



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

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

Индивидуальный подход в процессе восстановления
речи у больных с афазией

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:

72% авторского текста

Работа рекомендована к защите

рекомендована / не рекомендована

«*11*» 11 2020 г.

зав. кафедрой СПиПМ, к.п.н., доцент

Дружинина Лилия Александровна

Выполнила:

Студентка группы ЗФ-306-173-2-1

Батаговская Татьяна Александровна

Научный руководитель:

к.п.н, доцент кафедры СПиПМ

Васильева Виктория Сергеевна

Челябинск

2021

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава1 Теоретические аспекты проблемы исследования.....	8
1.1 Современные аспекты изучения афазии в психолого-педагогической литературе.....	8
1.2 Нарушения высших психических функций при локальных повреждениях головного мозга у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.....	15
1.3 Проявления нарушений речи при различных формах афазии	17
Выводы по первой главе.....	25
Глава2 Экспериментальная работа по исследованию состояния речи у лиц с афазией.....	26
2.1 Методики по обследованию речи и высших психических функций.....	26
2.2 Результаты исследования исходного состояния речи и высших психических функций у лиц с афазией.....	40
Выводы по второй главе.....	55
Глава3 Коррекционная работа по восстановлению речи при различных формах афазии.....	56
3.1 Содержание коррекционной работы по восстановлению речи при различных формах афазии.....	56
3.2 Коммуникативные стратегии, применяемые в процессе восстановления	77
3.3 Итоги экспериментальной работы	85
Выводы по третьей главе.....	95
Заключение	97
Список использованных источников	99
Приложение	106

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Инсульты остаются острой медико-социальной проблемой современного общества. Среди факторов получения инвалидности после инсульта большую роль играет потеря речи.

Около 90% больных, перенесших инсульт в левой и правой гемисфере, стволе головного мозга, сталкиваются с серьезными речевыми расстройствами, такими как афазия, дизартрия, дисфония, если речь идет об остром периоде – дисфагия.

Из речевых нарушений в неврологической клинике наиболее часто встречается афазия, связанная с очаговым поражением доминантного по речи полушария головного мозга [31].

Подобные речевые нарушения можно рассматривать как распад уже сложившейся речи у взрослых. Люди, столкнувшись с такими нарушениями, очень тяжело переживают отсутствие речи, что в свою очередь может являться причиной психологических расстройств. И как следствие отрицательно повлиять на результаты не только восстановительного обучения, но и реабилитации в целом.

Таким пациентам в первую очередь требуется комплексная речевая нейропсихологическая коррекция, которую оптимально осуществлять в условиях специализированного отделения. Однако, у большого количества пациентов не всегда есть возможность попасть на реабилитацию сразу после стационара, в результате чего восстановление коммуникативной функции остается резко нарушенным.

Ряд авторов, в своих работах отмечает, что иногда речь восстанавливается спонтанно, но это случается нечасто. Если вовремя специализированная помощь не была оказана, мозговые процессы становятся инертными, и потом необходимые связи между разными зонами мозга восстановить уже очень трудно [17].

Функция достижения максимально возможной речевой активности пациента, максимально возможной его интеграции, в том числе и при невозможности речевого восстановления, возложена на логопедическую службу лечебного учреждения [10].

Большая роль в восстановлении вышеуказанных функций отводится и родственникам больного. Родственники вполне могут помогать, своим близким адаптироваться к общению, но если это происходит не под руководством специалиста, то могут быть выбраны неправильные методы. Такие методы могут затормозить речь вовсе, либо высока вероятность появления речевого «эмбола» и человеку будет очень трудно «переключиться» и начать произносить другие слова и фразы.

В клинике сосудистых заболеваний мозга редко поражаются изолированно небольшие корковые зоны, и потому редко встречаются «чистые» формы афазии [28]. Данный факт обуславливает сложность выбора методов восстановительного обучения.

В настоящее время утверждены клинические рекомендации по логопедической диагностике и реабилитации пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде, в то время как последующие этапы восстановления речевых функций не достаточно четко отражены в официальных источниках. Принятые стандарты лечения пациентов с мозговыми катастрофами в условиях лечебных учреждений включают логопедические мероприятия, однако, их реализация в полной мере не всегда возможна.

Таким образом, речевые афатические расстройства достаточно широко распространены среди лиц, перенесших инсульт, и могут быть причиной потери социального статуса, в тоже время необходимо отметить недостаточную разработку данного вопроса.

Учитывая вышесказанное, необходимым является дальнейшее изучение и систематизация логопедических методов восстановительного обучения.

Цель исследования: показать возможности реализации индивидуального подхода в процессе коррекционной работы при различных формах афазии.

Объект исследования: процесс нарушения речевых функций у лиц с различными формами афатических расстройств, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Предмет исследования: особенности протекания речевых нарушений и восстановительного обучения больных в зависимости от формы афатических расстройств.

Задачи исследования: 1. Проанализировать медицинскую и психолого-педагогическую литературу по теме исследования.

2. Изучить состояние речевых функций у лиц с афазией, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

3. Определить индивидуальное содержание восстановительной работы у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Гипотеза исследования: Процесс восстановления речи у пациентов с афазией будет эффективным, если учитывать индивидуальные особенности протекания речевых расстройств и условия коммуникации.

