



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
(ФГБОУ ВО «ЮУрГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И ПРЕДМЕТНЫХ  
МЕТОДИК

**Восстановительное обучение лиц с афферентной моторной афазией в  
резидуальном периоде**

**Выпускная квалификационная работа по направлению  
44.04.03. Специальное (дефектологическое) образование**

**Направленность программы магистратуры  
«Психолого-педагогическое сопровождение лиц с нарушениями речи»**

**Форма обучения заочная**

Проверка на объем заимствований:

93 % авторского текста  
Работа рекоменд. к защите  
рекомендована/не рекомендована  
«18» 11 2020 ур. 3  
зав. кафедрой СИПиПМ

Дружинина  
к.п.н., доцент Дружинина Д.А.

Выполнил (а):

Студент (ка) группы ЗФ-306/173-2-2  
Шеломенцева Юлия Викторовна

Научный руководитель:

к.п.н., доцент кафедры СИПиПМ

Щербак  
Щербак Светлана Геннадьевна

Челябинск  
2021

## Содержание

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ У ЛИЦ С АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ.....	11
1.1 Механизм кинестетической организации речи с позиции мультидисциплинарного .....	11
1.2 Становление понятия «синдром афферентной моторной афазии» в контексте исторического процесса развития афазиологии .....	23
1.3 Характеристика симптомокомплекса синдрома афферентной моторной афазии .....	30
1.4 Особенности восстановительного обучения лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде .....	44
ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ .....	54
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ С АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ .....	55
2.1 Организация и содержание исследования состояния речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде.....	55
2.2 Состояние речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде.....	61
ВЫВОДЫ ПО 2 ГЛАВЕ .....	70
ГЛАВА 3. КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ С АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ .....	72
3.1 Организация и содержание коррекционно-педагогической работы по восстановлению речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде .....	72

3.2 Анализ результатов контрольного эксперимента.....	85
ВЫВОДЫ ПО 3 ГЛАВЕ .....	90
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	91
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	94
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	106

## ВВЕДЕНИЕ

Речь является чрезвычайно сложным, разнообразным и изменчивым явлением специфической условно-рефлекторной деятельности человека, выражаясь в высоко-функциональной организации мозга, она представляет необычайно сложный динамический комплекс, состоящий из различных компонентов (к основным можно отнести: звукопроизношение, сигналы и символы (средства сообщения), постоянная связь с социумом).

Исходя из утверждения М.Е. Хватцева, что речь человека состоит из трех элементов (звука, мимики и жеста), каждый из которых порознь и вместе служат символами, с помощью которых люди осуществляют общение друг с другом, поэтому, будучи социальным явлением по своему происхождению и сути, возникая и развиваясь в процессе общения, она выполняет не только коммуникативную функцию, но и играет важную роль в развитии всей психической деятельности человека вообще. Благодаря своей тонкости, необычайной подвижности и изменчивости, она также легко нарушается под влиянием самых разнообразных факторов, как внутренних, так и внешних (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, М. Критчли).

Поэтому нарушение звукопроизносительной стороны речи, средств ее выражения (слов и предложений (устных и письменных), музыкальных элементов (интонация, паузы, обороты, ритм и т.д.) (М.Б. Кроль), приведет к довольно тяжелым для человека речевым расстройствам, снижению эффективности речевого взаимодействия и трудностям в организации коммуникативной деятельности, а также нарушениям в сфере профессиональных и социальных отношений (М.Е. Хватцев).

Рассматривая речь как функциональную систему, отечественные невропатологи и нейропсихологи (М.Б. Кроль, А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, М.К. Шохор-Троцкая и др.) отмечали, что при афазии, как при сложном системном нарушении, затрагивающим различные уровни организации и реализации речевых функций и высших психических систем, нарушается,

прежде всего, коммуникативная способность речи, выражающаяся в невозможности или затрудненности пользоваться речью, как символическим выражением, с целью взаимного понимания членов группы данного языка.

С точки зрения нейропсихологии, при синдроме афферентной моторной афазии, возникает артикуляционная (кинестетическая) апраксия позы языка и других органов артикуляционного аппарата (А.Р. Лурия), которая приводит к нарушению звукопроизводительной стороны речи, а также средств ее выражения, и как следствие, неизбежно сказывается на всех коммуникативных способностях лиц с данной патологией.

Поскольку симптомокомплекс синдрома афферентной моторной афазии имеет значительную сложность, а порой и стойкость, характеризующуюся возникновением и закреплением вторичных системных нарушений, поэтому восстановление речи у лица с данной патологией требует терпеливой и длительной работы, которая в свою очередь является важной задачей, необходимой для возвращения больного в социальную среду и восстановления его нарушенной коммуникативной компетенции.

Рассматривая вопросы восстановительного обучения лиц с афферентной моторной афазией, стоит отметить, насколько серьезно и основательно исследована данная проблема в специальной литературе, сколь внушительна методологическая база и батарея восстановительных методов и приемов. Разработкой проблемы основных клинических, психологических и лингвистических концепций восстановления речи у лиц с данной патологией занимались многие советские и зарубежные ученые (L. Lichtheim, H. Liermann, А.Р. Лурия, Э.С. Бейн, Е.Н. Винарская, Л.С. Цветкова, М.К. Шохор-Троцкая, И.М. Тонконогий, В.М. Шкловский, Т.Г. Визель, и др.). Исследователями (К. Goldstein, С.М. Доброгаев, Ю.А. Флоренская, В.А. Гринер, Б.М. Рабинович, А.М. Смирнова, М.А. Попова, А.Д. Чернова, О.П. Кауфман, В.В. Оппель и др.) созданы различные

восстановительные методики, основанные на оптико-тактильном методе обучения с опорой на «кинестетические схемы». По методикам, основанным на оптико-конструктивном (конструктивно-аналитическом-оптико-тактильном) методе работали Б.Г. Ананьев, В.К. Орфинская (которая также использовала «фонологическую методику», суть которой заключалось в утрированном произнесении звуков с опорой на соответствующие артикуляционные схемы). «Слуховая» методика, разработанная Т.М. Моховой, основанная на глобальном повторении отдельных простых слов с «поверхностным» показом артикуляции. Методики использования музыки (логоритмики) при работе с афазиками (Vargha and Gereb, Е.М. Батурина, Ю.А. Флоренская, В.А. Гринер, М.Л. Сурманова и др.), игр (Ж.А. Пайлозян), а также многие другие методики, в т.ч. основанные на использовании интерактивных средств (компьютерные программы, разработанные Ю.В. Берлин, О.Д. Лариной и др.), которые позволяют нам выдвинуть предположение о том, что, несмотря на глубочайшую разработку данной проблемы, вопросы, связанные с особенностями процесса логопедической работы при афферентной моторной афазии и выбора эффективных методов и приемов восстановительного обучения в каждом конкретном случае, остаются все же актуальными и по сей день, поскольку множественность факторов, принимающих участие в процессе обратного развития, придают каждому случаю особый, индивидуальный характер.

На современном этапе становится все более очевидным, что квалифицированное, патогенетически обоснованное, с учетом современных условий жизни, индивидуальных особенностей личности и ее социального окружения, восстановительное обучение по преодолению речевых нарушений у лиц с афферентной моторной афазией, поможет им социально адаптироваться и восстановить полноценную жизнедеятельность, вернув навыки, как бытового, так и профессионального общения.

Таким образом, поиск индивидуальных, эффективных методов и приемов восстановительного обучения лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде, актуальность, социальная и практическая значимость проблемы обусловили выбор темы нашего исследования: «Восстановительное обучение лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде».

Объект исследования: процесс реализации речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией.

Предмет исследования: особенности организации и содержания логопедической работы по восстановлению речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде.

Цель исследования: теоретически изучить и практически определить методы и приемы логопедической работы по восстановлению речи у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде.

Гипотеза исследования: процесс восстановления речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией будет эффективным, если учитывать все тонкости организации и содержания логопедической работы при восстановлении речи у лиц с данной патологией, а также применять, последовательные, целенаправленные, комплексные, индивидуальные методы и приемы восстановительного обучения в резидуальном периоде.

В соответствии с объектом, предметом, целью, гипотезой исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить и проанализировать научно-теоретическую и методическую литературу по теме исследования.

2. Выявить особенности речевых и неречевых высших психических функций у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде.

3. Определить методы и приемы логопедической работы по восстановлению речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией

В резидуальном периоде, и рассмотреть эффективность их использования в восстановительном обучении.

Для достижения поставленной цели и решения задач применяются следующие методы исследования:

- теоретические методы: анализ научно-методической литературы в области изучения афазии и обобщение накопленного опыта в области изучаемой проблемы;

- эмпирические методы: наблюдение, анкетирование, опрос, тестирование, беседа, изучение медико-психологической документации и обобщение результата, педагогический эксперимент (констатирующий, формирующий и контрольный).

- метод обработки результатов исследования (качественный и количественный анализ полученных данных), интерпретационные методы.

Теоретико-методологическую основу исследования составили фундаментальные труды и современные представления о пластичности нервной системы и психологические концепции о ВПФ как общественно-социальных образованиях, имеющих сложное многоуровневое и многозвенное строение, о системно-деятельностном подходе к генезу, распаду и восстановлению ВПФ (Л.С. Выготский, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия и др.); физиологические концепции о функциональной системе (П.К. Анохин); уровневый подход к анализу нарушенных ВПФ и их восстановлению, принцип динамической локализации психических функций в головном мозге (И.П. Павлов, А.А. Ухтомский), теория уровневого строения произвольных движений (И.М. Сеченов, Н.А. Бернштейн); учение о факторе как основе (механизме) нарушения ВПФ, концепция «нейропсихологического синдрома и симптома» (А.Р. Лурия); теории речевой деятельности (Л.В. Щерба, Р.О. Якобсон, Н.И. Жинкин и др.), особенностях ее нарушения и восстановления (В.М. Коган, М.С. Лебединский, Ю.А. Флоренская, В.К. Орфинская, Е.Н. Винарская, Л.С.

Цветкова, Э.С. Бейн, М.К. Шохор-Троцкая, М. Критчли, И.М. Тонконогий, В.В. Оппель, В.М. Шкловский, Т.Г. Визель и др.).

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что в результате проведенного теоретического анализа научно-методической литературы по проблеме исследования была проанализирована, обобщена и систематизирована информация о первичных и вторичных нарушениях речи у лиц с синдромом афферентной моторной афазии, которая может служить дополнительным материалом при постановке данного речевого диагноза и разработке индивидуальных методик восстановительного обучения.

Практическая значимость исследования состоит в том, что подобранные и апробированные индивидуальные методы, и приемы восстановительного обучения лица с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде, на основе анализа состояния речевых и не речевых высших психических функций, позволяют определить алгоритм, направления, методы и приемы восстановления речевой функции у лиц с данной патологией соответственно возрасту, личностным особенностям, степени и характеру выраженности дефекта. Результаты исследования могут представлять интерес для логопедов при организации процесса реабилитации лиц с данной патологией. Отдельные методы и приемы коррекционно-педагогического обучения могут также применяться в работе с лицами различного возраста и разной формы афазии.

Экспериментальное исследование проводилось на базе Муниципального бюджетного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения по Калининскому району» города Челябинска. В исследовании приняла участие женщина 72 лет страдающая афазией.

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялось посредством участия в международных научно-практических конференциях и публикации статей:

1. Участие в XI Международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета «Современные технологии социальной работы и инклюзивного образования» (г. Челябинск, 25-26 апреля 2019 года).

2. Публикация статьи – «Особенности использования логопедической ритмики в восстановлении речи больных с афазией» // Современные технологии социальной работы и инклюзивного образования: сборник статей XI Международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета/ под общ. ред. В.С. Васильевой, С.В. Росляковой; М-во науки и высш. образования Рос. Федерации, Юж.-Урал. гос. гуманитар. – пед. ун-т. – Челябинск: Юж.-Урал. науч. центр РАО, 2019. – ч.2. – С. 309-313.

3. Участие в XVIII международной научной конференции «Информационное пространство современной науки» (г. Чебоксары, Россия, 25 октября 2020 г.).

4. Публикация статьи – «Состояние речевой функции больного с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде» // «Научный потенциал». – Чебоксары: Научно-исследовательский институт педагогики и психологи, 2020. – № 4 (31). – С. 87-90.

Структура работы включает в себя: введение, основную часть, состоящую из трех разделов (теоретический и два практических), заключение, список использованных источников, приложение.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ У ЛИЦ С АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ

1.1 Механизм кинестетической организации речи с позиции мультидисциплинарного подхода

В основе кинестетической организации речи заложен механизм, обеспечивающий организацию выполнения сложных, дифференцированных, изолированных артикуляционных движений, направленный на воспроизведение отдельных звуков речи [21].

Весь кортикальный аппарат, необходимый для осуществления внешней речевой деятельности, будучи сложной системой сенсомоторных координации [8. С. 49], состоящей из совокупности нервных процессов, осуществляемых совместной деятельностью различных участков речевой зоны коры головного мозга, являющейся мозговой основой речи [43. С. 73], может обеспечить выработку обобщенных акустических схем, с одной стороны, и их артикуляторных эквивалентов – с другой [4. С. 60; 78. С. 193].

Сложные формы психической деятельности осуществляются рядом функциональных систем (П.К. Анохин, А.Р. Лурия, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев и др.) [2, 4, 27, 43]. Под функциональными системами, П.К. Анохин подразумевал, «ансамбль» нервных возбуждений, приводящих к верному выполнению какого-либо акта и которые могут опираться на целый набор нервных компонентов, часто относящихся к абсолютно разным территориям нервного аппарата [2. С. 194].

Следовательно, психофизиологической структурой речи является сложная совокупность таких специфических, различных по уровню своей организации динамических структурно-функциональных систем, объединяющих связанные в циклические структуры миллиарды нервных клеток [8. С. 49; 43. С. 73] и построенных на основе вероятностно-

статистических представлений, которые позволяют существованию самых различных соединений нейронных включений, приводящих к одному и тому же эфферентному интегралу, т.е. одна и та же задача при неизменном наборе начальных условий может решаться различными алгоритмами (А.Б. Коган) [35]. Данный факт объясняет механизм обратного развития афазических нарушений, поскольку при уничтожении одной части нервных клеток, принимающих участие в динамических речевых системах, речевая деятельность восстанавливается за счет статической множественности остальных [8. С. 53].

С точки зрения психофизиологических представлений речевая деятельность может обеспечиваться абсолютно разными механизмами в зависимости от ее содержания и целенаправленности [59].

Механизм кинестетической организации речи состоит из разных многоуровневых взаимодействий различных анализаторных систем, часть из которых специализирована, а часть «обслуживает» и другие виды деятельности [2, 12, 59, 78]. Особенность речевого анализатора в том, что он не имеет своей собственной территории, т.е. специализированного только для речи проводникового аппарата (своих рецепторов, проводников, отдельных эффекторов и т.д.) в отличие от других (зрительного, слухового и т.д.). Он встраивается и главенствует в различных зонах мозга, пользуясь уже имеющимися путями передач импульсов и регулируя эффекторы, исполняющие также и другие важные для организма функции [32. С. 67].

Процесс воспроизводства речи, имея в качестве своей афферентной основы работу кинестетического и слухового анализаторов [43. С. 73; 78. С. 192], строится на функциональном единстве речевоспроизводства и речепроизводства (Л.А. Чистович, Н.И. Жинкин, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия и др.) [32, 41, 44, 63]. Суть этого процесса, согласно Н.И. Жинкину, заключается в том, что изначально речедвигательный анализатор абсолютно пуст, в нем нет никаких связей, чтобы руководить речевыми

эффекторами (сложной системой мышечных синергии, для запуска которых к мышечному волокну подается индивидуальный, дробный нервный импульс.). Для того чтобы появились связи необходимо «приобрести опыт» самих эффекторов, которые в ходе обратной афферентации уведомят о процессе совершенной ими работы [33]. Он запускается в момент воспроизводства «синтетического» (т.е. содержащего разнообразные признаки имеющихся конкретных сигнальных значений) образа слова. Чтобы эти сигнальные значения передать другому человеку, понадобятся такие несущие сигналы, которые смогли бы замениться другими акустическими сигналами, в свою очередь, доставив без потерь эти значения к слуховому анализатору слушающего. Данные сигналы могут быть трех видов: 1) нервные импульсы, поступающие из ядра двигательного анализатора; 2) мышечные движения речевых эффекторов; 3) акустические. Равнозначность которых сохранится лишь при включении или выключении их в определенный момент [32. С. 125].

Работу механизма кинестетической организации речевого акта осуществляют (регулируют) вторичные отделы (1, 2, 5, 7 поля и частично 40-е Бродмана, а также нижние отделы теменной области (обобщающие отдельные экстероцептивные и проприоцептивные сигналы в целостные пространственные планы, схемы)) постцентральной кинестетической коры левого (ведущего) полушария головного мозга. В которых происходит анализ (положение, размах, сила и направление движения губ, языка) и объединение нервных импульсов кинестетических ощущений, в целостные комплексы артикуляционных движений, поступающих в кору больших полушарий от мышц артикуляторного аппарата во время речевого акта. Постцентральные отделы мозга обеспечивают реализацию артикулем, необходимых для воспроизведения кинестетических двигательных мелодий. Поражение данной области приводит к распаду артикуляторного кода (потере особой слухоречевой памяти, хранящей набор сложных

двигательных актов, необходимых для произнесения звуков речи, в результате чего происходит распад артикулем) [22, 38, 44, 45, 58, 75].

Если рассматривать механизм кинестетической организации речи с позиции законов физиологии о условно-рефлекторной деятельности, а речевые мотивы как первосигнальные или второсигнальные раздражители, то любая постоянная последовательность звуков (слов) является «динамическим стереотипом» (т.е. где один начальный элемент «запускает» всю цепь движений, которые протекают автоматически и это становится основой произнесения звука, слова [79]), а речь в целом – совокупностью данных стереотипов. Однако, для всякого речевого раздражителя (объединение которых строится на основании относительно постоянных взаимосвязей их мозговых локализаций) требуется физиологический коррелят, сосредотачивающийся в конкретной точке коры головного мозга [59]. За управление этими движениями отвечают задние гностические системы мозга (нижнетеменной зоны коры) [78]. А.Р. Лурия полагал, что ретро-центральные образования обеспечивают соответствующие координированные формулы движений, поэтому имеют существенное значение в их пространственной организации [45. С. 107-108]. В постцентральной области коры головного мозга (при совместной работе с моторной корой) запускаются программы изолированных движений отдельных мышечных групп. В них на основании регистрации и дифференцировки принимаемых сигналов, вызванных внешними раздражителями, происходит предварительная аналитико-синтетическая регулировка и дальнейший запуск самих речевых движений, производящих акустический эффект. Поскольку в процессе речи имеется автоматическое программное регулирование, строящееся на основе данных полученных от конечного результата, то внешнюю речь можно также отнести к самонастраивающимся и саморегулирующимся механизмам [32. С. 73], конечным результатом которой является приведение в движение оральной,

фонаторной и дыхательной мускулатуры для выполнения артикулярной задачи сообразно интегрированной в мозгу программе [8].

Никакое движение не может быть выполнено без обратной афферентации, которая через систему постоянных импульсов дает им нужную адресацию, делая движения, в т.ч. речевого аппарата, точным и управляемым [78. С. 100]. Для управление каким-либо движением (понимаемом в общем смысле), согласно Н.А. Бернштейну, необходима слаженная работа «сложной многоуровневой постройки», заключающаяся в создании на основе постоянной серии центростремительных сигналов о положении движущегося органа необходимой серии афферентных «настроек», суть которых в выборе необходимых движений, а именно в адресации первоначально недетерминированного двигательного импульса конкретным двигательным системам с постоянной регулировкой направления, размаха и силы необходимых импульсов [13]. Такую многоуровневую постройку возглавляет ведущий уровень, отвечающий конкретной смысловой организации двигательного акта и осуществляющий лишь самые существенные действия [12. С. 36-37]. Что касается речевой деятельности, то в ней участвуют не все уровни, а лишь часть из них.

Н. Лерманн, отмечал, что для выполнения любого двигательного акта нужно совершить ряд отдельных движений, которые бы соответствовали общему плану действия (идеаторному эскизу, замыслу). Механизм предметных и произвольных действий, он назвал праксисом, под которым понимал умение выполнять движения и действия именно произвольно, нарушение которых именовал – апраксией [21, 38]. Как отмечал М.С. Лебединский, в головном мозге зона праксии имеет широкую область коры и белого вещества, данная зона весьма дифференцирована в своих функциях. Наиболее существенной для праксии является левая теменная доля – 40 поле (М.Б. Кроль, Клейст,

Петцль [38]), поражение которой вызывает апраксию в правой половине тела [40. С. 207, 209].

Двигательный произвольный акт, как отмечал Н. Liermann, является следствием осознанного представления о движении и его результате. Поэтому в качестве основных факторов, являющихся субстратом произвольного движения, он выделял представления (в т.ч. зрительные и чувствительные) о цели и предполагаемом процессе действия, хранящиеся в форме следов памяти (или энграмм) в постцентральных, нижнетеменных и затылочно-теменных зонах коры мозга, включающиеся, когда появляется общий замысел движения, и создающие в итоге то самое необходимое движение [43. С. 160]. Выполняясь в виде рефлекса, двигательный непроизвольный акт в своей основе имеет высокую степень стабильности и автоматизации, например, непроизвольный оральный праксис (т.е. способность рефлекторно подуть на пламя и т.п.) [21, 44].

А.Р. Лурия, развив учение о праксисе, ввел понятие кинестетического (чувствительного) праксиса, взяв за основу направление движения нервных импульсов (от периферии к центру) назвал его афферентный (т.е. центростремительный) [43, 45]. Одним из самых сложных видов праксиса, в нейропсихологии принято считать – артикуляторный [15, 39]. Под афферентным артикуляторным праксисом, А.Р. Лурия понимал, способность произносить членораздельно какой-либо звук речи, его артикуляторную позу (уклад), именуемый часто, как речевые проприоцепции (речевые кинестезии) [45].

В психолингвистике принято считать, что процесс порождения речи состоит из взаимосвязанной работы разных «блоков» компонентов (в их числе «блоки» механизмов отбора (порождения) звуков речи, переключения с моторной программы к ее «наполнению» звуками и обеспечения фактической реализации внешней звуковой речи), которые обеспечивают появление определенного класса единиц (сегментов),

поэтому при «выключение» какого-либо «блока», происходят нарушения работы механизма организации речи [41, 59].

В.А. Кожевников, Л.А. Чистович и др. выделяют три основных уровня речеобразования: 1) синтез предложения, в результате чего образуется программа артикуляторных движений; 2) реализация (превращение) этой программы в последовательные комплексы артикуляторных движений; 3) образование звука речи. Звуки речи, как смыслоразличительные элементы, существуют только на уровне синтеза артикуляторных программ. Реализация артикуляторной программы происходит уже не по отдельным звукам речи, а по слогам. Артикуляторные движения, соответствующие слогам, зависят от особенностей данного слога и контекста. Поэтому нет прямых соответствий между звуками речи и движениями артикуляции, реализующими звук. Для записи артикуляционной программы слова используются два отдельных блока (системы). В первом записываются только инструкции с указанием того, когда необходимо совершать движения (так сказать временной рисунок). Работа первого блока заключается в создании ритмической последовательности импульсов, не имеющих конкретного местонахождения. Во втором находится перечень нужных движений с указанием их последовательности [63. С. 119, 157].

После поступления звукового сигнала в центральную нервную систему происходит накопление первичной информации о характеристиках звука (его спектр, основная чистота, тональный или шумовой характер и т.д.), в ответ формируется ответная реакция в виде комбинации команд, управляющих различными элементами речевого аппарата, перекодирование акустической характеристики речевого сигнала в артикуляторную [63]. Найденные артикуляторные характеристики звуков непосредственно используются при имитации звуков или их быстром механическом повторении [23. С. 39-40]. Превращение звука в комбинацию артикуляторных команд совершает дальнейшую фонемную

квалификацию сигналов и их «понимание», но уже не по акустическим, а по артикуляторным признакам. Так, если некоторая команда всегда возникает в ответ на определенную группу звуков и никогда не вызывается остальными звуками, то эта группа звуков может быть объединена в один класс и обозначена одним фонемным символом [22. С. 35, 37].

Артикуляторные процессы, с позиции психолингвистики (К.М. Колосов, Р.М. Фрумкина и др.), определяются, как вероятностные, следовательно, чтобы успешно ими управлять, мозг применяет вероятностное прогнозирование, создавая в ходе моторного программирования высказывания модель-прогноз сложных фонетических связей, которая в основном выражается в преднастройке речевого аппарата (артикуляционной установке) и его оптимальной рабочей позы (основном артикуляторном укладе, базе) [18, 48]. О.А. Норк и К.М. Колосов отмечали, что артикуляторная установка и основной артикуляторный уклад моделируют и прогнозируют специфические отношения и связи данной фонологической системы, а также занимают определенное структурное место в моторном плане (программе) высказывания [48].

Символы двигательных образов слов претерпевают на своем пути некое изменение и превращаются в единицы артикуляции (Goldstein, Nielsen, М.И. Аставцатуров, Р.О. Якобсон и др.), вероятно, акустико-артикуляторные речевые сигналы, как единицы речевого гнозиса и праксиса, противопоставляются их элементарным обобщенным языковым символам [23. С. 33]. С физиологической точки зрения, механическая имитация звуков речи совершается на гностико-праксическом уровне речевой функциональной системы, а их записывание (показывание или прочитывание) обязательно предполагает деятельность языкового уровня той же системы. Постоянные функциональные перестройки целостной речевой системы являются характерной чертой нормальной речи. Любое сообщение, в том числе и речевое, представляет собой последовательность кодовых сигналов [23, 34].

Р.О. Якобсон отмечал, что и как все элементы языка, система артикуляции построена по принципу противопоставлений (т.е. состоит из набора однотипных звуков речи, противопоставленных по какому-либо признаку) и, следовательно, носит парадигматический характер (т.е. отвечает за выбор одной фонемы из множества однотипных) [96]. Звук несущий смысловозначительную функцию (т.е. помогающий дифференцировать слова) называется фонемой [70, 94].

Лингвисты (И.А. Бодуэн де Куртенэ, Л.В. Щерба, Н.С. Трубецкой, Р.О. Якобсон, Л.Р. Зиндер, Р.И. Аванесов, В.Н. Сидоров, А.А. Реформатский, П.С. Кузнецов и др.) определяют фонему как кратчайшую (не делимую во времени) фонологическую единицу, имеющую свои различительные признаки, одни из которых оказываются общими с другими фонемами, другие отличают ее от прочих; как фонологический символический признак речевого звука, с самостоятельной функцией, который сохраняет основные свойства всей звуковой стороны речи и выполняет смысловозначительную роль [14, 34, 70, 93, 94, 95, 97]; и как особого рода знаки (звуковая оболочка слов), при помощи которых различаются значения слов и морфем [1, 15, 62].

Являясь минимальной линейной единицей языка, фонемы могут различаться (разделяться), как по дифференциальным (Р.О. Якобсон с коллегами выделили 12 пар данных признаков) или интегральным (объединяющим конкретные фонемы) признакам [1, 15, 96], так и по артикуляторным (разные способы образования) и акустическим (разные варианты звучания) признакам [95]. Будучи абстрактной единицей, фонема имеет также чрезвычайно малые, но конкретные (материальные) вариации, называемые аллофонами (оттенками) [15, 34, 37, 94]. Артикуляторные движения и соответствующие им звучания до бесконечности многообразны, а фонемы количественно ограничены (Н.С. Трубецкой) [70].

Любое слово состоит из двух групп фонем – гласных и согласных. Следуя друг за другом, они могут соединиться только в квантах слога [32. С. 128]. С физиологической точки зрения, наиболее существенный различительный их признак – характер артикуляции [15. С.18; 23. С. 61].

Как отмечала Е.Н. Винарская, с точки зрения акустических представлений, основной разницей в образовании фонем, является то, что гласные можно отнести к музыкальным звукам (тонам), а согласные к немusикальным звукам (шумам). С позиции физиологии, различия фонем относительны, так, для произносительных укладов гласных характерно, помимо напряжения мышечных стенок резонаторных полостей, также разные позиции языка и губ, а уклады большинства согласных сочетаются с фонацией и тоническим напряжением мышечных стенок резонаторных полостей, поэтому акустически и в гласных имеются немusикальные элементы (шумы), и в согласных (звонких и сонорных) обнаруживаются музыкальные элементы (тоны) [15, 22, 95]. Именно носовые сонорные и смычные фонемы оказываются наиболее уязвимыми при афферентной моторной афазии [18. С. 91].

И.М. Сеченов, под звуками речи, понимал не просто комплекс тонов и шумов, создающих вместе звуковой облик слов, а артикулированные в речь сложные звуки, каждый из которых представляет конкретный звуковой образ [64]. Е.Н. Винарская отмечала, что предметным образом для артикуляционной позы фонемы, служит ее акустическое представление. Услышав фонему мозг «подбирает» необходимый артикуляционный уклад. Остальные опоры (наглядный образ и т.п.), служат только как дополнительные [22].

А. Р. Лурия, Т.П. Торсуев и др. подчеркивали, что фонема является результатом одновременной работы артикуляторного звена речи и слухового восприятия. Акустические характеристики появляются в тот момент, когда артикуляторные уже сработали, «артикулема» (кинема) и

акусема (слуховой результат) не являются отдельными единицами, они суть компоненты звуковых единиц – звуков-фонем [43, 44, 75].

Чтобы произнесение звуков речи было членораздельным, человеку необходимо создать достаточно отчетливые схемы артикуляторных движений, которые были бы обобщены и пластичны настолько, чтобы связь основных артикуляторных признаков оставалась постоянной при любых условиях, отличая одну близкую по звучанию, но далекую по значению фонему от другой, сохраняя тем самым константность языка. Такие устойчивые обобщенные артикуляционные схемы, А.Р. Лурия, называл «артикулемами» [4. С. 59].

Разнообразные соединения звуков речи друг с другом дают особые звуковые сигналы – слова, слова группируются в предложения. Звуки речи, слова и предложения все вместе составляют звукопроизносительную речь [73. С. 10, 15]. Под звукопроизношением понимается процесс образования звуков речи, производимый совместным и одномоментным включением/выключением мышц [15, 65], различных частей речевого аппарата (энергетического (дыхательного), генераторного (голособразующего) и резонаторного (звукообразующего) отделов) [18, 30, 34, 65, 94].

С.М. Доброгаев понимал фонему как исключительно звукопроизносительный рефлекс по работе нервно-мышечного исполнительного аппарата без мимико-жестикуляторных элементов, т.е. она аналитически не делится на простейшие речевые рефлексы, в смысле речевой звукопроизносительности, но синтетически координируется из многочисленных, нервно-мышечных напряжений в различных элементах органов речи. Фонематический рефлекс является исходной единицей звукопроизносительного синтеза в динамике словесно-слоговой и нервно-физиологической работы речевого аппарата. Любая фраза, с одной стороны, расчленяется на фонематические звуки, микро-жестикуляторные и звуковые элементы, а с другой – в процессе сочетания фонематических

звуков, с интонационной ударностью, с мимикой и жестом, сочетания объединённого семантическими моментами речи, фонема приобретает качества слога, слова, фразы. Фонематические звуки характеризуются особенностями ударности, создающие дифференцированную утонченность в фонематическом звукопроизношении, благодаря уменьшению тормозящего воздействия соседних фонематических звуков словесно-речевого ряда. Фонематическая ударность находится в своеобразных взаимоотношениях с ударностью словесной и слоговой. В фонематических рефлексах наблюдается звукопроизносительный ритм, аналитически не расчлняющийся на простейшие, акустически воспринимаемые единицы звукопроизносительной работы. Этот ритм более отчетливо улавливается в пении. Главный анатомо-физиологический базис фонематического ритма в органах речи – работа проприоцепторного и контактцепторного чувствительно-двигательного аппарата [30. С. 18-19].

