутствуют, объяснение сложных логико-грамматических конструкций затруднено.

Объем слухо-речевой памяти сужен за счет трудностей проговаривания, подкрепляющего процесс удержания воспринимаемого акустического ряда.

Чтение в значительной мере сохранно.

Пациенты допускают большое число литеральных парафазий, выступающих в виде персевераций, пропусков не только согласных, но и гласных звуков.

Средний балл обследования орально-артикуляционного праксиса был 40%, спонтанной речи - 40%, речевого автоматизма - 100%, повторной речи - 67%, диалогической речи - 60%, называния - 67%, фразы по сюжетной

картинке - 67%, пересказа текста - 67%, понимания речи - 93%, объема слухо-речевой памяти - 60%, чтения - 67%, письма - 60%.

Результаты обследования пациентов экспериментальной и контрольной групп показано на рисунке 1.

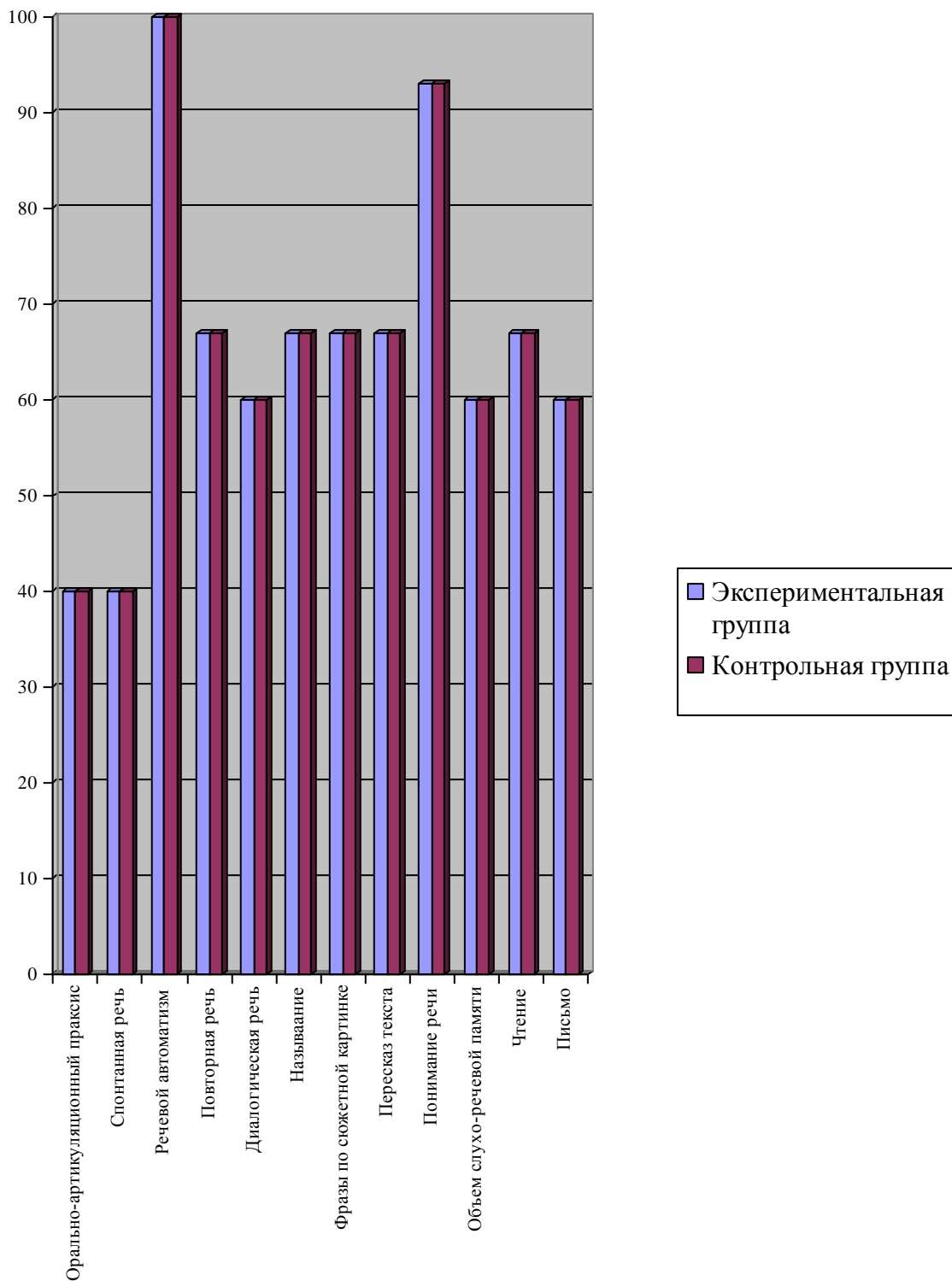


Рис. 1. Результаты констатирующего эксперимента



Нами представлено обследование двух пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности из контрольной и экспериментальной групп.

Пример 1: пациентка из экспериментальной группы - Маргарита Юрьевна С.

Диагноз невролога: ранний восстановительный период повторного ишемического инсульта в бассейне левой внутренней сонной артерии от 30.11.2016г. с правосторонним гемипарезом.

Предъявляет жалобы на запинки в речи на начале слова, тяжело говорить. Пациентка в контакт вступает охотно. В ситуации обследования ориентирована в месте и времени, критична, адекватна. Выдерживает 40 минут интенсивной нагрузки.

Обращенную речь понимает в полном объеме. Понимание сложно-построенной речи, объяснение логико-грамматических конструкций затруднено. Соотнесение названий с предметом доступно. Объем слухоречевой памяти снижен (2 из10).

Собственная речь представлена отдельными словами. Речевая инициатива сохранена. Повторная речь сохранна (отмечается скандированность). Пациентка испытывает трудности актуализации слов, названий предметов, действий. Отмечаются запинки в речи на начале фразы. Картинки некоторые называет с помощью. Подсказка первых букв помогает. Автоматизированные ряды называет, дезавтоматизированные ряды нарушены. Составление фраз по картинке возможно.

Лицо ассиметрично, носогубная складка сглажена, гипомимия. Объем движений ограничен. Подвижность мышц снижена. Движения органов артикуляционного аппарата в неполном объёме, спастичность. Нарушения глотания не отмечается. Язык – по средней линии, напряжен. В потоке речи звукопроизношение нарушено: искажение звуков сложных по месту и способу образования. Состояние просодики: голос нормальный, темп речи

нормальный, с запинками, мелодико-интонационная окраска невыразительная, речевое дыхание нарушено.

Глобальное чтение доступно, аналитическое чтение возможно с ошибками, отмечаются запинки на начале слова с заменами звуков схожих по месту и способу образования. Понимание прочитанного зависит от объема.

Пересказ текста возможен по наводящим вопросам с опорой на текст.

Автоматизированное письмо возможно с ошибками. Списывание букв, слов, предложений доступно. Самостоятельное письмо нарушено. Отмечается нарушение графо-моторной функции правой руки.

Цели восстановительного обучения: восстановление коммуникативной фразовой речи, преодоление расстройств произносительной стороны речи, восстановление и коррекция фразовой речи, коррекция чтения, восстановление и коррекция письма, преодоление персевераций.

Логопедическое заключение: эфферентная моторная афазия средней степени выраженности.

Пример 2: пациент из контрольной группы – Александр Васильевич Б.

Диагноз невролога: ранний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне левой внутренней сонной артерии от 05.12.2016г. с правосторонним гемипарезом.

Предъявляет жалобы на непонятную речь, сразу после инсульта была полная потеря речи, сейчас лучше. Пациент в контакт вступает охотно. В ситуации обследования ориентирован в месте и времени. Фамилию, имя, отчество назвал верно. Назвал число, месяц и год рождения, возраст. Выдерживает 40 минут интенсивной нагрузки.

Понимание речи не нарушено. Понимание сложно-построенной речи, объяснение логико-грамматических конструкций затруднено. Соотнесение названий с предметом доступно. Простые инструкции выполняет. Объем слухо-речевой памяти снижен (3 из 10).

Собственная речь представлена отдельными словами. Речевая инициатива сохранена. Повторная речь сохранна. Отмечается скандированность речи. Пациент испытывает трудности актуализации слов, названий предметов, действий. В речи отмечаются персеверации, замены, перестановка звуков слогов. Картинки называет. Составление фраз по картинке возможно однословно.

Лицо ассиметрично, носогубная складка сглажена, гипомимия. Объем движений ограничен. Подвижность мышц снижена. Движения органов артикуляционного аппарата в неполном объёме, спастичность. Отмечаются нарушения переключения с одного движения на другое. Нарушения глотания не отмечается. Язык - по средней линии, напряжен. В потоке речи звукопроизношение нарушено: искажение звуков сложных по месту и способу образования. Состояние просодики: голос тихий с запинками, темп речи ускоренный, мелодико-интонационная окраска невыразительная, речевое дыхание нарушено.