Методологической основой послужили учения А.Р. Лурии о «нейропсихологическом факторе» и «динамической локализации высших психических функций», основные принципы восстановительного обучения, изложенные в трудах Т.Г. Визель, Л.С. Цветковой, концепция речевой деятельности как сложного системного функционального единства Т.В. Ахутиной, Л.С. Выготского.

Методы исследования: 1. Методики исследования состояния речи (по А.Р. Лурии). Исследование речи согласно клиническим рекомендациям Союза реабилитологов России, разработанные под научным руководством Т.В. Ахутиной, Ю.В. Микадзе.

2. Нейропсихологическое исследование (исследование состояния высших психических функций (ВПФ) речевых и неречевых.

3. Беседа.

4. Наблюдение.

5. Методика «Диагностика коммуникативных и организаторских склонностей (КОС – 2)» (Козлов В.В., Мануйлов Г.М., Фетискин Н.П.). Проводилась среди сотрудников отделений, осуществляющих реабилитацию и уход за вышеуказанными пациентами.

Теоретическая значимость исследования: уточнен и систематизирован материал по применению индивидуального подхода в процессе восстановительного обучения.

Практическая значимость исследования: определены оптимальные средства и методы восстановительного обучения в зависимости от формы афазии, разработаны коммуникативные стратегии для родственников пациентов и персонала, их замещающего.

Научная новизна: на основе анализа литературы и современного научного исследования удалось систематизировать и осуществить применение на практике современных и традиционных средств коррекционного обучения, применяя индивидуальный подход в процессе восстановления речи у пациентов с афазией.

База проведения эксперимента. Исследование проводилось на базе МАУЗ ОТКЗ ГКБ № 1, в условиях первичного сосудистого отделения (ПСО), где пациенты находились на I этапе реабилитации и в условиях отделения медицинской реабилитации, где пациенты находились на II амбулаторном этапе.

В МБУЗ ГКБ № 5 в неврологическом отделении и структурном подразделении «Кабинет лечебной физкультуры», куда больные направлялись с целью долечивания (II и III этапы реабилитации) согласно маршрутизации.

В исследовании приняли участие 15 человек, в возрасте от 30 до 82 лет, перенесшие инсульт, имеющие афатические нарушения разной степени выраженности и формы (приложение 1).

Кроме того, на стационарном этапе в ряде случаев отмечалась дисфагия.

Все пациенты получали комплекс мероприятий, охватывающий: дифференцированное восстановительное обучение, индивидуальным методом, нейропсихологическую коррекцию, физические методы реабилитации и медикаментозное лечение (по назначению лечащего врача).

Этапы работы над исследованием:

1. Теоретико-аналитический. Проводился анализ литературы, обзор современных источников по теме исследования, постановка цели, формулировка задач и гипотезы исследования.

2. Диагностический. Осуществлялся выбор диагностического материала в соответствии с поставленными задачами, проведено обследование и анализ полученных результатов.

3. Экспериментальный. Разрабатывалось содержание восстановительного обучения индивидуально для каждого испытуемого в зависимости от состояния выявленных нарушений и этапа реабилитации. Проводятся занятия по разработанной программе, при необходимости вносятся коррективы.

4. Аналитический. Анализируются полученные в ходе эксперимента результаты, сформулированы выводы, проводится оформление материалов исследования.

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялась посредством участия в конференциях, проводимых ФГБОУ ВО ЮУрГГПУ, конгрессе с международным участием, проводимом Союзом Реабилитологов РФ (г. Екатеринбург, 2019 г), семинарах для сотрудников медицинского учреждения.

Структура работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы, приложений, содержит таблицы и рисунки.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Современные аспекты изучения афазии в психолого-педагогической литературе

Данные о состоянии исследования афазии в литературе в основном представлены работами Т.Г. Визель А.Р. Лурии, Л.С. Цветковой, М.К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой). В клиническом аспекте при исследовании сосудистых заболеваний головного мозга афазию рассматривали такие авторы, как А.С. Кадыков, Я. Мерхольц, В.В. Оппель, В.Д. Трошин, В.М. Шкловский с соавторами.

Термин «афазия» происходит от греческого слова («а» означает отрицание, отсутствие, «фазис» - речь); впервые его ввел французский врач Труссо [45].

Т.Г. Визель (2005) рассматривает афазию как системное нарушение речи, состоящее в полной потере или частичной потере речи и обусловленное локальным поражением одной или более речевых зон мозга.

Многолетние исследования Л.С. Цветковой дали ей основания для рассмотрения афазии в более широком смысле и определить данное расстройство как системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая, прежде всего коммуникативную функцию речи; афазия включает в себя четыре составляющие – нарушение собственно речи и вербального общения, нарушение других психических процессов, изменение личности и личностную реакцию на болезнь [44].

В нейропсихологической специализированной литературе встречается следующее понятие. Афазия – это системные речевые расстройства при локальных поражениях коры левого полушария при

сохранности элементарных форм слуха и артикуляторного аппарата, обеспечивающего членораздельное произношение [35].

В монографиях, посвященных клиническим исследованиям в области реабилитации высших психических функций (ВПФ) можно встретить понятие афазии, отражающее лишь уровень повреждения и основную симптоматику.

Так, А.С. Кадыков (2008) дает следующее понятие афазия – наиболее часто встречающееся речевое нарушение у взрослых, определяется как системное нарушение различных сторон речи, связанное с локальным поражением речевых зон, располагающихся у правшей в левом полушарии головного мозга [17].