Таким образом, механизм кинестетической организации речи является сложной системой сенсомоторных координаций. Для осуществления внешнего речевого высказывания говорящий, прежде всего, использует систему артикуляций, на которой основана звуко-моторная организация данного языка [79]. М.Е. Хватцев писал, что правильная речь должна быть отчетливой, без пропусков, перестановок и недоговорок; достаточно громкой, но не крикливой; неторопливой, но и не растянутой; плавной, без всяких запинок, проглатываний, захлебываний и т.п. [74. С. 10, 15]. Поскольку при возникновении патологического состояния в постцентральной области коры головного мозга нарушается парадигматический процесс (процесс избирательности или афферентных синтезов) т.е. точной адресации импульсов к нужным речевым мышцам, в результате чего при попытке произнести нужный звук неточная адресация импульсов предоставляет широкий спектр вариантов (замен), поэтому правильные фонемы и неправильные, но связанные с первыми какими-либо общими признаками, образуются с одинаковой вероятностью [78].

Следовательно, возникают трудности быстро и свободно артикулировать звуки речи, появляются замены одних фонем другими, близких по месту и способу образования, обусловленные нарушением кинестетической организации речи

## 1.2 Становление понятия «синдром афферентной моторной афазии» в контексте исторического процесса развития афазиологии

Термин «афазия» впервые ввел французский ученый Trousseau в середине XIX века [22, 45, 40]. Как отмечала Е.Н. Винарская, первоначально содержание этого понятия было чисто описательным, им обозначались некоторые наблюдаемые в клинике расстройства речи [22. С. 5]. Первое наиболее точное определение афазии было сформулировано французским ученым Paul Pierre Broca (1861) – афемия или агнозия, есть состояние, в котором больной не может говорить, несмотря на достаточный для речи интеллект и состояние органов артикуляции и фонации к нормальному функционированию [4. С. 162; 40. С. 20].

Современное представление понятия афазии заключается в том, что при афазии, как при сложном системном нарушении, затрагивающим различные уровни организации и реализации речевых функций и высших психических систем, происходит дезинтеграции всей психической сферы в целом, проявляющейся главным образом в расстройстве языка, выражающееся в невозможности или затрудненности пользоваться полностью сформировавшейся речью, в нарушении способности понимать речь окружающих или выразить собственные мысли, вызванное поражением каких-либо корковых зон доминантного по речи полушария головного мозга (отчего и возникают разные её формы (синдромы)) [8, 17, 37, 38, 45, 71, 78, 85].

Существует много классификаций афазии (неврологических и лингвистических) созданных на основе различных принципов [4, 7, 10, 22, 40, 85, 97], однако, в современной отечественной литературе классификация

афазии дается в двух вариантах: традиционном нейропсихологическом (по А.Р. Лурия) и клиническом (по И.М. Тонконогову) [19. С. 109-110].

Клиническая классификация, предложенная И.М. Тонконогим, выделяет два основных синдрома афазии: 1) переднюю афазии (которая включает – афазии Брока, транскортикальную моторную афазии (динамическую), артикуляционную афазии); 2) заднюю афазии (афазии Вернике, транскортикальную сенсорную афазии (амнестико-сенсорную), проводниковую афазии, словесную глухоту или фонетико-сенсорную афазии, семантическую). А также их смешанные формы (в т.ч. тотальную) [69. С. 275].

В нейропсихологической классификации А.Р. Лурия выделяет шесть синдромов афазии: 1) эфферентную (кинетическую) моторную афазии (поражение заднелобных областей к.г.м. (поля 44, 45 (зона Брока) по Бродману)), которая похожа на моторно-кортикальную афазии по классической неврологической классификации Вернике-Лихтгейма [97. С. 58]; 2) афферентную (кинестетическую) моторную афазии (поражение вторичных зон постцентральных и нижнетеменных областей к.г.м. (поля 7, 40)), похожую на субкортикальную моторную афазии по классификации Вернике-Лихтгейма; 3) динамическую афазии (поражение заднелобных отделов к.г.м. (поля 10, 45, 46), которая похожа на транскортикальную моторную афазии по классификации Вернике-Лихтгейма; 4) сенсорную (акустико-гностическую) афазии (поражение задней трети верхней височной извилины – поле 22 (зона Вернике)), которая похожа на сенсорно-кортикальную афазии по классификации Вернике-Лихтгейма; 5) акустико-мнестическую афазии (поражение средней височной извилины – поля 21, 37), которая похожа на транскортикальную сенсорную афазии; 6) семантическую афазии (поражение теменно-височно-затылочной области) [18, 43-45, 69, 96, 97].

Как и любая классификационная система, писал А.Р. Лурия, классификация такого сложного явления как афазии также не лишена

схематизма и не может рассматриваться как законченная [43]. Несомненно, что клинические проявления афазии многообразнее и богаче, чем это возможно отразить в схеме, отмечала Э.С. Бейн, однако потребности клинической топической диагностики и восстановительной терапии диктуют необходимость дифференциации основных форм нарушений речи при афазии [8].

Первые клинические описания афазии моторного типа встречаются в литературе еще XVII века, как отмечали Г. Гудглас, Е. Каплан, И.М. Тонконогий и др. [4. С. 131; 68. С. 7], однако, принято считать, что моторную форму афазии впервые описал Брога [8, 23, 45, 68].

Точка зрения, выдвинутая Брога и поддержанная J.H. Liepmann, Dejerine, K. Kleist, Henschen, Niessl von Mayendorf, Penfield and Roberts, М.Б. Кроль [38. С. 285; 40. С. 44] была опровергнута P. Marie (1906), Ch. Foix, F. Schiller и K. Conrad, Th. Alajouanine, которые считали, что поражение третьей лобной извилины и соседних с ней корковых и подкорковых областей вызывает анартрию [8, 39, 68, 69].

Последующие исследования функциональной организации сенсомоторной коры, а также ее связи с праксисом, привели к рассмотрению некоторых форм моторной афазии, как апраксии речевого аппарата. Еще в 1900 г. H. Liepmann отмечал, что моторную афазию иногда называют «апраксией речевой мускулатуры», так как мышцы губ, языка и глотки не парализованы, а неправильно иннервируются из-за апраксии [23, 38, 40, 47]. Данное утверждение поддержали и дополнили многие ученые, в том числе Kleist, Wilson, Leonhard, Richter, Nielsen, Goldstein, Potzl, А.Р. Лурия [40. С. 30; 45. С. 112; 47. С. 13]. Однако М.С. Лебединский с коллегами подвергали сомнению данную концепцию [40. С. 21; 47. С. 7].

Явления апраксического характера составляют существенный компонент афазий моторного типа (А.Р. Лурия, М.Б. Кроль) [45. С. 118; 47. С. 23]. А.Р. Лурия отмечал, что при поражении ретро-центральной области

левого полушария «конкретная форма» апраксической афазии встречается не всегда, из-за значительной топической дифференцированной данной области. Нося характер подлинных афазий, а не элементарных дизартрий, поражения данной области, появляющиеся в нарушениях обобщенных артикуляционных схем, выражаются в апраксий поз артикуляционного аппарата и поисках нужной артикуляции [45, 72]. Так, апраксические нарушения внешней звуковой речи с одной стороны могут быть основой для «афферентной моторной афазии», с другой – являться существенным компонентом других форм моторно-афазических расстройств [45. С. 124]. Выделяя две формы моторной афазии, А.Р. Лурия отмечал, что при обеих формах в структуре речи первично нарушается сенсомоторный уровень, но нарушения происходят в разных звеньях, и механизмы, лежащие в основе разные, и влияют они на обеспечение разных сторон речи – на создание моторной программы и ее реализацию, что приводит к нарушению всех видов устной экспрессивной речи [43; 79].

Афферентную форму моторной афазии, как отмечает Е.Н. Винарская, одним из первых описал английский невролог Jackson, как синдром моторной афазии, однако сегодня его можно было определить, как её афферентная форма, обусловленная апраксией речевого аппарата (больной знает, что от него хотят, но не может высунуть и показать язык, при этом язык не парализован) [23. С. 7]. В процессе исторического развития, определение данного синдрома претерпело много вариации. Так, Lichtheim (1885) именовал это расстройство «подкорковой моторной афазией», поскольку предполагал поражение волокон белого вещества, в норме связывающих область Брока с соответствующими подкорковыми моторными центрами; Bastian (1897), Albertet al. – «афемия»; P. Marie (1906) – «анартрия»; J. Dejerine (1914) – «чистая моторная афазия»; H. Liepmann, K. Goldstein, М.Б. Кроль (1912) и др. – «апраксической афазией»; O. Potzl ввел термин «теменная псевдомоторная афазия», который позже использовал М.С. Лебединский, назвав так

«проводниковую» афазию [4. С. 26; 18. С. 92; 40; 69. С. 285]; Kleist (1934) – «афазической дизартрией» и «мутизм звуков речи»; Monrad-Krohn (1947) предложил термин – «диспросодия», поскольку нарушается мелодический строй, ритм и ударения речи; Alajouanine et al (1939), A. Ombredane, LeCours, Lhermitte (1976) – «синдром фонетической дезинтеграции»; И.М. Тонконогий – «артикуляторной» моторной афазией [4. С. 125; 69. С. 284-285, 318; 68]; М.К. Бурлакова (1988) – «артикулярной моторной афазией» [16. С. 34]. Современный термин «афферентная» моторная афазия, в основе которой лежит кинестетическая апраксия органов артикуляционного аппарата, официально был введен А.Р. Лурия (1947) [18. С. 92; 26. С. 109; 45; 69. С. 285].

Синдром афферентной моторной афазии анатомически связан с поражением задней центральной и нижнетеменной (надкраевой) извилин, постцентральной (ретроцентральной) области коры левого полушария мозга, расположенных сзади от центральной, или роландовой борозды (поля 1, 2, 5, 7, частично 40-е и до поля 39), отвечающих за процессы «симультанного синтеза», объединения возбуждений в одновременные группы, и сопровождается нарушением кинестетической основы произвольных движений органов речевого аппарата (т.е. нарушением членораздельного произнесения звуков речи), выражающимся в «соскальзывании» на однотипные артикуляции из-за нарушения «звена» выбора звуков, что приводит к невозможности найти правильный (нужный) артикуляционный уклад [8, 17, 19, 43, 59, 69].

Таким образом, при поражении постцентральных кортикальных отделов мозга, возникает апраксия речевого аппарата, т.е. нарушение одномоментного афферентного пространственно-кинестетического анализа и синтеза движений органов речевого аппарата [18. С. 92].

Однако исследователи расходятся во мнениях о вопросе ведущего синдрома афферентной формы моторной афазии. Так, расстройства устной речи по «чисто» апраксическому типу, ряд зарубежных авторов (Marie,

Ombredane и др.) рассматривают как апраксическую дизартрию, а если одновременно с артикуляторной апраксией имеются нарушения внутренней речи, затруднения понимания речи и письма, то говорят о комбинации афазии с апраксической дизартрией, т.е. о моторной афазии [22]. Отвергая взаимосвязь языкового и гностико-праксического уровня при афазии, Е.Н. Винарская, Т.Е. Глезерман, Т.Г. Визель и др. (используя нейролингвистический подход к афазии) считали, что они вызывают разные отдельные синдромы афазии, а не одни, поскольку эти уровни обеспечиваются различными полями [20, 23, 76]. Поэтому Е.Н. Винарская отмечала, что термином «афферентная» моторная афазия могут обозначаться различные по уровню поражения синдромы: кинестетическая апраксия и фонологическая афазия, которые могут выступать изолированно или сочетаться друг с другом [22].

В работах Jackson, Head, В.К. Орфинской, И.М. Тонконового и др. указывается на то, что моторная и сенсорная стороны речи не делимы, что при моторных афазиях всегда неизбежны нарушения понимания речи [23, 53, 68]. Если, действительно, патогенез всего симптомокомплекса определяется недостаточностью артикуляторного праксиса, то, по-видимому, есть основание называть его моторным расстройством [22].

Р.О. Якобсон связывал природу звуковых дефектов всецело с нарушениями самой звуковой системы языка, а не с поражениями, прежде всего, уровня речевого праксиса [96].

Афферентно-моторную афазию, Р.О. Якобсон относил к классу нарушения кодирования (т.е. расстройству двуплановой (последовательной и одновременной) смежности различительных признаков), основанного на распаде способности к комбинации (т.е. нарушенным оказывается симультанные объединения звуков), в результате чего нарушается способность различать одновременные пучки отличительных признаков. При данном синдроме, с точки зрения лингвистики, в звуках речи происходит распад комбинации

одномоментных отличительных признаков, поэтому к характерному лингвистическому симптому можно отнести обширный спектр нарушений при употреблении фонем, поскольку сохраняются лишь некоторые составляющие пучка одномоментности (лишь те признаки, что менее зависимы от ближайшего окружения), а прочий контекст наполняется почти что наугад [97. С. 65, 66, 70]. Утеря смысловозначительной ценности встречающихся звуков, т.е. возникновение проблем произнесения произвольных смысловозначительных обозначений звуков, появление неверных звуковых связей, смещений и амнезий, приводит к тому, что система фонем не только распадается и упрощается, но и перестраивается [23, 97].

Помимо того, что синдром «афферентной» моторной афазии, является одним из самых сложных и неоднозначных синдромов, отмечают исследователи (А.Р. Лурия, М.К. Шохор-Троцкая и др.) [17, 68, 96], он также еще и вариативен, поскольку выделяется два типа афферентной формы моторной афазии. К первому типу относят «ядерный или первичный», рассматривая его как фенотип, наблюдаемый при поражениях ядерных полей проекционной зоны постцентральной области коры левого полушария и характеризующийся нарушением одномоментного, пространственного синтеза движений органов речевого аппарата, выражающийся в нарушении внешней звуковой организации речи. Ко второму типу относят так называемую «проводниковую» афазию, которая обнаруживается у переученных в детстве левшей и амбидекстров при поражении коры и ближайшей подкорки постцентральной области, либо только задних отделов теменной области левого, иногда – правого полушария, характеризующуюся нарушением дифференцированного отбора способов артикуляции, отличающуюся высокой сохранностью ситуативной, шаблонной речи при сильном нарушении произвольной речи (повторения, названия и т.д.) [18, 43].

Таким образом, под термином синдром «афферентной моторной афазии», в современном традиционном представлении принято понимать, нарушение внешней звуковой организации речи, в основе которой находится кинестетическая апраксия органов артикуляционного аппарата, проявляющаяся в виде апраксии артикуляторных укладов, поз, характеризующихся поиском необходимых артикуляторных движений (А.Р. Лурия) [45]. Основные трудности при котором концентрируются в акте овладения артикуляторной схемой и возникают тогда, когда включенный в слог звук теряет вариативность, проявляясь затруднением артикуляции, как отдельных звуков и звукосочетаний, так и серии звуков, слов (фраз).

### 1.3 Характеристика симптомокомплекса синдрома афферентной моторной афазии

В нейропсихологии рассматривается понятие – «нейропсихологический синдром» (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, М.К. Шохор-Троцкая и др.), под которым подразумевается комплекс симптомов (признаков) нарушений высших психических функций. Патологическое изменение (выпадение) определенного звена (фактора) функциональной системы, возникающее вследствие локального повреждения головного мозга различной этиологии, приводит к появлению целого синдрома, состоящего на первый взгляд из разнородного, но в действительности изнутри связанного друг с другом определенного комплекса первичных (т.е. напрямую связанных с непосредственной функцией поврежденного участка мозга и изменением соответствующего фактора), и вторичных (т.е. присутствием какого-то общего фактора с первичным нарушением) симптомов, системно влияющих на всю функциональную систему в целом или целый ряд функциональных систем [73. С. 73, 78]. Таким образом, совокупность первичных и вторичных нейропсихологических симптомов и составляет нейропсихологический синдром [75. С. 22].

Центральным расстройством (первичным (ведущим) дефектом (симптомом)), являющимся «ядром» всего синдрома афферентной моторной афазии принято считать – артикуляционную (кинестетическую) апраксию, обусловленную неполноценностью анализа и синтеза кинестетических сигналов (т.е. недостаточной кинестетической афферентацией произвольных артикуляционных действий), вследствие чего теряется умение производить по заданию какие-либо движения органами артикуляции [26. С. 109; 75]. Поскольку парезы, ограничивающие объем орального праксиса, отсутствуют, следовательно, способность выполнять его произвольно сохраняется. Артикуляционная апраксия, в основе которой находится оральная апраксия, выражается в распаде обобщенных артикуляционных схем [88. С. 6-7]. Она связана с выпадением звена звукоразличения в структуре речи (нарушение сенсомоторного уровня организации речи в звене кинестетического анализа звуков), приводящим к нарушению создания моторной программы речи [79. С. 29]. Как отмечает Е.Н. Винарская, утрата навыка артикулирования (артикуляторная апраксия) является более сложным нарушением тонких движений разных органов речевого аппарата, чем оральная неречевая символическая апраксия [22].

Возникшее нарушение кодирования, которое базируется на распаде способностей к комбинации и характеризуется нарушением различения фонем, выражающееся в трудностях соединения отличительных признаков в конкретном звуке речи. Данные соединения общих признаков очень сложны для таких больных, поэтому они реализуют лишь один или какую-то часть признаков данного звука речи, заменяя его оставшиеся признаки случайными составляющие. Таким образом, не нарушенные признаки несут фонологические данные, а части-заменители просто наполняют некие звенья в составе звука речи [96. С. 296-297].

Данный синдром по-разному проявляется при разной локализации пораженных участков ретроцентральной области левого полушария мозга.

В результате поражения верхних и средних зон нарушений практических схем может вообще не наблюдаться или наблюдаться в виде апраксий руки. Трудности в нахождении нужных артикуляторных укладов наблюдаются лишь в инициальном периоде, поэтому не приводят к заметным осложнениям и довольно быстро исчезают. Такая форма афферентной моторной афазии называется стертой, поскольку носит временный характер [45. С. 115]. При поражениях нижних отделов (в том числе части сенсомоторной зоны и передних отделов нижнетеменной), апраксия речевого аппарата, осложненная рядом дополнительных компонентов (апраксия руки и т.п.), часто носит грубый характер (сильные нарушения чувствительности языка, иногда полным нарушением произвольных движений (подуть, поцеловать и т. д.)). В менее тяжелых случаях могут наблюдаться затруднения нахождения внутренних артикуляционных укладов, нужных для фонации сложных звуков, требующих одновременного управления воздушным толчком и выбором необходимой позиции органов артикуляции. В легких случаях встречаются нарушения обобщенных внутренних артикуляционных укладов [45. С. 116, 118].

В устной речи артикуляционная апраксия при грубых нарушениях проявляется в виде отсутствия внешней звуковой организации речи; при средних – в виде искаженного воспроизведения поз; при легких – в поисках нужной артикуляции [88. С. 6-7]. Так, например, основной трудностью является нахождение правильной позиции губ и языка, поэтому даже при внушительной компенсации дефекта, речь больных часто остается напряженной (неплавной) [45. С. 113].

Чтобы осознать правильную артикуляцию и отличить ее от однотипной, больные часто пользуются дополнительными анализаторами – тактильными, зрительными (т.е. прибегают к ощупыванию своих органов артикуляции или обращаются к зрительным образам с помощью зеркала).

Механизм нарушения кинестетической организации речи при данном синдроме заключается в том, что из-за нарушения создания устойчивых обобщенных артикуляторных схем, фонемы перестают свободно отбираться из общего потока звуков, отличаться между собой и фиксироваться. Поэтому, когда отдельные фонемы, включаясь в слог изменяют свой артикуляционный образ, превращаясь в нужную «варианту» конкретной артикулемы (например, звук [н] в твердом слог [но] требует других артикуляций, чем в мягком [не]), понимание категории, к которой относится фонема, становится труднодоступной для больного. Но, даже при освоении артикуляции какого-либо варианта фонемы, затруднения возникают вновь перед ее другим «вариантом» [22, 45]. В то же время некоторые привычные высказывания, как хорошо упроченные кинестетические стереотипы, могут оставаться относительно сохраненными [22. С. 29]. Основные трудности заключаются в акте овладения процессом артикуляции процессом, поэтому, когда при включении звука в слог встречаются новые трудности, то схема артикуляции просто меняется. Переход от звука к слову у больных не вызывает особых затруднений, поэтому овладев схемами артикуляции они относительно свободно переходят к связной речи [45. С. 114].

Однако, как отмечал А.Р. Лурия, данный синдром не ограничивается нарушениями способности произносить звуки. Иногда и после восстановления распавшихся схем артикуляции, нарушение обобщенных и постоянных артикуляционных укладов остается устойчивым и происходит в момент осознания больным произносимых звуков. Особенно резко это проявляется при письме и чтении. Пытаясь прочесть какую-либо букву, больной тщетно начинает искать правильное произношение, в результате скатывается на смежные (гоморганные) артикуляции (например, называя [д] вместо [н]), или пытаясь написать требуемый звук, произнося при этом его неверно, допускает артикуляторную, а не звуковую ошибку при письме, заменяя его смежным по артикуляции звуком. Данные нарушения

встречаются в любом осознанном анализе фонетической стороны речи. Даже при использовании тактильных или зрительных образов, вызвав какие-то базовые артикуляции, они довольно медленно превратятся в обобщенные и постоянные внутренние схемы. Поэтому, даже восстановив внешнюю речь, осознанные внутренние схемы артикуляционных процессов могут все еще оставаться нарушенными [45].

Таким образом, к основным нарушениям орального и артикуляционного праксиса при данном синдроме можно отнести следующие компоненты:

1. Распад символического праксиса, т.е. нарушение воспроизведения какого-либо предложенного символического действия органами артикуляции [19. С. 110; 45. С. 111].

2. Распад артикуляционного кода, т.е. системы специфических правил, которые содержат комплексы движений, необходимых для осуществления артикуляции фонем, выражающиеся в дезинтеграции движений каких-либо органов речевого аппарата. Встречается, как правило, при тяжелой степени выраженности данного синдрома [17, 19].

3. Нарушение кинестетической оценки выбора органа (места) артикуляции, например, вместо «Сова» – «Сома», «Дом» – «Ном», «Мука» – «Бука» [17].

4. Нарушение обобщенных, константных и осознанных внутренних схем артикулем, выражающееся в трудностях выполнения двигательного акта по задуманной схеме [45. С. 111].

5. Нарушение умения анализировать отдельные звуки и фонологически оценивать (вычленять из целого комплекса) артикулируемые фонемы, проявляющееся деформацией, искажением и неустойчивостью произношения артикулем [19. С. 110].

6. Нарушение произвольного (бесконтрольного) использования восстановленных навыков речи, проявляющееся сложностью

координирования речи и действий, зависимостью речи от контекста и т.д. [19. С. 110].

Апраксия речевого аппарата может охватывать не все органы сразу, а лишь часть из них, отмечала М.К. Бурлакова. Она выделила следующие виды нарушения праксиса (комбинации дефекта) при данном синдроме:

1. Апраксия «нижней» части артикуляционного аппарата (глотки и гортани), характеризующаяся проявлениями в виде литеральных парафазий, параграфий, дизвокалии или кинестетической авокалии (амузии), теменного импрессивного аграмматизма, редуцированность высказывания (нарушения грамматического структурирования, бедность словаря), конструктивно-пространственной апраксией и негрубой апраксией позы пальцев. Относительно сохранной внутренней речью, письмом (имеются аграмматизмы, в виде неточных, парафазичных употреблений предлогов, наречий и окончаний существительных) и чтением (дефекты понимания сложных фраз, предложений) [18. С. 98]. Присутствием выраженной речевой активности даже в случаях тяжелой апраксии. После восстановления часто звонкие согласные навсегда остаются оглушенными (смычные [б], [д], [г] страдают больше щелевых [в], [з], [ж], при произношении которых незначительная вибрация губ и языка рефлекторно вызывает вибрацию голосовых складок и частичное их озвончение).

Основные проявления апраксии гортани заключаются в бедном (неполном) звучании гласных, оглушении заднеязычных согласных, авокалии (дизвокалии) [18. С. 102].

Апраксия глотки же представляет собой сложное нарушение. Её основные проявления заключаются во вторичной апраксии всех фонемообразующих органов, при сохранности их чувствительности, характеризующиеся выключением или смешиванием работы каких-либо органов артикуляции. Возникающих нарушениях преднастройки звукопроизношения, выражающихся в небрежности поисковых движений,

из-за чего появляются смазанность произношения, типичные литеральные парафазии, всевозможные «призвуки», сложности в дифференциации фонем и ее аллофонов.

В результате совместного нарушения речевого дыхания и праксиса глотки происходит раздробление сложного состава слогов на простые (например, шкаф – шь-кь-аф, сглотнуть – сь-гь-ло-ть-ну-ть и т.п.); нарушается редукция гласных и согласных, речь похожа на утрированное чтение по слогам. Хотя наблюдается высокая сохранность письменной речи, ввиду того, что в русской фонологической системе глотка не является первичным фонемообразующим органом, а на компенсацию дефектной функции направлены сохраненные афферентации губ и языка.

2. Преимущественная апраксия языка, иногда глотки, характеризующаяся проявлениями в виде нарушения артикуляции языка и губ (присущи грубые апраксии речевого аппарата), что сказывается на реализации гласных и согласных звуков, и приводит к возникновению литеральных парафазий, псевдодизартрий, грубых нарушений письма (аграфии) и чтения (алексии). Иногда имеется лишь глобальное чтение про себя отдельных слов. Встречаются импрессивный аграмматизм и конструктивно-пространственная апраксия, вторичные нарушения фонематического слуха (понимания речи). Больные с трудом различают слова с однотипными фонемами, дифференциация которых в норме способствует тактильно-кинестетическое восприятие силы смычки органов артикуляции [18. С. 103].

3. Преобладающая апраксия губ, при которой наблюдаются хаотичный поиск губами правильного артикуляционного уклада (наиболее затруднены фонемы [а], [о], [у], [э], [ы] и [м]-[п]-[б], [н]-[м]-[в]). Часто губные звуки заменяются переднеязычными, также затруднена их дифференциация. На поздних этапах восстановления появляется «иностранный акцент», из-за более продолжительного и нередуцированного звучания гласных.

4. Тотальная апраксия всех органов речевого аппарата, возникающая, вероятно, из-за обширного поражения нижнетеменной области, при которой наблюдаются хаотичные поиски губных фонем, полная или тяжелая апраксия языка, при сохранном произвольном оральном праксисе и произнесении речевых эмболов. Доступно произнесение лишь основных вариантов звуков, артикуляция редуцированных согласных, однотипных слогов, сложных слов долгое время остается невозможным [18. С. 105]. Нечеткость артикуляции, возникающая из-за поисков пространственного положения речевых органов и создающая впечатление псевдодизартрии. Нарушения слухового контроля, звукового анализа, которое долгое время остается затрудненным, замедленным, лабильными, что также является фактором нечеткости звукопроизношения [18. С. 106].

Характеризуя симптомокомплекс синдрома афферентно-моторной афазии необходимо выделить наиболее часто встречающиеся вторичные нарушения.

1. Наиболее часто встречающиеся нарушения экспрессивной речи:
  - а) литеральные парафазии (пропуск, перестановка, замена, деформация, искажение артикулем), вызванных чаще всего нарушением способа различать фонологические признаки звуков речи, из-за чего появляются так называемые «детское» (замена сложных по произношению фонем на более простые, например, [ч] заменяется на [с]) или «иностранное» (при котором наблюдается обратная замена, например, звонкие заменяются глухими) произношения [69. С. 285]. В грубых случаях они резко выражены, поэтому могут смешиваться далекие по артикуляции звуки. При менее грубых поражениях они происходят лишь в пределах, определенных «артикуляторных оппозиций» с заменами близких по артикуляции звуков (например, [л]-[н]-[д] или [б]-[м]-[п]) [22. С. 29];
  - б) смягчение звуков, отличающиеся от литеральной парафазии, обусловленной заменой одной артикулемы на другую, искажением новой

артикулемы, при сохранении некоторого сходства с изначальной, т.е. заменяет ее частично [69. С. 285];

в) нарушение запоминания конструкции из сложных слогов, характеризующееся разделением закрытого слога на два открытых, дробление стечения согласных или пропуск согласного звука в слоге (например, слова – «дам», «том», «сом», «плот», «шарф», произносятся как «да-ма», «то-ма», «со-ма», «п-ло-та», «ша-ра-фа» и т. д.) [17, 68];

г) слабо выраженные нарушения семантического и фонологического уровней языка (выбор и продуцирование слов, словосочетаний и предложений практически не нарушено) [69. С. 285];

Остаются сохранными не сложные движения органов артикуляции, поэтому признаков смазанной речи, как бывает при дизартрии обычно не наблюдается [68. С. 141.].

1.1. В речевых автоматизмах при декламации и автоматизированной речи встречаются слабо выраженные формы «детского или иностранного» акцента [69. С. 286]. Как правило, автоматизированные виды речи остаются сохранными (пение, произнесение стихов, эмоционально-выразительные элементы речи, имена близки и т.п.) [79. С. 29].

1.2. В повторной (отраженной) речи возможно повторение отдельных речевых звуков или слогов, при котором искажения, как правило, исчезают, но деформация может возникнуть снова при повторении сочетаний речевых звуков, гласных и согласных, особенно при переключении, например, с [п] на [б], с [т] на [д] или с [ар] на [ра], с [ел] на [ле] и т.д. Возникают трудности при повторении более длинных, мало знакомых слов или сложных по своему логико-грамматическому строению предложений [68. С. 141].

1.3. В номинативной речи также встречаются паттерны «детского или иностранного» акцента, при полностью сохранной способности «называния предметов» [69. С. 286].

1.4. В связной речи встречаются затруднения при пересказе текстов, которые принято расценивать как следствие системной зависимости лексико-грамматической стороны речи от артикуляционной [88].

2. При нарушениях слухо-моторной координации и просодической стороны речи часто выявляются:

а) экспрессивная постцентральная кинестетическая (афферентная) авокалия (амузия), т. е. трудности в вокалировании мелодии, сохраняется лишь ее общий ритмический рисунок [17]. М.К. Шохор-Троцкая считает не точным употребление термина амузия, так как под ним подразумевается нарушение музыкальной аграфии и алексии (музыкальных способностей) у музыкально грамотных лиц [18. С. 97]. Так как среди больных редко встречаются такие лица, поэтому точнее говорить не об амузии, а об авокалии у лиц, хорошо певших до болезни. Авокалия, возникающая при поражении постцентральных зон левого полушария, похожа на правополушарную, но без речитативного «перебора» ритма мелодии. Пытаясь одновременно с логопедом напевать мелодию, больной производит неопределенный звук, напоминающий иногда долгое произнесение гласного или стон. Кинестетическая авокалия – это типичное пение без слов и голоса [18, 19];

б) моторная диспросодия, выражающаяся в понижении голоса к концу фразы и изменении мелодической структуры речи, напоминающая детскую речь с условно постоянным ударением в начале высказывания независимо от его содержания) [69. С. 285].