Глобальное чтение доступно, аналитическое чтение небольших слов возможно с ошибками. Чтение текста не возможно (выбирает слова).

Пересказ текста не возможен.

Автоматизированное письмо возможно с ошибками. Списывание букв, слов, предложений возможно с ошибками. Самостоятельное письмо нарушено. Отмечается нарушение графо-моторной функции правой руки.

Логопедическое заключение: эфферентная моторная афазия средней степени выраженности.

Пример 3: пациент из контрольной группы – Гильмиян Х.

Диагноз невролога: ранний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии от 03.03.2017г. с правосторонним гемипарезом и моторной афазией.

Предъявляет следующие жалобы: «ничего не знаю». Пациент в контакт вступает охотно. В ситуации обследования ориентирован в месте и

не ориентирован во времени. Критика снижена. Выдерживает 40 минут интенсивной нагрузки.

Обращенную речь понимает в полном объеме. Понимание сложно-построенной речи, объяснение логико-грамматических конструкций затруднено. Соотнесение названий с предметом доступно. Объем слухоречевой памяти снижен (2 из 10).

Собственная речь представлена отдельными словами. Отмечаются персеверации, запинки. Речевая инициатива сохранена. Повторная речь возможна. Пациент испытывает трудности актуализации слов, названий предметов, действий. Составление фраз по картинке возможно с помощью логопеда. Автоматизированная речь возможна, дезавтоматизированная возможна с ошибками. Картинки называет, некоторые с помощью. Подсказка первых букв помогает.

Лицо ассиметрично. Объем движений – в норме. Подвижность мышц сохранна. Движения органов артикуляционного аппарата в полном объеме. Нарушения глотания не отмечается. Язык – по средней линии, напряжен. В потоке речи звукопроизношение не нарушено. Состояние просодики: голос нормальный, темп речи с запинками на начале слова, мелодико-интонационная окраска не выразительная, речевое дыхание не нарушено.

Глобальное чтение сохранно, аналитическое чтение возможно с ошибками. Пересказ текста возможен по наводящим вопросам с подсказками.

Автоматизированное письмо нарушено. Списывание букв, слов, предложений возможно. Самостоятельное письмо нарушено.

Логопедическое заключение: Данные первичного обследования позволили выявить эфферентную моторную афазии средней степени выраженности.

### **Выводы ко второй главе:**

1. Констатирующий эксперимент проводился на базе отделения

медицинской реабилитации Муниципального автономного учреждения здравоохранения «Центральная городская больница № 3» города Екатеринбурга. Для его проведения было отобрано 10 пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности, в которое входило 5 женщин и 5 мужчин в возрасте от 40 до 75 лет.

2. Для проведения логопедического обследования частично была взята методика «Нейропсихологического блиц-обследования» Визель Т.Г. Нами были обследованы орально-артикуляционный праксис, спонтанная, импрессивная и экспрессивная речь.

3. После проведения констатирующего эксперимента нами было отмечено следующее. У пациентов с эфферентной моторной афазией не нарушено или практически не нарушены речевые автоматизмы и понимание речи. Больше всего страдает орально-артикуляционный праксис и спонтанная речь.

## **ГЛАВА III. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ**

### **3.1. Теоретическое обоснование восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией.**

Изучение восстановления речи у пациентов с афазией в РСФСР началось в 20-е годы XX века. В 1925 году С.М. Доброгаев был одним из первых, кто подробно описал использование оптико-тактильного метода в восстановительной работе при афазии. В его трудах более подробно описано восстановительное обучение пациентов с афазией по этой методике, а также предложено множество практического материала. Этот материал предлагался пациентам на занятиях и на домашнее выполнение. Для начала пациентам давались задания на повторение часто употребляемых слов-существительных, которые близки им. И лишь после усвоения этих задний им давались задания по составлению фраз из уже отработанных слов [78, с. 7].

О.П. Кауфман (1947), как и С.М. Доброгаев, рекомендовала использовать оптико-тактильный метод. Она считала, что произнесенные даже в отраженном виде слова, играют важную роль в дальнейшем восстановлении. Ведь именно с повторения начинается восстановление внутренней речи. Далее идет работа по восстановлению и обогащения смысловых связей слова, а также происходит увеличение возможностей артикуляционного аппарата и развитие звукового анализа и синтеза. О.П. Кауфман считает, что чем быстрее произойдет обрастание смысловых и грамматических связей, тем быстрее произойдет восстановление словарного запаса пациента. Все ее труды основываются и базируются на этом. Расширять смысловые и грамматические связи автор предлагает за счет добавления к корню разных суффиксов, с помощью которых образуются однокоренные слова. Только после этого, О.П. Кауфман вместе с другими авторами, предлагает проводить работу по устранению «телеграфного

стиля». Для этого она использовала наглядные схемы предложения и заполнение пропущенных в тексте слов.

В 1945 году Л.В. Занков описывает свою методику восстановительного обучения при моторной афазии. Во время логопедических занятий пациенту предлагалось повторение звуков и слов за медленной речью педагога; задания на произнесение слов со звуками, усложняющимися по ходу занятия; задание на списывание и письмо под диктовку с последующим прочитыванием и исправлением ошибок; заучивание стихов с отрабатываемыми звуками. На первых занятиях отрабатывались губные согласные звуки изолированно, в слогах, словах и фразе. Многие звуки восстанавливались без работы над ними.

Во многих работах от 1947, 1948 и 1950-х гг. А.Р. Лурия систематизировал опыт своих предшественников, который они накопили в годы Великой Отечественной войны. Здесь описана методика коррекционной работы с пациентами с моторной афазией, где обучение проходит в 3 этапа.

1. Работа со схемой слога и слова. На этом этапе проводится постановка звуков, автоматизация их сначала в слогах, потом в словах с последующим закреплением при частом повторении и введении в речь при использовании картинного материала. Также проводится работа по звуковому анализу и синтезу состава слова для восстановления структуры слога и слова.

2. Словообразование – анализ морфологической и семантической стороны речи.

3. Избавление от аграмматизма с опорой на схему, сюжетную картинку, серию картин и т. д.

В Тбилиси и Ленинграде в годы Великой Отечественной войны образовалась группа психологов и педагогов, которая под руководством Б.Г. Ананьева начала разрабатывать разнообразные методики коррекционной работы при всех формах афазии. Этот опыт Б.Г. Ананьев вместе с С.Н. Астаховым систематизируют в так называемую в то время конструктивно-

аналитическую методику для устранения у пациентов с моторной афазией литеральной аграфии, этиологию которой они считают в нарушениях оптических и пространственных представлений. Позднее эта методика использовалась как дополнение к оптико-тактильному методу, так как восстановление письменной речи происходило быстрее, чем устной. Эта методика заключалась в следующем: сначала шло восстановление графического образа буквы, затем запись их на слух и образование из этих звуков слов, и только потом шла работа по отработке четкого звукопроизношения. И только после этого шла работа по преодолению персевераций («телеграфный стиль»).

В 1945 году А.Я. Колодная и в 1948 году В.К. Орфинская, применяя оптико-тактильный метод, стали опираться на «кинестетические схемы», работая сразу со словами, пропуская работу со слогами. Занятия начинались с постановки гласных звуков, из которых образовывали слова, сохраняя лишь слоговую структуру слова. Например, собака – «-о-а-а», мама – «-а-а» и другие. Только после постановки гласных подключались согласные. Минус этой методики заключался в следующем: трудно происходило восстановление слоговой структуры слова. Положительная сторона этой методики была в следующем: в отличие от оптико-тактильного метода звук вводился уже сразу в слово, а не в слог.

Следующим дополнением к существующим методикам стал конструктивно-аналитическо-оптико-тактильный метод с добавлением «фонологической методики», предложенные и использованные в своей практике В.К. Орфинской. Для закрепления звуков использовались артикуляционные схемы. Для работы со словарём – образование однокоренных слов с помощью суффиксов, приставок и другого. После отработки номинативной лексики проводилась работа с глаголами, а в последствие по образованию предложений из отработанных слов.

Важное значение имеет статья Н.П. Серебрянниковой, вышедшая в 1948 году, где она описывает пациентов с моторной афазией и нарушением



двигательных навыков, а как следствие аграмматизм по типу «телеграфного стиля». Самое главное, что автор предлагает практический материал по устранению этого аграмматизма. Эта работа делится на 2 этапа:

1. Работа по отработке глагольной лексики.
2. Введение этих глаголов в смысловые связи и текст. Таким образом, автор пыталась отделить глагол от других частей речи, выделить его.
3. Отработка простых предлогов и абстрактных глаголов. При этом использовались сюжетные картинки и подсказка начала фразы.