Как видно из всех предложенных в литературе понятий, в зависимости от локализации повреждения и клинической симптоматики различают несколько форм афазии.

Прежде чем перейти к описанию классификации афатических расстройств, необходимо рассмотреть их основные причины и механизмы возникновения.

Наиболее частыми причинами развития афазии являются нарушения мозгового кровообращения (инсульты). Наиболее частая локализация инфаркта мозга при афазии – бассейн васкуляризации левой средней мозговой артерии или ее ветвей. Афазия может развиваться почти при всех подтипах ишемического инсульта: атеротромботическом, гемодинамическом, кардиоэмболическом, инсульте, развившемся по механизму артерию-артериальной эмболии. Крайне редко афазия возникает при лакунарном инфаркте и при этом быстро (в течение нескольких дней) регрессирует. Афазия может развиваться и при кровоизлиянии в левое полушарие головного мозга [10;12].

В зависимости от заболевания, которое привело к афазии, могут варьироваться ее течение и прогноз восстановления. При сосудистых катастрофах необходимо учитывать характер инсульта (геморрагический

или ишемический). По некоторым данным, ишемический инсульт чаще ведет к развитию афазии и тяжесть речевого нарушения выше, чем при геморрагическом. Замечено, что у лиц молодого возраста большие компенсаторные возможности, нежели у пожилых пациентов.

Известно о таких факторах риска, повышающих вероятность возникновения афазии, в случае сосудистой катастрофы как пожилой возраст, семейный анамнез, церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца, перенесенные транзиторные ишемические атаки, травмы головы.

Тяжесть афазии зависит от локализации и обширности очага поражения, компенсаторных возможностей, возраста пациента и преморбидного фона. Внутримозговое кровоизлияние сопровождается более тяжелыми нарушениями речи, чем тромбоз или атеросклероз [42].

Касаясь истории вопроса классификации афазий, можно сказать, что большой интерес и рост публикаций по данной проблеме наблюдался в начале 70-х годов. М. Критчли выдвигал гипотезу о существовании такой умственной деятельности, которая предшествует речи и назвал ее «превербитум». Он считал, что клиническая картина афазий может зависеть от степени распространения торможения «превербитума». Предлагал классификацию в соответствии с характером дефекта и зависящую от уровня расстройств «превербитума». Также рассматривал лингвистический подход к рассмотрению афазии, и что немаловажно обращался к теории коммуникации [43].

В современной литературе различают следующие подходы к классификации афазий: классическая, неврологическая классификация Вернике-Лихтгейма, лингвистическая классификация В.К. Орфинской, Х. Хэда и др.

В нашей стране в основном используют классификацию А. Р. Лурия, за рубежом – упрощенный вариант классификации Вернике-Лихтгейма.

В классификации А. Р. Лурия выделяют 3 вида моторных афазий (динамическая, эфферентная и афферентная), 2 вида сенсорных афазий (акустико-гностическая, акустико-мнестическая), семантическая и амнестическая афазии. В чистом виде в клинике сосудистых заболеваний мозга эти виды афазий встречаются относительно редко и чаще наблюдаются комплексные их формы: комплексная моторная (эфферентно-динамическая, эфферентно-афферентная), комплексная сенсорная, сенсомоторная афазия.

Зарубежные исследователи выделяют три вида моторной афазии – корковую моторную (афазия Брока), транскортикальную моторную и реже субкортикальную моторную; два вида сенсорной афазии – корковую сенсорную (афазия Вернике), транскортикальную сенсорную; амнестическую, проводниковую и глобальную (сенсомоторную) афазию.

В зарубежной литературе может встречаться упрощенная классификация, где выделяют две группы афазий: 1) «задняя», «флуент» (подчеркивается, что речь остается плавной, ненапряженной) афазия, возникающая при поражении задних отделов левого полушария, и 2) «передняя», «нонфлуент» (речь напряженная, спотыкающаяся) афазия, развивающаяся при очагах в передних отделах доминантного по речи левого полушария[17].

Наиболее широкое применение получила классификация А.Р. Лурия, в которой выделяется семь форм афазии:

1. Эфферентная моторная афазия. Возникает при локализации поражения в задних отделах левой нижней лобной извилины, поле 44 по Бродману, зона Брока. Основным механизмом (фактором) синдрома этой формы афазии является нарушение кинетической организации речи, которое приводит к нарушению устной речи из-за невозможности переключиться с одного элемента речи на другой. В клинической картине это проявляется как симптом персеверации.

2. Афферентная моторная афазия (поражение задних постцентральных отделов двигательного анализатора, нижние теменные отделы). В основе этой формы афазии лежит нарушение кинестетического (чувствительного) фактора. Это приводит к невозможности произнести отдельный звук, поскольку звуки, близкие по месту и способу происхождения, замещаются друг на друга.

3. Динамическая афазия. Развивается при поражении коры левой лобной доли, расположенной кпереди от зоны Брока или при поражении дополнительной речевой зоны Пенфилда, расположенной по медиальной поверхности левой лобной доли кпереди от моторного центра нижней конечности. В этом случае не нарушаются ни моторные, ни сенсорные механизмы, но нарушается внешний уровень организации произвольной, продуктивной речи. Здесь нарушаются высшие вербальные синтезы (42, 44, 45). Фактором этой формы афазии является внутренняя речь. Было установлено, что фактором, лежащим в основе динамической афазии и нарушении спонтанной речи, является предикативность речи, которая связана с синтагматикой. Именно процесс актуализации, т. е. перевод языка в речь из-за дефектов предикативности и является фактором динамической афазии. По этой же причине нарушается и внутренняя речь, но уже как следствие, а не причина [45].