3. При нарушениях импрессивной речи могут встречаться такие дефекты как:

а) дефекты фонематического слуха, особенно при восприятии серий слогов или слов с однотипными по произношению фонемами, зависящие от специфики звуковой структуры слова. Так, слова, далекие по своему звуковому составу, понимаются лучше, чем состоящие из

оппозиционных и гоморганных звуков (бочка-кочка, стол-стон). Восприятие отдельных звуков остается формально сохранным, но из-за грубых нарушений артикуляционных дефектов собственной речи, зачастую нарушается истинное «ощущение» звука, т.е. осознание его сигнального признака и места в звуковой структуре слова, что приводит к дефекту понимания значений слов;

б) дефекты понимания фраз с различным лексико-морфологическим составом, передающим в русском языке пространственные отношения предметов и направленность действий;

в) выраженный предложный импрессивный аграмматизм, проявляющийся в основном нарушением выполнения сенсублизированных проб (инструкции с двумя предлогами или наречиями, передающими оппозиционные действия (понимая отдельно смысл предлогов, не могут расположить или нарисовать в пространстве три предмета, например, расположить ложку справа от карандаша и слева от ножниц и т.д.);

г) затруднения понимания глаголов с приставками (например, отпрашиваться, приближаться, присоединить), которые, помимо пространственных признаков, отличаются еще многозначностью. Ошибки при предъявлении слов-действий, включающих в себя пространственный элемент (заходит-выходит, ныряет-выныривает);

д) трудности понимания смысла личных местоимений, приставок и флексий существительных, употребляемых в косвенных падежах, часто приводят к возникновению вербальных парагнозий, например, вместо «я» – «ко мне», вместо «тебе» – «мне», вместо «мы собирались на прогулку» – «мы возвращались с прогулки», из-за отсутствия в них предметной отнесенности, а также существования разной пространственной направленности и множества фонетических вариаций [17, 83];

е) размытость категориальных границ обобщенных слов, т.е. при поиске подходящих предъявляемому слову картинок опираются не только

на смысловую сферу слова, но и на его категориальное значение (например, к слову «овощи» подбирают понятие – «вишня») [83];

Исследователи (Л.С. Цветкова, Э.В. Ахметова, Т.Г. Визель и др.) отмечают, что при афферентно-моторной афазии более сохранны понимание разговорной речи, а также отдельных, малочастотных и «абстрактных» слов (заусеница, гнев, ненависть и т.п.), и предложений, чем при других синдромах афазии [20, 69, 83]. Нарушение понимания страдает преимущественно из-за отсутствия четкой артикуляторной схемы слова, вследствие чего слово приобретает неустойчивость, ломкость, теряя многообразия своего предметного содержания [83]. Сложность и вариативность особенностей нарушения понимания при данном синдроме компенсируется в обыденной речи избыточностью и предметностью ситуации, создавая тем самым картину условной сохранности понимания речи [17].

4. Нарушение объема слухоречевой памяти считается одним из постоянно присутствующих симптомов в клинической картине данного синдрома, не исчезающего даже в период восстановления речи. В основе этого нарушения также лежит кинестетическая апраксия [19. С. 110].

5. Нарушение функции чтения вслух напрямую зависит от степени нарушения внешней речи и выражается в виде литеральных парафазий, и литеральных паралексий, обнаруживающихся в большом количестве, в сравнении с немногочисленными литеральными парафазиями. Фонологический анализ и чтение про себя, как правило, не нарушены [16. С. 35; 19. С. 110; 68. С. 142].

6. Нарушение функции письма встречается довольно часто [69. С. 284]. Его распад в наибольшей степени зависит от фонологического анализа, который в свою очередь зависит от степени артикуляционной апраксии, вызывающей затруднения оценки собственного произношения, поэтому проговаривание тоже не облегчает письмо [19. С. 110]. Наблюдается нарушение произвольного письма и письма по инструкции,

характеризующееся множеством литеральных параграфий (пропуски слов, предлогов, неправильная последовательность слов [16. С. 35]), затруднением дифференцировки сходных признаков комплексов артикуляторных движений (звонкий-глухой, носовой-ротовой и т.д.) и признаков их места образования [23. С. 19]; письма под диктовку, сопровождающееся затруднениями при написании даже отдельных букв и привычных идеограмм [17, 68]. Незначительно нарушено копирование, характеризующееся редкими литеральными параграфиями в виде пропусков букв, как правило, в длинных сложных с грамматической точки зрения словах или фразах [69. С. 286]. Наличие правостороннего гемипареза часто вынуждает пользоваться левой рукой (у правшей) при письме, чем опять-таки затрудняют его [16. С. 35].

Также могут встречаться:

1) отдельные феномены, относящиеся к теменному синдрому: нарушение праксиса позы – идеаторная и идеомоторная апраксия, ошибки в написании римских цифр, нарушение конструктивного праксиса (конструктивно-пространственная апраксия), ориентировки в пространстве (пространственная дезориентированность в географических картах), возникают сложности определить (или схематично изобразить на бумаге) местонахождение каких-либо городов, например, по отношению их к своему городу [17, 19].

2) нарушения сферы образов-представлений выражающиеся в дефектах обобщения и актуализации конкретных образов. Наблюдаются попытки конкретизации любых обобщенных понятий, например, на просьбу показать все картинки, на которых изображен транспорт, отвечают вопросом: «Что надо показать – автобус, да?» [78. С. 120; 79. С. 29;].

3) затруднения при выполнении в уме или письменно арифметических операций с двух и трехзначными цифрами, хотя счет обычно нарушен слабо [69. С. 143; 78. С. 120].

4) сопутствующие неврологические нарушения, выражающиеся в легких правосторонних гемипарезах (распад двигательных поз в руке или пальцах, выражающиеся в трудности нахождения нужных движений) [45. С. 111; 69. С. 286].

Таким образом, дефекты речи при синдроме афферентной моторной афазии связаны с распадом афферентных двигательных схем, а не с нарушением динамики (трудностями переключения с одной артикулемы на другую) внешней звуковой организации речи. Расстройство звукопроизношения может принимать характер специфической речевой дисфазии или выражаться в форме апраксических расстройств. Тем не менее, афферентный характер двигательных расстройств (дефекты орального и артикуляционного праксиса) всегда оказывается ядром поражения.

Клинический симптомокомплекс афферентной моторной афазии патогенетически неоднороден. Основное его проявление выражается полным или частичным отсутствием внешней звуковой организации речи, множеством литеральных парафазий практически во всех видах экспрессивной речи; паралексиями и параграфиями при письме и чтении, возникающих из-за недостаточной избирательности иннервации артикуляторных действий и приводящих к нарушению правильного произношения речевых звуков [71, 79].

В процессе восстановления произношения, кинестетическая организация речи, при данном синдроме, не всегда достигает нормы, поскольку возможны остатки легких артикуляторных призвуков, по типу псевдодизартрии, иностранного или детского акцента, выражающихся в замедленном или искусственном артикулировании слов и предложений, оглушении или озвончении, или смягчении согласных [17, 68].

#### 1.4 Особенности восстановительного обучения лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде

Восстановительное обучение лиц с синдромом афазии, в т.ч. афферентной моторной формы, строится на основе представления об организации высших психических процессов, как о сложных специфических, изменчивых и различных по уровню своей организации структурно-функциональных системах. Процесс возвращения утраченных функций реализуются при помощи принципов восстановительного обучения (перестройки специфических систем, обходного пути (опора на сохранные звенья), программирования (или управления извне), последовательности, дифференциации и т.д.), разработанных А.Р. Лурия и Л.С. Цветковой [7, 45, 78].

Эффективность восстановления речи у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде будет зависеть от правильно выбранных методов и приемов [79]. Методы восстановительного обучения должны быть: адекватными (т.е. строиться не от симптома нарушения организации речи, а от его механизма); способными преодолеть дефект методом «обхода», используя сохранные афферентации; и интегральными, т.е. системно воздействовать на дефект и восстановление всей нарушенной системы в целом (Л.С. Цветкова) [78].

Чтобы подобрать (разработать) методику восстановительного обучения лица с афферентной моторной афазией, для начала необходимо понять сущность речевого нарушения [6. С. 79]. Наиболее эффективные методы восстановительной логопедической работы, при помощи которых можно было бы детально воссоздать внутреннюю организацию дефектного звена расстроенной функции, переместив для этого наружу конкретные и сукцессивно выполняющиеся операции, непосредственно относящиеся к структуре дефекта, которые станут основой программы обучения, руководящей и контролирующей извне течение восстановления

распавшегося действия. Правильно разработанная программа выступит не только инструментом регулирования восстанавливаемой функции, но и последующим средством самоуправления (самостоятельности) для больного, при выполнении каких-либо действий, производимых до нарушения бессознательно (автоматически) и сокращено (свернуто), и которое поможет с самого начала обучения совершать утраченные действия, разделив их на ряд простых, пошаговых операций, вынося их вовне, изначально контролируя их выполнение с последующим самоконтролем.

При создании программы восстановительного обучения, рекомендуется придерживаться следующих требований (Л.С. Цветкова): жесткая избирательность, последовательность и многократность выполняемых заданий с опорой на дополнительные методы, создание условий для овладения больным, заданным извне, способом выполнения нарушенного действия (метод интериоризации способов действия), которые способствуют созданию условий успешного преодоления нарушений [78].

Система методов восстановления экспрессивной речи путем перестройки функциональной системы речепроизводства, отмечали Т.В. Ахутина и Н.М. Пылаева, строится с учетом взаимосвязи всех групп методов. Каждая предшествующая группа методов является основой для введения последующих. Внутри группы методов задания иерархизированы по сложности и разработаны варианты их выполнения, отличающиеся степенью развернутости помощи больному и опосредованностью его действия во внешнем плане. Для ряда заданий предложены способы интериоризации контроля: постепенный переход от совместных с логопедом контролируемых действий к самоконтролю [58. С. 10].

Для выполнения какой-либо задачи восстановительного обучения, нужны такие методы, которые могли бы разъяснить больному, что и как он должен делать, и стать для него, его внутренним способом осуществления

нарушенной деятельности. В методической литературе упоминается о «вращивании» приема внутрь, но способ и условия «вращивания» не указаны. Логопед должен разработать не только общий план обучения, задания и упражнения для больного, но и найти конкретные операции, в совокупности, составляющие структуру выпавшего из действия звена. Структура любого действия состоит, по крайней мере, из трех звеньев – задача, способ выполнения и эффект. Поэтому на каждом этапе обучения применяются соответствующие программы, которые отличаются по содержанию, но принцип их построения одинаковый. Они состоят из трех частей – ориентировочной (она обеспечивает ориентировочную деятельность больного), исполнительной (операционной) и контрольной (обеспечивающий контроль за выполнением операций и получающегося результата). Примерная структура программы может содержать следующие звенья: название; опора (картинный, текстовый материал и др.); задача; сама программа (задания – что нужно сделать, представленные последовательно) [4].

Для восстановления речи у лиц с афферентной формой моторной афазии принято использовать традиционный логопедический оптико-тактильный метод работы, при котором обучение речевым движениям осуществляется с помощью объяснения артикуляции звука, показа и ощупывания положения органов артикуляционного аппарата [60, 67]. На его основе были разработанные такие методы и приемы как:

а) методы и приемы «воспитания» речи, разработанные С.М. Доброгаевым, и реализуемые с помощью: артикуляционных упражнений для выработки фонематического звукопроизношения в слоговых и словесных комплексах; воспитания навыков в производстве дифференцированных, нервно-мышечных рефлекторных движений в области лица и ротовой полости; упражнения для проработки компонентов данного патологически-измененного звукоречевого комплекса под контролем зрения и пальпации до нормальной его типизации, с

последующим синтезированием до нормы; сочетание звуков в словесно-слоговые комплексы (например, прорабатывание определенного звука, при помощи называния знакомых больному существительных слов, из которых в дальнейшем строятся фразы); монотонном артикулировании словесно-слоговых комплексов с сопутствующими ритмическими движениями рук, ног и всего тела; артикуляторные упражнения шепотом и громким голосом [30];

б) метод шепотной речи для наиболее быстрого вызова звуков и словесно-слоговых комплексов также предлагала использовать и В.В. Опшель [49];

в) методика В.М. Когана, по преодолению затруднения при произнесении слов в связи с нарушением кинестетических образцов, заключающаяся в проведении закрепления отношений «предмет-слово» и разнообразных взаимосвязей внутри речевой системы, при помощи последовательно применяемых приемов: 1) артикуляторная гимнастика, возвращение звуков через моделирование (имитация оральных движений, подражание и т.п.); 2) постановка и введение утраченных звуков в слова; 3) дифференциация и автоматизация существительных слов с последующим их нахождением по дополнительным вопросам; 4) проработка наглядных схем ближайших смысловых связей, т.е. названий предложений типа «чашка – посуда», «малина – ягода»; 5) ответы на вопросы с исключением наглядности (опоры); 6) добавление глаголов в предложения, с последующей проработкой [35].

Традиционный метод способствует восстановлению артикуляции фонем, однако, моторные упражнения фиксируют внимание больного на управление речевыми движениями, что может нарушать рефлекторные иннервации артикуляционных органов в естественных условиях и затруднять спонтанную речь. Это возникает из-за разрыва между произношением в искусственных условиях моторных упражнений и осмысленной речью в естественных условиях [60. С. 121].

Т.М. Моховая, несколько изменив традиционный метод, предложила восстанавливать произношение изолированных звуков с помощью выделения их из слов и затем повторного произношения их. Таким образом, обучение произношению посредством объяснения и показа артикуляции с опорой на зрение и осязание (используя оптико-тактильный метод), но при этом отказавшись от проведения артикуляторной гимнастики, моторных упражнений и главным образом от привлечения внимания больного к артикуляции. При обучении использовали только слух и письменную речь. Главным образом от больной на занятиях требовалась осмысленная речь. Эмоциональная сторона речи подчеркивалась тем, что внимание обращалось на смысл, который придается фразе путем видоизменения голоса (интонации, модуляции и т.д.). Следовательно, для преодоления разрыва между произвольной и непроизвольной (эмоциональной) речью, развитие сознательного пользования речью, по-видимому, никоим образом не стоит отрывать от эмоциональных факторов и избегать приемов, которые не имеют отношения к смыслу того, что больной произносит [60. С. 130-131].

Л.С. Цветкова предлагала начинать резидуальную стадию восстановления устной речи с звуко-артикуляторного анализа составных элементов слова (умение вычленять звукобуквенный состав слов) и их кинестетической основы, используя метод ритмического разделения частей слова, при помощи упражнений с «отстукиванием» его слоговой структуры и мелодичном проговаривании (напевая). Одновременно проводится работа по восстановлению чтения и письма. Последним этапом проводится работа по восстановлению кинестетических артикуляционных моделей, т.е. умения артикулировать фонемы слова, используя методы имитации поз речевого аппарата по подражанию с применением зеркала и выделения фонемы из слов, находящихся в активном использовании. Восстановив систему артикуляции, фразовая речь быстро исправляется, не требуя дополнительного обучения [79. С. 101].

Трехступенчатую методику восстановления внешней звуковой организации речи больного с апраксией речевого аппарата предлагал А.Р. Лурия.

1. Этап обучения. «Восстановление» отдельных фонем (возвращение утерянных артикуляционных схем).

2. Этап обучения. Дифференциация приобретенного комплекса, с выделением из него необходимых, специальных компонентов (изолированных фонем) и переходом от практических действий орального аппарата непосредственно к речевым артикуляциям.

3. Этап обучения. «Овладение аллофонами», т.е. оттенками, пластичными вариациями артикулем. Он является заключительным при переходе к произношению слогов и слов целиком [4; 45].

Исследователи Ф. Лермитт, Б. Дюкарн, Э.С. Бейн и др. [4. С. 190; 6. С. 79] отмечают, что восстановление артикуляции слов основывается на основном элементе: повторении звуков, слов и фраз. Больной должен воспроизвести услышанные звуки, используя первые функциональные цепи вокализации, не осознавая символического значения воспринимаемых звуков [4. С. 190].

В.К. Орфинская отмечает, что основной задачей при восстановлении нарушенных языковых систем является восстановление речевых стереотипов, которая решается методом «раскачивания» – оживление сохранных компонентов речевых стереотипов путем упражнений на различных примерах одного типа [54. С. 95].

Методику последовательного восстановления речи при расстройствах артикуляции, состоящую из трех стадий, описали Ф. Лермитт и Б. Дюкарн: 1. Восстановление оральной апраксии. 2. Восстановление фонетической стороны речи. Проводится ассоциация звуков с артикуляторными движениями, строго постепенным методом, не пропуская ни одного этапа. 3. Вербальная стадия. Переход к словам, от них к предложениям (они требуют автоматизации артикуляторных движений).

Затем восстановление вторичных нарушений (понимания, письма, чтения и т.д.) [4. С. 190].

Методы восстановления первичных и вторичных дефектов с учетом степени выраженности нарушения (тяжелая, средняя, легкая) предлагали В.М. Шкловский и Т.Г. Визель. Методы и приемы построены по принципу этапности, уровни средней и легкой степени нарушений, можно отнести к резидуальному периоду восстановления, включают в себе следующий набор инструментов: восстановление звукопроизносительной речи (дифференциация, автоматизация отдельных фонем, изжитие литеральных парафазии); коррекция экспрессивной речи, семантики слова, логико-грамматических конструкций, письма и чтения [88].

Метод восстановления речи при афазиях в резидуальном периоде с позиции различных типов компенсации описала Э.С. Бейн. Она отмечала, что для позднего этапа восстановительного процесса характерно восстановление речевой функции в измененном виде на основе функционального замещения или перестройки – «функциональной компенсации». Это тип компенсации предполагает обходные и предупреждающие методы – замещающие и перестраивающие дефектную функцию или предупреждающие возникновение симптома [5; 67. С. 7]. Для этого часто используются приемы активного разложения слова на звукобуквенные элементы и синтез слов из элементов. Умение выделять звук из последовательного словесного комплекса, т.е. найти порядковое место данного звука или по порядковому месту обозначить звуки, или заполнение буквенного (совестного) пропуска в слове (фразе), слуховой диктант и т.п. Данные приемы приводят к восстановлению дифференцированного восприятия, произношения, чтения и письма слов [6].

Э.С. Бейн с коллегами разработали дидактические материалы для обучения разнообразными методами больных, страдающих в т.ч. афферентно-моторной формой афазии в резидуальном периоде,

содержащие приемы (упражнения) для разных видов занятий, от систематических по восстановлению внешней звуковой организации речи, до дополнительных по разным направлениям обучения, предназначенных для работы с афазиками: с частично отсутствующей внешней речью (восстановление звуков и их автоматизация); нуждающихся в работе над всевозможными, сложными артикуляторными сочетаниями; с нарушениями понимания речи (проведение специальной работы по дифференциации фонем, слогов и т.п.). Предлагаемый ими материал, частично заимствованный из методик преподавания русского языка для детей и взрослых, был специально адаптирован для восстановительного обучения больных с афазией [55].

Методическая основа восстановительного обучения (терапии) при синдромах афазии, как отмечала Э.С. Бейн, состоит из следующих правил:

1. Принцип последовательного (этапного) создания и разработки (выбора) программы (метода) восстановительного обучения.
2. Главным элементом процесса восстановления является опора на смысловое содержание речевой функции.
3. Работа над всеми функциями (сторонами) речи должна быть обязательной, независимо от того, какая из них является центральным дефектом (т.е. первично нарушенной).
4. Принцип дифференциации методов восстановительной терапии (обучения) при любом синдроме афазии [8. С. 189; 9. С. 16; 56. С. 307].

Основным методическим направлением восстановительной терапии в резидуальном периоде является компенсаторная перестройка (реорганизация) нарушенной стороны (функции) речи обходными методами восстановления, с использованием сохранных анализаторов. Внешне они сводятся к обходу дефектного анализатора, а по сути, они связаны с обобщением, интеграцией нового пути реализации функции. Отличие от раннего этапа заключается в наибольшей дифференциации

методов, зависящих от основного фактора нарушений, и более длительном периоде восстановительного обучения [9. С. 16; 56. С. 308, 310].

Методика восстановительного обучения при синдроме афферентной моторной афазии, предложенная М.К. Шохор-Троцкой, нацелена на восстановление дефектов внешней звуковой организации речи, в т.ч. письма и чтения, с помощью преодоления кинестетической агнозии и апраксии. Она отмечает, для того чтобы разработать план восстановительного обучения, необходимо определить применяемые методы и приемы, с учетом степени тяжести (уровня распада) речевого дефекта.

При грубо выраженном синдроме афферентно-моторной афазии план восстановительного обучения будет включать в себя методы: 1) восстановления внешней звуковой организации речи; 2) преодоления дефектов памяти; 3) возвращения функции письма и чтения. При незначительно (стертом) выраженном синдроме афферентно-моторной афазии, логопедическая работа будет включать в себя методы: преодоления артикуляционных затруднений при воспроизведении сложных слов (фраз) со стечением согласных; устранения литеральных парафазий, параграфий и экспрессивного аграмматизма; подготовки к возвращению в социальную среду. Выбор приемов обучения зависит от тяжести дефекта кодирующей парадигматической части речевой коммуникации [17].

Метод возвращения речевой функции при афазии с помощью применения логопедической ритмики был предложен Г.А. Волковой, Ю.А. Флоренской, В.А. Гринер, В.А. Гиляровским и др. [24, 71].

В резидуальном периоде восстановительного обучения логоритмические упражнения нацелены на создание новых двигательных стереотипов взамен утраченным, с помощью методов систематического укрепления и тренировки мышц, являющихся синергистами утратившим двигательную функцию; развития согласованности между темпами

движения, речи и музыки; обучения ориентироваться в окружающем пространстве (в т.ч. право-левосторонняя ориентировка); работы с неплавным (замедленным, напряженным и т.п.) темпом речи, как с остаточным явлением данного синдрома [24. С. 245], которые способствуют устранению синкинезий, агнозий, апраксий (т.е. нормализации управлением движением), развитию пространственных связей и целенаправленных изолированных движений – общедвигательных (произвольной моторики руки) и речевых (артикуляторной моторики); восстановлению просодической функции речи (речевой мелодии, ритма и т.д.), пантомимики; управлению эмоционально-волевой сферой во время коммуникации [71].

Также применяется музыкотерапия в комплексе восстановительного обучения больных с афазией, т.е. использование музыки для возвращения речи, с помощью пения и прослушивания (Е.М. Батурина, И.В. Уржумцева и др.) [58. С. 73; 67. С. 6]. Цель метода: создание психотерапевтической атмосферы, положительного эмоционального фона реабилитации (снятие фактора тревожности, зажатости, стеснения, возникшего вследствие болезни); стимуляция двигательной функции (восстановление выразительности, ритмичности, координации, плавности, свободы и непринужденности); коррекция представлений [58. С. 73].

Таким образом, несмотря на то, что большинство рассмотренных методик довольно схожи между собой, в их основу заложены, как правило, общие принципы, однако каждая из них несет в себе индивидуальные особенности (свои методы и приемы), которые позволяют отбирать, для каждого конкретного случая, наиболее уникальные и эффективные средства восстановления нарушенных речевых и других высших психических функций у лиц с синдромом афферентной моторной афазии в резидуальном периоде.

## ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ

Афазия занимает особое место среди прочих нарушений речи, поскольку является сложным системным нарушением, затрагивающим различные уровни организации и реализации речевых функций и высших психических систем, характеризующаяся нарушением, прежде всего, коммуникативной способности речи (А.Р. Лурия, Э.С. Бейн, Л.С. Цветкова, М.К. Шохор-Троцкая и другие).

Синдром афферентной моторной афазии выражается в апраксии поз речевого аппарата, поисках правильных артикуляций, проявляющихся затруднениями свободно артикулировать, как отдельные фонемы, так и слоги, слова и предложения. Апраксия речевого аппарата характеризуется нарушением адресации импульса к определенным двигательным системам и регуляции направления размаха и силы нужных импульсов при поиске различных поз.

Симптомокомплекс афферентной моторной афазии патогенетически неоднороден и проявляется, в основном, в литеральных заменах и поисках фонем, практически во всех видах экспрессивной речи, паралексиях и параграфиях при письме и чтении.

У лиц с данным синдромом наблюдаются перестройки межуровневого типа и появляются компенсаторные перестройки.

Процесс восстановления звукопроизношения, при данном синдроме, не всегда достигает нормы; легкие артикуляторные призвуки или запинки выражаются в замедленном или искусственном артикулировании, оглушении, озвончении или смягчении согласных и т.п.

Определение симптомокомплекса синдрома на основе нейропсихологического исследования и нейролингвистического анализа нарушенных функций позволит выбрать наиболее эффективные методы восстановительного обучения, направленные на восстановление внутренней организации дефектного звена расстроенной функции.

## **ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ С АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

2.1 Организация и содержание исследования состояния речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде

Для решения основной задачи исследования, заключающейся в восстановлении нарушенной речевой функции у лица с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде, нами был организован и проведён констатирующий этап эксперимента.

Целью констатирующего этапа экспериментального исследования являлось выявление и анализ фактора, лежащего в основе нарушений речевой функции и других высших корковых функций у лица с афазией, при помощи проведения комплексного синдромологического анализа дефекта.

В исследовании приняла участие женщина 72 лет с синдромом афазии.

Диагностические задачи исследования:

1. Определение направления и критериев обследования.
2. Изучение, описание и анализ феноменологии речевого расстройства для выявления типа афазического синдрома, при помощи системы общепринятых комплексов симптомов.

Констатирующий этап эксперимента включал следующие этапы:

1. Комплексное (нейропсихологическое и нейролингвистическое) изучение нарушения высших корковых функций у лица с афазией.
2. Выявление механизмов, симптоматики и структуры нарушения речевой функции, определение ведущего симптома и взаимосвязей дефекта с другими психическими процессами у лица с афазией.
3. Анализ патогенеза имеющегося речевого расстройства у лица с афазией.

Для того чтобы определить топику очагов поражения при локальной патологии мозга и выбрать нейропсихологически и нейролингвистически обоснованные дифференцированные методы реабилитационного воздействия при нарушениях высших корковых функций, мы использовали нейропсихологические методики (А.Р. Лурия, Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева и Я.А. Меерсон) диагностики расстройств речи, гнозиса, праксиса и модально-специфических видов памяти, поскольку в них представлены наиболее адекватные и валидные для решения топики-диагностических задач нейропсихологические методы (пробы Поппельрейтера, Хеда, Н.И. Озерецкого, В.К. Орфинской, Н.Н. Трауготт, С.И. Кайданова, И.М. Тонконового и др.) [19, 29, 43, 44]. А также методику нейролингвистического исследования лиц с афферентной моторной афазией Е.Н. Винарской [22].

Начало проведения экспериментальной работы предваряло знакомство с историей болезни и краткая беседа с обследуемой, в результате которых были получены первоначальные данные о речевом статусе обследуемой, ее эмоционально-экспрессивных особенностях, уровне осознания болезни и отношения к ней. Уточнены анамнестические данные о право-леворукости обследуемой, с помощью проб на выявление ведущей руки. А также проведено знакомство с целями и задачами нашего исследования.

Исследование проводилось с учетом принципов комплексного, индивидуального подхода, объективности, единства теории и практики. Диагностические цели и задачи обследования достигались путем исследования состояния всех компонентов речевой деятельности и других высших психических процессов.

Для исследования центрального нарушения синдрома афферентной моторной афазии мы использовали методику нейролингвистического исследования первичного дефекта речи Е.Н. Винарской.

Схема исследования:

1. Определение функционального уровня первичного дефекта артикуляционным методом.

2. Изучение особенностей первичного расстройства речи на гностико-праксическом и языковом функциональном уровнях:

а) качественный и количественный анализ литеральных замен звуков по материалам имитации и чтения слоговых таблиц;

б) качественный и количественный анализ литеральных замен звуков по материалам записывания слоговых таблиц под диктовку (при этом одна из слоговых таблиц, например, 2-я, записывается при исключении возможности проговаривания).

Исследование проводится при помощи «артикуляционных таблиц» состоящих из нескольких серий по 5 таблиц (40 слогов в каждой), представляющих собой все звуки русского языка в слогах определенных типов, обладающих минимально возможной избыточностью. Результаты исследования фиксировались в «Протоколе исследования».

Исследователи (Е.Н. Винарская, И.М. Тонконогий, В.М. Шкловский и др.) полагают, что для наибольшей достоверности и количественной оценки имеющихся нарушений речи, исследование лучше проводить на материале бессмысленных слогов, так как при повторении слов и фраз возможны догадки, которые усложняют получение объективных результатов [22, 68, 89].

Артикуляционный метод исследования первичного дефекта речи предполагает изучение возможностей больного воспроизводить слоги вслед за логопедом. Обязательными условиями являются: расположение обследуемого и логопеда друг напротив друга; экранирование рта логопеда; повторение слогов обследуемым вслух, запись их под диктовку и самостоятельное чтение их вслух; запись ответов обследуемого на диктофон, для качественного анализа ошибок и последующего фонетического анализа литеральных парафазий, параграфии и паралексии); скорость прочтения 1 слог в 1-3 секунды после фиксирования

(воспроизведения) обследуемым предыдущего; переспросы и повторение не допускаются [22. С. 45].

Критерии оценивая: правильно имитированные слоги помечаются «+», неправильные «-».

Результаты анализа ошибок (литеральных замен звуков) позволяют дать качественную оценку первичного дефекта речи больной. Протокол исследования и качественный и канализ ошибок представлены в Приложении 1.

Исследование вторичных системных расстройств в коммуникативных актах речи и связанных с ними функциональных перестроек в целостной функциональной системе, проводилось при помощи нейропсихологической и нейролингвистической диагностики. В ходе исследования мы рассматривали состояние следующих психических функций:

1. Состояние праксиса и гнозиса: а) неречевой праксис: состояние артикуляционной моторики; мимический, оральный, символический, динамический, сомато-пространственный, идеаторный и идеомоторный праксис; б) конструктивно-пространственная деятельность: конструктивный праксис, ориентировка в планах, картах, частях тела и т.д.; в) зрительный гнозис: предметный, симультанный, пространственный, цветовой, лицевой; г) слуховой гнозис: узнавание мелодий.

2. Слухо-моторные координации: восприятие и воспроизведение ритма, интонации, узнавание музыки (песен).

3. Экспрессивная речь: спонтанная, диалоговая, повествовательная, автоматизированная (в т.ч. пение), номинативная, отраженная и сопряжённая функция речи.

4. Импрессивная речь: фонематический анализ и синтез, понимание ситуативных, внеситуативных и парадоксальных вопросов, диалогической эмоциональной речи на бытовые темы, простых и сложных инструкций (проб), радио-телепередач и речи по телефону, логико-

грамматических структур, отдельных слов и их серий, предложений, текстов.

5. Чтение: чтение (показ) букв разного шрифта, слогов, автоматизированных идеограмм; чтение «про себя», понимание письменных инструкций (при самостоятельном чтении); глобальное и аналитическое чтение.

6. Письмо: двигательные автоматизмы, списывание слов печатного шрифта и письменного шрифта; письмо под диктовку (с проговариванием, без проговаривания); самостоятельное письмо; звукобуквенный анализ и синтез слова.

7. Счет: запись и чтение простых и многозначных чисел; автоматизированные счетные операции; письменный счет; решение простых задач.

8. Память: память на текущие и прошлые события; запоминание; модально-специфические формы памяти (объем слухоречевой памяти).

Результаты исследования фиксировались в «Протоколе обследования» (Приложение 2). С помощью ранговых шкал и классификаций ошибок измерялись речевые свойства и степень выраженности нарушений.

Критерии оценивая:

Качественные: «+» – имеются ошибки; «-» – ошибок нет.

Количественные критерии оценивания представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Критерии оценивания

Критерии	Количество ошибок при выполнении одной пробы, которая включает		Степень выраженности
	до 10 заданий	одно задание	
3 балла	более 6 ошибок	неправильно выполнено	уровень выраженных

			(тяжелых) нарушений
2 балла	4-6 ошибок	2 ошибки	уровень умеренных нарушений
1 балл	1-3 ошибки	1 ошибка	уровень легких нарушений
0 баллов	задания (проба) выполняются без ошибок		уровень нормы

Для более точной дифференциации количества ошибок и степени выраженности нарушения в тестах допускается использование дробных баллов (например, 1,5 или 0,7 балла). Ошибки свойственные здоровым людям (орфография, пунктуация и т.п.) и не связанные с основной задачей пробы, не учитываются. Однако в протоколе отмечались, для дальнейшего анализа.

На основании результатов обследования было составлено итоговое диагностическое описание, заключающее в себе подробный анализ структуры синдрома (в т.ч. учтена оценка результатов успешности выполнения отдельных проб и заданий, с учетом вариабельности, принимая во внимание реальное состояние обследуемого и его индивидуально-типологические (психофизиологические) особенности), а также выстроены нейропсихологические профили «успешности» выполненных проб (заданий), для наглядного представления патологического состояния высших корковых функций (Приложение 3).