В работу по восстановлению речи у пациентов с моторной афазией грубой степени выраженности внесли в 1959 году венгерские учёные Vargha и Gereb. Они первыми предложили использование часто употребляемых человеком песен (детские и патриотические). Они записывались на магнитофонную плёнку; прослушивались пациентом многократно; предлагался картинный материал, соответствовавший тексту песни (сюжетные картинки); отрабатывался ритмический рисунок песни с паузами. Для отработки предлагалось пациентам в правильном порядке разложить картинки, с помощью наводящих вопросов пересказать текст песни, проговорить фразы из песни. Авторы отмечают хорошую динамику при использовании этого метода работы.

Систематизировав все предыдущие работы и методики в области восстановления речи у пациентов с моторной афазией Л.С. Цветкова предложила следующее: введение слов в смысловые контексты, без дополнительной отработки и постановки звуков. Автор предлагала частые беседы с такими пациентами, чтобы они учились слушать окружающим, понимать и реагировать на услышанное. Помимо этого она предлагала растормаживать речь при помощи автоматизированных рядов, пения песен. Далее проводилась работа по вычленению слов из отработанного и работа с ними.

Автор выделяет 2 стадии коррекционной работы:

1. повторение, называние, списывание и чтение отдельных слов,

2. работа по восстановлению фразы с использованием различных опор, помогающих пациенту.

Также в 1963 году проблемой восстановительного обучения пациентов с моторной афазией занимался В.В. Оппель. Автор подчёркивает, что важное значение на занятиях с такими пациентами имеет психотерапия. Он делает упор на восстановление фразовой речи и введение любого слова в контекст. При этом фраза должна быть грамматически правильно построена. Даже, когда у пациентов грубая моторная афазия и идёт растормаживание речи, это играет немаловажную роль. Также автор считает, что в раннем восстановительном периоде важно применение шепотной речи, что ведёт к дальнейшему переводу её во внутреннюю речь. При грубой апраксии используется зеркало, то есть используется оптико-тактильный метод.

Таким образом, можно сделать вывод, что относительно недавно ученые стали заниматься преодолением perseverаций у пациентов с эфферентной моторной афазией. А вопросы об использовании всех методов восстановительного обучения остается малоизученным и очень важным для теории и практики восстановления речи, общения, для социальной реабилитации пациентов с эфферентной моторной афазией.

## **3.2. Восстановительное обучение при эфферентной моторной афазии**

### 3.2.1 Принципы восстановительного обучения пациентов с афазией

В настоящее время разработаны и широко используются в практике восстановления речи при афазии принципы восстановительного обучения [69, с. 15-18]:

Принципы условно можно разделить на психофизиологические, психологические и психолого-педагогические.

#### 1. Психофизиологические принципы

- Принцип квалификации дефекта. В основе этого принципа лежит выявление первичного дефекта, из-за которого и происходят все

последующие нарушения. Поэтому очень важно провести глубокий нейропсихологический анализ нарушенных функций и наметить план коррекционной работы, а также наметить постановку дифференцированных задач и применение адекватных дефекту методов.

- Использование сохранных анализаторных систем (афферентаций) в качестве опоры при обучении. В основе этого принципа лежит учение о пластичности функциональных систем. То есть при коррекционной работе опираемся на сохранные анализаторы, за счет которых и будет происходить восстановление.

- Создание новых функциональных систем на основе афферентаций, не принимавших прежде прямого участия в отправлении пострадавшей функции. Этот принцип основан на подключении тех функциональных систем, которые ранее не отвечали за нарушенную.

- Опора на разные уровни организации психических функций, в том числе и речи. Этот принцип основывается на использовании всех психических функций, таких как внимание, мышление, восприятие, память и другие, при восстановительном обучении.

- Опора при обучении больных на всю психическую сферу человека в целом, а также и на отдельные сохранные психические процессы, такие, как память и внимание, мышление и воображение и другое.

- Принцип контроля. Этот принцип основан на том, что только при получении пациентом обратной связи от специалиста, обеспечивается слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок. Поэтому а коррекционных занятиях часто используются такие средства, как магнитофон, зеркало, указания педагога на успешность выполнения задания и др. Этот принцип был сформулирован П.К. Анохиным, Н. А. Бернштейном и А.Р. Лурией.

## 2. Психологические принципы

- Принцип учета личности больного. Коррекционная работа строится из задач лечения пациента, а не из задач изолированного восстановления каких-либо умений.

- Принцип опоры на сохранные формы деятельности больного. При работе с такими пациентами предварительно специалист общается с родственниками пациентов, чтобы узнать, кем работал, его хобби, какое образование, круг общения. Это все делается для того, что опыт, приобретенный ранее, не исчезает. На этом и строится логопедическая работа.

- Принцип опоры на предметную деятельность больного. Восстановительное обучение таких пациентов основывается на обучении, труде, общении, так как это играет ведущую роль в формировании всех психических функций.

- Принцип организации деятельности больного. Восстановительное обучение будет происходить с наилучшей динамикой, если правильно организовать его деятельность и возможность управлять ею. Этот принцип предложен Л.С. Выготским, П.Я. Гальпериным, А.Н. Леонтьевым.

- Принцип программированного обучения. Пациент с какой-либо формой афазии нуждается в организации его деятельности так, чтобы он мог самостоятельно выполнять поставленные перед ним задания и упражнения. Наиболее оптимальными методами обучения являются такие, которые позволяют воссоздать в развернутом виде внутреннюю структуру нарушенного звука в распавшейся функции с помощью вынесения вовне отдельных операций, строго соответствующих структуре дефекта, и последовательное выполнение которых может привести к осуществлению пострадавшей функции.

- Принцип системного воздействия на дефект. Этот принцип основывается на том, что восстановительное обучение должно проходить с опорой на сохранные анализаторные системы. Он опирается на концепции системного подхода к анализу дефекта (по Л.С. Выготскому).

- Принцип учета социальной природы человека. Это принцип основан на том, что при составлении плана коррекционной работы специалист должен учитывать социальный статус пациента. Этот принцип был основан А.Н. Леонтьевым.

### 3. Психолого-педагогические принципы

- Принцип «от простого — к сложному». Этот принцип чаще всего выдвигает к требованиям к подбору материала. Так, например, при восстановлении чтения у пациентов с грубой степенью выраженности афазии восстановление начинается с глобального чтения, понимания отдельного слова. И только потом переходят к аналитическому. Но речевой материал всегда подбирается только индивидуально для каждого отдельного пациента. Это связано с тем, что фактор сложности вербального и картинного материала совпадает. Так, известно, что в норме у взрослых более элементарной единицей для восприятия и понимания является слово, а при некоторых формах афазии, например при сенсорной, наиболее простой единицей для восприятия и понимания в грубых случаях его нарушения (и на начальных стадиях обучения) является текст, а наиболее сложной — слово, из-за дефектов фонематического слуха. Сохранность оперативной слухоречевой памяти и в целом понимания грамматики речи позволяет больному в начале обучения скорее понять текст, чем отдельное слово. Поэтому восстановление понимания речи у пациентов с сенсорной афазией начинается с восстановления у них умения слушать и слышать текст, а не слово, анализ и понимание которого в этих случаях грубо нарушены. Текст пациент воспринимает в целом, понимая при этом контекст; от контекста и от текста переходят к фразе и только потом — к работе над словом. Объем и степень разнообразия материала — вербального и наглядного — должен быть «комфортным», то есть не загружать внимания больного и не становиться его предметом. Работа ведется на малом объеме и малом разнообразии материала. И только после относительного восстановления того или иного умения (говорить, понимать, классифицировать, писать и

другое) объем материала и его разнообразие увеличиваются. Сложность вербального материала. При подборе учебного материала должны учитываться такие его характеристики, как объективная и субъективная лексика для данного больного: фонетическая сложность, длина слова, длина фраз, текста и др. Эмоциональная сторона материала (вербального и невербального) должна создавать благоприятный эмоциональный фон для занятий, стимулировать у больных положительные эмоции, снимать напряжение.

- Принцип учета объема и степени разнообразия материала — вербального и наглядного. Этот принцип основан на том, что работу нужно начинать с малого объема и несложной степенью разнообразия.

- Принцип учета эмоциональной сложности вербального материала.

- Принцип эмоциональной стороны материала (вербального и невербального) Этот принцип основан на том, что восстановительное обучение должно приносить только положительные эмоции, снимать депрессию и напряжение.