Таким образом, при динамической афазии страдают разные уровни речевого высказывания:

1) Исходный уровень – замысел или мотив, где представлены образ ситуации, образ действия и образ результата действия.

2) Развертывание мысли в смысловую программу речевого высказывания (психологический синтаксис).

3) Уровень грамматического структурирования или грамматического оформления в системе данного языка [8].

4. Сенсорная афазия (акустико-гностическая). Происходит поражение задней трети верхней височной извилины – поле 22, зона

Вернике [45]. Первичным дефектом при сенсорной афазии является нарушение дифференциации смысловозначительных признаков звуков речи, принятых в данном конкретном языке. Расстройства фонематического слуха обуславливают грубые нарушения импрессивной речи – понимания. Появляется феномен «отчуждения смысла слова», который характеризуется «расслоением» звуковой оболочки слова и его предметной отнесенности. Звуки речи теряют для больного свое константное стабильное звучание и каждый раз воспринимаются искаженно, смешиваются между собой по тем или иным параметрам [8].

Понимание речи, называние, повторение, чтение и письмо грубо нарушены, собственная речь напоминает «словесную крошку» [51].

5. Акустико-мнестическая афазия (поражение средней височной извилины – поля 21 и 37) [45].

Многофакторность механизмов акустико-мнестической афазии обусловлена сложностью морфологического строения коры этой области (возникает при поражении третичной зоны – 21 – 37 – 19 поля) и ее связью со слуховым и зрительными анализаторами.

Нарушается слухоречевая память, сужается объем акустического восприятия, нарушаются зрительные предметные образы-представления.

Л. С. Цветкова так же указывает на то, что нарушается не память, а объем восприятия.

6. Семантическая афазия (в зарубежной классификации отсутствует). Возникает при поражении области стыка височной, теменной и затылочной долей – зоны ТРО (поля 39, 40, задняя часть поля 37 и передняя часть поля 19). В основе данной формы – нарушения пространственного и квазипространственного восприятия [20].

Семантическая афазия протекает в нейропсихологическом синдроме симультанной агнозии, астереогноза, нарушения схемы тела, пространственной и конструктивной апраксии и первичной акалькулии [22].

Проявляется в симптомах нарушения понимания логико-грамматических конструкций.

В чистом виде в неврологической клинике эта форма афазии встречается крайне редко, чаще она сочетается с амнестической афазией.

7. Амнестическая афазия (поражение теменно-височно-затылочной области). Фактор нарушения номинативной функции речи – нарушение предметных образов-представлений .

Кроме того, различают и другие формы афазии, которые отсутствуют в классификации А.Р. Лурии.

К. Вернике и К. Клейст указывали на проводниковую афазию, возникающую при локализации очага в островке, где проходят проводники, соединяющие сенсорный и моторный речевые центры. В клинике в чистом виде встречается крайне редко.

Различают сенсомоторную афазию (по зарубежной классификации – глобальная афазия) наблюдается при поражении обеих речевых зон (Брока и Вернике). При ней наблюдается сочетанное нарушение понимание с затруднениями (по моторному типу) в собственной речи. В крайних случаях (при тотальной афазии) полностью отсутствуют собственная речь и понимание речи окружающих. Больные с тотальной афазией при самостоятельной и диалогической речи произносят только речевые эмболы, состоящие из 1 – 2 слогов или, реже, слов – «та-та», «да-да-да», «да», «нет».

«Подкорковая» афазия возникает при поражении подкорковых узлов, зрительного бугра и прилегающего белого вещества и при анатомической интактности коры.

Для «подкорковой» афазии характерны в остром периоде заболевания нарушение как сенсорной, так и моторной стороны речи с дальнейшей трансформацией речевого синдрома: при локализации очага в передних отделах лентикулярного ядра, белом веществе центральных извилин, переднем бедре внутренней капсулы – в моторную афазию

(динамическую или эфферентную) в сочетании с изменениями высших функций по «псевдолобному» типу; при локализации очага в белом веществе височной доли, зрительном бугре, задних отделах лентикулярного ядра – в акустико-мнестическую аффию в сочетании с изменениями высших функций по «псевдовисочному» типу. Синдром подкорковой афазии сочетается в ряде случаев с афонией, дизартрией или нарушением ритмико-мелодической структуры речи[17].

1.2 Нарушения высших психических функций при локальных повреждениях головного мозга, у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

Нейропсихологические синдромы, наблюдаемые у лиц, с ОНМК представлены, как правило, симптомами нарушений в бассейнах передней мозговой артерии (ПМА), средней мозговой артерии (СМА), внутренней сонной артерии (ВСА) и в вертебрально-базиллярной системе (ВБС).

Клиническая нейропсихологическая картина очага поражения в ПМА представлена нарушениями памяти. Сосудистый бассейн ПМА обеспечивает кровоснабжение медиальных отделов лобных и части теменных долей мозга, передних и средних отделов мозолистого тела, передних отделов подкорковых образований и гипоталамуса.