Таким образом, выбранные методики исследования позволили выявить механизм, симптоматику, уровень и структуру дефекта, лежащего в основе нарушенной речевой функции, определив ведущий симптом и его взаимосвязь с другими психическими процессами у лица с синдромом афферентной моторной афазии.

## 2.2 Состояние речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде

В результате проведенного диагностического исследования мы получили данные о состоянии речевой функции и других психических процессов у лица с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде, которые позволили нам провести анализ структуры синдрома и составить подробное описание симптомокомплекса нарушенных функций, а также понять механизм их распада.

В ходе знакомства с анамнезом и краткой беседы с обследуемой, было выяснено, что обследуемая: правша, родной язык русский, на пенсии, работала по специальности – инженер-конструктор. Перенесла инсульт в 2014, повторный 2016 г. Страдает мерцательной аритмией (фибрилляция предсердий). В настоящее время обследуемая ориентирована в окружающем, контактна, фиксированная на своих дефектах и очень хочет получить логопедическую помощь. Она адекватно понимает обращенную к ней речь. Личностно сохранна. Эмоциональная сфера лабильная, преобладает хорошее настроение (изменение зависит от физического состояния). Внимание устойчивое. Поведение адекватное, но наблюдается повышенная утомляемость. Осознанное отношение к дефекту речи, его отдельным проявлениям. Имеются жалобы на артикуляторные трудности реализации собственного высказывания, проговаривания сложных слов и предложений (в т.ч. длинных), расстройство голоса. Собственная речь замедленная, сравнивает ее с выражением – «как у пьяного» («Я знаю, что сказать хочу, но не знаю, как это сделать – язык не слушается, язык заплетается»). Жалобы на быстрое утомление, запинки. Больная стесняется своего дефекта и ограничивает общение с людьми, особенно с незнакомыми, лишней раз старается не разговаривать.

В результате проведенных нейропсихологического и нейролингвистического обследований мы получили следующие данные.

Исследование праксиса показали, что у обследуемой наблюдаются негрубые нарушения действий произвольного орального (вызывало трудности выполнить по заданию пробы – «надуть одну щеку», «поцокать», «посвистеть», «высунуть язык», но при подражании (перед зеркалом) затруднения практически пропадали) и символического праксиса, нарушения праксиса предметных действий и жестов (движения воспроизводились зеркально и неловко), конструктивного праксиса (затруднения в выполнении сложных фигур по рисунку, из спичек и т.п.), недостаточность сомато-пространственного праксиса (слегка затруднена пространственная ориентировка рук в пробах Хэда, путает направление, иногда неожиданное выпадение, апраксия жеста, в пробах показывает части тела, как правило, левой рукой). При изучении динамического праксиса выявлена недостаточность координации движений, построения отдельных движений, что обусловлено затруднениями в построении отдельной позы (сжатие пальцев в кулак, перемещение руки в пространстве). Выявляется негрубая апраксия «позы» пальцев, в движениях рук и речевых органов (по зрительному образцу и особенно по речевой инструкции).

Отмечаются остаточные явления правостороннего гемипареза, выражающиеся в уменьшении мышечной силы, некоторой замедленности движений при сохранности их объема. Выявляются нарушения поверхностной чувствительности по гемитипу справа (как отмечал И.М. Тонконогий, данные нарушения встречаются при поражении средне-нижних или нижних отделов задней центральной извилины левого полушария мозга [7]).

При достаточно сохранной слухо-моторной координации выявляется кинестетическая авокалия (амузия) и нарушение просодики, которая проявляется в замедлении темпа речи, недостаточности ритма высказывания и мелодики (монотонность, отсутствие модуляции, динамических отрезков в высказывании).

Исследование первичного дефекта (т.е. артикуляционной апраксии) речи артикуляционным методом показало, что наибольшее затруднение у обследуемой вызвало выполнение задания имитации слоговых таблиц, здесь было допущено больше всего ошибок (53 ошибки из 200 слогов), тогда как их записывание не вызвало у нее особых затруднений (20 ошибки из 200 слогов). Чтение слоговых таблиц вслух также было наиболее успешнее, чем их имитация (36 ошибки из 200 слогов). Процент слоговой разборчивости составил: при имитация слоговых таблиц – 73,5 %; при чтении вслух – 82 %; при записывании под диктовку – 90 %.

Исследование вторичных системных расстройств в коммуникативных актах речи и связанных с ними функциональных перестроек в целостной функциональной системе показал следующее.

Исследование экспрессивной речи выявило присутствие выраженных нарушений речевой моторики, которые проявлялись в виде артикуляционной апраксии, заключающейся в постоянных активных поисках необходимой артикуляторной позы (уклада), затруднениях дифференциации близких по произношению фонем, характеризующихся литеральными (искажение, замены по сходству артикуляции, перестановки и пропуски звуков) и реже вербальными парафазиями, неполным звучанием гласных, отсутствием звонкости согласных [г], [б], [д] и общей приглушенностью речи (наблюдается преимущественная апраксия глотки и гортани, а также слабо выраженная апраксия языка), паузами внутри слова, вставками гласных в слоги со стечением согласных.

Спонтанная и диалогическая эмоциональная фразовая речь на бытовые темы относительно развернута и незначительно затруднена из-за поисков правильной артикуляции, поэтому высказывания замедленные, неплавные, иногда встречаются парафазии. Более всего нарушено произношение начальных элементов слова. Иногда артикуляция имеет нечеткий характер (призвуки, замены), но при повторении под контролем слуха, становится чище (например, «старелка» – тарелка, «рето» – лето).

Сильнее затруднена повествовательная (монологическая) речь (пересказ, рассказ по сюжетной картинке, рассказ на заданную «абстрактную» тему). Центральное нарушение в данном виде речи носит наиболее выраженный характер. Данные трудности проявляются и в повторной речи. Встречаются затруднения в повторение отдельных звуков, слогов со стечением согласных, сложных слов и их серий с различным артикуляторно-фонологическим составом и многосложных предложений. Поиски правильного артикуляторного уклада слова приводят к появлению литеральных парафазий и дефектному произношению найденных звуков. Предъявление акустического и зрительного образа слова помогает найти его артикуляторный образ. Стоит отметить, что повторение изолированных слов дается легче, чем повторение изолированных звуков или серий слов. Больше всего нарушений встречается в имитационном (сопряженном) повторении при воспроизведении бессмысленных отрезков речи. Расстройств смыслового контекстного (отраженного) повторения практически не наблюдаются.

Особенность номинативной функции речи проявляется при назывании сложных по слоговой конструкции или длинных слов в виде артикуляторных затруднений, литеральных парафазий и редких амнестических расстройств, которые вызывали вербальные замены.

Воспроизведение автоматизированных словесных (в т.ч. числовых) рядов и слов хорошо знакомых песен, как правило, произносится относительно свободно, практически плавно, с правильной артикуляцией и без искажений.

Исследование импрессивной речи показало, что понимание разговорной речи, отдельных не сложных слов, простых инструкций монологической речи, коротких текстов практически не вызывало затруднений. Понимание бытовой речи, вероятно, связано с тем, что обследуемая находится в резидуальном периоде заболевания и ситуации социального общения неизбежно ставят ее перед необходимостью

речевого общения, в том числе и понимания речи окружающих.

Понимает ситуативную диалогическую речь, сопровождаемую соответствующей мимикой, интонацией и жестом, однако наблюдаются трудности в понимании речи ситуационно не обусловленной, а также когда возникает необходимость детального фонологического анализа сложных (длинных) и малочастотных слов (обследуемая во время теста иногда помогала себе проговариванием предъявляемых (услышанных) слов). Звуковая структура слова существенно влияет на его понимание, так, при предъявлении слов, близких по своему звуковому составу или состоящих из гоморганных звуков («кошка-кочка», «почка-бочка», «кора-гора»), период поиска и количество ошибок увеличивалось. При правильном выборе (повторении) сложности возникали в понимании разницы между фонематически близкими словами (например, правильно найдя картинку к слову «кот», при последующем предъявлении слова «рот» появились затруднения, начала путаться).

Несмотря на сохранность фонематического слуха, осознание сигнального признака звука нарушается из-за дефектов артикуляции. При исследовании фонематического анализа отмечаются затруднения в подборе слов по двум заданным фонемам и в определении порядкового номера заданной фонемы в слове. Встречаются трудности в определении фонемного состава и последовательности фонем (голова – «говола», палец – «балец»).

Дефекты понимания значения существительных слов. Отмечаются затруднения понимания обобщенных слов в сторону их расширения, т.е. при поиске слова руководствуется не смысловой стороной слова, а его категориальным значением (так, к слову «транспорт» подобрала также слова «прицеп, тачка и коляска»). Обратная картина наблюдалась при понимании малочастотных обобщенных слов, в виде тенденции к сужению значения слов (так, к слову «приборы» выбрала столовые приборы, а измерительные приборы проигнорировала). Затруднено понимание

абстрактных слов (при выполнении данных проб ссылались на отсутствие нужных картинок). Особых трудностей не вызывает понимание слов омонимов в контексте (но при изолированном предъявлении наблюдались трудности), синонимов, а также обозначающих действие (как правило, трудности вызывало предъявление глаголов, включающих в себя пространственный элемент – «входит-выходит» и т.п.).

Осмысление текстов и сложных грамматических конструкций замедленно, иногда неполное. Нарушения выявляются при выполнении проб на исследование понимания флективных отношений, как прямых, так и инвертированных (при пробе показать «ручкой расческу», показывала рукой на эти предметы или путала последовательность). Встречались трудности в понимании конструкции творительного падежа и в понимании предложных конструкций, т.е. дефекты операций пространственных симультанных синтезов, вызывающих сложности понимания пространственных отношений между предметами и геометрическими объектами с помощью предлогов «на», «под», «к» и т.д. и слов «слева», «справа» и т.д. Простые примеры грамматических структур отношений последовательности между предметами, выраженных одним предлогом и наречием места (например, «девочка стоит у стола») не вызывали сложностей, но при переходе к более сложным, выражающим отношения между двумя и тремя объектами (например, «девочка стоит справа от стола, но слева от окна»), возникали затруднения. Также понимание усложненных конструкции сравнительных отношений и относительных категорий атрибутивного родительного падежа, например, «более маленькое» или «мамина сестра» иногда вызывало трудности (обследуемая просила сказать, что конкретно надо показать (сказать)).

Ослаблена слухоречевая память, выражающаяся в затруднении запоминания на короткое время ряда несвязных между собой слов, с последующим отчуждением смысла услышанного.

Таким образом, наблюдаются дефекты понимания в звене звукоразличения (фонематический анализ), выбора значения слова (в т.ч. обобщенных и абстрактных понятий) и перешифровки логико-грамматических структур (предметно-образных представлений, пространственных отношений и т.д.). Специфика звуковой структуры слова отражается на понимании значений простых предметно отнесенных слов: слова, далекие по своему звуковому составу, понимаются лучше, чем состоящие из оппозиционных и гомоганных звуков. Артикуляторные дефекты в собственной речи приводят к нарушению понимания слов.

Исследование чтения и письма выявило легкие проявления алексии и аграфии, связанные с артикуляторной апраксией и нарушением фонологических представлений.

Чтение «про себя» сохранно, но при чтении вслух имеются те же нарушения что и в других видах внешней речи – запинки, артикуляционные сложности, литеральные парафазии, перестановки и пропуски букв. Так, чтение короткого текста вслух и про себя, но с зажатым языком, сопровождалось трудностями и вызывало напряжение. Усложнение или увеличение объема текста приводит к увеличению напряжения и запинкам, что в свою очередь увеличивает время поисков правильной артикуляции, число парафазий и случаев угадывания слов. Понимание читаемого практически сохранно, хотя иногда встречается фонологически бесконтрольное специфическое контекстное чтение «по догадке», вероятно из-за недостаточности фонологического анализа, который увеличивает число литеральных парафазий, вербальных паралексий и различных контаминаций во внешней артикуляции читаемого. Больная, обычно, слышит свои артикуляторные ошибки и активно старается их исправить. Предпочитает читать «про себя» из-за трудностей артикуляторной реализации читаемого текста. Интересно отметить, что больная про себя читает почти вдвое быстрее, чем вслух, однако чтение быстро утомляет обследуемую, появляются головные боли.

Письмо нарушено меньше, чем устная речь. Встречаются литеральные параграфии (замены и пропуски букв при стечении согласных) и искажения структуры слов. Вероятно, это возникает из-за дефектов анализа сходных «артиклем». Ошибки возникают в основном при написании сложных, с трудом артикулируемых слов. Письмо под диктовку не сложных слов, коротких фраз и спонтанное письмо не особо затруднено, особенно при «свободном языке», однако, при «зажатом языке» иногда возникают трудности (затрудняет, не запись букв, а определение фонемного состава и последовательности фонем, т.е. фонематический анализ). Плохо повторяя отдельные звуки, хорошо записывает их под диктовку (ошибки встречаются редко). Порой не замечает собственных ошибок, но легко подмечает их в речи собеседника.

Списывание сохранно, отмечаются редкие ошибки в малочастотных и длинных словах. При списывании происходит оживление звукового образа слова лучше, чем при восприятии на слух. Способна определить количество букв и слогов в слове, назвать их, проанализировать ряд слов по одной заданной фонеме. Но возникают затруднения, когда тоже самое нужно выполнить в отношении слов не написанных, а вспоминаемых по памяти. Стоит отметить, что задания, связанные с названием объектов, даются легче в письменной форме, чем в устной. Наблюдаются изменения (ухудшение) почерка (нарушение разборчивости, каллиграфии).

Таким образом, исходя из результатов обследования больной, определившего уровень и качественные особенности первичного дефекта, и последовавших за ним вторичных системных нарушений, мы можем диагностировать у нее наличие синдрома афферентной моторной афазии легкой формы. Ведущим клиническим симптомом которого является расстройство артикуляторного звена речевой функциональной системы, комбинирующееся с легкой недостаточностью фонологического анализа, незначительным нарушением письма и чтения. Патогенез данного

речевого нарушения связан с дефектом переработки текущей кинестетической афферентации от речевого аппарата.

## ВЫВОДЫ ПО 2 ГЛАВЕ

В результате проведенного диагностического экспериментального исследования мы установили, что у больной наблюдается синдром афферентной моторной афазии легкой формы, центральное расстройство которого выражается в расстройстве артикуляторного звена речевой функциональной системы, заключающееся в распаде автоматизированных, типологически обобщенных, навыков артикуляции консонантных (шумовых) компонентов звуков речи, комбинирующееся с легкой недостаточностью фонологического анализа, дефектами чтения и письма, и проявляющееся:

1. Оральной и артикуляционной апраксией постцентрального характера, связанными с дефектом переработки текущей кинестетической афферентации от органов речевого аппарата, характеризующиеся распадами артикуляторных поз (укладов), при осознанных, активных, напряженных поисках правильной артикуляции звуков, проявляющиеся в виде смазанной, натянутой, замедленной речи, сопровождающейся запинками и спотыканиями, разнообразными литеральными (реже вербальными) парафазиями и контаминациями.

2. Дефектами экспрессивных форм речи и чтения, при довольно сохранной функции понимания внешней звуковой и письменной речи (за исключением легких нарушений в звене звукоразличения, выбора значения слова (в т.ч. обобщенных и абстрактных понятий) и перешифровки логико-грамматических структур (предметно-образных представлений, пространственных отношений и т.д.).

3. Ошибками фонетического характера, касающимися звуков речи с определенными физическими характеристиками, возникающих в процессе звукопроизношения, выражающими в затруднении дифференциации консонантных признаков звуков (т.е. нарушениями

артикуляции согласных) и обилии неполных (частичных) замен звуков, делающих речь невнятной, смазанной и косноязычной;

4. Ошибками фонологического типа, возникающих в процессе восприятия своей или чужой речи на слух (в т.ч. при чтении и записывании слоговых таблиц), проявляющимися в затруднении различения фонологических противопоставлений звуков речи, выражающимися в литеральных парафазиях, параграфиях и паралексиях.

5. Нарушениями дифференцировки (выбора) «гоморганных» артикулем, т.е. артикуляторных единиц одного и того же места образования, но разных по способу образования. И выбора обобщенных фонологически противопоставленных элементов, не только одного и того же, но и разного места образования. Иногда услышанные слоги воспроизводятся, как близкие по звучанию значимые слова («псал» – писал, «фсы» – весы) или схожие с часто употребляемыми словами («фул» – стул, «пелт» – лет, «смар» – мак). Наиболее часто встречаются дефекты при воспроизведении согласных [ш], [щ], [ж], [л], [ц], [ч]. Наблюдается оглушение звонких, редкие замены и пропуски смычных согласных [к], [г], [б], [д] и фрикативного [х]. Меньше всего нарушений при воспроизведении губных согласных и вибрантов. Возникающие литеральные парафазии характеризуются, как правило, и полными заменами звуков, и частичными (призвуки, смягчение, оглушение).

Специфичность первичного дефекта заключается в непостоянстве и лабильности артикуляторных расстройств. Один и тот же артикуляторный признак согласного звука воспроизводится исключительно полиморфно.

Таким образом, проведенный синдромологический анализ дефекта, способствовавший выделению фактора, лежащего в основе нарушенной речевой функции, свидетельствует о необходимости разработки комплексной индивидуальной коррекционно-педагогической работы по восстановлению нарушенной речевой функции у лица с синдромом афферентной моторной афазии легкой формы в резидуальном периоде.

### **ГЛАВА 3. КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ С АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

3.1 Организация и содержание коррекционно-педагогической работы по восстановлению речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде

В результате проведенного констатирующего эксперимента мы установили, что у обследуемой выявлены симптомы синдрома афферентной моторной афазии легкой формы. На основании полученных данных мы определили цель и задачи логопедической работы.

Цель коррекционно-педагогической работы заключалась в восстановление артикуляционной кинестетической основы речепроизводства и потенциально сохранного развернутого устного и письменного высказывания. Основная задача – преодоление нарушений артикуляторного кинестетического праксиса.

В основу организации содержания коррекционно-педагогической работы по восстановительному обучению лица с афазией были положены следующие специальные принципы и задачи, выдвинутые А.Р. Лурия и изложенные Л.С. Цветковой:

1. Психофизиологические принципы: принцип квалификации дефекта; опоры на сохранные афферентации и на разные уровни организации высших психических функций, а также на всю психическую сферу в целом; создания новых функциональных систем на основе сохранных (или тех, что до этого не принимали прямого участия) афферентаций; контроля (выдвинутый П.К. Анохиным, Н.А. Бернштейном, А.Р. Лурия).

2. Психологические принципы: принцип учета личности больного; опоры на сохранные формы деятельности и организации

деятельности больного (Л.С. Выготский, П.Я. Гальперин, А.Н. Леонтьев); программирования обучения; системного воздействия на дефект (Л.С. Выготский); и учета социальной природы человека.

3. Психолого-педагогический принцип «от простого – к сложному».

Специальные задачи восстановительного обучения:

- 1) восстановление психической речевой функции;
- 2) восстановление речевой деятельности больного;
- 3) восстановление коммуникативной функции речи;
- 4) полноценное возвращение лица с афазией в социальную среду.

Для достижения поставленных целей и задач были определены методы и приёмы по следующим направлениям (плану) восстановительного обучения:

I. Преодоление дефектов первично нарушенного артикуляторного звена речевой функциональной системы (артикуляционной апраксии постцентрального характера):

1) преодоление артикуляторных трудностей при произнесении слов (в т.ч. многосложных слов со стечением согласных), фраз и предложений, связанных с нарушением кинестетических образцов путем восстановления артикуляторных укладов согласных: щелевых [ш], [щ], [ж], переднеязычного сонорного [л] и смычных признаков аффрикат [ц] и [ч].

2) устранение ошибок фонетического и фонологического характера, выражающихся в парафазиях, параграфиях и паралексиях путем закрепления уже имеющих фонем (в частности [к], [г], [б], [д], [х]), восстановления нарушенных фонем, дифференциации консонантных признаков фонем и «гоморганных» артикулем, восстановления выбора обобщенных фонологически противопоставленных элементов, не только одного и того же, но и разного места образования; преодоления оглушения согласных [г], [б], [д], устранения призвуков, вставки гласных в слоги со стечением согласных;

3) преодоление псевдодизартрических и заикоподобных расстройств речи, обусловленных наличием апраксии мускулатуры органов речевого аппарата (глотки, гортани и частично языка), кинестетической авокалии и нарушения просодики, проявляющиеся в замедлении темпа речи, недостаточности ритма высказывания и мелодики (монотонность, отсутствие модуляции, динамических отрезков в высказывании), неполного звучания гласных, путем восстановления мелодики слога и слова, устранения пауз внутри слова, обучения речевому дыханию и т.д. с помощью приемов логопедической ритмики.

## II. Преодоление вторичных системных расстройств:

4) восстановление экспрессивных форм речи (формирование развернутой плавной речи);

5) восстановление частично нарушенной функции понимания речи, а именно звена звукоразличения (фонематический анализ), выбора значения слова (в т.ч. обобщенных и абстрактных понятий) и перешифровки логико-грамматических структур (предметно-образных представлений, пространственных отношений и т.д.);

6) восстановление частично нарушенных функций письма и чтения (устранение легких аграфий и алексий);

7) восстановление частично нарушенных функций праксиса и гнозиса;

8) восстановление частично нарушенной психической сферы (психолого-педагогическая реабилитация).

Восстановительное обучение лица с афазией мы проводили согласно намеченному плану в форме индивидуальных занятий. Структура каждого занятия состояла из трех основных звеньев – задача, способ выполнения и эффект. План работы представлен в Приложении 4.

Для реализации поставленных целей и задач мы выбрали наиболее эффективные методы и приемы восстановительного обучения, с помощью которых была детально воссоздана внутренняя организация нарушенного

звена расстроенной функции, переместив для этого наружу конкретные и сукцессивно выполняющиеся операции, непосредственно относящиеся к структуре дефекта. Данные операции стали, основой обучения, руководя и контролируя извне течение восстановления распавшегося действия. Они смогли разъяснить больному, что и как он должен делать, став для него в итоге внутренним способом преодоления дефектной функции. За основу восстановления дефектных функций (в измененном виде) мы взяли путь «функциональной компенсации» используя обходные (замещающие, перестраивающие и предупреждающие) методы.

Восстановительное обучение мы начали с преодоления первичного дефекта. Для восстановления звукопроизводительной стороны речи и преодоления артикуляторных трудностей, вызванных нарушением кинестетического праксиса мы использовали методы и приемы, предложенные А.Р. Лурия, Л.С. Цветковой, Э.С. Бейн, В.М. Коганом, С.М. Доброгаевым, Т.М. Моховой и др., большинство из которых были разработаны на основе традиционного логопедического оптико-тактильного метода, при котором обучение речевым движениям осуществляется с помощью объяснения артикуляции звука, показа и ощупывания положения органов артикуляционного аппарата.

В нашей восстановительной работе мы не использовали такие приемы традиционного метода, как артикуляционная гимнастика и применение шпателей для вызова звуков, также была максимально ограничена работа перед зеркалом, поскольку данные приемы сосредотачивают внимание больного на произвольных артикуляционных движениях и могут тормозить восстановительный процесс. Возвращение (вызов) звуков, как правило, осуществлялся через моделирование (слуховая и зрительная имитация оральных движений, подражание). Порядок вызова устанавливался в соответствии с произносительными возможностями больной. Чтобы избежать (предупредить) литеральные парафазии, мы не работали одновременно над вызовом одной и той же

группы звуков. Восстановленные звуки автоматизировались, а затем дифференцировались (воспитание навыков в производстве дифференцированных, нервно-мышечных рефлекторных движений в области лица и ротовой полости) в словах и фразах близких по артикуляции звуков с целью устранения литеральных парафазии, а также закреплялись и отрабатывались в процессе письма и чтения, в беседах, во фразах, при стечении согласных звуков, в скороговорках и т.д.

1. Восстановление артикуляторных поз (укладов) нарушенных фонем мы проводили в следующем порядке: [ж], [ч], [л], [ш], [ц], [щ] с помощью нижеперечисленных методов:

1.1. Для восстановления произношения согласных щелевых [ш], [ж] мы использовали метод возвращения утерянных артикуляционных схем, предложенный А.Р. Лурия, с помощью выделения первоначально фонем имеющих наиболее конкретный зрительно-воспринимаемый «артикуляторный образ» и сохраняющих определенную взаимосвязь с какими-либо прямым действием, производимым артикуляционным аппаратом. Цель приемов: внутрисистемная перестройка функций, путем выработки произвольной (или по требованию) фиксации координации движений. Задачи: 1. Фиксировать показанный (освоенный) набор движений. 2. Дифференцировать его (т.е. выделить его среди других похожих комплексов). 3. Сформировать его обобщенную артикуляционную внутреннюю схему, позволяющую выбрать необходимые артикуляторные признаки при воспроизведении нужного звука. Серия используемых приемов представлена в Приложении 5.

1.2. Для восстановления произношения переднеязычного сонорного [л] и фрикативного [щ] мы использовали «слуховую» методику, предложенную Т.М. Моховой, основанную на глобальном повторении отдельных простых слов с «поверхностным» показом артикуляции. Метод выделения фонемы из слова, путем повторного произношения. Краткая инструкция: на стол выкладывалось простое короткое слов, например,

слово «пол». Больной необходимо было произносить первый слог с протягиванием звука [о] до тех пор, пока логопед не остановит ее жестом – «стоп», который означал переход к завершению слова звуком [л] и повторением его еще раз, но уже изолированно. Например, «поооооо...л...л». Таким же путем выделялся этот звук и из других слогов: «пул», «пыл», «пал» и т.д. Что способствовало в итоге появлению изолированного названия звука. Аналогичная схема использовалась для выделения фрикативного согласного [щ], из слова «овощ».

1.3. Для восстановления произношения аффрикат [ц], [ч] мы использовали методы и приемы отвлечения внимания больной от способа произношения звука и переключения её на фонетическую и семантическую стороны обрабатываемых слов (осознанное отношение к слову и его ритмико-мелодической структуре) (Э.С. Бейн, Л.Г. Столярова, М.К. Шохор-Троцкая, Т.Г. Визель, Л.С. Цветкова). Произнесение изолировано отдельных фонем не являлось предметом занятий, они восстанавливались в ходе всей работы над словом. Больную обучали выделять обрабатываемый звук из слов, в которых он представлен в различных фонетических вариантах (в начале, середине или конце, перед твердой или мягкой согласной и т.д.). На начальных этапах работы от больной не требовали произнесения звука, достаточно того, что она в состоянии его услышать, опознать в различных позициях. В этот период акцентировали внимание больной на различных характеристиках звука, на его артикуляционном, акустическом и графическом образе. Это обеспечивало использование резервов нарушенного кинестетического анализатора и привлечение (в компенсаторных целях) сохранных – зрительного и слухового. Также для закрепления результата (полученного звука) вводили самостоятельное письмо больной, обведение контура буквы на коже руки и в воздухе, что позволяет также включить в работу тактильный анализатор.

2. Преодоление оглушения звуков [г], [б], [д] осуществлялось с помощью тактильного ощущения вибрации голосовых складок рукой, приложенной к шее.

3. Дифференциация и закрепление (сопряженное и отраженное произнесение в словах, фразах по картинкам и самостоятельной речи) уже имеющихся фонем (в частности [к], [г], [б], [д], [х]) осуществлялась при помощи традиционных в логопедии методов и приёмов, дидактических и методических материалов (Э.С. Бейн, М.К. Шохор-Троцкой, В.Д. Черновой и др.).

4. Преодоление заикоподобных расстройств речи, обусловленных наличием апраксии мускулатуры гортани, вызывающей нарушение речевого дыхания, мы начали проводить уже на начальных этапах восстановительного обучения. Для обучения речевому дыханию и дыхательной гимнастике были использованы специальные упражнения. (Приложение 6).

5. Для восстановления мелодики слога и слова, а также частично нарушенного праксиса и гнозиса мы использовали приемы из логопедической ритмики (Г.А. Волкова, Ю.А. Флоренская, В.А. Гринер, В.А. Гиляровский) и музыкотерапии (Е.М. Батурина, И.В. Уржумцева, Vargha and Gereb).

Цель занятий: создание новых двигательных стереотипов взамен утраченным, с помощью методов систематического укрепления и тренировки мышц, являющихся синергистами, утратившим двигательную функцию; развития согласованности между темпами движения, речи и музыки; обучение право-левосторонней ориентировке; работы с неплавным (замедленным, напряженным и т.п.) темпом речи; устранению агнозий, апраксий (нормализации управлением движением), развитию пространственных связей и целенаправленных изолированных движений – общедвигательных (произвольной моторики руки) и речевых (артикуляторной моторики); восстановлению просодической функции речи

(речевой мелодии, ритма и т.д.), пантомимики; управлению эмоционально-волевой сферой во время коммуникации.

Для воспитания координации темпа движений с темпом музыки и восстановления плавности речи (преодоления замедленного темпа речи) использовались методы и приемы логоритмики, направленные на восстановление плавности (темпа) речи; развитие внимания, а также восприятия и воспроизведения правильной фразировки. Приемы: речевые упражнения для развития плавности речи (чистоговорки, скороговорки, декламация заученных стихотворений под аккомпанемент музыки, при этом внимание больной обращалось на выразительность чтения, подчеркивалась эмоциональная сторона содержания).

Музыкотерапия в комплексе восстановительного обучения способствовала созданию психотерапевтической атмосферы, положительного эмоционального фона реабилитации (снятие фактора тревожности, зажатости, стеснения, возникшего вследствие болезни); стимуляции двигательной функции (восстановление выразительности, ритмичности, координации, плавности, свободы и непринужденности); коррекции представлений.

Для преодоления кинестетической авокалии и некоторых дефектов просодики мы использовали приемы: пения песен со словами, пропевания мелодий на заданные слоги, гласные звуки (репертуар подбирается с учетом выявленных нарушений); прослушивания музыки и беседы о ней; упражнения ритмических движений под музыку (дирижирование); сочетания музыки и изобразительного искусства – рисование под музыку, анализ цветовых ассоциаций, возникающих при прослушивании произведений.

Приемы логопедической ритмики мы старались, по возможности, включать во все речевые упражнения, например, использование приемов, связанных с какими-либо предметами (мячик, тетрадь, стул и т.д.) или движениями (руками, ногами) в процессе речевых занятий. Используемые

нами приемы (задания связанные с координацией движения и речи, упражнения, способствующие предотвращению аграмматизма, восстановлению мелодики слога и слова, тренировки речевой функции) представлены в Приложении 7.

Для преодоления вторичных системных нарушений мы использовали, методы и приемы, предложенные Э.С. Бейн, Л.Г. Столяровой, М.К. Шохор-Троцкой, В.М. Шкловским, Т.Г. Визель.

б. При восстановлении частично нарушенной функции импрессивной речи использовалась следующая система методов и приемов:

б.1. Для восстановления смысловой структуры слова проводилась работа по:

- объяснению значения сложных слов, в частности омонимов, слов с обобщенным и абстрактным значением, например, для восстановления структуры словесных обобщений, мы использовали прием по сужению понимания обобщенных слов существительного и по расширению границ значения обобщенных слов малочастотного употребления при помощи восстановления понимания слова в разных фразеологических контекстах (проработка наглядных схем ближайших смысловых связей, например, «чашка – посуда», «малина – ягода) и т.д.;

- уточнению употребления глаголов, включающих в себя пространственный элемент («входит-выходит» и т.п.) и с приставками: приближение, присоединение («уплыл», «приплыл», «уехал», «приехал» и т.д.);

- уточнению употребления существительных, понимания значений предлогов, местоимений, наречий и т.д.