Перечисленные принципы восстановительного обучения, являясь его научной основой, выдвигают ряд требований к методам, применяемым в практике обучения пациентов с афазией:

- адекватность механизму нарушения речи;
- обходность методов, воздействующих на дефект не прямо, а в обход непосредственного дефекта, с целью его преодоления с опорой на сохранные уровни и звенья в структуре функции;
- системность методов (методы должны быть не изолированными, а системными).

### 3.2.2. Содержание восстановительного обучения.

Учитывая данные обследования, нами была разработана и апробирована рабочая программа по преодолению perseverаций у пациентов с эфферентной моторной афазией в ранний восстановительный период после ин-

сульта, куда были внесены помимо специфических приемов работы по восстановлению речи и неспецифические.

Специфические приемы восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности включают в себя следующие этапы работы [73, с. 36]:

1. преодоление расстройств произносительной стороны речи:

- выработка артикуляторных переключений в пределах слога:

- с контрастными по артикуляционному рисунку гласными («а» — «у» и т.п.);

- с различными гласными, в том числе и мягкими; в слогах, например, выработка артикуляторных переключений в пределах слова: слияние слогов в слова с простой, а в дальнейшем — со сложной звуковой структурой (например, рецепт и так далее);

- экстериоризация звуко-ритмической стороны слова, деление слов на слоги, выделение ударения в слове, воспроизведение голосом абриса слова, подбор слов с идентичной звуко-ритмической структурой, ритмизированное произнесение слов и фраз с привлечением внешних опор - отстукивание, отхлопывание и так далее, улавливание различных созвучий, в том числе и подбор рифмующихся слов.

2. восстановление фразовой речи:

- преодоление аграмматизма на уровне синтаксической схемы фразы:

- составление «ядерных» фраз моделей типа S (субъект) + P(предикат);

- S+ P+ O (объект) с привлечением внешних опор — фишек и их постепенным «сворачиванием»;

- выделение предикативного центра фразы; экстериоризация его смысловых связей;

- преодоление аграмматизма на формально-грамматическом уровне:

- улавливание грамматических искажений — флективных, предложных и т.д. с целью оживления чувства языка;

— дифференциация значений единственного и множественного числа, родовых значений, значений настоящего, прошедшего и будущего времени глагола;

— восполнение в словах пропущенных грамматических элементов;

— составление фраз по сюжетным картинкам;

— ответы на вопросы простой фразой, оформленной грамматически; пересказ простого текста;

— стимуляция к использованию побудительных и вопросительных предложений, различных предложных конструкций.

Неспецифические приемы восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности включают следующее:

#### 1. Ритмико-мелодический приём.

Когда пациент свободно может употреблять в речи автоматизированные ряды, ритмический рисунок отдельно от логопеда или с его помощью, начинается работа по выделению отдельного слова из ряда, из контекста - операции по дискретному повторению.

Логопед произносит ряд громко, а пациент часть шёпотом, часть громко, выделяя нужное слово. После этого задание усложняется с постепенным переносом слов во внутреннюю речь.

Например:

- Понедельник, вторник, среда, четверг, пятница, суббота, воскресенье – шепот, громко, шепот,

- Буря мглою небо кроет, вихри снежные крутя – шепот, громко, шепот,

- Буря мглою небо кроет, вихри снежные крутя – шепот, громко, шепот, громко, шепот.

Психологический механизм действия этой программы операций заключается в развертывании и вынесении вовне, на уровень громкой речи, процесса активного выделения слова из ряда, в постепенной его



интериоризации (уходе во внутреннюю речь), осознанности и произвольности речевых действий. Все эти операции способствуют созданию у пациента способа активного произнесения слов, снятию персевераций. С помощью ряда упражнений этот заданный способ усваивается пациентами, закрепляется навык.

Используются разнообразные задания:

- запись произносимых слов с опорой на громкое проговаривание слова (протяжное, послоговое) и с опорой на соответствующую картинку,
- поиски отрабатываемых слов в текстах, подчеркивание, произнесение, записывание их в тетрадь,
- включение этих слов в другие семантические связи — ситуативные, логические.

## 2. Приём семантических связей слова.

Известно, что семантическое содержание слова определяется не только тем, что оно означает, но и тем, чему оно противопоставляется. Известно также, что семантические поля в языке и в речевой практике человека складываются по разным основаниям:

- по семантической общности (родовая общность, категориальная, ситуативная и др.),
- по морфологическому признаку (однокоренные слова),
- по оппозиции и т. д.

Поэтому при построении методов восстановления речи важно учитывать эту характеристику словаря. Особенно важным становится это свойство лексики при построении методов, направленных на восстановление:

- актуализации и произнесения слов,
- активности речи,
- словарного запаса,
- понимания слов и так далее

Психологический механизм этого состоит в сужении поля выбора нужного слова и в определении круга слов, то есть в указании направления, в

котором пациент должен искать нужное слово. Сужение поля выбора и указание его направления могут служить основой для становления процесса активного поиска слов, произнесения слов, а также и для преодоления дефектов номинативной функции речи.

При эфферентной моторной афазии этот метод противопоставлений используется для снятия инертности речевых процессов, преодоления perseverаций и тем самым для становления активности речи. С этой целью создается ряд противопоставлений (оппозиций), в основу каждого из них положен один из способов противопоставлений, а затем и общая сетка противопоставлений, в которой одно и то же слово противопоставляется другим по разным основаниям. Например, использование приёмов оппозиций является эффективным для снятия perseverаций и для восстановления процесса актуализации слов.

Метод оппозиций.

Создаётся несколько таблиц с исходными словами, к которым необходимо найти слово, противоположное исходному по значению (таблица 2).

Таблица 2

Метод оппозиций. Антонимы

ЧЁРНЫЙ	ПЛАТОК
ЧЕРНИЛА	КРАСОТА
ЦВЕТ	БЕЛЫЙ

Метод оппозиций.

Морфологический прием. Подбираются исходные слова, к которым должны быть найдены однокоренные слова (таблица 3).

Таблица 3

Метод оппозиций. Морфологический прием

ЧЁРНЫЙ	ЧЕРНИЛЬНИЦА
ЧЕРНИЛА	КРАСОТА
ЦВЕТ	ЧЕРНОТА
ПЛАТОК	БЕЛЫЙ

Приёмы, использующие ситуативную и категориальную связи исходного слова.

В этих случаях также подбираются исходные слова в соответствии с этими видами связей (Таблица 4).

Таблица 4

Метод оппозиций. Ситуативная и категориальная связь исходного слова

ЧЁРНЫЙ	ПЛАТОК
ЧЕРНИЛА	КРАСОТА
ЦВЕТ	БЕЛЫЙ
ХЛЕБ	ЧЕРНОТА

Сначала исходные слова подаются пациенту на слух с обязательным предъявлением их письменного варианта. Больной слышит и видит слово, читая его вслух или «про себя». К исходному написанному слову даются три слова-ответа, одно из которых является искомым, а два других резко отличаются от искомого (по заданной связи). Позже процедура усложняется, и пациент должен самостоятельно найти искомое слово без опоры на написанные слова. Сначала отрабатывается один из методов (способов связей слов) и способность пациента находить слово по заданному ему слову и заданной связи исходного и искомого слова, и только после этого переходят к использованию следующего метода (то есть уже к другой связи слова).

После усвоения этих методов выбора нужных слов, их актуализации и произнесения переходят к использованию всех этих методов одновременно (даже на одном уроке). Все таблицы слов должны строиться с учетом таких характеристик исходных и искомых слов, как частотность слова, субъективная и объективная, фонетическая сложность, субъективная значимость слова для пациента, его эмоциональная насыщенность. Самыми первыми словами для такой работы выбираются те слова, над которыми уже шла работа на предыдущей стадии и которые пациент может произносить.

Таким образом, разработанная нами рабочая программа по преодолению персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности состоит из специфических и

неспецифических приемов восстановительного обучения.

После проведенного восстановительного обучения мы предоставляем примеры динамику восстановительного обучения тех же пациентов, которые были описаны ранее.

Пример 1: После проведенных логопедических занятий отмечается положительная динамика. Наблюдается повышение речевой активности. Появляются фразы, адекватные ситуации. При составлении рассказа и при пересказе текста стала использовать опорные слова, легче и правильнее формулировать фразу. Выработался контроль над написанным, ошибки видит, но исправить может не всегда.

Рекомендации: продолжить работу по восстановлению коммуникативной фразовой речи, преодолению расстройств произносительной стороны речи, восстановлению и коррекции фразовой речи, коррекция чтения, восстановлению и коррекции письма, преодолению персевераций.

Логопедическое заключение: эфферентная моторная афазия средне-легкой степени выраженности.

Пример 2: После проведенных логопедических занятий незначительно увеличился объем артикуляционных движений и подвижность мышц языка. Появился контроль над списанным, стал сам находить и исправлять свои ошибки. Появилась возможность чтения небольших текстов и пересказа с опорой на текст. Снизилось количество персевераций.