Также могут наблюдаться эмоциональные изменения, характерные для поражения медиальных отделов полушарий, общая инактивность, сужение мотивационно-потребностной сферы и отчетливыми нарушениями динамики протекания психических процессов. Все вышеперечисленные синдромы затрудняют коммуникацию [29].

Ряд исследований подтверждает, что иная картина нейропсихологических симптомов наблюдается при нарушениях в системе средней мозговой артерии (СМА). СМА кровоснабжает конвекситальные отделы заднелобных, височных и теменных долей мозга. Результатом расстройств в этом бассейне оказывается комплекс речевых нарушений в

виде смешанной формы афазии, которая сочетает в себе симптомы афферентной и эфферентной моторной, сенсорной и акустико-мнестической афазии.

Кроме того, отмечаются расстройства динамического и кинестетического праксиса, нарушение пространственной организации движений и симптомы недостаточности зрительно-конструктивной деятельности [30].

В последующем, при исследовании нами динамического и кинестетического праксиса у лиц с моторной афазией наблюдались вышеуказанные нарушения, что затрудняло проведение коррекционных мероприятий с включением предметной деятельности.

Нарушения ВПФ, возникающие при повреждениях в бассейне внутренней сонной артерии (ВСА) идентичны нарушениям, возникающим в СМА, но могут быть представлены в меньшей степени по выраженности и полноте симптомокомплекса.

Специфическими являются такие расстройства, как системные персеверации при нарушении в левой ВСА и феномен левостороннего игнорирования в различных афферентных и эфферентных системах при локализации поражения в правой ВСА.

Нарушения в вертебро-базилярной системе (ВБС) могут сопровождаться развитием глобальных модально-неспецифических нарушений памяти по типу амнестического синдрома.

Следует отметить, что данная локализация очага обуславливает нарушения стато-кинетической устойчивости, затрудняет вертикализацию и переход пациента в положение сидя, что в свою очередь может длительно препятствовать проведению коррекционных мероприятий.

В то же время, в остром периоде инсульта (до 21 дня) часто на первый план выходит общемозговая симптоматика, что не позволяет достоверно оценить сформированность локальных нейропсихологических синдромов. Наибольшая выраженность и оформленность

нейропсихологических синдромов, как правило, наблюдается в промежуточном (раннем восстановительном до 6 месяцев) периоде инсульта, что соответствует амбулаторному этапу восстановления.

1.3 Проявления нарушений речи при различных формах афазии

Рассмотрение вопросов особенностей нарушений речи при афазии требует предварительного анализа функций речи и основных форм речевой деятельности.

К функциям внешней речи относятся:

1. Коммуникативная функция: речь является средством общения.
2. Экспрессивная функция: выражение мыслей, чувств и пр.
3. Индикативная функция: указание на объект.
4. Номинативная функция: называние объектов.
5. Сигнификативная: означивание (внутренняя сторона знака – значение).
6. Гностическая: сохранение и передача общественного опыта в виде знания.

Функции внутренней речи:

1. Планирование деятельности.
2. Регуляция действий.

Выделяют две самостоятельные формы речевой деятельности:

1. Экспрессивная речь – речепроизводство, процесс высказывания:
 - устная (активная и отраженная);
 - письменная (самостоятельная, под диктовку).
2. Импрессивная речь – речепонимание, процесс понимания речевого высказывания:
 - понимание устной речи;
 - понимание письменной речи.

При моторной афазии наблюдается нарушение речепроизводства и процесса высказывания.

Речепроизводство включает следующие стадии:

- стадия мотива и замысла (программа, динамическая схема высказывания);
- стадия внутренней речи, обладающей свернутым характером;
- стадия развернутого внешнего речевого высказывания (устного или письменного, самостоятельного или под диктовку).

При этом происходит поиск или выбор отдельных слов для выражения мысли, связывание слов в целостное высказывание (синтагму, совокупность правил, по которым слова объединяются друг с другом), моторный процесс проговаривания слов[35].

Как сказано выше, различают 7 форм афазии, сопровождающиеся различными видами речевых нарушений.

Эфферентная моторная афазия вызвана поражением нижних отделов премоторной зоны. Данная зона отвечает за плавную смену одного орального или артикуляционного акта другим, обеспечивается слияния артикуляций в сукцессивно организованные ряды - «кинетические двигательные мелодии» (по терминологии А.Р. Лурия).

Клинически проявляется патологической инертностью артикуляторных актов, появлением персевераций, препятствующих свободному переключению с одной артикуляционной позы на другую. Речь больных становится малопродуктивной, разорванной, сопровождается «застреванием» на отдельных фрагментах высказывания. Подобные нарушения вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, частично и понимания речи. При эфферентной моторной афазии артикуляционная апраксия относится к сериям. Больные могут легко произносить отдельные звуки, но испытывают существенные затруднения при произнесении слов и фраз. Нарушено построение фраз, в грубых случаях наблюдаются явления «телеграфного стиля». Данный синтаксический компонент эфферентной моторной афазии может проявляться при относительно маловыраженных

произносительных трудностях. Нередко моторная эфферентная афазия сочетается с нарушением кинетического (динамического) праксиса.