б.2. Для осмысления сложных логико-грамматических оборотов (преодоления импрессивного аграмматизма) речи проводилась работа по:

- уточнению понимания грамматического элемента слова, от которого зависит логическая связь его с другими словами – смысл фразы в

целом («покажите ручку карандашом»), т.е. работа по уточнению обобщенно-грамматического содержания, а также восприятию смысла атрибутивных логико-грамматических конструкций («отец брата»), сравнительных оборотов («Оля темнее Светы, но светлее Насти»);

- преодолению предложно-флективного аграмматизма (объяснение флективных конструкции (отношений), заполнение пропущенных предлогов и флексий существительных и т.д.);

- уточнению понимания предложно-падежных конструкций с локативными предлогами (дифференциация значений предлогов и приставок: «над – на», «при – у», «из – под», и т.д.);

- уточнению понимания предметно-образных представлений, пространственных отношений;

- по введению уточняющих слов, картинок, вопросов, облегчающих восприятие сложных речевых структур;

- выполнению инструкций, включающих логико-грамматические обороты.

7. Для восстановления частично нарушенной функции чтения (преодоления алексий) использовалась следующая система приемов:

- чтение отрабатываемых звуков, слогов с оппозиционными звуками и слов со стечением согласных, слов из профессионального словаря больной и т.п. (сопряженно и отраженно с логопедом, затем самостоятельно);

- чтение стихотворений (сопряженно, отраженно и самостоятельно);

- самостоятельное чтение и пересказ текстов;

- чтение с аккомпанементом плавной, связанной, спокойной музыки – «legato».

8. Для восстановления частично нарушенной функции письменной речи (преодоления аграфии) использовалась следующая система методов и приемов:

8.1. Восстановление связи «артикулема – фонема». Задачи: развитие умения выделять звук из последовательного словесного комплекса, т.е. найти порядковое место данного звука или по порядковому месту обозначить звуки, или заполнение буквенного (совестного) пропуска в слове (фразе). Приемы:

- запись букв на слух и их прочтение после написания;
- выделение первого звука из слов и его записывание (данная работа проводилась и в рамках коррекции первичного дефекта в виде тренировки внимания на артикуляторном, акустическом, а затем и графическом образе выделенного звука); самостоятельный подбор слов на этот звук и их написание;
- идентификация букв в разных шрифтах и их запись;
- нахождение отрабатываемых букв в различных текстах (подчеркивание, выписывание).

8.2. Восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова. Задачи: развитие умения активного разложения слов на звукобуквенные элементы и синтез слов из элементов. Приемы:

- деление слов на слоги, слогов на буквы (звуки) с опорой на различные графические схемы;
- выделение любого по счету звука в слове;
- заполнение пропусков в словах;
- письмо слов из букв, предложенных вразбивку.

8.3. Восстановление навыка развернутой письменной речи с помощью приемов:

- написания слов различной звуковой структуры с опорой на предметную картинку и без нее (под диктовку, при назывании предмета или действия);
- написания предложений (списывания, под диктовку, по памяти),
- «заполнения» предложений с пропущенными словами (синонимов, омонимов); составление с ними новых предложений (например, вставить в предложение слова: «красивый», «прекрасный», «прелестный», «восхитительный» и т.д., уточнить, в каких случаях возможно употребление этих слов);
- подписи под картинками, письменные ответы на вопросы, письменное изложение сюжета художественных произведений;
- составления писем, поздравительных открыток и т.п.;
- написания сочинений на заданную тему, по открыткам;
- написания зрительных диктантов отдельных слов, словосочетаний и коротких предложений, не связанных по смыслу, слуховых диктантов;
- приемы восстановления письма (а также динамического праксиса) при помощи логоритмических упражнений представлены в Приложении 8.

9. Для восстановления слухоречевой памяти мы использовали метод опоры на зрительное восприятие. Инструкция: на стол выкладывается серия предметных картинок. Логопед называет 2-4 названия предметов. Больному необходимо их найти и показать. Далее внешняя опора в виде картинок убирается, больному, необходимо прослушав серию слов (названия предметов) запомнить и найти нужные в стопке картинок. Затем больному необходимо попытаться воспроизвести найденные картинки по памяти без зрительной опоры.

10. Для восстановления частично нарушенных зрительно-предметных представлений мы использовали прием анализа близких по изображению рисунков, например, чайник, чашка, сахарницы, в которых изменение или отсутствие той, или иной существенной детали (носика, ручки) меняет функцию предмета и его обозначение. Конструирование предметов из элементов, нахождение ошибок в изображениях предметов, дорисовывание предмета до целого и, наконец, подробное словесное определение всех функций предмета (таким образом, происходит уточнение значения многих слов в связи с их предметной отнесенностью).

11. Для восстановления частично нарушенных функций праксиса и гнозиса использовались методы и приемы, предложенные В.М. Шкловским и Т.Г. Визель.

12. Для психолого-педагогической реабилитации больных с афазией в резидуальном периоде мы использовали некоторые адаптированные методы и приемы специальной аутогенной тренировки (произвольного изменения напряжений мышц), разработанной А.И. Лубенской (Приложение 9), которые способствовали восстановлению личностного и социального состояния больного, оптимизации процесса восстановительного обучения, а также помогали регулировать её эмоциональное состояние (преодоление страхов и тревожности, появившихся из-за дефектов речи, на фоне которых, иногда возникали отказы от занятий, особенно, в случаях неудач). Основным методическим приемом аутогенной тренировки являлась расширенная формула спокойствия, которая включала в себя мышечную релаксацию и регуляцию вегетативных функций, что способствовало снижению эмоционального напряжения и преодолению чувства собственной неполноценности.

Таким образом, основная цель коррекционно-педагогической работы по восстановлению нарушенной речевой функции у лица с афферентной моторной афазии в резидуальном периоде заключалась в восстановлении артикуляционной кинестетической основы речепроизводства и

потенциально сохранного развернутого устного и письменного высказывания, при помощи преодоления нарушений артикуляторного кинестетического праксиса. Логопедическая работа по восстановлению нарушенных функций выстраивалась в соответствии со специальными принципами и задачами восстановительного обучения лиц с афазией, и носила системный, поэтапный, дифференцированный, индивидуальный характер. На каждом этапе применялись разные, взаимосвязанные между собой методы, состоящие из системы приемов и серий операций, направленных на восстановление и закрепление утраченных навыков. Доказательством эффективности восстановительного обучения являются успехи больной в преодолении центрального дефекта нарушенной функции и ее вторичных системных проявлений.

### 3.2 Анализ результатов контрольного эксперимента

С целью оценки эффективности проведенной коррекционно-педагогической работы, в рамках проведения формирующего эксперимента, был организован и проведен контрольный эксперимент. Цель контрольного эксперимента – повторное исследование речевых и других высших психических функций для сравнительного анализа результатов полученных до и после восстановительного обучения. Для этой цели были использованы те же методики оценки речевых функций, что и при констатирующем экспериментальном исследовании, которые позволили нам измерить динамику восстановления речи у больного с афазией и оценить эффективность предложенных восстановительных методов и приемов обучения. Протокол контрольного исследования первичного дефекта и нейропсихологические профили контрольного исследования представлены в Приложении 10.

Сравнительный анализ результатов повторного исследования речевых функций показал, что после проведенного восстановительного обучения положительная динамика восстановления отмечалась в функции

произвольного орального праксиса (стало получаться без опоры выполнить такие действия, как «надуть одну щеку» и «высунуть язык»), символического и динамического праксиса. Без значительной динамики остались праксис предметных действий и жестов, конструктивный (затруднения остаются в выполнении сложных фигур по рисунку и т.п. из спичек) и сомато-пространственный праксис.

Положительная динамика отмечается при восстановлении нарушенных функций просодики и преодолении кинестетической авокалии при помощи методов логоритмики. Так, ярко выраженная авокалия, монотонность и нарушенная модуляция динамических отрезков высказываний начала приобретать «стёртый» характер.

Повторное исследование первичного дефекта речи (т.е. артикуляционной апраксии) артикуляционным методом показало, что задание – имитация слоговых таблиц, все также остается наиболее сложным для больной, но отмечается тенденция уменьшения количества ошибок (38 ошибки из 200 слогов), как и в двух других пробах. Так, чтение слоговых таблиц вслух показало (19 ошибок из 200 слогов), а записывание их (9 ошибок из 200 слогов). Процент слоговой разборчивости составил: при имитация слоговых таблиц – 81 %; при чтении вслух – 90,5 %; при записывании под диктовку – 95,5 % .

Сравнительный анализ результатов повторного исследования вторичных системных расстройств в коммуникативных актах речи и связанных с ними функциональных перестроек в целостной функциональной системе показал следующее.

Исследование экспрессивной речи выявило наличие положительной динамики при восстановлении артикуляторного праксиса выраженного нарушениями речевой моторики. Так, отмечается положительная динамика при нахождении правильно артикуляторной позы большинства нарушенных фонем. Отмечаются успехи по дифференциации близких по произношению фонем. Уменьшение количества литеральных и вербальных

парафазий, пауз внутри слова и вставок гласных в слоги со стечением согласных. Однако неизменным так и остается неполное звучание гласных, приглушенность согласных [г], [б], [д].

Пока не удалось увидеть какой-то ярко выраженной положительной динамики восстановления внешнего высказывания, в т.ч. темпа высказываний. Он продолжает оставаться замедленным, неплавным, с иногда встречающимися парафазиями. Полное восстановление темпа речи, однако, маловероятно. Но стоит отметить, что есть положительные изменения в преодолении трудностей произношения начальных элементов слова. Также стали исчезать различные имеющиеся призвуки, например, «сшапка» – «шапка», чаще стала самостоятельно их контролировать и исправлять, если необходимо.

Монологическая форма речи, как и до обучения, остается наиболее затрудненной для больной. Но стоит отметить, что обучение показывает тенденцию преодоления возникающих в ней затруднений.

Стали наблюдаться улучшения в повторении изолированных звуков или серий слов, которые до этого давались с большим трудом, однако имитационное (сопряженное) повторение при воспроизведении бессмысленных отрезков речи остается самым трудным, так как исключает элемент догадок. При назывании сложных по слоговой конструкции или длинных слов так же отмечаются положительные изменения, но сохраняются «зависания» при поисках трудно артикулируемых для больной звуков.

Повторное исследование импрессивной речи также показало положительную динамику. Так, улучшению понимания ситуационно обусловленной речи, способствовала работа по преодолению дефектов артикуляции и по восстановлению фонологического анализа сложных (длинных) и малочастотных слов, близких по своему звуковому составу или состоящих из гоморганных звуков, подбора слов по двум заданным

фонемам и определение порядкового номера заданной фонемы в слове, определения фонемного состава и последовательности фонем.

Отмечается уменьшение ошибок проб, направленных на понимание значения существительных слов, обобщенных слов, малочастотных обобщенных слов, абстрактных слов, однако трудности понимания глаголов, включающих в себя пространственный элемент, пока не показывают выраженной положительной динамики.

Без значительной динамики осталось понимание слов малочастотной лексики, усложненных инструкций и текстов, логико-грамматических конструкций. Сохраняются затруднения понимания пространственных отношений между предметами, грамматических структур отношений последовательности между тремя объектами и усложненных конструкции сравнительных отношений. Однако количество ошибок в понимании флективных отношений, как прямых, так и инвертированных значительно уменьшилось.

Слабовыраженные улучшения наблюдаются в восстановлении слухоречевой памяти, проявляются в виде увеличения запоминания на короткое время количества несвязных между собой слов.

Сравнительный анализ результатов повторного исследования чтения и письма показал положительную динамику.

Так, чтение короткого текста вслух и про себя, но с зажатым языком, показало положительную тенденцию восстановления. Если раньше оно вызывало сильное напряжение у больной, то в результате проведенного восстановительного обучения наблюдаются ярко выраженные улучшения, проявляющиеся уменьшением напряжения во время чтения, сокращением числа паралексий и отсутствием трудности чтения про себя с зажатым языком. Однако при усложнении или увеличении объема читаемого текста вслух, сохраняется напряжение и запинки из-за поисков правильной артикуляции, поэтому число парафазий и случаев угадывания слов остается довольно высоким.

Восстановление письменной речи также показывает положительную динамику. Значительно уменьшилось количество литеральных параграфий и искажений структуры слов. Увеличилась скорость письма под диктовку. Отмечаются положительные тенденции улучшения (восстановления) почерка, чему способствовали также и логоритмические занятия.

Таким образом, анализ результатов контрольного эксперимента показал нам положительную динамику в восстановлении нарушенной речевой функции у лица с афферентной моторной афазии в резидуальном периоде, что позволяет сделать вывод о том, что составления и проведенная нами коррекционно-восстановительного работа способствует преодолению нарушений артикуляторного кинестетического праксиса.

## ВЫВОДЫ ПО 3 ГЛАВЕ

В рамках экспериментального исследования была проведена комплексная коррекционно-педагогическая работа по восстановлению речевой функции у лиц с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде.

В ходе формирующего этапа эксперимента, который проходил в рамках коррекционной работы, на основании результатов проведенного констатирующего эксперимента установившего, что у обследуемой имеется синдрома афферентной моторной афазии легкой формы, были определены методы и приёмы коррекционно-восстановительного обучения.

Целью коррекционно-педагогической работы являлось восстановление артикуляционной кинестетической основы речепроизводства и потенциально сохранного развернутого устного и письменного высказывания, с помощью преодоления нарушений артикуляторного кинестетического праксиса.

Коррекционно-педагогическая работа по восстановлению нарушенных функций носила системный, поэтапный, дифференцированный, индивидуальный характер. На каждом этапе применялись разные методы из системы приемов и серий операций, направленных на восстановление и закрепление утраченных навыков.

На контрольном этапе педагогического эксперимента был проведен сравнительный анализ динамики восстановления нарушенной речевой функции у лица с афферентной моторной афазией и произведена оценка эффективности проведенной коррекционно-восстановительной работы.

Доказательством эффективности восстановительного обучения лица с афазией явилась положительная динамика в преодолении центрального дефекта нарушенной речевой функции и ее вторичных системных проявлений.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе анализа специальной научно-теоретической и методической литературы мы рассмотрели понятие афазии как сложного системного нарушения, при котором, прежде всего, страдает коммуникативная функция речи, выражающаяся затруднениями или невозможностью пользоваться речевыми навыками, как бытового, так и профессионального общения.

Было установлено, что синдром афферентной моторной афазии, возникает вследствие патологического состояния в постцентральной области коры головного мозга, центральным расстройством которого выступает артикуляционная апраксия, обусловленная неполноценностью анализа и синтеза кинестетических сигналов, вследствие чего теряется умение производить по заданию какие-либо движения органами артикуляции, выражающееся в апраксии поз (укладов) артикуляторного аппарата и проявляющееся в затруднении свободно артикулировать, как отдельные фонемы, так и слоги, слова и предложения.

Для выбора эффективных методов и приёмов восстановительного обучения; определения динамики изменений состояния функции речи у больного с афазией, последовательности возможного, обратного развития разных сторон речевой функции; проведения анализа эффективности применяемых восстановительных мероприятий, были подобраны объективные методы нейропсихологического и нейролингвистического исследования.

Выбранные методики исследования позволили выявить механизм, симптоматику, уровень и структуру дефекта, лежащего в основе нарушенной речевой функции, определив ведущий симптом и его взаимосвязь с другими психическими процессами у лица с синдромом афферентной моторной афазии.

Проведенное экспериментальное исследование позволило:

1. Выявить наличие у больной синдрома афферентной моторной афазии легкой формы, расстройство артикуляторного звена речевой функциональной системы, заключающееся в распаде автоматизированных, типологически обобщенных, навыков артикуляции консонантных (шумовых) компонентов звуков речи, комбинирующееся с легкой недостаточностью фонологического анализа, дефектами чтения и письма. Патогенез данного речевого нарушения связан с дефектом переработки текущей кинестетической афферентации от речевого аппарата, характеризующийся распадами артикуляторных поз (укладов), при осознанных, активных, напряженных поисках правильной артикуляции звуков, проявляющийся в виде смазанной, натянутой, замедленной речи, сопровождающейся запинками и спотыканиями, разнообразными литеральными (реже вербальными) парафазиями и контаминациями.

2. Провести синдромологический анализ дефекта, выделить фактор, лежащий в основе нарушенной речевой функции, определить необходимость разработки комплексной индивидуальной коррекционно-педагогической работы по восстановлению нарушенной речевой функции у больной с синдромом афферентной моторной афазии легкой формы; определить методы и приёмы логопедической работы.

3. Определить цель коррекционно-педагогической работы по восстановлению нарушенной речевой функции у лица с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде: восстановление артикуляционной кинестетической основы речепроизводства и потенциально сохранного развернутого устного и письменного высказывания, посредством преодоления нарушений артикуляторного кинестетического праксиса.

4. Построить и провести логопедическую работу по восстановлению нарушенных функций в соответствии со специальными принципами и задачи восстановительного обучения лиц с афазией, придерживаясь системного, поэтапного, дифференцированного,

индивидуального подхода. Применить на каждом этапе работы разные, взаимосвязанные между собой методы, состоящие из системы приемов и серий операций, направленных на восстановление и закрепление утраченных навыков. Определить основные направления восстановительного обучения: 1) преодоление дефектов первично нарушенного артикуляторного звена речевой функциональной системы (артикуляционной апраксии постцентрального характера); 2) преодоление вторичных системных расстройств.

5. Провести сравнительный анализ динамики восстановления нарушенной речевой функции у лица с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде и оценить эффективность проведенной нами коррекционно-восстановительной работы. Показать, что определенные нами направления и содержание коррекционно-педагогической работы по восстановлению нарушенной речевой функции у лица с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде являются эффективными, поскольку способствуют преодолению нарушений артикуляторного кинестетического праксиса.

6. Доказать эффективность восстановительного обучения на основе анализа результатов, полученных в ходе контрольного эксперимента, показавшего положительную динамику преодоления центрального дефекта нарушенной функции и ее вторичных системных проявлений.

Таким образом, цель нашей работы достигнута, задачи решены, гипотеза исследования подтверждена.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аванесов, Р. И. Очерк грамматики русского литературного языка [Текст] : утв. НКП РСФСР ; Ч. 1 : Фонетика и морфология / Р. И. Аванесов, В. Н. Сидоров. – Москва : Учпедгиз, 1945. – 236 с.
2. Анохин, П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса [Текст] / Петр Анохин. – Москва : Медицина, 1968. – 547 с.
3. Анохин, П. К. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование [Текст] / Петр Анохин, действ. чл. АМН СССР. – [Москва] : [б. и.], 1955. – 20 с.
4. Афазия и восстановительное обучение [Текст] / под ред. Л. С. Цветковой, Ж. М. Глозман. – Москва : Изд-во МГУ, 1983. – 216 с.
5. Бейн, Э. С. Афазия и пути ее преодоления [Текст] / Эсфирь Бейн. – Ленинград : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1964. – 235 с.
6. Бейн, Э. С. Вопрос восстановительной терапии при афазиях у взрослых [Текст] // Вопросы патологии речи: [Сборник статей] / [Редколлегия: Э. А. Бабаян и др.]. – Харьков : Укр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1959. – С. 78–84. – (Труды/ М-во здравоохранения СССР. М-во здравоохранения УССР. Науч.-исслед. ин-т психиатрии МЗ СССР. Укр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т; Т. 32 (81)).
7. Бейн, Э. С. Восстановление речи у больных с афазией [Текст] / Э. С. Бейн, М. К. Бурлакова, Т. Г. Визель. – Москва : Медицина, 1982. – 184 с.
8. Бейн, Э. С. Клиника и лечение афазий [Текст] / Э. С. Бейн, П. А. Овчарова; под общ. ред. Э. С. Бейн. – София : Медицина и физкультура, 1970. – 210 с.
9. Бейн, Э. С. Общие принцип и направления восстановительной терапии речи при афазии [Текст] // Восстановительная и корригирующая терапия при некоторых заболеваниях нервной системы : (Материалы для конференции). 28-30 окт. 1969 г. / Под ред. проф. Н. Н. Аносова ; Ленингр. гос. ин-т усовершенствования врачей им. С. М. Кирова. Ленингр. отд-ние

Всерос. о-ва невропатологов и психиатров. Ленингр. гор. отд. здравоохранения. – Ленинград : [б. и.], 1969. – С. 16–20.

10. Бейн, Э. С., Маркова Е. Д. Некоторые вопросы динамики речевых нарушений [Текст] // Острые нарушения мозгового кровообращения : [Сборник статей] / [Отв. ред. Н. В. Коновалов]. – Москва : [б. и.], 1960. С. 192–200. – (Научные труды/ Акад. мед. наук СССР. Ин-т неврологии; Вып. 1).

11. Бейн, Э. С., Столярова Л. Г. Спонтанное и направленное восстановление речи при афазии в свете общих вопросов компенсации функций [Текст] // Материалы Пятого Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров (30 июня – 6 июля 1969 г.) [Текст] / М-во здравоохранения СССР. Всесоюз. науч. мед. о-во невропатологов и психиатров. – Москва : [б. и.], 1969. – Т. 1. (Состояние психоневрологической помощи в СССР и пути ее развития : Теоретические вопросы патологии нервной и психической деятельности). – С. 289–290.

12. Бернштейн, Н. А. О построении движений [Текст] / Николай Бернштейн ; Акад. мед. наук СССР. – Москва : Медгиз, 1947 (6-я тип. треста «Полиграфкнига»). – 255 с.

13. Бернштейн, Н. А. Физиология движений и активность [Текст] : Сборник / Николай Бернштейн; изд. подгот. И. М. Фейгенберг; под ред. О. Г. Газенко; [Послесл. О. Г. Газенко, И. М. Фейгенберга, С. 463–479; АН СССР]. – Москва : Наука, 1990. – 495 с.

14. Бодуэн де Куртенэ, И. А. Избранные труды по общему языкознанию [Текст] : в 2 т. / Иван Бодуэн де Куртенэ ; [вступ. статьи действ. чл. АН СССР В. В. Винорадова, действ. чл. Польской акад. наук В. Дорошевского] ; сост.: В. П. Григорьев, А. А. Леонтьев. – Москва : Изд-во Акад. наук СССР, 1963. – 2 т.

15. Бондарко, Л. В. Основы общей фонетики [Текст] : учеб. пособие / Л. В. Бондаренко, Л. А. Вербицкая, М. В. Гордина. – 4-е изд.,

испр. – Санкт-Петербург : Филологический факультет СПбГУ; Москва : Издательский центр «Академия», 2004. – 160 с.

16. Бурлакова, М. К. Восстановление речи у больных с афазией [Текст] / Марианна Бурлакова // Фельдшер и акушерка. – Москва : Медицина, 1988. – № 9. – С. 34–38.

17. Бурлакова, М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии [Текст] : кн. для логопедов / Марианна Бурлакова. – Москва : Просвещение, 1991. – 190 с.

18. Бурлакова, М. К. Речь и афазия [Текст] / Марианна Бурлакова. – Москва : Медицина, 1997. – 280 с.

19. Вассерман, Л. И. Методы нейропсихологической диагностики [Текст] : практ. рук. / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. – Санкт-Петербург : Стройлеспечать, 1997. – 360 с.

20. Визель, Т. Г. Как вернуть речь : Инсульт и нарушение речи. Афазия и ее формы. Дизартрия и ее формы. Восстановление речевой функции. Уход за больными [Текст] / Татьяна Визель – Москва : Секачев : ЭКСМО-пресс, 2001. – 222 с.

21. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии [Текст] : учеб. для студентов вузов / Татьяна Визель – Москва : АСТ: Транзиткнига, 2006. – 384 с.

22. Винарская, Е. Н. Клинические проблемы афазии: (нейролингвистический анализ) [Текст] / Елена Винарская; Академия медицинских наук СССР. – Москва : Медицина, 1971 г. – 216 с.

23. Винарская, Е. Н. Симптомокомплекс «афферентной моторной» афазии [Текст] : дис. ... д-ра мед. наук: Д000563 : защищена 21.03.69 : утв. 21.11.69 / Елена Николаевна Винарская. – Москва, 1968. – 445 с.

24. Волкова, Г. А. Логопедическая ритмика [Текст] : учеб. для студ. высш. учеб. заведений / Галина Волкова. – Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 272 с.

25. Вопросы клиники и патофизиологии афазий [Текст] : [сборник статей] / Акад. мед. наук СССР. Ин-т неврологии ; под ред. Е. В. Шмидта и Р. А. Ткачева. – Москва : Медгиз, 1961. – 176 с.

26. Восьмая (VIII) Всероссийская (с международным участием) научная конференция «Центральные механизмы речи», посвященная памяти проф. Н. Н. Трауготт (17-19 ноября 2017 г.) [Текст] : тезисы / Федеральное агентство научных организаций, Российский фонд фундаментальных исследований, Российская академия наук, Отделение физиологических наук и др. ; ответ. ред.: М. Г. Храковская. – Санкт-Петербург : Логопед-профи, 2017. – 158 с.

27. Выготский, Л. С. Избранные психологические исследования [Текст] / Лев Выготский. – Москва: АПН РСФСР, 1960. – 500 с.

28. Выготский, Л. С. Мышление и речь [Текст] : психологические исследования / Лев Выготский ; под ред. и со вступ. статьей В. Колбановского. – Москва ; Ленинград : Соцэкгиз, 1934. – 324 с.

29. Диагностическая нейропсихологическая методика [Текст] : метод. рекомендации / сост. И. М. Тонконогий, Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. – Ленинград: Ленинградский НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1977. – 31 с., 12 л. ил.

30. Доброгаев, С. М. Конспект курсов физиологии речи, патофизиологии речи и логотерапии [Текст] / проф. Сергей Доброгаев ; Гос. педагог. ин-т им. Герцена. – Ленинград : Искра, 1934. – 68 с.

31. Доброгаев, С. М. Речевые рефлексы [Текст] : Труды Лаборатории физиологии речи Акад. наук СССР / Сергей Доброгаев ; Акад. наук СССР. – Москва ; Ленинград : 1-я тип. Изд-ва Акад. наук СССР, 1947. – 143 с.

32. Жинкин, Н. И. Механизмы речи [Текст] / Николай Жинкин. – Москва : Просвещение, 1958. – 151 с.

33. Жинкин, Н. И. Речь как проводник информации [Текст] / Николай Жинкин. – Москва : Наука, 1982. – 157 с.

34. Зиндер, Л. Р. Общая фонетика и избранные статьи [Текст] : учебное пособие / Лев Зиндер ; [сост., вступ. ст. Л. В. Бондаренко]. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Academia ; Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский гос. ун-т, Филологический фак., 2007. – 574 с.
35. Коган, В. М. Восстановление речи при афазии [Текст] / Виктор Коган. – Москва : [б. и.], 1962. – 110 с. – (Научные труды Института/ М-во соц. обеспечения РСФСР. Упр. врачебно-трудовой экспертизы. Центр. науч.-исслед. ин-т экспертизы трудоспособностей и организации труда инвалидов «ЦИЭТИН»).
36. Кошелева, Н. В. Активация речевой коммуникации у детей и взрослых с патологией речи [Текст] : методическое пособие / Н .В. Кошелева, Н .А. Кочеткова. – Москва : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2010. – 200 с.
37. Критчли, М. Афазиология [Текст] / Макдональд Критчли ; сокр. пер. с англ. Е. П. Кок. – Москва : Медицина, 1974. – 232 с.
38. Кроль, М. Б. Невропатологические синдромы [Текст] / Михаил Кроль. – Харьков ; Киев : Гос. мед. изд-во УССР, 1933. – 528 с.
39. Кроль, М. Б. Реферат об афазии [Текст] / Михаил Кроль // Из журнала невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Москва : Типо-литогр. Т-ва И.Н. Кушнерев и К, 1907. – Кн. 4. – 14 с.
40. Лебединский, М. С. Афазии, агнозии, апраксии [Текст] / проф. Марк Самуилович Лебединский; Укр. психоневрол. ин-т и психоневрол. ин-т (Клиническая больница) Дорсанотдела Ю. ж. д. – Харьков : Укр. психоневрол. ин-т, 1941. – 237 с.
41. Леонтьев, А. А. Язык, речь, речевая деятельность [Текст] / Алексей Леонтьев. – 8-е изд. – Москва : Ленанд, 2014. – 211 с.
42. Лурия, А. Р. Афазия и анализ речевых процессов [Текст] / Александр Лурия // Вопросы языкознания. – Академия наук СССР, 1959. – № 2. – С. 65–72.

43. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга [Текст] / Александр Лурия. – Москва : Изд-во Московского ун-та, 1962. – 431 с.
44. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии. [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Александр Лурия. – Москва : Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.
45. Лурия, А. Р. Травматическая афазия [Текст] : Клиника, семиотика и восстановит. терапия / Александр Лурия ; [Предисл. чл.-кор. АН СССР, действ. чл. АМН СССР Н. И. Гращенкова, с. 3-4] ; Акад. мед. наук СССР. – Москва : тип. Упр. делами Совета Министров СССР, 1947 [вып. дан.: 1948]. – 368 с.
46. Лурия, А. Р. Язык и сознание [Текст] / Александр Лурия. – 2-е изд. – Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1998. – 335 с.
47. Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии [Текст] / [пред.: М. Кроль, Н. Проппер] ; Ин-т по изуч. высш. нервной деятельности. Клинич. отд-ние. – Москва ; Ленинград : Медгиз, 1934. – 184 с.
48. Норк, О. А. Взаимодействие лингвистических и физиологических факторов в образовании артикулярной базы [Текст] / О. А. Норк, К. М. Колосов // Иностранные языки в школе. – 1973. – № 1. – С. 3–18.
49. Оппель, В. В. Восстановление речи после инсульта [Текст] / Варвара Оппель. – Ленинград : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1972. – 152 с.
50. Оппель, В. В. Восстановление речи при афазии. [Текст] : методические указания / Варвара Оппель – Ленинград : Медгиз, 1963. – 108 с.
51. Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте [Текст] : сб. науч. тр. / Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева; под ред. О. А. Балунова, Т. Д. Демиденко. – Ленинград : Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1990. – 172 с.

52. Орфинская, В. К. Восстановление речи и лингвистический анализ афазии [Текст] / Вера Орфинская // Нервные и психические заболевания в условиях военного времени / под ред. Р. Я. Голант, В. Н. Мясищева ; М-во здравоохранения РСФСР, Науч.-исслед. психо-неврол. ин-т им. В. М. Бехтерева. – Ленинград, 1948. – С. 192–201.

53. Орфинская, В. К. Классификация форм афазии и принципы логопедической работы с афазиками [Текст] / Вера Орфинская // Материалы Ленинградской зональной психологической конференции : 16-20 мая 1958 г. / под ред. Ю. А. Самарина и др. ; Ленингр. отд-ние О-ва психологов при Акад. пед. наук РСФСР и Ленингр. гос. пед. ин-т им. А. И. Герцена. – Ленинград, 1958. – С. 93–95.

54. Патологическая психология [Текст] // Материалы Ленинградской зональной психологической конференции. 16-20 мая 1958 г. / под ред. Ю. А. Самарина [и др.] ; Ленингр. отд-ние О-ва психологов при Акад. пед. наук РСФСР и Ленингр. гос. пед. ин-т им. А. И. Герцена. – Ленинград : [б. и.], 1958. – С. 82–100.

55. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией [Текст] / Э. С. Бейн, Э. Н. Герценштейн, З. Я. Руденко и др. ; под ред. Э. С. Бейн. – Москва : Медгиз, 1962. – 336 с. – (Б-ка практикующего врача).

56. Предупреждение и лечение нарушений мозгового кровообращения: (Материалы к Симпозиуму, созываемому в дек. 1965 г.) / Акад. мед. наук СССР. Ин-т неврологии ; Ред. Г. А. Максудов. – Москва : [б. и.], 1965. – 344 с.

57. Проблемы афазии и восстановительного обучения [Текст] : [сб. статей] / под ред. Л.С. Цветковой. – Москва : Изд-во МГУ, 1979. – 168 с.

58. Проблемы патологии речи [Текст] : тез. всесоюз. симпоз., 16-21 окт. 1989 г. / отв. ред. В. В. Ковалев. – Москва : Моск. НИИ психиатрии, 1989. – 170 с.