Рекомендации: продолжить работу по восстановлению коммуникативной фразовой речи, преодолению расстройств произносительной стороны речи, восстановлению и коррекции фразовой речи, коррекция чтения, восстановлению и коррекции письма, преодолению персевераций.

Логопедическое заключение: эфферентная моторная афазия средне-легкой степени выраженности.

Пример 3: После проведенных логопедических занятий отмечается

положительная динамика. Увеличился активный словарь. Незначительно расширились произносительные возможности. Стало возможным написание слов с проговариванием.

Рекомендации: восстановление и коррекция фразовой речи, коррекция чтения и письма.

Логопедическое заключение: эфферентная моторная афазия средней степени выраженности.

### 3.2.2. Контрольный эксперимент

В конце курса восстановительного обучения было проведено повторное обследование, в которое также включалось исследование орально-артикуляционного праксиса, спонтанной речи, речевого автоматизма, повторной речи, диалогической речи, называния, фразы по сюжетной картинке, пересказа текста, понимания речи, объема слухо-речевой памяти, чтения, письма.

Оно представлено в таблице 5 (Приложение 8).

В экспериментальной группе средний балл обследования орально-артикуляционного праксиса был 53%, спонтанной речи - 46%, речевого автоматизма - 100%, повторной речи - 80%, диалогической речи 73%, называния 80%; фразы по сюжетной картинке - 73%, пересказа текста - 73%, понимания речи - 100%, объема слухо-речевой памяти - 80%, чтения - 76%, письма 76%.

В контрольной группе средний балл обследования орально-артикуляционного праксиса был 46%, спонтанной речи - 40%, речевого автоматизма — 100%, повторной речи — 73%, диалогической речи — 67%, называния — 73%, фразы по сюжетной картинке — 67%, пересказа текста — 67%, понимания речи — 93%, объема слухо-речевой памяти — 67%, чтения - 67%, письма 67%.

Результаты обследования представлены на рисунке 2.

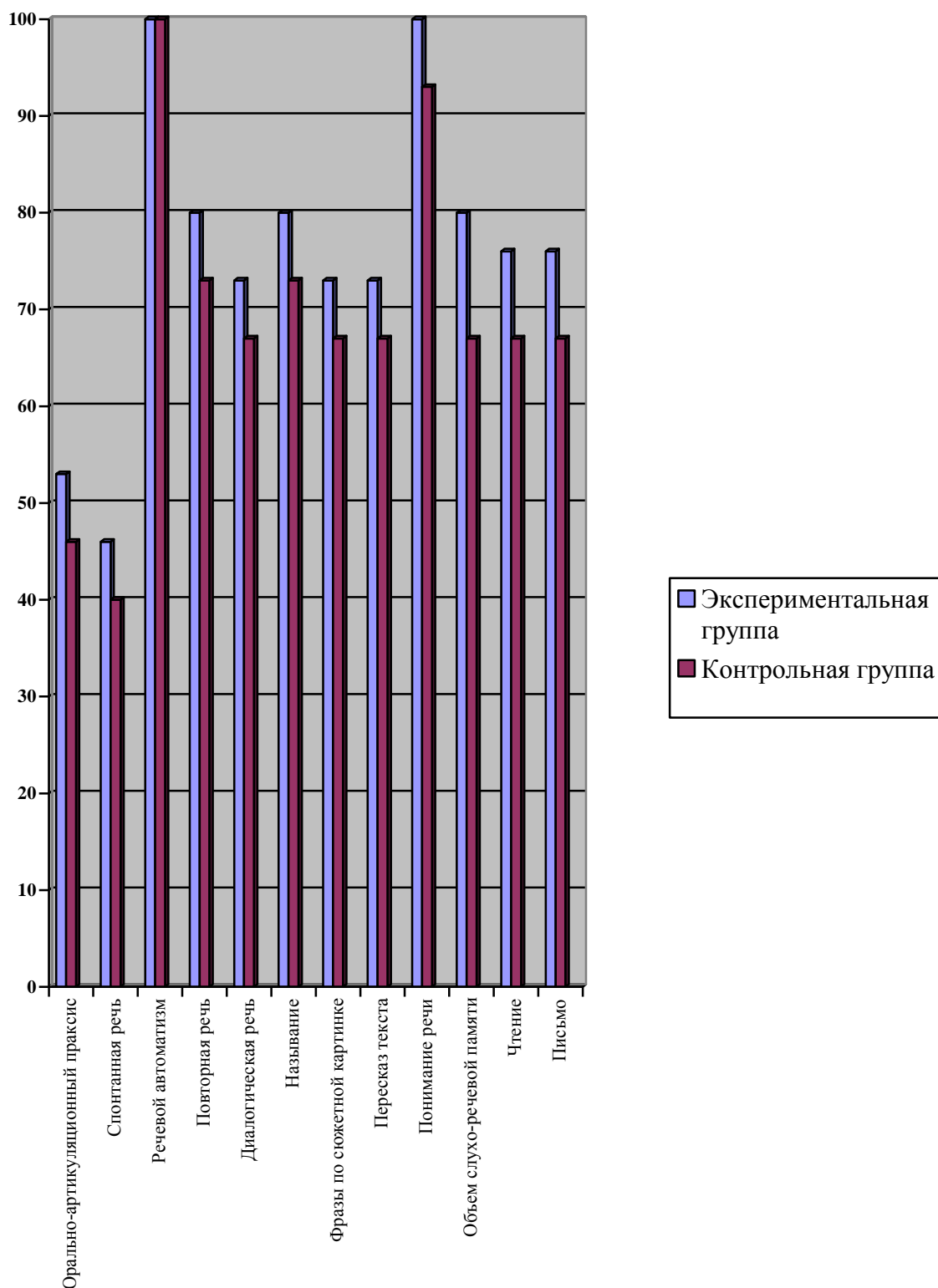


Рис. 2. Результаты контрольного эксперимента

Таким образом, в результате обследования показатели у исследуемых пациентов увеличились после проведенного курса реабилитации, но у пациентов экспериментальной группы отмечается

высокий процент повышения этих показателей.

Проводя сравнительный анализ результатов обследования пациентов перед началом и в конце восстановительного обучения, можно констатировать, что показатели в экспериментальной группе выше, чем в контрольной.

При обследовании было отмечено, что показатели увеличились:

— обследование орально-артикуляционного праксиса экспериментальной группы на 13% (2 пациента – Маргарита Юрьевна С и Анатолий Иванович К.), а у контрольной - на 6% (1 пациент – Александр Васильевич Б.),

— обследование спонтанной речи у пациентов экспериментальной группы на 6% (1 пациент – Александр Петрович С.), а у контрольной - не изменились,

— обследование речевых автоматизмов у пациентов экспериментальной и у контрольной группы не изменились, так как были в норме,

— обследование повторной речи у пациентов экспериментальной группы на 13% (2 пациента – Александр Иванович К. и Александр Петрович С.), а у контрольной - 6% (1 пациент – Екатерина Васильевна Р.),

— обследование диалогической речи у пациентов экспериментальной группы на 20% (3 пациента - Александр Иванович К. и Александр Петрович С. и Алевтина Степановна С.), а у контрольной - 7% (1 пациент – Алевтина Михайловна Н.).

— обследование называния у пациентов экспериментальной группы на 13% (2 пациента – Александр Иванович К. и Александр Петрович С.), а у контрольной - 6% (1 пациент – Екатерина Васильевна Р.),

— обследование фразы по сюжетной картинке у пациентов экспериментальной группы на 6% (1 пациента - Александр Иванович К.), а у контрольной - не изменилось,

— обследование пересказа текста у пациентов экспериментальной

группы на 6% (1 пациента - Александр Иванович К.), а у контрольной - не изменилось,

— обследование понимания речи у пациентов экспериментальной группы на 7% (1 пациент - Алевтина Степановна С.), а у контрольной - не изменилось,

— обследование объема слухо-речевой памяти у пациентов экспериментальной группы на 20% (3 пациента - Александр Иванович К. и Александр Петрович С. и Алевтина Степановна С.), а у контрольной - на 7% (1 пациент – Екатерина Васильевна Р.).

— обследование чтения пациентов экспериментальной группы на 9% (1 пациент - Александр Иванович К.), а у контрольной не изменилось,

— обследование письма у пациентов экспериментальной группы на 16% (2 пациента - Александр Петрович С. и Алевтина Степановна С.), а у контрольной - на 7% (1 пациент – Александр Васильевич Б.).

Сравнительный анализ показал, что восстановление речевой функции у пациентов из экспериментальной группы проходило быстрее, чем в контрольной. Это представлено на рисунке 3.