Поражение нижних отделов постцентральной зоны мозга является причиной афферентной моторной афазии. Ведущим расстройством является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений. Больные теряют способность совершать по заданию те или иные движения языком, губами и другими органами артикуляции. Причем, непроизвольно эти движения могут быть легко выполнены ими, поскольку не имеется парезов, ограничивающих объем оральных движений, то есть возникает нарушение движений – оральная апраксии. Оральная апраксия лежит в основе артикуляционной апраксии, имеющей непосредственное отношение к произнесению звуков речи. Отмечается распад отдельных артикуляционных поз (артикулем). В устной речи больных в зависимости от степени грубости апраксии это выражается отсутствием артикулированной речи, поисках артикуляции, искаженном воспроизведении поз. Вторично страдают другие стороны речевой функции [36].

В исследованиях проводимых С.Г. Щербак и Шеломенцевой Ю.В. (2020) было установлено, что клиническим симптомом при афферентной моторной афазии выступает расстройство артикуляторного звена в сочетании с легкой недостаточностью фонологического анализа и нарушением письма [47].

Т.Г. Визель указывает на то, что динамическая афазия имеет два основных варианта. В одном случае происходит преимущественно нарушение функции речевого программирования, в результате чего, больные пользуются в основном готовыми речевыми штампами, не требующими «деятельности программирования». При динамической афазии первостепенным является нарушение функции грамматического структурирования, в речи больных это проявляется в виде экспрессивного аграмматизма, в наиболее грубом варианте в виде отсутствия или

значительной обедненности грамматического оформления высказывания – «телеграфном стиле». Произносительные трудности в обоих вариантах не значимы. Важным является то, что при обеих формах наблюдаются речевая инактивность и аспонтанность.

У большей части больных можно обнаружить элементы «полевого поведения» вследствие истощения внимания, персевераций: больной отвлекается на то, что находится в пределах его поля зрения. В дальнейшем, в ходе практической деятельности было замечено, что проведение занятий и диагностических мероприятий у таких больных в условиях палаты медучреждения затруднено, так как пациент отвлекается на все происходящее вокруг, не удерживает инструкцию, включается в задание только при помощи внешних инструкций.

У больных с грубой динамической афазией, за исключением отдельных упроченных в прежней речевой практике речевых штампов разговорно-бытового характера, спонтанная речь практически отсутствует, облегчает коммуникацию стимулирование речи извне.

Речевая активность низкая. У больных со средней степенью выраженности спонтанная речь состоит из коротких фраз, однообразных по синтаксической структуре. Имеется аграмматизм «телеграфного стиля». В целом высказывание достаточно бедное, однообразное по интонированию. Речевая активность низкая, особенность коммуникации заключается в том, что преобладает диалогическая речь. Часто можно встретить как разговорные, так и профессиональные речевые штампы [39].

При легкой степени выраженности спонтанное высказывание развернутое, но отличается обеднением со стороны логических построений, отмечается стереотипность синтаксической структуры. Речевая активность ниже нормы, эхоталии возникают в основном «на истощении».

Не менее сложными являются проявления нарушения речи у лиц с сенсорной (акустико-гностической) афазией. Исходным дефектом при

сенсорной афазии является нарушение способности, которая прямо зависит от состояния фонематического слуха. Она состоит в дифференциации смысловых признаков звуков речи, принятых в данном конкретном языке. Расстройства фонематического слуха обуславливают, грубые нарушения импрессивной речи – понимания. Появляется феномен «отчуждения смысла слова», который характеризуется «расслоением» звуковой оболочки слова и его предметной отнесенности. Звуки речи теряют для больного свое константное стабильное звучание и каждый раз воспринимаются искаженно, смешиваются между собой по тем или иным параметрам. В экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции) как результат «погони за ускользящим шумом», замены одних слов другими, одних звуков другими – вербальные и литеральные парафазии.

При грубой степени выраженности сенсорной афазии больные в состоянии осмысливать лишь сугубо ситуативную речь, близкую им по тематике. Выявляется грубое отчуждение смысла слова при показе частей тела и предметов. Устные инструкции, в особенности многосложные (многоэтапные) не могут быть выполнены или выполняются с грубыми искажениями [38].

Больные с менее грубым речевым дефектом, в общем, понимают ситуативную речь, однако понимание более сложных внеситуативных видов речи затруднено. Существенное влияние на распознавание звуков оказывает темп речи собеседника и ее просодические особенности.

При обследовании в заданиях для оценки правильности речевой конструкции больные, как правило, отмечают грамматически искаженные конструкции от правильных, но не замечают в них смысловых несоответствий. Замечаются лишь грубые смысловые искажения. Устные инструкции выполняются с частыми ошибками.

В спонтанной речи выявляются многочисленные аграмматизмы

согласования, но в целом речь больных производит впечатление потока. Речь отличается богатыми интонациями, темп может быть несколько убыстрен, имеются ошибки в ударениях. Больные часто сопровождают высказывания адекватной мимикой и жестами.

При менее грубом речевом дефекте в спонтанной речи больных в наличие литеральные и вербальные парафазы, элементы логореи.

Замечено, что для изолированной сенсорной афазии и смешанных форм, как правило, характерно преобладание речевых нарушений грубой степени выраженности [1].