59. Психофизиологические механизмы речи [Текст] // Общее языкознание: формы существования, функции, история языка / отв. ред.

чл.-кор. АН СССР Б. А. Серебрянников. – Москва : Наука, 1970. – С. 314–365.

60. Расстройства речи при черепно-мозговых ранениях и ее восстановление [Текст] : труды Института дефектологии. – Москва ; Ленинград : [б. и.], 1948. – 191 с. : ил. – (Известия Академии педагогических наук РСФСР/ отв. ред. проф. Л. В. Занков. Отд-ние психологии; Вып. 15).

61. Реабилитация больных с афазией, возникшей вследствие мозгового инсульта [Текст] : методические рекомендации / Э. С. Бейн, Л. Г. Столярова, М. К. Шохор-Троцкая, Т. Г. Визель. – Москва : Мин. здрав. СССР. Глав. управ. лечебно-профилактической помощи, 1977. – 191 с.

62. Реформатский, А. А. Из истории отечественной фонологии [Текст] : очерк : хрестоматия / Александр Реформатский ; АН СССР. Ин-т языкознания. – Москва : Наука, 1970. – 527 с.

63. Речь [Текст] : артикуляция и восприятие / Л. А. Чистович, В. А. Кожевников, В. В. Алякринский и др. ; Акад. наук СССР. Ин-т физиологии им. И. П. Павлова. – Москва ; Ленинград : Наука. [Ленингр. отд-ние], 1965. – 241 с.

64. Сеченов, И. М. Избранные произведения [Текст] / Иван Сеченов ; под ред., со вступ. статьей [с. 3-30] канд. философ. наук В. М. Каганова. – Москва : Учпедгиз, 1953. – 335 с.

65. Сорокин, В. Н. Теория речеобразования [Текст] / Виктор Сорокин. – Москва : Радио и связь, 1985. – 312 с.

66. Столярова, Л. Г. Афазия при мозговом инсульте [Текст] / под ред. Винарской Е. Н. – М.: Медицина, 1973. – 218 с.

67. Тезисы докладов [Текст] : Совещание по вопросам нарушения и восстановления речи. 10-13 мая 1961 г. / Акад. наук СССР. Ин-т физиологии им. И. П. Павлова ; отв. ред. Н. А. Крышова. – Москва ; Ленинград : Изд-во Акад. наук СССР, 1961. – 35 с.

68. Тонконогий, И. М. Инсульт и афазия [Текст] / Иосиф Тонконогий. – Ленинград : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1968. – 268 с.
69. Тонконогий, И. М. Клиническая нейропсихология [Текст] / И. М. Тонконогий, А. Пуанте. – СПб.: Питер, 2007. – 528 с.
70. Трубецкой, Н. С. Основы фонологии [Текст] / Николай Трубецкой ; пер. с нем. А. А. Холодовича ; под ред. С. Д. Кацнельсона. – 2-е изд. – Москва : Аспект Пресс, 2000. – 352 с.
71. Флоренская, Ю. А. Избранные работы по логопедии : [анализ причин и механизмов нарушений речевой функции в детском и взрослом возрасте, коррекции речевых расстройств, методы преодоления заикания и афазии] / Юлия Флоренская ; сост. Е. Е. Шевцова. – Москва : АСТ : Астрель, 2007 (Владимир : Владимирская книжная типография). – 223 с. – (Библиотека логопеда).
72. Флоренская, Ю. А. Клиника и терапия нарушений речи [Текст] / Юлия Флоренская, канд. мед. наук ; под ред. действ. чл. Акад. мед. наук СССР проф. В. А. Гиляновского и проф. М. С. Лебединского. – Москва : Медгиз, 1949 (тип. изд-ва «Моск. Рабочий»). – 120 с. – (Б-ка практического врача).
73. Хватцев, М. Е. Дефекты речи [Текст] : происхождение, профилактика и воспитательное лечение : с 30 ил. / Михаил Хватцев. – Москва ; Ленинград : Гос. изд-во, 1930 (Л. : тип. Печатный двор). – 144 с.
74. Хватцев, М. Е. Косноязычие, заикание и прочие болезненные изменения речи [Текст] : происхождение. Предупреждение. Воспитательное лечение / Михаил Хватцев. – Москва ; Ленинград : Гос. учеб.-пед. изд-во, 1931 (Л. : тип. «Печатный двор»). – 72 с.
75. Хомская, Е. Д. Нейропсихология [Текст] : учеб. для вузов по спец. «Психология» / Евгения Хомская. – Изд. 4-е, перераб. и доп. – Санкт-Петербург : Питер, 2005. – 496 с. : ил. 188.
76. Храковская, М. Г. Афазия и алалия с позиций изучения высшей нервной деятельности в трудах Н. Н. Трауготт [Текст] / М. Г. Храковская,

Г. М. Сумченко // Физиология человека. – 2018. – Т. 44, № 2, март–апрель. – С. 11–15.

77. Храковская, М. Г. Афазия. Агнозия. Апраксия [Текст] : методики восстановления / Мария Храковская. – Санкт-Петербург : Нестор-История, 2017. – 312 с.

78. Цветкова, Л. С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения [Текст] : избранные психологические труды / Любовь Цветкова ; Российская акад. образования. Московский психолого-социальный ин-т. – Москва : Московский психолого-социальный ин-т ; Воронеж : МОДЭК, 2011. – 744 с. – (Серия «Психологи России»).

79. Цветкова, Л. С. Афазия и восстановительное обучение [Текст] : для дефектол. фак. / Любовь Цветкова. – Москва : Просвещение, 1988. – 207 с.

80. Цветкова, Л. С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение [Текст] : учеб. пособие / Любовь Цветкова. – 2-е изд., испр. – Москва : Изд-во Моск. психол.-социал. ин-та ; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2005 (ФГУП ИП фирма Воронеж). – 183 с.

81. Цветкова, Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга [Текст] : учеб. пособие / Любовь Цветкова. – Москва : Изд-во Моск. психол.-социал. ин-та ; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2010. – 376 с. – (Серия «Библиотека психолога»).

82. Цветкова, Л. С. К вопросу о природе афазии и учении о факторе [Текст] / Любовь Цветкова // Вопросы психологии. – 2002. – № 4. – С. 120–131.

83. Цветкова, Л. С. Нарушение понимания речи при моторной афазии [Текст] / Л. С. Цветкова, Э. В. Ахметова // Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы [Текст] : сборник науч. трудов / под ред. проф. В. П. Белова, д-ра психол. наук В. М. Когана ; Центр. науч.-исслед. ин-т экспертизы трудоспособности и организации

труда инвалидов (ЦИЭТИН) МСО РСФСР. – Москва, 1972. – Вып. 3. – С. 102–109.

84. Цветкова, Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных : речь и интеллектуал. деятельность [Текст] : учеб.-метод. пособие / Любовь Цветкова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : [Изд. дом Рос. акад. образования (РАО)] ; Воронеж : [Моск. психол.-социал. ин-т]; 2004 (Воронеж : ФГУП ИПФ Воронеж). – 420 с.

85. Цветкова, Л. С. Нейропсихология и афазия [Текст] : новый подход / Любовь Цветкова. – Москва : Московский психолого-социальный институт, Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – 592 с.

86. Цветкова, Л. С. Опыт программированного восстановительного обучения [Текст] / Любовь Цветкова // Восстановительная терапия и социально-трудовая реадaptация больных нервно-психическими заболеваниями. – Ленинград, 1965. – С. 56.

87. Чернова, В. Д. Восстановление речи при заболеваниях головного мозга [Текст] / Анна Чернова. – Москва : Медгиз, 1958. – 119 с. – (Б-ка практического врача).

88. Шкловский, В. М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии [Текст] / В. М. Шкловский, Т. Г. Визель. – М.: «Ассоциация дефектологов», В Секачев, 2000. – 96 с.

89. Шкловский, В. М. Регресс постинсультной афазии и сопутствующих неречевых синдромов, обусловленный курсом восстановительного лечения, включающим интенсивную речевую терапию [Текст] / В. М. Шкловский, В. В. Алферова, Е. Г. Иванова Л. А. Майорова и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – № 11. – Т.118 – С. 22–30.

90. Шкловский, В. М. Современные проблемы реабилитации при афазии [Текст] / В. М. Шкловский // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека : Тез. докл. к VII съезду О-

ва психологов СССР / АН СССР...; [Редкол.: В. М. Русалов и др.]. – Москва : Б. и., 1989. – С. 161–162.

91. Шохор-Троцкая, М. К. Коррекция сложных речевых расстройств: сборник упражнений [Текст] : учимся говорить правильно, восстановление правильности речи, закрепление навыков произношения, преодоление нарушений письма / Марианна Шохор-Троцкая. – Изд. 2-е, перераб. – Москва : Сфера, 2006. – 272 с.

92. Шохор-Троцкая, М. К. Стратегия и тактика восстановления речи [Текст] : Нейропсихол. введ. в логопедию / Марианна Шохор-Троцкая (Бурлакова). – Москва : В. Секачев : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 432 с.

93. Щерба, Л. В. Русские гласные в качественном и количественном отношении [Текст] / Лев Щерба. – Ленинград : Наука (Ленингр. отд-ние), 1983. – XXVIII, XI, 155 с.

94. Щерба, Л. В. Языковая система и речевая деятельность [Текст] : сборник работ / Лев Щерба ; ред. Л. Р. Зиндер, М. И. Матусевич ; АН СССР. Отд-ние литературы и языка. Комис. по истории филол. наук. – Ленинград : Наука. Ленингр. отд-ние, 1974. – 427 с.

95. Якобсон, Р. О. Введение в анализ речи [Текст] / Р. О. Якобсон, Г. М. Фант, М. Халле ; перевод с английского А. А. Зализняка и Е. В. Падучевой // Новое в лингвистике. – Москва, 1962. – Вып. 2. – С. 173–231.

96. Якобсон, Р. О. Избранные работы [Текст] : пер. с англ., нем., фр. яз. / Роман Якобсон ; предисл. В. В. Иванова, с. 5–29; сост. и общ. ред. В. А. Звегинцева. – Москва : Прогресс, 1985. – 455 с.

97. Якобсон, Р. О. Язык и бессознательное [Текст] / Роман Якобсон ; [пер. с англ., фр. К. Голубович и др. ; сост., вступ. слово К. Голубович, К. Чухрукидзе ; ред. пер. Ф. Успенский]. – Москва : Гнозис, 1996. – 248 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Протокол исследования первичного дефекта больной артикуляционным  
методом (сокращенный вариант – 200 слогов).

<b>Имитация слоговых таблиц</b>								
<b>№</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Таблица 1</b>	+	–	+	+	+	+	–	–
	+	+	+	–	+	+	+	–
	+	+	+	+	+	–	+	–
	+	–	+	–	–	+	–	+
	+	–	+	+	+	–	+	–
<b>Таблица 2</b>	–	+	+	+	+	–	+	–
	–	+	+	+	+	+	+	–
	–	–	–	+	+	+	–	+
	–	–	+	+	+	+	–	+
	–	+	+	–	+	–	+	+
<b>Таблица 3</b>	+	+	–	+	–	+	+	+
	+	–	+	+	+	+	+	+
	–	+	+	+	+	+	+	–
	–	+	+	+	+	–	+	+
	+	+	–	+	+	+	–	+
<b>Таблица 4</b>	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	–	+	–	+	+	–
	–	+	+	+	+	–	+	+
	+	+	–	+	–	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Таблица 5</b>	+	–	+	+	+	+	+	+
	+	–	+	+	+	+	+	+
	+	–	–	–	+	+	+	+
	+	+	–	+	–	–	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Чтение слоговых таблиц</b>								
<b>№</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Таблица 1</b>	+	+	+	+	+	+	–	–
	+	+	–	+	+	+	+	–
	+	+	+	+	+	+	+	–
	+	+	+	+	–	+	–	+
	+	–	+	+	+	–	+	+
<b>Таблица 2</b>	–	+	+	+	–	–	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	–	–	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	–	+	+	–	+	–	+	+
<b>Таблица 3</b>	+	+	–	+	–	+	+	–
	–	–	+	+	+	+	+	+
	+	+	–	+	+	+	+	+

	+	+	+	+	+	-	+	+
	+	+	+	+	+	+	-	+
<b>Таблица 4</b>	+	-	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	-	+	+	-
	-	+	+	-	+	+	+	+
	+	+	-	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Таблица 5</b>	+	+	-	+	+	+	+	+
	+	-	+	+	-	+	+	+
	+	+	+	-	+	+	-	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Записывание слоговых таблиц</b>								
<b>№</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Таблица 1</b>	+	+	+	-	+	+	+	-
	+	+	-	+	+	+	+	+
	-	+	+	+	+	+	-	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	-	+	+
<b>Таблица 2</b>	+	+	+	+	-	+	+	+
	+	-	+	+	+	+	+	+
	-	+	+	+	+	-	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	-	+	+
<b>Таблица 3</b>	+	+	+	+	+	+	+	+
	-	-	+	+	+	+	+	+
	+	+	-	+	+	+	-	+
	+	+	+	+	+	-	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Таблица 4</b>	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	-	+	+	+
	+	+	+	-	+	+	+	+
	+	+	-	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Таблица 5</b>	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	-	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	-	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+

Таблица 1 – Качественный анализ ошибок при выполнении проб (артикуляционный метод). Констатирующий эксперимент.

Качество ошибок	Критерии исследования		
	Имитация слоговых таблиц	Чтение слоговых таблиц вслух	Записывание слоговых таблиц под диктовку
Замена звука	г-Х; г-К л-М; л-Н; л-Р; л-П; л-Й; л-Н; л-КИ с-Т ц-ТС; ц-СТ; ца-Аа; ц-Н; ц-ТСФ; ч-ФС; ч- СЦ; ч-ТЩ; ч-СИ; ч-С; ч-Ц; ж-З; ж-В; ж-М щ-ФС; щ-С ш-Ф; щ-С; ш-З; ш-ХС; ш-Й; ш-М	л-М м-П ч-С; ч-Т ц-СФ; ц-С ж-З ш-С я-А	ц-С; ш-Ж; ч-Щ; л-Р  Перестановка звуков: всум (свум); всар(свар); катсь (касть).
Раздробление сложного состава слогов (паузы)	тъ-ря-пъ (тряпь) тъ-рю-ль (трюль) но-сь-ть (носьть) дъ-ре-ть (дреть) тъ-ра-рь (трарь)		
Добавление лишних букв (призвуки)	баТСц Слась хОуф Сций Вжик юТСц хуНл	пиТц Йлефь фОсоф стыЙч Стштоть дЕреть СчЕтэт зОном Счуй Сштай	чИтал ноВОсть
Пропуск букв	во(х)* тру(х)* д(л)*аф	п(л)*ись тру(х)* (л)*ёнь	(п)*лис(ь)* ф(с)*ен п(р)*юх

		ту(щ)* фсе(с)*; (ч)*ум(ь)* шар(ь)* (с)*кес	(с)*кум д(л)*аф в(с)*ес тря(пь)* (ш)*тоть д(р)*еть
Звучание звуков	неполное звучание гласных; отсутствие звонкости согласных – г, б, д		
Замена слов	реть – рОт чумь – ТСунь шал – ХОЛ дѐч – ДЕТЕЩ лоч – РОчШ чесь – ЕсТЬ кац – кХаФС щусь – ус	сич – сиТО шесть – Сшить шись – СиШи чтел – Стичем лась – Масть шич – шыТЬ	шусь – Щуй

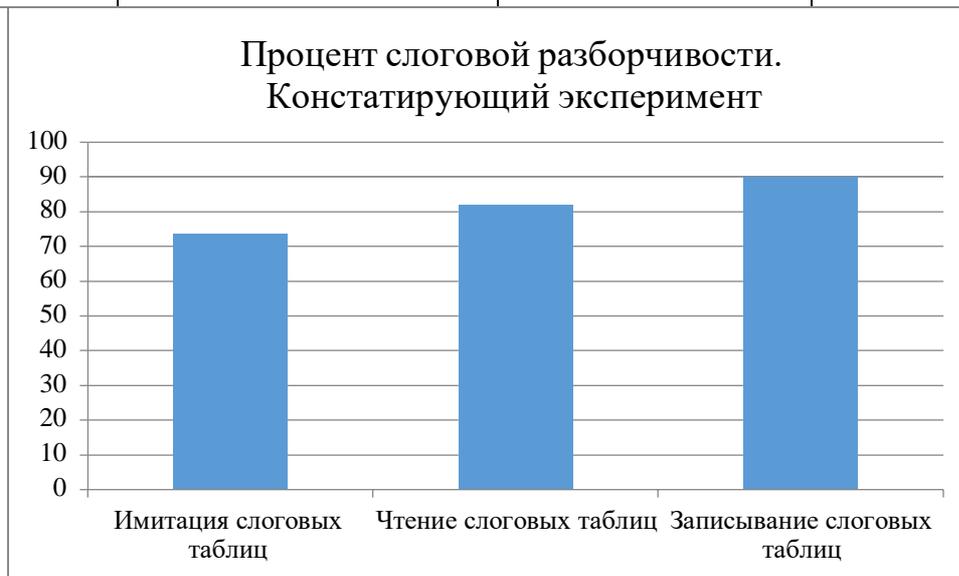


Рисунок 1 – Количественный анализ исследования первичного дефекта  
больной артикуляционным методом

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Протокол исследования речевых функций Констатирующий эксперимент. Качественный и количественный анализ

Категории исследования	Оценка речевых нарушений	Ошибки	Степень выраженности (баллы)
<i>1. Экспрессивная речь</i>			
<i>Легкая степень артикуляторной апраксии</i>			
1.1. Спонтанная и диалогическая речь	Паузы из-за поиска положения языка. Встречаются литеральные, иногда вербальные парафазии	«+»	1
1.2. Повествовательная (монологическая или предикативная) речь	Слабо выраженные трудности в подборе слов, аграмматизмы, парафазии. Затруднено произношение длинных фраз.		
а. Составление рассказа по сюжетной картинке	Достаточно легко составляет фразы, но имеются слабо выраженные искажения грамматической структуры, а также литеральные и вербальные парафазии, паузы	«+»	1,5
б. Пересказ текста	Встречаются отдельные аграмматизмы, и сложности при формулировании длинных фраз	«+»	1,8
1.3. Автоматизированная речь	Произносится довольно свободно, практически плавно, с правильной артикуляцией и без искажений.	«-»	0
1.4. Отраженная речь (повторение)	Встречаются отдельные ошибки (замены, застревания) при повторении сложных и редко встречающихся слов		
а. Повторение изолированных гласных звуков и их серий	Оглушение	«+»	0,3
б. Повторение изолированных согласных звуков	Встречаются литеральные парафазии	«+»	1,5
в. Повторение слогов-триграмм	Встречаются литеральные парафазии	«+»	1
г. Повторение серии звуков	Встречаются литеральные парафазии	«+»	1,2
д. Повторение серий оппозиционных фонем	Встречаются литеральные парафазии	«+»	1,5
е. Дифференциация близких по звучанию слогов, слов и звукосочетаний	Встречаются затруднения	«+»	1
ж. Повторение простых слов	Практически нет ошибок	«+»	0,2
з. Повторение бессмысленных отрезков речи	Встречаются затруднения	«+»	1,7
и. Повторение простых предложений	Встречаются литеральные парафазии	«+»	0,4
к. Повторение развернутых и сложных предложений	Удерживает и повторяет элементы всей цепи, но не воспроизводит заданный порядок их следования, отмечаются негрубые искажения отдельных элементов речевого ряда	«+»	1,3
л. Повторение серии слов, не связанных по смыслу	Встречаются затруднения	«+»	1
м. Повторение серий слогов-триграмм	Встречаются затруднения	«+»	1

н.	Повторение серий слов в условиях интерференции	Встречаются затруднения	«+»	1
о.	Повторение серий слогов-триграмм в условиях интерференции	Встречаются затруднения	«+»	1
1.5. Номинативная функция (называние)				
а.	Называние фонем изолированно	Трудности при произнесении согласных в основном, оглушение гласных, редуцированное звучание	«+»	0,8
б.	Называние реальных предметов	Наблюдаются дефекты названия сложных по слоговой конструкции или длинных слов в виде артикуляторных затруднений, литеральных парафазий и редких амнестических расстройств, которые вызывали вербальные замены.	«+»	1
в.	Называние частей тела	Практически сохранено	«+»	0,1
г.	Называние изображений предметов	Поиска артикуляционных укладов, контролирует рукой наличие или отсутствие вибрации гортани. Затруднения при назывании малочастотных, сложных слов	«+»	0,7
д.	Называние действий	Затруднения при назывании малочастотных, сложных слов	«+»	0,7
1.6. Сопряженная речь			«+»	0,5
<i>Произносительные особенности речи</i>				
а.	Усилия, напряжения в речи, запинание	Слова произносятся замедленно, с усилием, запинания, застревания, умеренное напряжение мышц	«+»	2
б.	Просодии (интонация, ритм, ударение, мелодика речи и т.д.)	Наблюдаются монотонность и нарушение мелодики русского языка. Модуляция в речи не ощущается. Она держится как бы в одной тональности. Нет динамических моментов предложения. Содержание высказываний не соответствует ни силе, ни темпу речи. Голос движется по ровному, скучному пути, не имеющему ни определенной формы, ни фразировки. Интонация в речи все же имеется, но не соответствует смыслу высказывания, отмечается неправильная расстановка акцента в предложениях	«+»	2,5
в.	Темп речи	Темп речи замедлен (заплетается язык, как у зайки), иногда не может произнести слова, которые хорошо знает	«+»	2
г.	Пение	Авокалия (амузия)	«+»	2,5
д.	Произношение речевых звуков	Деформация отдельных артикулем, нередко придающая речи «иностранный» акцент	«+»	1
е.	Литеральные парафазии	Слабо выраженные: литеральные парафазии (стандартные и нестандартные). Чаше встречаются при назывании, повторении и в спонтанной речи	«+»	1,5
ж.	Вербальные парафазии	Вербальные парафазии редки	«+»	0,5
з.	Аграмматизм	Слабо выраженный: в речи отмечается преобладание глаголов, существительные бывают, заменяются вербальными парафазиями	«+»	1
Отношение дефекту речи		Осознанное, ошибки в собственной речи замечает и сразу же сами их корректируют. Изредка не замечает отдельные литеральные и вербальные парафазии в собственной речи	«+»	0,5
2. Понимание речи (импрессивная речь)		<i>Легкие нарушения понимания в звене звуко различения, выбора значения слова (обобщенных и абстрактных понятий) и перешифровки логико-грамматических структур (предметно-образных представлений и пространственных отношений)</i>		

2.1.Понимание ситуативной речи	Практически сохранено	«+»	0,5
2.2. Понимание простых команд	Затруднение понимания ситуативной речи и простых команд при быстрой речи, отвлечении внимания больного и усложнении	«+»	0,5
2.3. Понимание фонем изолированно		«-»	0
2.3.а. Фонематический анализ:	Встречаются затруднения		
а. Определение фонемного состава и последовательность и фонем	При осознанном анализе начинаются трудности. Разобрать слово «инженер» (какие буквы входят) вызвало затруднение, соскальзывание на близкие артикулемы, трудности дифференциации, когда назвать не составило труда	«+»	1
б. Определение порядкового номера заданной фонемы в слове	Встречаются затруднения	«+»	0,5
в. Анализ слов по одной фонеме	–	«-»	0
г. Анализ слов по двум фонемам	Встречаются затруднения	«+»	1
2.4.Понимание смысла простых слов	–	«-»	0
2.5. Понимание смысла сложных слов	Встречаются затруднения	«+»	1
2.6. Понимание предметно-отнесенных слов	Понимание нарушается на уровне сложных и малочастотных слов	«+»	1
2.7. Понимание фонематически близких слов	Нарушение понимания слов оппозиционных и гоморганных звуков (правильно найдя картинку к слову «кот», при последующем предъявлении слова «рот» появились затруднения, начала путаться)	«+»	1
2.8. Понимание глаголов	Трудности вызвало предъявление глаголов, включающих в себя пространственный элемент – «входит-выходит и т.п.» и с приставками (приближение, присоединение)	«+»	0,5
2.9. Понимание существительных	Личных местоимений, приставок и флексий существительных, например, вместо «я» – «ко мне», вместо «тебе» – «мне», вместо «мы собирались на прогулку» – «мы возвращались с прогулки»	«+»	1
2.10. Понимание обобщенных категорий	Затруднения понимания обобщенных слов в сторону их расширения и малочастотных обобщенных слов в сторону их сужения значения слов	«+»	0,5
2.11. Понимание абстрактных категорий	При выполнении данных проб ссылалась на отсутствие нужных картинок	«+»	0,5
2.12. Понимание синонимов	Встречаются затруднения	«+»	0,5
2.13. Понимание омонимов изолированно	Встречаются затруднения	«+»	2
2.14. Понимание омонимов в контексте		«-»	0
2.15. Понимание сложных логико-грамматических структур	Встречаются затруднения		
а. Понимание флексивных отношений (конструкций) в	Отдельно показывает, в творительном падеже начинает путаться, при пробе показать «ручкой расческу», показывала рукой на эти предметы или путала последовательность	«+»	1,5

	творительном падеже прямых и инвертированных			
б.	Понимание предложно-падежных конструкций с локативными предлогами	Сложности понимания пространственных отношений между предметами и геометрическими объектами с помощью предлогов «на», «под» и т.д. (крест под кругом, треугольник под квадратом, спичка на коробке, спичка под коробкой)	«+»	2
в.	Понимание отношений последовательности и между предметами, выраженных одним предлогом и наречием места	Затруднений не выявлено («девочка стоит у стола» и т.п.)	«-»	0
г.	Понимание отношений между предметами, выраженных двумя предлогами	Предложный импрессивный аграмматизм. Понимая отдельно смысл предлогов, не может расположить или нарисовать в пространстве три предмета (положите ручку справа от линейки и слева от карандаша).	«+»	2,3
д.	Понимание сравнительных отношений	Затруднения в определении – Коля выше Вани и ниже Саши. Кто здесь Коля, Ваня и Саша?	«+»	1,5
е.	Понимание конструкций атрибутивного родительного падежа, (кто такой?)	Сложности понимания («мама дочки» и т.п.) обследуемая просила уточнить, что конкретно надо ей показать	«+»	1,5
2.16.	Понимание простых предложений	–	«-»	0
2.17.	Понимание сложных предложений	Встречаются затруднения	«+»	1
2.18.	Понимание простого текста	–	«-»	0
2.19.	Понимание сложного текста	Встречаются затруднения	«+»	1
2.20.	Понимание радиотелепередач, понимание речи по телефону	–	«-»	0
2.21.	Понимание проб Хеда	Слегка затруднена пространственная ориентировка рук в пробах Хеда, пугает направление	«+»	0,5
3.	Чтение	<i>Легкие проявления алексии. При чтении вслух имеются те же нарушения что и в других видах внешней речи – запинки, артикуляционные сложности, литеральные парафазии, перестановки и пропуски букв</i>		
3.1.	Чтение идеограмм	–	«-»	0
3.2.	Чтение букв вслух	Те же трудности, что и при экспрессивной речи: при осознанном анализе, начинаются трудности. Замены (л, читала как С или как З)	«+»	1
3.3.	Узнавание и классификация букв в наборе выполненных различными шрифтами	Встречаются затруднения	«+»	0,5
3.4.	Чтение (узнавание) букв на фоне шума	Ошибки встречаются изредка, главным образом, при чтении букв, изображенных непривычным шрифтом или в затрудненных для чтения условиях (наложенные друг на друга, на фоне однородного шума и т. д.)	«+»	0,5
3.5.	Чтение вслух	Встречаются затруднения	«+»	1

слогов и псевдо слов			
3.6. Чтение слов	Встречаются запинки, как правило, на первой букве	«+»	1
3.7. Чтение предложений	Встречаются неточности в понимании. Иногда встречается фонологически не контролируемое сугубо контекстное чтение «по догадке»	«+»	1
3.8. Чтение вслух коротких рассказов	Встречаются отдельные литеральные и вербальные парафазии. Темп чтения медленный. С возрастанием сложности текстов увеличивается число парафазий, поисков артикуляции, случаев угадывания слов. Замедленное понимание, перечитывание.	«+»	1
3.9. Чтение про себя	В целом сохранно	«-»	0
3.10. Чтение про себя (с зажатым языком)	Трудности в понимании инструкций, неточности	«+»	0,5
4. Письмо	<i>Легкие проявления аграфии. Литеральные параграфии (замены и пропуски букв при стечении согласных) и искажения структуры слов. имеются аграмматизмы, в виде неточных, парафазических употреблений предлогов, наречий и окончаний существительных. Вероятно, это возникает из-за недостаточного анализа сходных «артиклем»</i>		
4.1. Списывание	Отдельные ошибки, главным образом, при списывании, редко встречающихся и многосложных слов	«+»	0,5
4.2. Самостоятельное письмо	Самостоятельное письмо возможно, но отражает особенности экспрессивной речи больного (ухудшается прижатом языке)	«+»	1
4.3. Письмо слов	Ошибки возникают в основном при написании сложных, с трудом артикулируемых слов.	«+»	0,5
4.4. Письмо автоматизированных энграмм	–	«-»	0
4.5. Письмо букв под диктовку	Редкие ошибки	«+»	0,3
4.6. Письмо слогов под диктовку	Редкие ошибки	«+»	0,5
4.7. Письмо под диктовку (слов, предложений, текстов)	Письмо под диктовку сохранено, но осуществляется с параграфиями (пропусками, заменами, перестановками букв и т. д.)	«+»	1

#### Протокол исследования других ВПФ

№	Категории исследования	Оценка речевых нарушений	Ошибки	Степень выраженности (баллы)
<i>1. Неречевой праксис</i>				
а.	Состояние артикуляционной моторики	Встречаются затруднения	«+»	1
б.	Мимический праксис	Встречаются затруднения	«+»	0,7
в.	Оральный символически праксис	Затруднялась выполнить по заданию – надуть одну щеку, поцокать, подуть, посвистеть, высунуть язык	«+»	1,5
г.	Символический праксис	Обследуемая зеркально и неловко воспроизводила задания погрозить пальцем, поманить к себе правой руки, с левой управлялась лучше	«+»	1
д.	Динамический праксис (мануальный)	Затруднены координация движений, построение отдельных движений связано с затруднениями в построении отдельной позы (сжатие пальцев в кулак, перемещение руки в пространстве. Выявляется негрубая апраксия «позы» пальцев, в движениях рук и речевых органов (по зрительному образцу и особенно по речевой инструкции).	«+»	1

е.	Сомато-пространственный праксис	Ориентировка в правой и левой половине тела, представление об изолированных движениях различными частями тела имеется, обследуемая называет их правильно, но иногда пугает направление, бывает также неожиданное выпадение, наблюдается апраксия жеста, слегка затруднена пространственная ориентировка рук в пробах Хэда.	«+»	1
ж.	Предметных действий и жестов	Нарушение праксиса позы – идеаторная и идеомоторная апраксия. Движения воспроизводились зеркально и неловко.	«+»	1
<i>2. Конструктивно-пространственная деятельность</i>				
а.	Конструктивный праксис	Обследуемая затруднялась сложить из спичек сложную фигуру по рисунку	«+»	1
б.	Рисование геометрических фигур и предметов	Встречаются затруднения	«+»	0,7
в.	Ориентировка в планах, картах	Пространственная дезориентированность в географических картах возникают сложности определить (или схематично изобразить на бумаге) местонахождение каких-либо городов, например, по отношению их к своему городу.	«+»	1
<i>3. Зрительный гнозис</i>				
а.	Предметный гнозис	Встречаются затруднения	«-»	0,7
б.	Симультанный гнозис	Встречаются затруднения	«+»	0,9
в.	Пространственный гнозис	Встречаются затруднения	«+»	0,7
г.	Цветовой гнозис	Расстройств не наблюдается	«-»	0
д.	Лицевой гнозис	Расстройств не наблюдается	«-»	0
<i>4. Слуховой гнозис</i>				
а.	Узнавание мелодий	Расстройств не наблюдается	«-»	0
<i>5. Слухо-моторная координация</i>				
а.	Восприятие ритма, интонации	Свободно отстукивает ритм, переключается с серии произвольных движений	«-»	0
б.	Воспроизведения ритма, интонации	Сложности при имитации разной интонации	«+»	2,5
в.	пение	Кинестетическая авокалия (амузия).	«+»	2,5
б.	Счет	Расстройств счета не наблюдается	«-»	0
<i>7. Память</i>				
а.	Памяти на текущие и прошлые события	Расстройств не наблюдается	«-»	0
б.	Модально-специфические формы памяти	Нарушение объема слухоречевой памяти. Удержание речевого ряда на слух. Затруднено запоминание на короткое время ряда несвязных между собой слов с последующим отчуждением смысла услышанного.	«+»	1,5