Исходя из этого, можно сделать следующий вывод, что после проведения занятий с пациентами с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности в ранний восстановительный период после инсульта в экспериментальной группе положительные результаты были лучше, чем в контрольной.

У всех пациентов наблюдается повышение речевой активности. В коммуникативной речи появляются фразы, адекватные ситуации, а следовательно, несколько сглаживается картина аграмматизма типа «телеграфного стиля». Возрастает активный словарь [73, с. 50].

Отмечаются улучшения и в произносительной сфере. Целый ряд отработанных слов, а также аналогичных им по звуко-ритмической структуре, пациенты начинают произносить достаточно слитно и «гладко». Богаче становится интонационный рисунок высказывания.



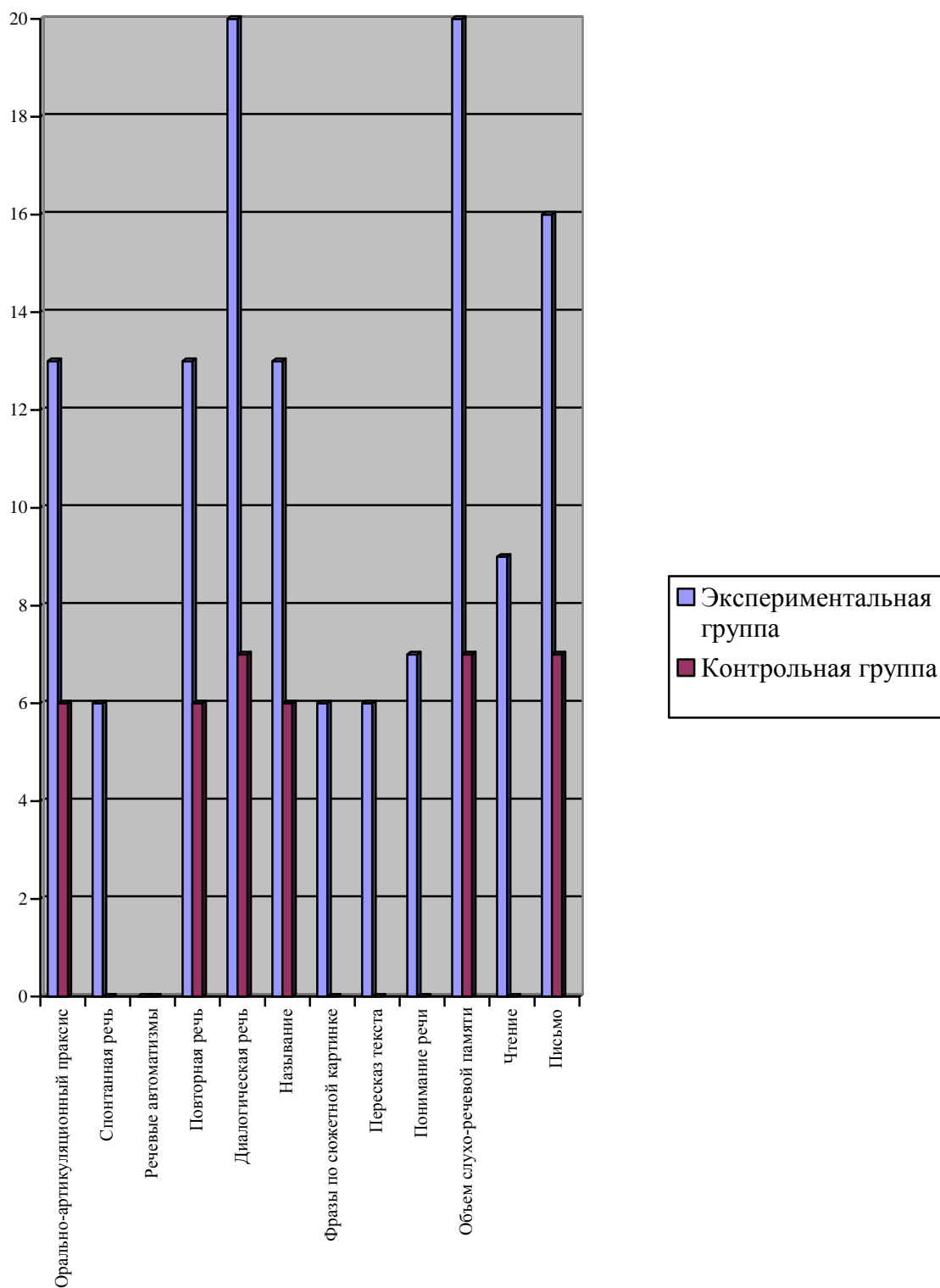


Рис. 3. Сравнительный анализ констатирующего и контрольного экспериментов

В повторной речи отмечается значительный регресс произносительных расстройств. Более точным становится воспроизведение синтаксической структуры повторяемых фраз. Оживление чувства языка выявляется и в

оценке грамматически правильных и деформированных конструкций.

При составлении фразы в диалоге и по сюжетной картинке отмечается дальнейшее «свертывание» внешних опор, необходимых для продуцирования предложения. То же — при пересказе текстов.

Пациенты читают вслух предложения и даже короткие тексты. Выявляющиеся при этом произносительные трудности соответствуют характеру артикуляционных дефектов в устной речи в целом. Расширяются возможности звуко-буквенного анализа состава слова, а следовательно и функции письма. Пациенты пишут под диктовку отработанные слова и простые фразы. При этом возможен самоконтроль и коррекция допущенных ошибок.

Вместе с тем спонтанная речь пациентов остается недостаточно развернутой. В сложных по звуковой структуре словах еще выявляются трудности произносительного характера, особенно при стечении согласных звуков. Ограничены возможности монологической речи. При пересказе длинных текстов необходимы также внешние опоры. При чтении подобных текстов имеются смысловые персеверации и вследствие этого недостаточное понимание читаемого. «Письмо про себя», особенно в коммуникативных целях, осложнено трудностями конструирования развернутых речевых высказываний. Кроме того, имеются трудности звуко-буквенного анализа состава слова в сложных по слоговой структуре словах.

### **Выводы к третьей главе:**

1. Анализ литературных источников по проблеме изучения восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией показал, что преодолением персевераций у таких пациентов стали заниматься относительно недавно. А ведь именно нарушение переключения препятствует свободному общению их.

2. Нами была разработана и апробирована рабочая программа по преодолению персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией

средней степенью выраженности.

3. После применения методики преодоления perseverаций у пациентов с эфферентной моторной афазией в экспериментальной группе с использованием специфических и неспецифических методов восстановительного обучения нами было отмечено повышение эффективности проделанной логопедической работы. После проведения контрольного эксперимента результаты в экспериментальной группе были выше, чем в отличие от контрольной.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотренная проблема характеризуется значительной социальной и научной актуальностью, ее изучение способствует созданию необходимых условий для успешной работы в отделениях медицинской реабилитации, которая в последние годы значительно расширяется количественно и нуждается в совершенствовании научной базы и методического обеспечения, требует привлечения высококвалифицированных специалистов.

Анализ литературы показал, что существуют разные формы афазии, которые определяются в зависимости от очага поражения и синдрома комплекса. Причем, при определении формы афазии учитывается локализация, центральный механизм, структура нарушения, симптомы и синдром. Коррекционное обучение будет подбираться не только с учетом восстановления нарушенных функций (фактора и симптомов), но и в зависимости от степени выраженности дефекта.

Также анализ литературных источников по проблеме изучения восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией показал, что преодолением персевераций у таких пациентов стали заниматься относительно недавно. А ведь именно нарушение переключения препятствует свободному общению их.

Констатирующий эксперимент проводился на базе отделения медицинской реабилитации Муниципального автономного учреждения здравоохранения «Центральная городская больница № 3» города Екатеринбурга. Для его проведения было отобрано 10 пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности, в которое входило 5 женщин и 5 мужчин в возрасте от 40 до 75 лет.

Для проведения логопедического обследования частично была взята методика «Нейропсихологического блиц-обследования» Визель Т.Г. Нами были обследованы орально-артикуляционный праксис, спонтанная, импрессивная и экспрессивная речь. После проведения констатирующего

эксперимента нами было отмечено следующее. У пациентов с эфферентной моторной афазией не нарушено или практически не нарушены речевые автоматизмы и понимание речи. Больше всего страдает орально-артикуляционный праксис и спонтанная речь.

Нами была разработана и апробирована рабочая программа по преодолению персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией средней степенью выраженности. После применения методики преодоления персевераций у пациентов с эфферентной моторной афазией в экспериментальной группе с использованием специфических и неспецифических методов восстановительного обучения нами было отмечено повышение эффективности проделанной логопедической работы, результаты в экспериментальной группе были выше, чем в отличие от контрольной.