Проявления нарушения речи у лиц с акустико-мнестической афазией имеют ряд особенностей. В отличие от акустико-гностической афазии, акустический дефект проявляется не в фонематическом анализе, а в слуховой мнестической деятельности. Теряется способность к удержанию в памяти, воспринятой на слух информации, наблюдается сужение объема слухоречевого восприятия и наличие слабости акустических следов. Пациенты испытывают определенные трудности понимания развернутых видов речи, там, где требуется участие слухоречевой памяти. В собственной речи больных основным признаком является словарный дефицит, вызванный вторичным обеднением ассоциативных связей слова внутри данного семантического круга, а также недостаточность зрительных представлений о предмете.

По мнению А.Р. Лурии, акустико-мнестическая афазия включает компонент амнестической афазии.

Замечено, что повторная речь у больных даже с грубым речевым дефектом не страдает, но наблюдаются ошибки, связанные с недостаточностью удержания воспринятого ими текста. Слова и фразы доступные для непосредственного восприятия и повторения, оказываются забытыми «стертыми» после введения интерференции, в особенности гетерогенной.

При легкой выраженности речевого расстройства повторная речь в основном сохранена, за исключением повторения развернутых речевых конструкций, серий слов и длинных фраз.

Диалогическая речь больных со всеми степенями тяжести данной формы афазии оказывается нарушенной менее остальных видов речевой деятельности, так как в данном случае возможно восприятие информации частями.

Проявления нарушения речи у лиц с семантической афазией, представляют собой комплекс сложных расстройств. Семантическая афазия возникает при поражении височно-теменно-затылочных областей левого доминантного полушария - так называемой зоны ТРО (височно-теменно-затылочной).

Основное проявление речевой патологии при этом импрессивный аграмматизм, в результате чего наблюдается невозможность понимания сложных логико-грамматических оборотов речи. Он базируется на одном из видов общего расстройства пространственного гнозиса – нарушении способности к симультанному синтезу. Так как в речи основными «детальными», связывающими слова в логико-грамматическую конструкцию, являются грамматические элементы, суть нарушения связана с выделением этих элементов, пониманием их смысловой роли и невозможностью объединения их в единое целое [51].

Однако, экспрессивная речь у больных с данной формой афазии остается практически сохранной. Отмечается лишь ограничение числа сложных логико-грамматических оборотов речи, в то же время можно отметить редкое, использование пространственных предлогов и слов с пространственным значением.

Лучшее понимание ситуативной и внеситуативной речи доступно лишь в том случае, если в ней отсутствуют сложные логико-грамматические конструкции. Тексты, содержащие логико-грамматические построения, как правило, могут быть поняты больными с

трудом.

Часто больные не в состоянии соотнести значение предлога со схемой, изображающей пространственные взаимоотношения объектов.

Таким образом, при различных формах афатических нарушений наблюдаются расстройства речевых функций разнообразного характера. В то же время, в процессе практической деятельности редко можно встретить изолированные формы афазии.

Следует учитывать тот факт, что при острых цереброваскулярных расстройствах в клинические проявления афазий помимо явлений диашиза и нейродинамических расстройств на фоне ишемии, вносят свой вклад атрофия мозга, множественные лакунарные очаги, участки лейкоареоза различной степени выраженности [50].

По данным некоторых исследований, отмечена связь между частотой встречаемости определенных форм афазии и возрастом пациентов. Так было установлено, что увеличение возраста прямо связано с частотой сенсорной афазии, и имеется обратная связь с увеличением частоты встречаемости моторной эфферентной формы. Подобная закономерность может быть связана с постинсультной нейропластичностью, изменением локализации инсульта с возрастом, инволютивными изменениями головного мозга, в частности изменением анатомической локализации и физиологических механизмов речи [1].

Кроме того, нарушения ВПФ, часто и неотъемлемо сопровождающие инсульты любого генеза, накладывают свой отпечаток на коммуникативную способность реабилитанта.

Важным является и исследование неречевых функций и преморбидности личности. Это в свою очередь требует не только комплексного, но и индивидуального подхода в решении проблем восстановительного обучения.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

Анализ современных источников литературы позволяет сделать вывод о том, что афазия является достаточно сложным речевым нарушением. В зависимости от локализации патологического очага в головном мозге возникают различные формы афазии, однако, в чистом виде какая-либо форма афазии встречается редко.

В основе классификации афазий существуют различные подходы, такие как неврологический, классический, лингвистический.

В нашей стране широкое распространение получила классификация, предложенная А.Р. Лурия, в которой выделяется семь форм афазии.

В зависимости от того, какие уровни речевого высказывания пострадали, симптоматика речевого расстройства будет различной.

Целесообразно рассматривать афазию в структуре какого-либо нейропсихологического синдрома, так как чаще всего данная патология сопровождается расстройством высших психических функций, таких как гнозис, праксис, а также нарушением мнестических процессов и внимания.

Афатические нарушения непосредственно влияют на коммуникативные возможности пациента и требуют дальнейшей коррекции.

ГЛАВА 2 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИССЛЕДОВАНИЮ СОСТОЯНИЯ РЕЧИ У ЛИЦ С АФАЗИЕЙ

2.1 Методики по обследованию речи и высших психических функций

С целью оценки исходного состояния речи, определения форм афазии и преобладающих нейропсихологических нарушений нами была сформирована группа пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Все пациенты были проинформированы о предстоящих вмешательствах, диагностической и коррекционной работе, получено их согласие.