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

#### Нейропсихологические профили «успешности» выполненных проб (заданий)

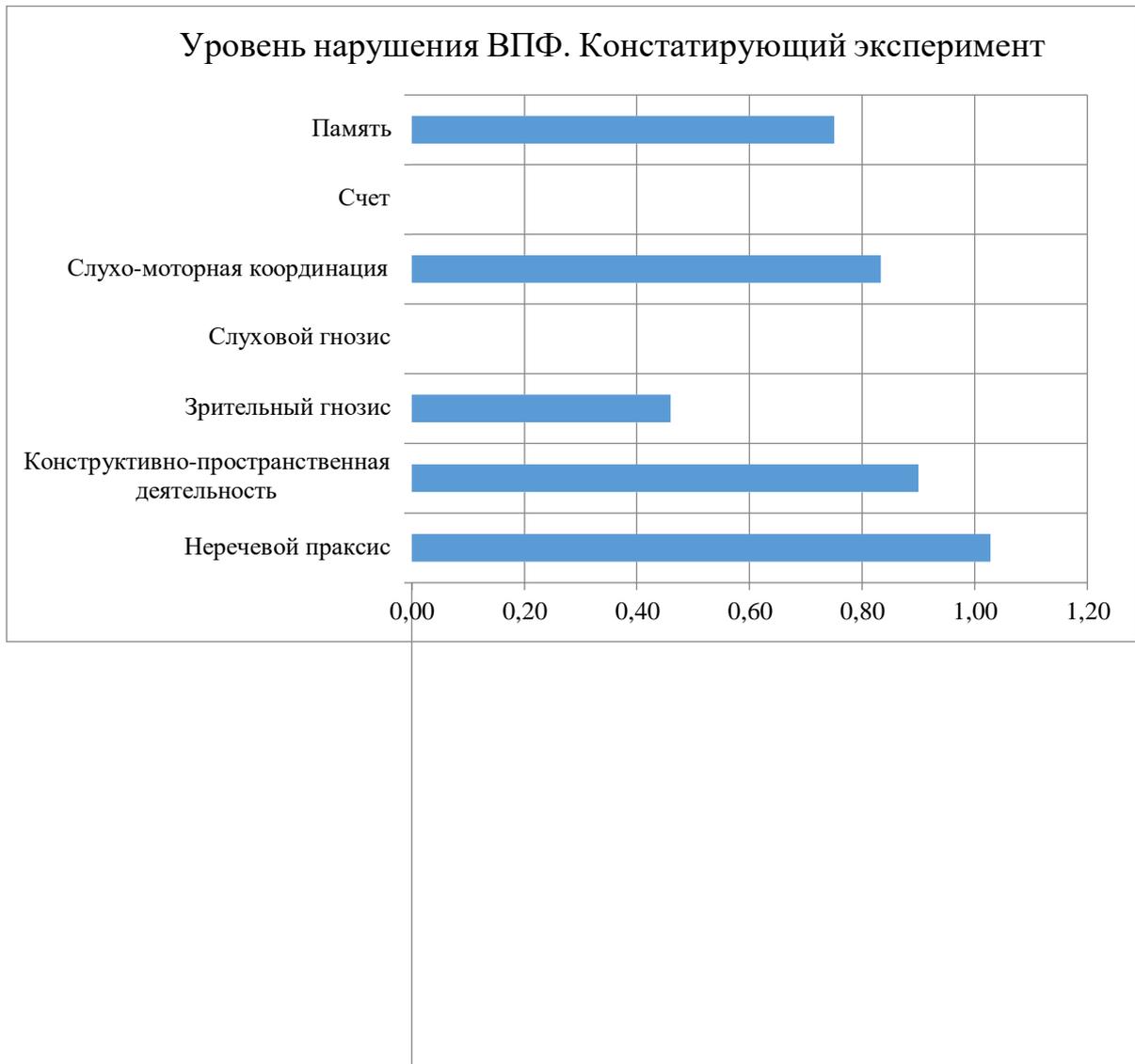
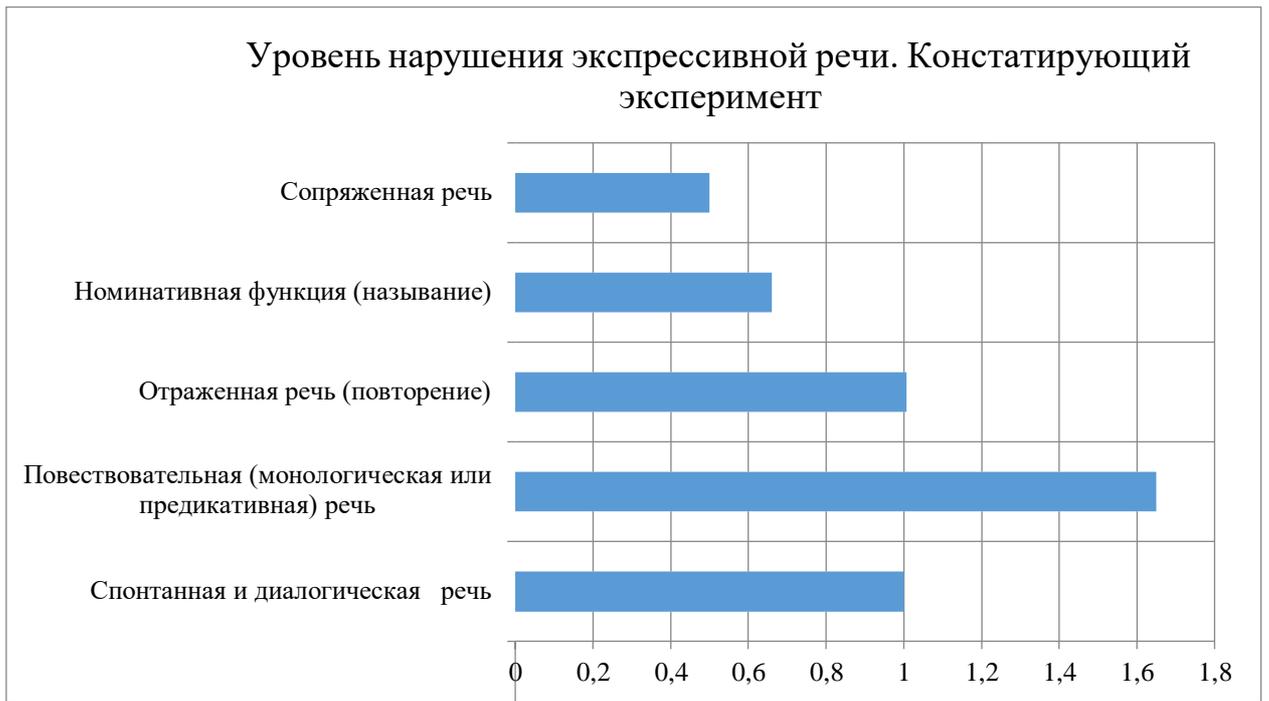


Рисунок 2 – Результаты количественного анализа исследования ВПФ  
(степень выраженности нарушения в баллах)



**Рисунок 3 – Результаты количественного анализа исследования экспрессивной речи (степень выраженности нарушения в баллах)**



Рисунок 4 – Результаты количественного анализа исследования импрессивной речи (степень выраженности нарушения в баллах)

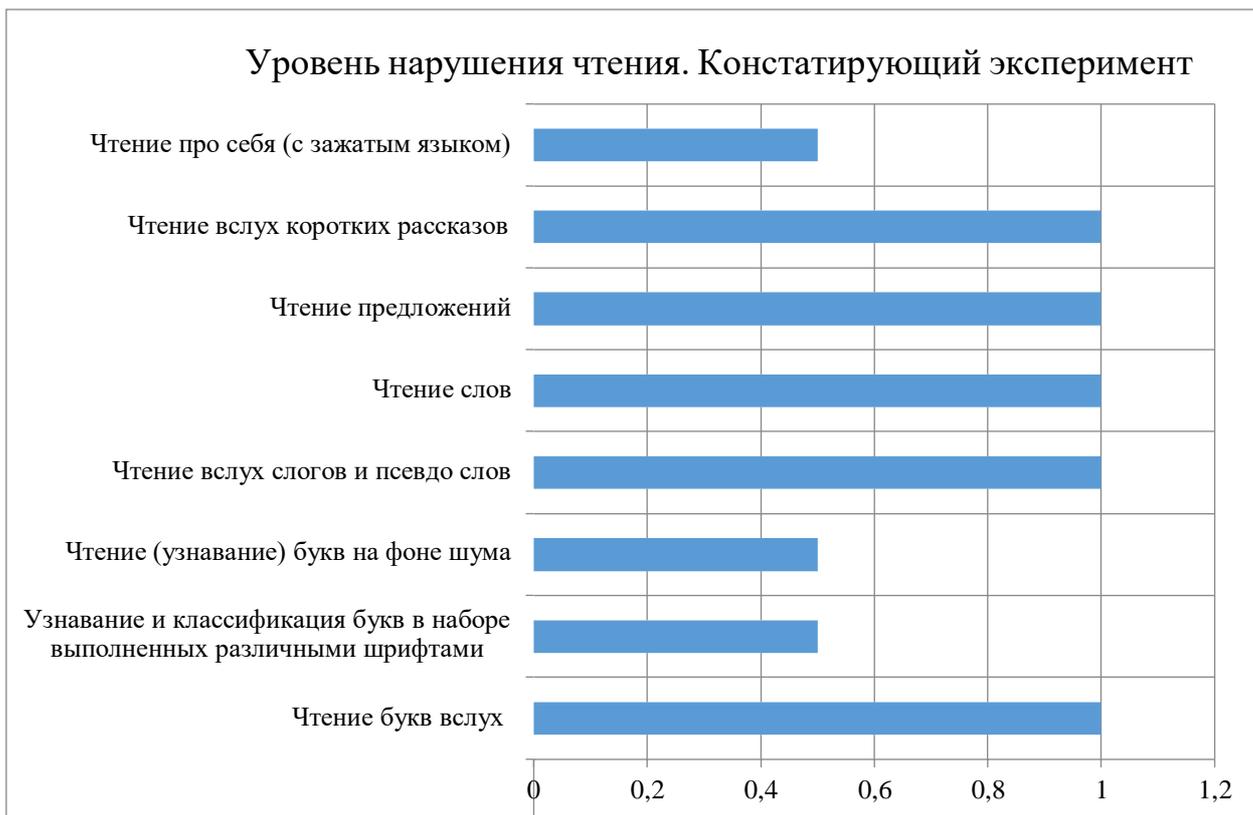


Рисунок 5 – Результаты количественного анализа исследования чтения (степень выраженности нарушения в баллах)

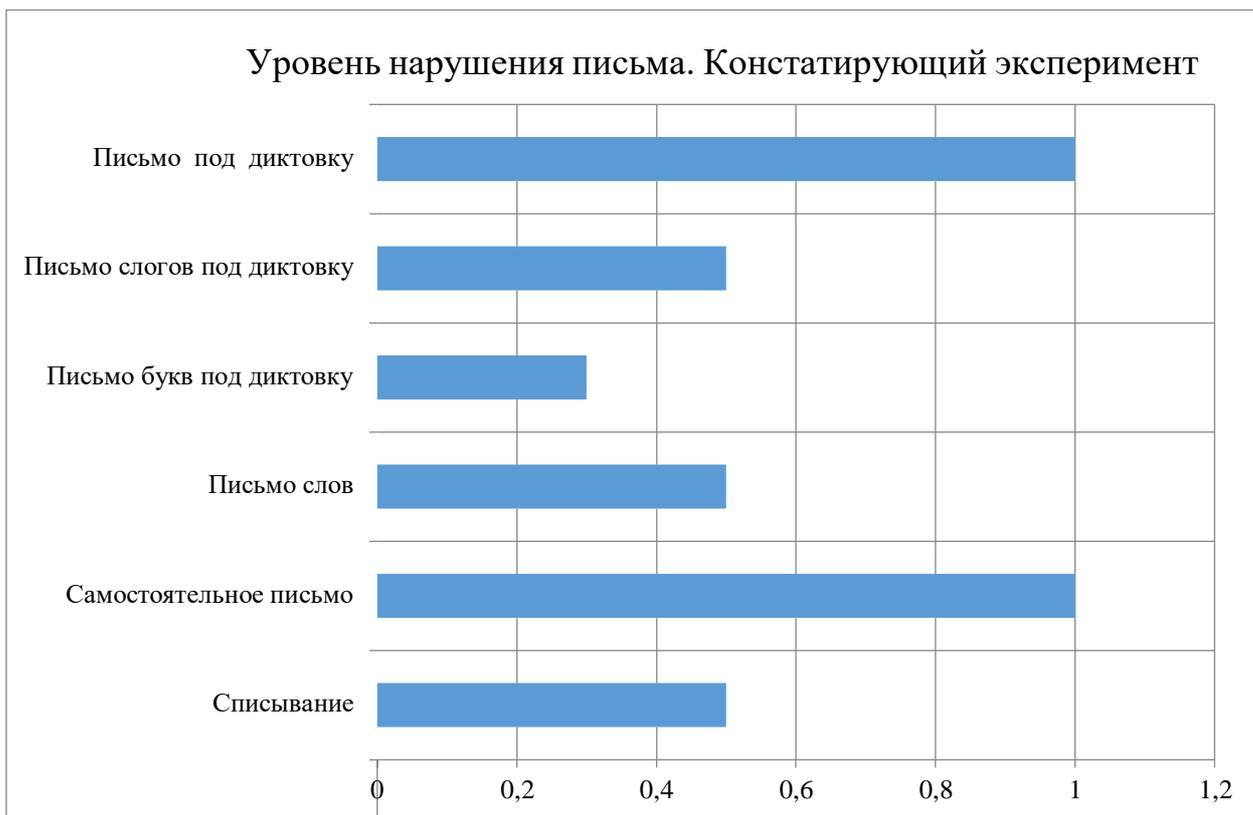


Рисунок 6 – Результаты количественного анализа исследования письма (степень выраженности нарушения в баллах)

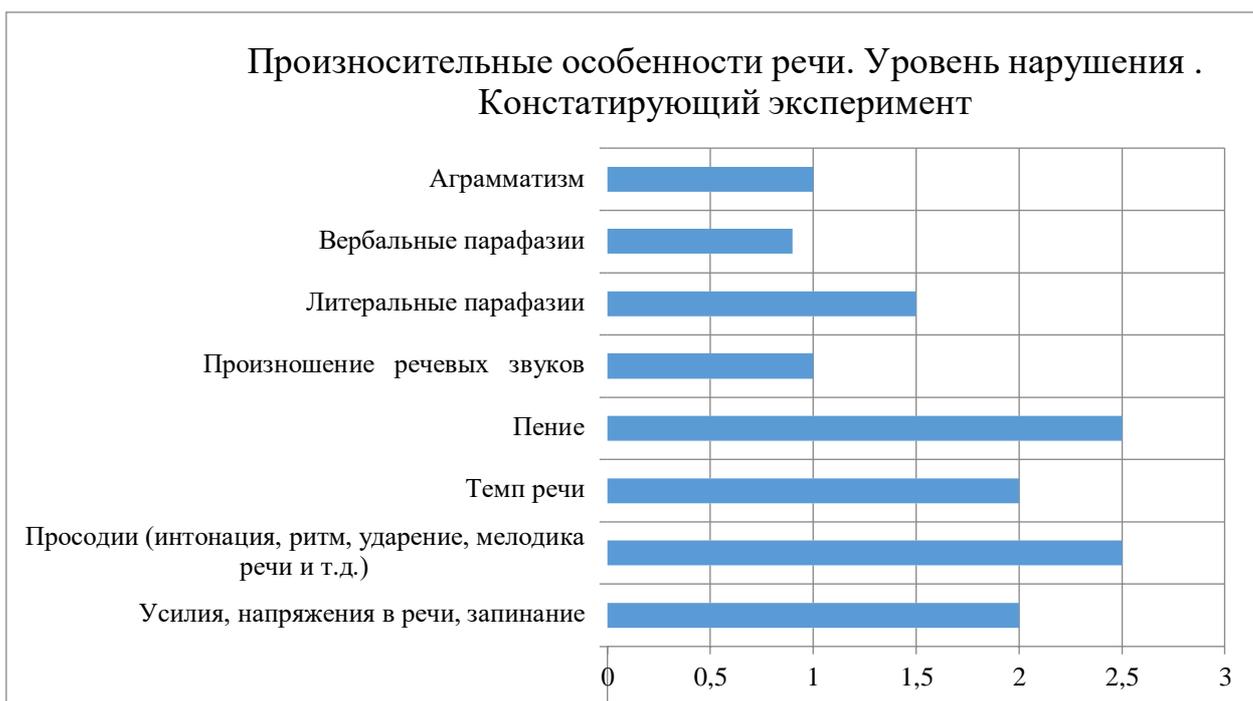


Рисунок 7 – Результаты количественного анализа исследования произносительных особенностей речи (степень выраженности нарушения в баллах)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

План коррекционно-педагогической работы по восстановлению речевой функции у лица с синдромом афферентной моторной афазии в резидуальном периоде.

Цель: восстановление артикуляционной кинестетической основы речепроизводства, фонологического анализа, потенциально сохранного развернутого устного и письменного высказывания.

Задачи:

III. Преодоление дефектов первично нарушенного артикуляторного звена речевой функциональной системы (артикуляционной апраксии постцентрального характера):

- 1) преодоление артикуляторных трудностей;
- 2) устранение ошибок фонетического и фонологического характера, выражающихся в парафазиях, параграфиях и паралексиях;
- 3) преодоление псевдодизартрических и заикоподобных расстройств речи;

IV. Преодоление вторичных системных расстройств:

- 1) восстановление экспрессивных форм речи (формирование развернутой плавной речи);
- 2) восстановление частично нарушенной функции понимания речи, а именно звена звукоразличения, выбора значения слова (обобщенных и абстрактных понятий), предметно-образных представлений и пространственных отношений;
- 3) восстановление частично нарушенных функций письма и чтения (устранение легких аграфий и алексий);
- 4) восстановление частично нарушенных функций праксиса и гнозиса;
- 5) восстановление частично нарушенной психической сферы (психолого-педагогическая реабилитация).

Основной путь восстановления: компенсаторная перестройка органически нарушенных функций с использованием сохранных сторон психики, а также стимулирование деятельности сохранных элементов анализаторов.

Принципиальные методические положения: 1. При восстановлении речевой функции сначала в качестве опоры используется развернутая система внешних средств, с тем, чтобы в дальнейшем произошло постепенное их свертывание, которое и приводит к тому, что действие начинает совершаться уже как внутреннее. Например, нарушение грамматического строя речи, вначале грамматические отношения изображаются в виде наглядных пространственных схем, которые постепенно превращаются во внутренние правила сочетания слов во фразе, употребления предлогов и т.д.; трудности называния могут преодолеваются путем перехода от использования, извне подсказанного фразеологического контекста к возможности самостоятельного произнесения фразы «про себя» для актуализации нужного слоя слова). 2. Необходимо использовать интенсивную сенсорную речевую стимуляцию для мобилизации резервных возможностей анализаторных схем (однако стимуляция на слух имеет все же первоочередное значение).

Индивидуальные занятия проводились не реже трех раз в неделю.  
Время занятия: от 20-45 первый месяц, далее от 45-120 минут.

#### **Плана индивидуального занятия.**

1. Название.
2. Цель и задачи.
3. Время занятия.
4. Инструменты, опора (картинный, текстовый материал и др.).
5. Методы.
6. Приемы (инструкция).
7. Содержательная часть – сама программа (задания – что нужно сделать, представленные последовательно).
8. Эффект от занятия.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### Серия используемых приемов для восстановления произношения согласных щелевых

Для восстановления произношения согласных щелевых [ш], [ж] мы использовали методы возвращения утерянных артикуляционных схем, предложенные А.Р. Лурия, путем выделения первоначально фонем имеющих одновременно наиболее конкретный зрительно-воспринимаемый «артикуляторный образ» и сохраняющих определенную взаимосвязь с какими-нибудь прямым действием производимым артикуляционным аппаратом. Цель приемов: внутрисистемная перестройка функций, путем выработки произвольной (или по требованию) фиксации координации движений. Задачи: фиксировать показанный (освоенный) набор движений, далее дифференцировать его (т.е. выделить его среди других похожих комплексов) и сформировать его внутреннюю схему, с помощью которой он сможет вызваться произвольно. Серия приемов: 1. Начинаем с использования озвученного комплекса символических звуков (шипение для звука [ш] и жужжание для звука [ж]) для построения будущей артикуляции. 2. Продолжаем работой над фиксацией полученного комплекса. Приемы: Больному предлагают повторить выполненный комплекс символических звуков более условно (показать, как шипит змея или жужжат пчелы; сделать (без звука) движение жужжания, шипения). Параллельно логопед объясняет больной, из чего складываются данные движения. Для этой цели педагог предлагает больному графическое изображение схем артикуляции данных звуков, показывающих наглядно положение артикуляционного аппарата во время произнесения требуемого звука. Часто в руки больному дается зеркало, с помощью которого он может оптически контролировать свои артикуляторные движения и получает наглядную опору для их воспроизведения.

А также над его дифференциацией, с выделением из приобретенного комплекса изолированных фонем и переходом от практических действий к речевым артикуляциям. Приемы: Для этой цели мы использовали дополнительные средства и наглядные материалы, которые демонстрировали направление струи воздуха при артикуляции требуемых звуков, присоединяя также тактильные (кинестетические) ощущения, помогающие отличить струю выходящего воздуха из ротовой полости и т.д. Также используются графические изображения схем артикуляции, но уже с целью сравнения диакритических признаков, изменение которых трансформирует одну артикулему в другую. Вводится новая группа приемов, связанная с добавлением смысловозначительной функции отдельных артикуляторных позиций, играющая основную роль в превращении первичного комплекса движений в артикулему – письменные знаки (буква, которая служат символом фонем, одновременно обобщающая все варианты данной артикулемы и дифференцирующая ее от другой, соседней группы артикуляций). Для этой цели проводятся упражнения на кратких осмысленных сочетаниях, которые сперва воспринимаются только на слух, а позднее становятся предметом самостоятельной артикуляции, является важным компонентом восстановления утерянных артикуляторных схем.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6

### Обучение речевому дыханию и дыхательной гимнастике

Для обучения речевому дыханию и дыхательной гимнастике были использованы упражнения, предложенные А.Д. Черновой, С.М. Доброгаевым и др.

#### Проведение дыхательной гимнастики. Рекомендации:

- I. Вдыхать воздух через рот и нос, выдыхать – через рот.
- II. Вдыхать бесшумно. При вдохе не набивать слишком много воздуха. Не выдыхать весь воздух полностью, а сохранять небольшой запас в легких. Выдох должен быть естественным, экономным, без усилий, дыхание не формировать.
- III. Добирать воздух только между смысловыми отрезками во фразе.
- IV. Следить за тем, что вовремя упражнений не было напряжения мышц шей, рук, груди, чтоб плечи не поднимались при вдохе.
- V. Необходимо дышать свободно, избегая судорожности и толчков в дыхании.
- VI. Выдох должен сочетаться с работой артикуляционного и голосового аппарата.
- VII. Продолжительность занятия от 5 до 10 минут в день.

#### Работа по обучению речевому дыханию. Цели:

1. Формирование длительного фонационного выдоха.
2. Формирование речевого выдоха

#### Рекомендации:

I. Формирование фонационного выдоха является основой для развития координаторных взаимоотношений между дыханием, голосом и артикуляцией. Во избежание фиксации внимания на процессе вдоха инструкция должна касаться только длительности произнесения звука.

II. Как правило, тренировка фонационного выдоха начинается с длительного звучания гласных. После того как больная освоит длительное произнесение одного гласного на выдохе, предлагается произнести слитно сочетание их двух гласных на одном выдохе А\_\_\_\_\_О\_\_\_\_\_.

III. Постепенно наращивается количество гласных звуков, произносимых на одном выдохе в следующем порядке: А – О – У – И (эталон гласных звуков). Диафрагмальный вдох и выдох во время выполнения этих упражнений больная может контролировать ладонью, положенной на область диафрагмы. Помимо слухового контроля длительность фонационного выдоха можно контролировать плавным движением руки. Формирование собственно речевого выдоха. В упражнения вводятся слоги, слова, фразы.

Упражнения для формирования речевого дыхания (Н.П. Вербовая, О.М. Головина, В.В. Урнова из кн. Искусство речи. М., 1977)

#### Упражнение 1.

Встать прямо. Правую руку положить на область движения диафрагмы. Сделать выдох и, когда появится желание вдохнуть, сделать глубокий вдох носом так, чтобы было приятное, легкое ощущение вдоха, без напряжения. Выдыхать следует через рот. Затем выждать естественную в цикле дыхания паузу, снова сделать вдох и затем выдох. Упражнение нужно проделать три раза без перерыва. При выполнении данного упражнения нужно внимательно следить за тем, чтобы двигалась диафрагма, и оставались спокойными плечи.

#### Упражнение 2.

Стоять прямо. После предварительного выдоха взять дыхание через нос, последить, правильно ли работают диафрагма, нижние ребра и мышцы живота. Плечи должны быть спокойны. Прежде чем начать выдох, сделать небольшую остановку, которая явится как бы подготовкой к выдоху. Положение мышц диафрагмы при остановке перед выдохом будем называть «опорой дыхания». Научиться сохранять опору дыхания при выдохе очень важно, так как правильная опора дыхания организует работу голосовых связок на хорошей воздушной струе. После остановки начать выдох через узкое отверстие, образованное губами. При выдохе должно быть такое ощущение, как будто струя воздуха является продолжением воздушного столба, идущего от диафрагмы. Выдох идет легко, постепенно и плавно. Упражнение проделать три-четыре раза. Следить за тем, чтобы не было напряжения в верхней части грудной клетки и в шее. Освободить мышцы шеи, покачивая головой вправо, влево, по кругу, вниз. Проделать это упражнение и сидя.

#### Упражнение 3.

Медленный вдох (в дальнейшем мы не будем напоминать, что перед вдохом, естественно, следует сделать выдох.) через нос и медленный выдох через узкое отверстие, образованное губами, на свечу («Свеча», в данном случае, может быть и воображаемой.), которая стоит недалеко от вас. Пламя ее должно плавно отклониться по ходу течения воздушной струи (от вас). Затем снова сделать медленный вдох и дуть также медленно на свечу, которая стоит дальше, чем в первом случае. Снова медленный вдох и медленный выдох на свечу, стоящую уже на более далеком расстоянии. Вы ощущаете, что в зависимости от удаления свечи мышцы живота будут испытывать все большее напряжение. Голову вперед не тянуть.

#### Упражнение 4.

Данное упражнение рассчитано на тренировку выдоха при образовании одного из согласных звуков – звука Ф, в дальнейшем можно его делать на некоторых других согласных с правильной их установкой.

Встать прямо. Сделать выдох, а затем вдох и начать выдох на звуке Ф. Следить за тем, чтобы не надувались щеки – выдыхаемая струя выходит только через щель, образованную зубами и нижней губой. Следить за опорой дыхания. Вдох делать носом, губы при вдохе должны быть сомкнуты. Упражнение проделать три-четыре раза подряд, следить, чтобы выдох длился не меньше восьми-девяти единиц счета.

#### Упражнение 5.

Исходное положение то же, что и в предыдущем упражнении, но выдох рассчитан на длительность в двенадцать единиц, и эти двенадцать единиц равномерно распределяются между четырьмя звуками: Ф, С, Ш и Х, на каждый звук падает три единицы счета. Упражнение также проделывается три-четыре раза. Следить за опорой дыхания.

#### Упражнение 6.

Сделать быстрый вдох, и на одном выдохе произносить несколько раз подряд звук П. Грудную клетку не сжимать, должны хорошо работать губы. Затем, также быстро вдохнув, на одном выдохе произносить столько раз, на сколько хватит дыхания, группу согласных: ПТК.

#### Упражнение 7.

Выдох идет при счете вслух до восьми. В упражнении нужно следить за тем, чтобы заданное количество счета шло, как одна фраза, без пауз между словами. Считать ровно, без крика, с хорошей дикцией. Впоследствии счет следует довести до пятнадцати-двадцати-двадцати пяти. При счете стараться подольше сохранять

состояние дыхательных мышц живота и грудной клетки в положении вдоха, но не задерживать сам выдох.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Задания, связанные с координацией движения и речи, упражнения, способствующие предотвращению аграмматизма, восстановлению мелодики слога и слова, тренировки речевой функции

### I. Задания для воспитания мышечного тонуса, координации движений:

а) сложная координация: правой рукой делать символические движение (резать, рубить и т.п.) Затем делать эти движения поочередно правой и левой рукой, менять движение рук одно на другое, делать их одновременно. Далее протянуть руки вперед ладонями книзу, повернуть их ладонями кверху: сделать одновременно, по очереди – правую руку повернуть раньше левой, и наоборот; правую руку держать ладонью вверх, левую – ладонью вниз, вращать их, меняя положение одно на другое. То же можно делать руками, вытянутыми в стороны;

б) произносить названия движений выполняя при этом эти движения. Встать, поднять руки вверх, к плечам, в стороны, вниз. Выполнять это движение поочередно правой и левой руками, произнося: «Правой вверх», «Левой вверх», «Правой к плечу», «Левой к плечу» и т.д.;

в) называя действия совершать их: «Вперед, влево, назад, вправо и т.д.», «рядом со столом, за столом, у стола, перед столом и т.д.»

### II. Упражнения на сложную координацию движения и слова:

Инструкция: возле стола стоит стул. Больная стоит на расстоянии четырех шагов от него с книгой в руках. Ей необходимо подойти к столу на четыре шага, положить книгу на середину стола, отодвинуть стул, сесть, взять книгу, придвинуть к себе, открыть, читать, затем проделать упражнение в обратном направлении: читать, закрыть книгу, взять в руки, отложить на середину стола, встать, задвинуть стул, взять книгу со стола, отойти от стола на старое место. Одновременно проговаривать следующие слова: принес, положил, отодвинул, сел, взял, придвинул, открыл, прочел. Эти же слова они должны проговаривать при выполнении в обратном порядке.

### III. Упражнения способствующие предотвращению аграмматизмов:

а. Упражнения с мячом и речью. Логопед катит мяч по столу, сидящему напротив, со словами из пословицы: «Тише едешь, дальше...». Больной возвращает мяч со словом «будешь». Логопед: «Что посеешь, то и...». Больной: «Пожнешь». Вначале больной перекачивает мяч здоровой рукой, затем паретичной. По мере улучшения

проговаривания роли меняются, больной говорит начало пословицы, логопед продолжает.

б. Упражнения на договаривание предложений: «Я не люблю щей, а люблю...», «Суп варят, а котлеты...», «Ваза стеклянная, а кастрюля...» и т.д. Логопед составляет различные предложения с противопоставлениями действий, предметов, их качеств.

в. Упражнения с ходьбой. Проводятся речевые упражнения на спряжение («Я иду»... «Я жду»... «Я мою»...), на склонение («книга», «книги», «книгу»...). Затем вводится фраза типа: «Я иду и считаю шаги: один, два, три...» Или: «Я иду и считаю дома: один, два, три...».