Таким образом, сложность и индивидуальность проявления афазии требует признания того, что ни одну из существующих методик, включая настоящую, нельзя считать окончательной. Необходим дальнейший поиск новых приемов работы, которые соответствовали бы современному уровню учения об афазии. В частности, имеется настоятельная потребность дальнейшего создания неспецифических методов восстановительного обучения, вытекающих из нейролингвистического направления в изучении афазии.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева, И. М. Методическое пособие для активизации предметной лексики у больных с афазией [Текст] / И. М. Авдеева. – М. : В. Секачев, 2011. – 100 с.
2. Аксенова, Е. В. Радость общения. Лексический материал для восстановления фразовой речи у детей и взрослых [Текст] / Е. В. Аксенова, Н. А. Кочеткова. Часть 1. – М. : В. Секачев, 2014. – 157 с.
3. Аксенова, Е. В. Радость понимания. Практические задания для работы по восстановлению речи [Текст] / Е. В. Аксенова, Н. А. Кочеткова. – М. : В. Секачев, 2017. – 136 с.
4. Аксенова, Е. В. Радость общения. Лексический материал для восстановления фразовой речи у детей и взрослых [Текст] / Е. В. Аксенова, Н. А. Кочеткова. Часть 2. – М. : В. Секачев, 2014. – 144 с.
5. Александрова, А. С. Непропавшие сюжеты [Текст] / А. С. Александрова, И. П. Кузьмич, Т. М. Мелентьева. – М. : Русский язык, 2006. – 248 с.
6. Амосова, Н. Н. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний мозга [Текст] / Н. Н. Амосова, Н. И. Каплина. – М. : Астрель, 2007. – 144 с.
7. Атипичные формы афазии на остром, резидуальном этапах после инсульта [Текст] : материалы международной научно-практической конференции, СПб, 22-23 апреля 2003. / Ленинградский гос. обл. ун-т им. А. С. Пушкина; сост. Т. Г. Визель [и др.]. – СПб : [б.и.], 2003. – 160 с.
8. Ахутина, Т. В. Нейролингвистический анализ афазии. О локализации построения высказывания [Текст] / Т. В. Ахутина. – М. : Теревинф, 2002. – 144 с.
9. Ахутина, Т. В. Методика оценки речи при афазии [Текст] / Т. В. Ахутина, Л. С. Цветкова, И. М. Пылаева. – М. : Изд-во МГУ, 1981. – 67 с.

10. Бадалян, Л. О. Невропатология [Текст] / Л. О. Бадалян. – М. : Академия, 2007. – 398 с.
11. Бейн, Э. С. Афазия и пути ее преодоления [Текст] / Э.С. Бейн. – Л. : Лениздат, 1964. – 334 с.
12. Бейн, Э. С. Вопросы восстановительной терапии при афазиях у взрослых [Текст] / Э. С. Бейн. – Харьков : Медиздат, 1959. – 78 с.
13. Бейн, Э. С. Парафазии при различных видах афазий [Текст] / Э. С. Бейн. – М. : Медгиз, 1961. – 335 с.
14. Бейн, Э. С. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией [Текст] / Э. С. Бейн. – М. : Медгиз, 1962. – 336 с.
15. Бейн, Э. С. Некоторые вопросы динамики речевых расстройств у больных, перенесших мозговую инсульт [Текст] / Э. С. Бейн, Е. Д. Маркова. – М. : Медгиз, 1960. – 118 с.
16. Бейн, Э. С. Клиника и лечение афазий [Текст] / Э. С. Бейн, П. А. Овчарова. – СПб. : «Питер Пресс», 1994. – 231 с.
17. Бейн, Э.С. О предупреждении дефектов речи в процессе лечения афазии [Текст] / Э. С. Бейн, М. К. Шохор-Троцкая. – Л. : Лениздат, 1965. – 68 с.
18. Бейн, Э. С. Особенности динамики афазических расстройств при тромботическом инсульте в условиях специальной восстановительной терапии в зависимости от кровоснабжения очага поражения [Текст] / Э. С. Бейн, Л. Г. Столярова, М. К. Шохор-Троцкая. – М. : Медгиз, 1966. – 101 с.
19. Бейн, Э. С. Поэтапная организация восстановительной терапии у больных с афазией сосудистого происхождения [Текст] / Э. С. Бейн, М. К. Шохор-Троцкая. – М. : Медгиз, 1965. – 88 с.
20. Бурлакова, М. К. Речь и афазия [Текст] / М. К. Бурлакова. – М. : Медицина, 1997. – 236 с.
21. Бурлакова, М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии [Текст] / М. К. Бурлакова. – М. : Просвещение, 1991. – 190 с.
22. Васерман, Л. И. Методы нейропсихологической диагностики [Текст] / Л.

- И. Васерман, С. А. Дорофеева, Л. А. Меерсон. – СПб. : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1997. – 185 с.
23. Визель, Т. Г. Как вернуть речь [Текст] / Т. Г. Визель. — М. : В. Секачев, 1998. – 216 с.
  24. Визель, Т. Г. Как вернуть речь: Инсульт и нарушения речи, афазия, дизартрия [Текст] / Т. Г. Визель. — М. ; В. Секачев, 2008. – 216 с.
  25. Визель, Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование [Текст] / Т. Г. Визель. — М. : В.Секачев, 2005. – 24 с.
  26. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии [Текст] / Т. Г. Визель. — М. : Астрель, 2005. – 384 с.
  27. Визель, Т. Г. Индивидуальные нарушения речи у детей и взрослых [Текст] : / Т. Г. Визель // Дети с проблемами в развитии. – 2004. – №1. С. 87-104.
  28. Винарская, Е. Н. Клинические проблемы афазии (нейролингвистический анализ) [Текст] / Е. Н. Винарская. – М. : В. Секачев, 2007. – 222 с.
  29. Витрук, Е. А. Практические упражнения и задания для работы по восстановлению речи [Текст] / Е. А. Витрук. – М. : В. Секачев, 2016. 96 с.
  30. Волкова, Л. С. Логопедия [Текст] : учеб. для вузов/ Л. С. Волкова ; под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. — М. : ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
  31. Дианова, О. Н. Расскажи мне. Сборник текстов для восстановления речи, письма и чтения после инсульта и черепно-мозговой травмы [Текст] / О. Н. Дианова. – М. : В. Секачев, 2017. 65 с.
  32. Дорофеева, С. Л. К методике восстановления речи при мозговом инсульте [Текст] / С. Л. Дорофеева // Клиника и терапия инсульта. Труды Научно-исследовательского неврологического инст-та им. Бехтерева : сост. С. К. Дорофеева. – Л. : Лениздат, 1963. – 224 с.
  33. Зайцев, И. С. Афазия. [Текст] / И. С. Зайцев. – Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006. – 238 с.
  34. Занков, Л. В. Проблемы речи, её расстройств и восстановления [Текст] /



- Л. В. Занков. – М. : Изд. АПН РСФСР, 1945. – 251 с.
35. К вопросу о восстановительном обучении больных с индивидуальным вариантом моторной афазии [Текст] : Сборник трудов участников III межвузовской конференции молодых ученых / сост. Н. М. Лапина. – Череповец : ЧТУ, 2001. – 174 с.
36. Кадыков, А. С. Реабилитация после инсульта [Текст] / А. С. Кадыков. – М. : МИКЛОШ, 2003. – 176 с.
37. Кауфман, О. П. Восстановление речевого процесса при моторной афазии [Текст] / О. П. Кауфман // Ученые записки МГУ : сост. О. П. Кауфман. – М. : Изд. АПН РСФСР, 1947. – 189 с.
38. Клепацкая, Л. Б. Внимание, мышление, речь. Комплекс упражнений [Текст] / Л. Б. Клепацкая. – М. : В. Секачев, 2013. – 120 с.
39. Клепацкая, Л. Б. Восстановление речи после инсульта [Текст] / Л. Б. Клепацкая. – М. : В. Секачев, 2011. – 155 с.
40. Клепацкая, Л. Б. Понимание и формирование речи. Грубая форма афазии [Текст] / Л. Б. Клепацкая. – М. : В. Секачев, 2013. – 205 с.
41. Коган, В. М. Восстановление смысловой стороны речи при афазии [Текст] / В. М. Коган // Ученые записки МГУ : сост. О. П. Кауфман. – М. : Изд. АПН РСФСР, 1947. – 189 с.
42. Коган, В. М. Восстановление речи при афазии [Текст] / В. М. Коган. – М., Медгиз, 1962. – 341 с.
43. Коновалов, Н. В. Основные положения проблемы восстановления функций после нарушений мозгового кровообращения [Текст] / Н. В. Коновалов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1955. – № 2. – С. 24-31.
44. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология [Текст] / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. – М. : Академия, 2003. – 144 с.
45. Кошелева, Н. В. Тематические лексико-грамматические упражнения для восстановления речи у больных с афазией [Текст] / Н. В. Кошелева. – М., Астрель, 2009. – 207 с.