г. Упражнения на выполнение действия в соответствии со смыслом глагола: «Смотреть в... Смотреть через... Смотреть около... Смотреть перед... Смотреть под...».

IV. Упражнения для восстановления мелодики слога и слова, и задания для тренировки речевой функции. Методика мелодотерапии. Инструкция: Простые детские и народные песни с многократным повторением некоторых слов записываются на магнитофонную пленку. Запись производится несколько раз в обычном ритме и ритмах, подчеркивающих паузой то или иное слово. Эти выделяемые паузой слова повторялись в 2 – 4 песнях. К песням изготавливаются картинки и подписи к ним. Картинки подбираются в нескольких вариантах: одна (сюжетная) соответствует содержанию песни в целом, на других изображаются выделяемые из сюжетной картинки предметы, названия которых и служат предметом внимания больного. Больному многократно предлагаются для прослушивания простые мелодии. Затем показываются предметные и сюжетные картинки, которые он должен называть. Эти картинки многократно предъявлялись в определенной последовательности. После упрочения возможности называния их в этой последовательности их дают вразбивку. Наконец, с помощью наводящих вопросов, как пересказ прочитанного, а также в процессе обсуждения назначения предметов слова соединяют в фразы.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 8

### Приемы восстановления письма (а также динамического праксиса) при помощи логоритмических упражнений

Метод восстановления письма (а также динамического праксиса) при помощи логоритмических упражнений (Г.А. Волкова). Прием: Больная производит слитное написание строки прямыми и закругленными (петельными) линиями в двух направлениях, сопровождающееся музыкальным аккомпанементом. Начинать упражнение рекомендуется сопровождением произведения с медленным ритмом, далее ритм произведения подбирается исходя из индивидуального ритма больного, который проявляется в процессе письма. Музыкальное сопровождение помогает плавному переключению движений руки от одного элемента письма к другому.

Восстановлению целенаправленных движений кисти способствует объединение занятий рисования и музыки. Приемы: прослушав произведения «Времен года» П. Чайковского больному предлагается рисование штрихов на тему «Осенний дождь», «Парк осенью» и др.; закругленных линий на тему «Метель», «Снежная баба», «Зонтик»; сочетание нескольких типов линий в одном рисунке: «Грибы в лесу», «Брусничник», «На рыбной ловле» и др. Обсудив с больным рисунок, логопед кратко характеризует его содержание, больной повторяет это, прочитывает на бумаге, а затем записывает со слуховым анализом, т.е. повторяя слово вслух от слога к слогу.

Предполагаемый эффект: упражнения помогут восстановить образы букв, слов, а также улучшить слуховое внимание (помогут научиться слушать речь логопеда, комментирующего его рисунок), самостоятельно называть нарисованное, а затем делать к нему подписи.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Адаптированные приемы аутогенной тренировки лиц с афазией  
(на основе материалов А.И. Лубенской из кн. Клиника и терапия заикания. М., 1984)

Задачи:

1. Обучение правильному использованию речевого выдоха, четкости артикуляции и синхронности включения дыхания, фонации и артикуляции в момент вступления в речь; обучение приемам релаксации.
2. Тренировка речевых навыков на фоне общей мышечной релаксации.
3. Обучение приемам локальной релаксации мышц, непосредственно участвующих в речевом акте.

В качестве основных методических приемов преодоления мышечного и эмоционального напряжения использованы «формула спокойствия» и прием внушенных представлений, позволяющие сформировать новые речевые стереотипы, лишенные тревожного компонента.

Проводимые аутогенные тренировки обуславливают возможность автоматизации навыков саморегуляции эмоционального и речевого поведения.

Занятия АТ проводятся по следующей схеме:

1. Расширенная формула спокойствия.
2. Речевая тренировка (тренировка речевого дыхания).

Занятия 1 этапа начинается со вступительной беседы, в которой ведущий рассказывает о содержании «расширенной формулы спокойствия» и о связи речевого, эмоционального и мышечного состояния человека. Затем больной переходит к тренировке навыков саморегуляции.

Формула спокойствия:

- я успокаиваюсь,
- я отдыхаю,
- дыхание ровное, спокойное, ритмичное,
- сердце бьется ровно, спокойно, ритмично,
- я успокаиваюсь,
- я отдыхаю.

Произнося эти формулы, тренирующиеся сосредотачиваются на тех функциях и ощущениях, о которых идет речь. Затем больному предлагается переключить внимание на правую руку (для левшей – на левую). Ведущим даются формулы:

- напрягаю правую руку (1 раз)
- напрягаю кисть (3 раза)
- напрягаю предплечье (3 раза)
- напрягаю плечо (3 раза)
- правая рука напряжена (1 раз)

При этом тренирующиеся сжимают пальцы в кулак, напрягают мышцы рук в соответствии с инструкциями, повторяя мысленно за ведущим самовнушение. Связав состояние напряжения с его словесным обозначением, тренирующийся произвольно расслабляет правую руку:

- расслабляю правую руку (1 раз)
- расслабляю плечо (3 раза)
- расслабляю предплечье (3 раза)

- расслабляю кисть (Зраза)
- правая рука расслаблена (1 раз)

Наступившее расслабление фиксируется в мышечной памяти больного путем соотнесения релаксации со словом. Соотнесение слова с реальным ощущением способствует созданию условно-рефлекторной связи, которая в будущем обеспечит реализацию мышечных реакций в ответ на самовнушение.

Начиная со второго этапа расширенная формула спокойствия заменяется сокращенной («Успокаиваюсь. Отдыхаю. Дыхание. Сердце. Успокаиваюсь. Отдыхаю»). На последнем этапе работы Сокращенная формула спокойствия и все формулы, направленные на расслабление, заменяются Краткой формулой спокойствия («Спокоен. Собран. Сосредоточен»). Каждая формула вслед за ведущим повторяется тренирующимися мысленно 3 раза.

Формулы самовнушения, которые направлены на расслабление мышц брюшного пресса, грудной мускулатуры, а также формулами, обеспечивающими регуляцию сосудистого тонуса:

- правая рука расслабляется,
- мои руки расслабляются,
- руки наполняются теплом,
- легкое приятное тепло в области
- солнечного сплетения,
- все тело наполняется теплом,
- лоб приятно прохладен,
- тепло струится вверх,
- грудь наполняется теплом,
- мышцы груди и плечевого пояса,
- расслабляются.

В случаях панических атак (страхов перед занятием, отказ от занятия из-за неудач) логопедические занятия можно проводить с применением навыков АТ по такой схеме:

1. Формула спокойствия (в зависимости от ситуации расширенная или сокращенная).
2. Расслабление верхних конечностей брюшного пресса и грудной мускулатуры.
3. Проведение речевого занятия.

В ситуациях появления страха из-за необходимости заговорить с незнакомыми людьми возникающих в общественных местах (обратиться к продавцу, кондуктору прохожему и т.п.) можно также воспользоваться формулами спокойствия и самовнушения («спокоен», «совершенно спокоен» и т.д.)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Протокол контрольного исследования первичного дефекта больной артикуляционным методом (сокращенный вариант – 200 слогов).

Контрольный эксперимент. Качественный анализ.

Критерии оценивания: правильно имитированные слоги помечаются «+», неправильные «-».

<b>Имитация слоговых таблиц</b>								
<b>№</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Таблица 1</b>	+	+	+	+	-	+	+	-
	+	+	-	+	+	+	+	-
	-	+	+	-	+	-	+	+
	+	+	+	-	+	+	-	+
	+	+	+	+	+	+	+	-
<b>Таблица 2</b>	+	+	-	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	-	+	-	-	+	-	+	+
	+	+	-	+	+	+	-	+
	+	+	+	-	+	+	-	+
<b>Таблица 3</b>	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	-	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	-	+
	-	+	+	-	+	-	+	-
	+	+	+	-	+	+	-	+
<b>Таблица 4</b>	+	-	+	+	+	-	+	-
	+	+	+	+	+	+	+	-
	-	+	+	+	+	-	+	+
	-	+	+	+	+	-	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Таблица 5</b>	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	-	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	-	+	+	+	+
	+	+	+	+	-	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Чтение слоговых таблиц</b>								
<b>№</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Таблица 1</b>	+	+	+	+	+	+	+	-
	+	+	+	-	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	-	+	+	+	+
<b>Таблица 2</b>	+	-	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	-	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	-	+
<b>Таблица 3</b>	+	+	-	+	+	+	+	+
	+	-	+	-	+	+	+	+

	+	+	+	+	+	+	-	+
	+	+	+	+	+	-	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
Таблица 4	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	-	+	+	-	+	+	-
	-	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	-	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	-
Таблица 5	+	+	-	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	-	+	+	-	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Записывание слоговых таблиц</b>								
<b>№</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Таблица 1	+	+	+	+	+	+	+	-
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
Таблица 2	+	+	-	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	-	+	-	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	-	+	+	+	+
Таблица 3	+	+	+	+	+	+	+	-
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
Таблица 4	+	+	+	+	+	+	+	+
	-	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
Таблица 5	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	-	-	+
	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+

Таблица 2 – Контрольный эксперимент. Качественный анализ ошибок при выполнении проб (артикуляционный метод)

Качество ошибок	Критерии исследования		
	Имитация слоговых таблиц	Чтение слоговых таблиц вслух	Записывание слоговых таблиц под диктовку
Замена звука	ч-С; ч-Щ; ч-Ф; ч-Ж	ч-Щ	ч-Щ ч-Ш

	щ-С; щ-Ш ш-Ж г-К ф-В х-Ф; х-Г; х-К й-Л н-В с-Щ	ч-Тч ц-СЬ ц-С в-Л з-Г	ю-У
Раздробление сложного состава слогов	ть-ре-нь дъ-ла-ф но-съ-ть		
Добавление лишних букв (призвук)	пыцС шСтись Сцуч СшетаЙ шАтись	крысА СштаЙ чЕтет шЕтотЬ	
Пропуск букв	с(в)*ум прю* (п)*лись пес(т)*ь (д)*лаф нос(ть)* с(т)*ыч ос(к)*	Тру(х)* цум(ь)* (х)*оль (ч)*тэт т(р)*юль	т(р)*ен пес(ть)* (че)*оф ф(с)*оф дв(а)*т т(р)*юль
Звучание звуков	неполное звучание гласных; приглушенность согласных – г, б, д,		
Перестановка букв	рапс* (прас) лпык (плык)		рдеть (дреть) редть(дреть) тсоц(стоц) петсь(песть)

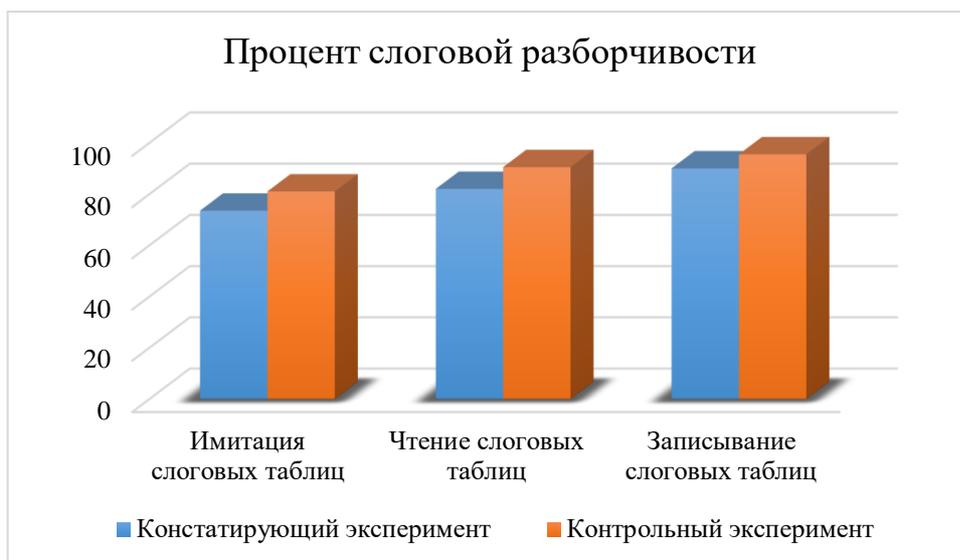


Рисунок 8 – Сравнительный количественный анализ исследования первичного дефекта больной артикуляционным методом

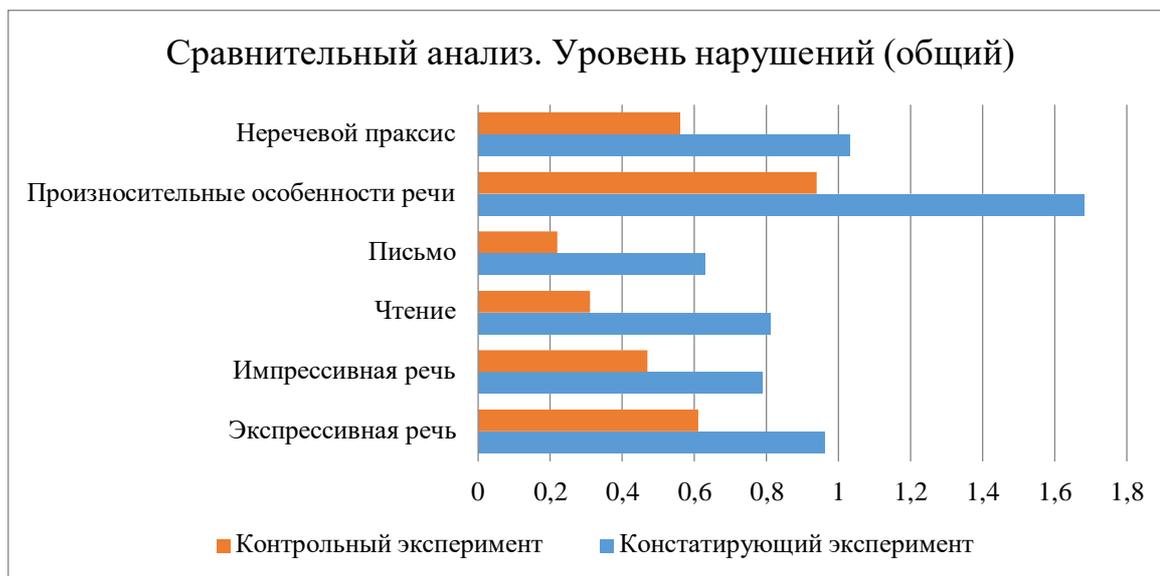


Рисунок 9 – Результаты общего сравнительного количественного анализа исследования ВПФ (степень выраженности нарушения в баллах)

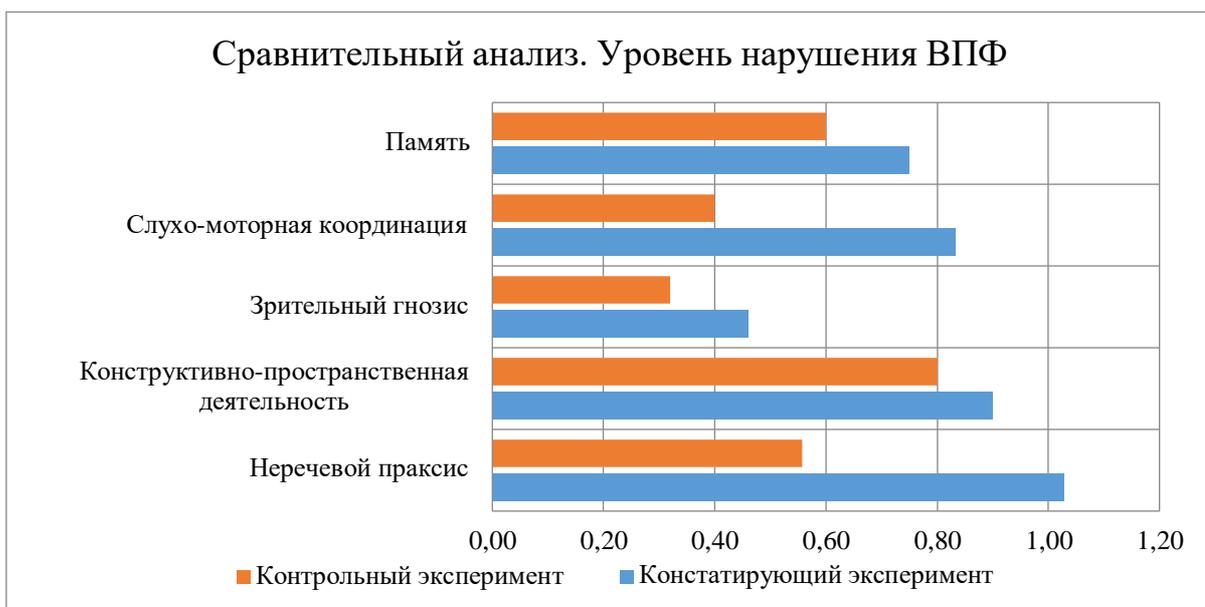


Рисунок 10 – Результаты сравнительного количественного анализа исследования ВПФ (степень выраженности нарушения в баллах)

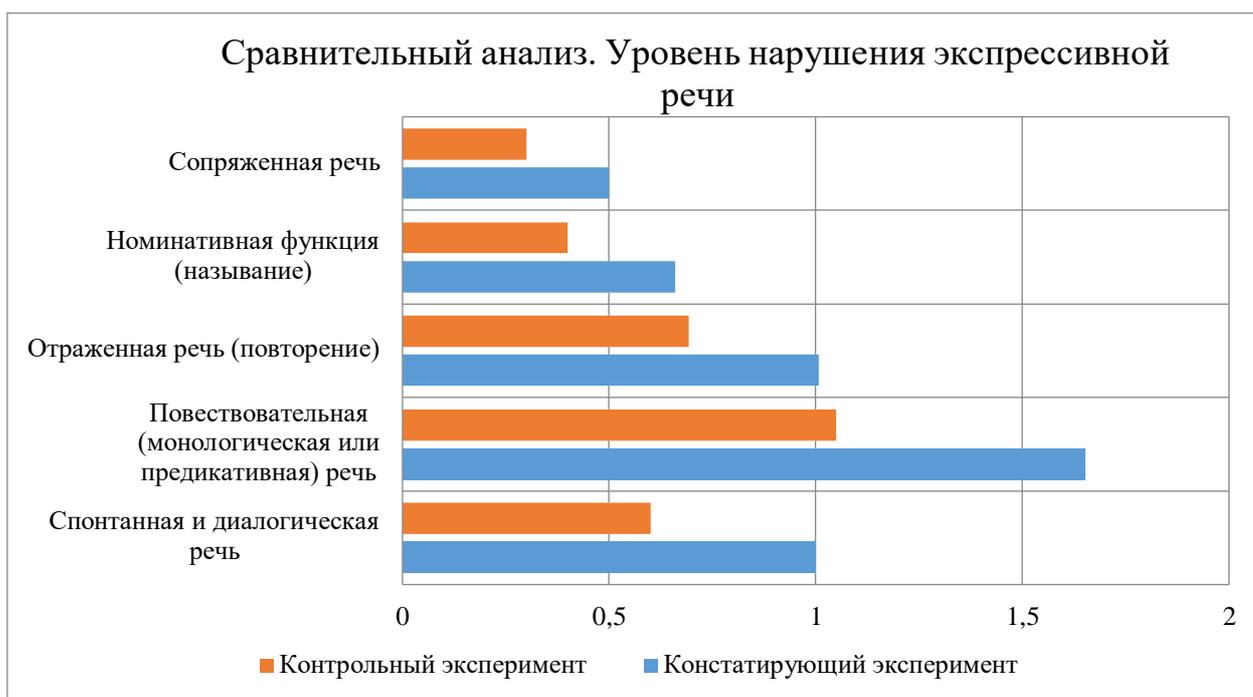


Рисунок 11 – Результаты сравнительного количественного анализа исследования экспрессивной речи (степень выраженности нарушения в баллах)

### Сравнительный анализ. Уровень нарушения импрессивной речи

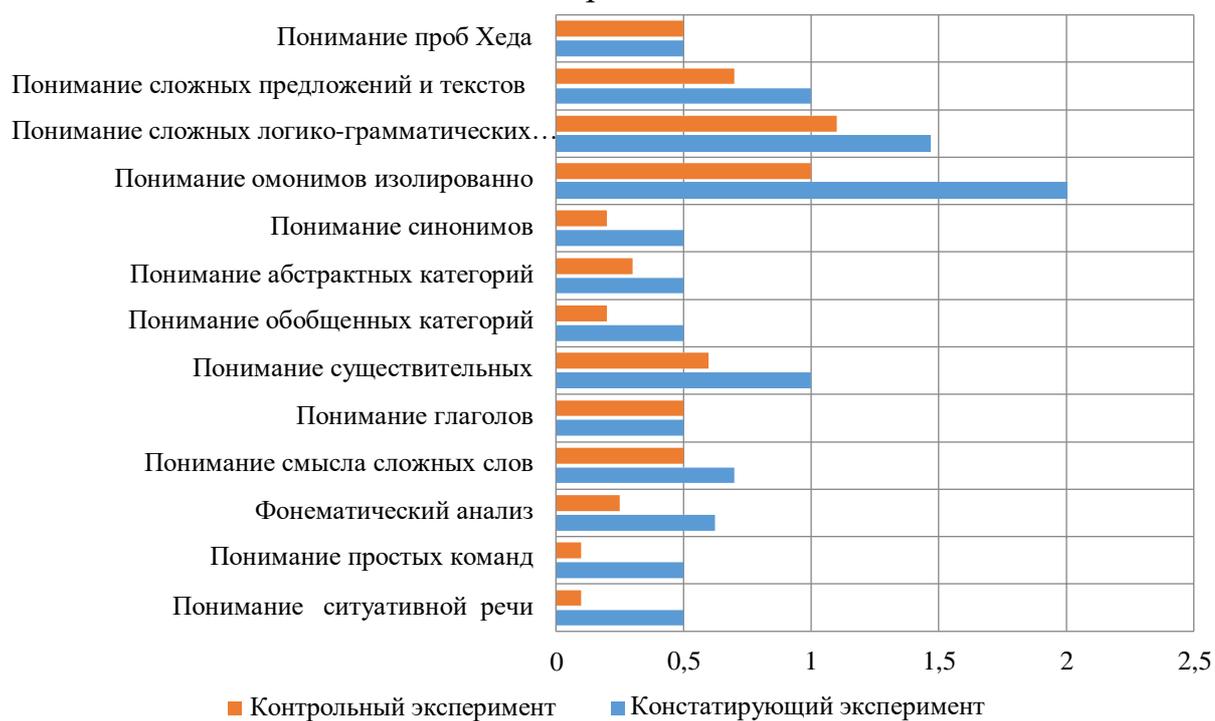


Рисунок 12 – Результаты сравнительного количественного анализа исследования импрессивной речи (степень выраженности нарушения в баллах)

### Сравнительный анализ. Уровень нарушения чтения

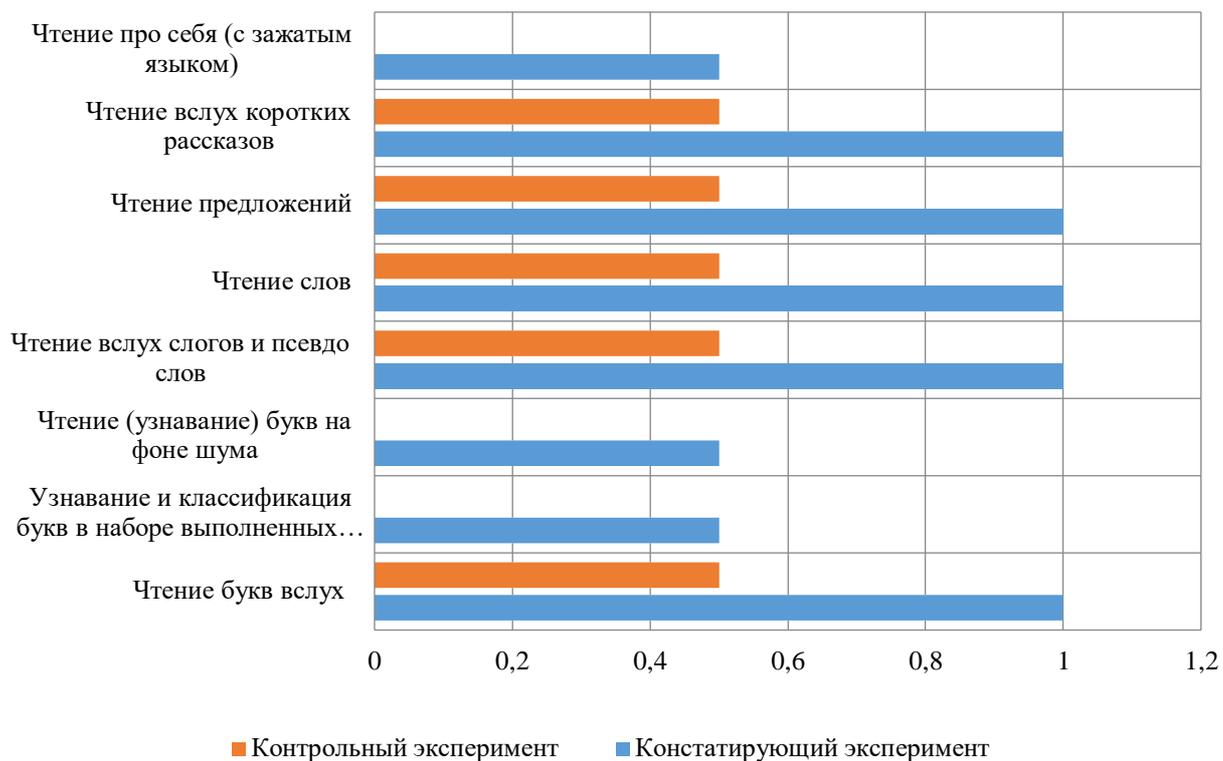


Рисунок 13 – Результаты сравнительного количественного анализа исследования чтения (степень выраженности нарушения в баллах)

### Сравнительный анализ. Уровень нарушения письма

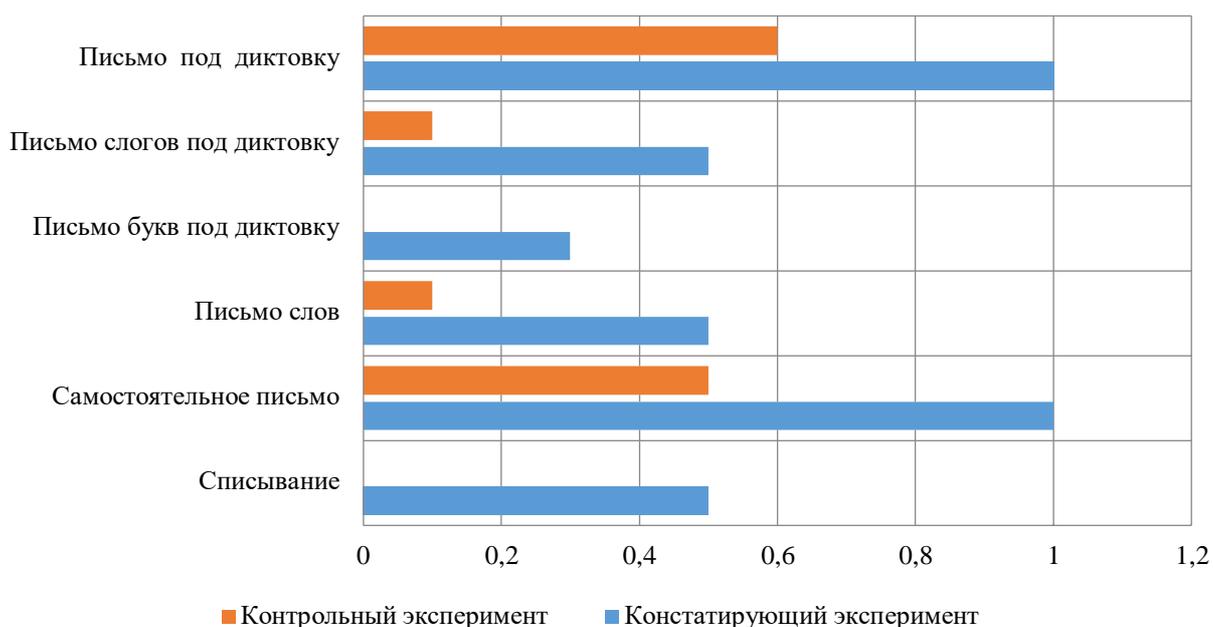


Рисунок 14 – Результаты сравнительного количественного анализа исследования письма (степень выраженности нарушения в баллах)

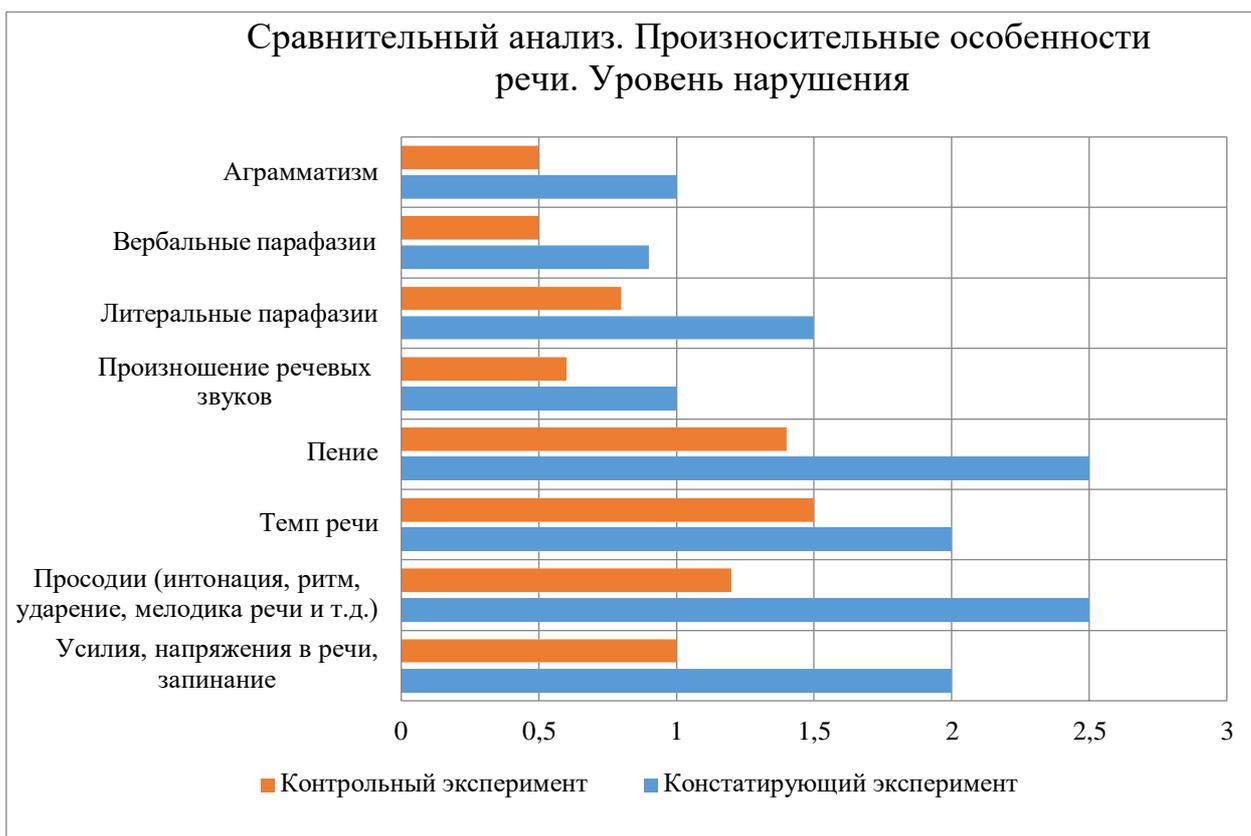


Рисунок 15 – Результаты сравнительного количественного анализа исследования произносительных особенностей речи (степень выраженности нарушения в баллах)