46. Курзинер, Е. С. Логопедическое пособие по преодолению глагольного дефицита и восстановлению связной речи у больных с афазией [Текст] / Е. С. Курзинер. – М. : В. Секачев, 2013. – 47 с.
47. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека [Текст] /А. Р. Лурия. – СПб. : Питер, 2008. – 624 с.
48. Лурия, А. Р. Учение об афазии в свете мозговой патологии [Текст] /А. Р. Лурия. – М. : Академический Проект, 1940. – 299 с.
49. Лурия, А. Р. Основные проблемы нейролингвистики [Текст] /А. Р. Лурия. – М. : Академический Проект, 1954. – 288 с.
50. Лурия, А. Р. Речь и мышление [Текст] /А. Р. Лурия. – М. : МГУ, 1975. – 442 с.
51. Лурия, А. Р. Функциональная организация мозга. Естественнонаучные основы психологии [Текст] /А. Р. Лурия. – М. : Педагогика, 1940. – 368 с.
52. Лурия, А. Р. Травматическая афазия [Текст] / А. Р. Лурия. – М. : Академический проект, 1947. – 436 с.
53. Новикова, Е. В. Секреты предлогов и падежей. Учебно-практическое пособие [Текст] / Е. В. Новикова. М. : Гном, 2001. – 126 с.
54. Оппель, В. В. Восстановление речи при афазии [Текст] / В. В. Опель. – Л. : Лениздат, 1963. – 345 с.
55. Особенности восприятия и понимания речи при разных формах афазии [Текст] / Н. М. Лапина // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №4 (32). – С. 67-75.
56. Состояние проблемы восприятия речи (психологический, психолингвистический и логопедический аспекты) [Текст] : Сборник трудов молодых-ученых «Per aspera...» / сост. Н. М. Лапина. – Череповец : ЧГУ, 2001. – выпуск № 3. – 160 с.
57. Старовойтова, И. А. Русская лексика в заданиях и кроссвордах. Выпуск 1. Человек [Текст] / И. А. Старовойтова. – М. : Златоуст, 2012. – 80 с.
58. Старовойтова, И. А. Русская лексика в заданиях и кроссвордах. Выпуск

2. В доме [Текст] / И. А. Старовойтова. – М. : Златоуст, 2012. – 80 с.
59. Старовойтова, И. А. Русская лексика в заданиях и кроссвордах. Выпуск 3. Город [Текст] / И. А. Старовойтова. – М. : Златоуст, 2012. – 80 с.
60. Старовойтова, И. А. Русская лексика в заданиях и кроссвордах. Выпуск 4. Увлечения [Текст] / И. А. Старовойтова. – М. : Златоуст, 2012. – 80 с.
61. Старовойтова, И. А. Русская лексика в заданиях и кроссвордах. Выпуск 5. Природа [Текст] / И. А. Старовойтова. – М. : Златоуст, 2012. – 80 с.
62. Старовойтова, И. А. Русская лексика в заданиях и кроссвордах. Выпуск 6. Календарь [Текст] / И. А. Старовойтова. – М. : Златоуст, 2012. – 80 с.
63. Тонконогий, И. М. Особенности речевых нарушений в остром периоде инсульта [Текст] / И. М. Тонконогий. – Л. : Издательство Научно-исследов. психоневрологического ин-та им. В. М. Бехтерева, 1963. – 26 с.
64. Флоренская, Ю. А. Избранные работы по логопедии [Текст] / Ю.А. Флоренская. – М. : Астрель, 2007. – 223 с.
65. Хомская, Е. Д. Нейропсихологическая диагностика. Часть II, Альбом [Текст] / Е. Д. Хомская. – М. : ЭКСМО Пресс, 1993. – 46 с.
66. Цветкова, Л. С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение [Текст] / Л. С. Цветкова. – М. : Издательство Московского психолого-социального института, 2005. – 184 с.
67. Цветкова, Л. С. Нарушение и восстановление счета при локальных поражениях мозга [Текст] / Л. С. Цветкова. – М. : Издательство Московского психолого-социального института, 2003. – 112 с.
68. Цветкова, Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных [Текст] / Л. С. Цветкова. – М. : Издательство Московского психолого-социального института, 2004. – 424 с.
69. Цветкова, Л. С. Афазия и восстановительное обучение [Текст] / Л. С. Цветкова. – М.: Просвещение, 1988. – 324 с.
70. Цветкова, Л. С. Нейропсихология письма, чтения и счёта [Текст] / Л. С. Цветкова. – М. : Юрист, 1979. – 237 с.

71. Цветкова, Л. С. Афазиологическое - современные проблемы и пути их решения [Текст] / Л. С. Цветкова. – М. : Институт практической психологии, 2002. – 365 с.
72. Цветкова, Л. С. Афазия и восприятие [Текст] / Л. С. Цветкова, Н. Г. Торчуа. – М. : Институт практической психологии, 1997. – 286 с.
73. Шкловский, В. М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии [Текст] / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель. М. : В. Секачев, 2000. – 50 с.
74. Шкловский, В. М. Карта нейропсихологического исследования больных с нарушениями высших психических функций [Текст] / В. М. Шкловский. – М. : Отделение патологии речи МПНИ психиатрии МЗ РСФСР, 1996. – 231 с.
75. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Стратегия и тактика восстановления речи [Текст] / М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). – М. : В. Секачев, ЭКСМО-пресс, 2001. – 432 с.
76. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Речь и афазия [Текст] / М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). – М. : В.Секачев, 2001. – 321 с.
77. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Коррекция сложных речевых расстройств [Текст] / М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). – М. : В. Секачев, 2000. – 234 с.
78. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления [Текст] / М. К. Шохор-Троцкая. — М. : В. Секачев, 2002. — 128 с.
79. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии [Текст] / М. К. Шохор-Троцкая. — М. : В. Секачев, 2002. — 182 с.
80. Щербакова, М. М. Методика скрининг обследования больных с афазией // Молодой ученый. 2016. — №2.
81. Щербакова, М. М. Сборник заданий для восстановления речи у больных с акустико-мнестической афазией [Текст] / М. М. Щербакова, О. Д.

Ларина. – М. : В. Секачев, 2012. – 62 с.

82. Щербакова, М. М. Программа восстановления речевого мышления у больных с последствиями инсульта [Текст] /М. М. Щербакова, С. В. Котов. – М. : МОНИКИ, 2014. – 45 с.

Предметные картинки.



Предметные картинки.



ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

Предметные картинки.





Предметные картинки.



Сюжетная картинка.



Серия сюжетных картин.



ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Таблица 1

Обследование пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности на начальном этапе

№ п/п	Группа	Имя и отчество пациента	На ла та	Орально-артикуля- ционный праксис	Спонтанная речь	Речевые автоматизмы	Повторная речь	Диалогическая речь	Называние	Фраза по сюжетной картинке и серии картин	Пересказ текстов	Понимание речи	Объем слухо-речевой памяти	Чтение	Письмо
1.	Экспериментальная	Маргарита Юрьевна С.	201	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
2.		Анатолий Иванович К.	207	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
3.		Алевтина Степановна С.	201	1	1	3	2	1	2	2	2	2	1	2	1
4.		Александр Петрович С.	206	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
5.		Александр Владимирович К.	205	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
6.	Контрольная	Гильмиян Х.	206	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
7.		Екатерина Васильевна Р.	202	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
8.		Алевтина Михайловна Н.	201	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
9.		Александр Васильевич Б.	205	1	1	3	2	1	2	2	2	2	1	2	1
10.		Тамара Александровна Р.	203	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Таблица 5

Обследование пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени выраженности на конечном этапе

№ п/п	Группа	Имя и отчество пациента	На лата	Орально-артикуля- ционный праксис	Спонтанная речь	Речевые автоматизмы	Повторная речь	Диалогическая речь	Называние	Фраза по сюжетной картинке и серии картин	Пересказ текстов	Понимание речи	Объем слухо-речевой памяти	Чтение	Письмо
1.	Экспериментальная	Маргарита Юрьевна С.	201	2	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
2.		Анатолий Иванович К.	207	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3.		Алевтина Степановна С.	201	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
4.		Александр Петрович С.	206	1	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2
5.		Александр Владимирович К.	205	2	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
6.	Контрольная	Гильмиян Х.	206	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
7.		Екатерина Васильевна Р.	202	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2
8.		Алевтина Михайловна Н.	201	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2
9.		Александр Васильевич Б.	205	2	1	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2
10.		Тамара Александровна Р.	203	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2