Периоды инсульта и соответствующее количество участников были следующие:

1. Острый 5 – 21 день – 4 человека
2. Ранний восстановительный до 6 месяцев – 9 человек
3. Поздний восстановительный до 1 года – 1 человек
4. Период стойких остаточных явлений – 1 человек.

В исследование не включали пациентов, имеющих нарушения психики и расстройства сознания. Все испытуемые имели достаточно высокую реабилитационную способность, а именно стабильное соматическое и психическое состояние реабилитанта, высокую мотивированность.

Наше исследование проводилось как на стационарном, так и на амбулаторном этапах реабилитации. Содержание логопедических мероприятий, направленных на диагностику речевых расстройств определяется преимущественно клиническими рекомендациями, разработанными Национальной ассоциацией по борьбе с инсультом и Союзом реабилитологов России «Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями речи, голоса и глотания в остром периоде» 2013, 2016 гг [28].

Исследование речевых функций на амбулаторном этапе проводится в рамках исследования ВПФ и опирается на стандарты оказания специализированной помощи больным, перенесшим ОНМК в условиях медицинского учреждения.

Согласно клиническим рекомендациям нейрореабилитация в остром периоде проводится с учетом координированного комплекса мер в рамках междисциплинарного подхода [33]. Преимущество данного подхода заключается в объединенной работе специалистов мультидисциплинарного профиля. Включение логопедов в работу мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) актуализируют проблему организации медико-педагогического взаимодействия.

К обязательным формам работы на стационарном этапе относились:

1. Медико-логопедические исследования, позволяющие выявить нарушения глотания, голоса, речи и других когнитивных функций (в синдроме речевых расстройств). Данные мероприятия входят в стандарты оказания специализированной медпомощи при инсульте и являются самостоятельными законченными процедурами.

2. Разработка индивидуальных программ восстановления на основе поставленных реабилитационных целей с учетом принципа индивидуального подхода и оценки тяжести состояния пациента.

Согласно нового положения «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» 2020 года индивидуальная программа реабилитации заменяется на индивидуальный план медицинской реабилитации (ИПМР).

3. Выполнение медико-логопедических процедур (занятий) с пациентом, который на момент проведения должен быть мотивированным на восстановление, по устранению выявленных нарушений и профилактике вторичных функциональных расстройств.

4. Проводится оценка динамики состояния нарушенных функций один раз в 5 – 7 дней в виде текущего контроля посредством скрининговых

тестов и аналитического рассмотрения продуктивной деятельности реабилитанта (речевой, рисуночной, графической и т.д.).

5. Мониторинг(возможно в виде блиц-обследования) результативности восстановления функций речи, голоса и глотания, с целью оценки качества проведенных процедур.

6. Консультативно-разъяснительная работа с родственниками больного (лицами их замещающими) и медицинским персоналом.

7. Ведение медицинской и логопедической документации (приложение 2).

8. Взаимодействие с другими медицинскими организациями, путем внесения данных логопедического обследования и рекомендаций в целях дальнейшей маршрутизации пациента (приложение 3).

Медико-логопедические исследования проводятся по показаниям и назначению лечащего врача с момента поступления больного в реанимационное, первичное сосудистое или неврологическое отделение, в последующем отделение медицинской реабилитации где проводятся следующие мероприятия:

- тщательная клиническая оценка функции глотания у пациентов с признаками дисфагии, определения способов кормления (компенсаторных, заместительных) и подбора консистенции жидкой и твердой пищи (рекомендательного характера) путем проведения стандартного трех глоткового теста и при помощи исследования соответствующих рефлексов (небного, глоточного, кашлевого) [33];

- определение и оценка речевого статуса у пациентов с афазиями, дизартриями с последующим определением вида и степени выраженности речевых расстройств.

Данные исследовательские процедуры проводятся в максимально ранние сроки при отсутствии противопоказаний (1 – 3 сутки, исходя с учетом тяжести состояния). Подобные процедуры необходимы для:

- предотвращения аспирации и развития легочной патологии в виде аспирационной пневмонии у пациентов с дисфагиями;

- активного и своевременного запуска репаративных процессов головного мозга и профилактики появления патологических стереотипов у пациентов с нарушениями речи.

При составлении соответствующей коррекционной программы необходимо точно диагностировать форму, вид и степень выраженности речевых и иных когнитивных нарушений, в частности высших психических функций (ВПФ).

Диагностика состояния речи проводится в определенном порядке. Важным является установление контакта с больным.

Медико-логопедические исследования при афазии и дизартрии включало следующие компоненты:

1. В момент обследования пациент должен быть разбужен, находиться в ясном сознании с уровнем бодрствования достаточным для выполнения инструкций и с отсутствием выраженных нарушений психики.

2. В остром периоде из-за тяжелого состояния или повышенной утомляемости больного не всегда бывает возможным провести комплексное развернутое логопедическое обследование. В этом случае для выявления речевых нарушений применялось блиц-обследование, которое включало следующие компоненты:

- строение артикуляционного аппарата;
- состояние мышц челюстно-лицевого аппарата;
- объем артикуляционных движений;
- особенности голосообразования и дыхания;
- состояние произносительной стороны речи;
- понимание обращенной речи;
- уровень состояния устной речи, чтения, письма.

При проведении обследования были выбраны пробы с учетом первичного контакта с пациентом и тяжести его состояния, за основу были

взяты пробы, представленные в официальных клинических рекомендациях (см. Таблица 1).

Таблица 1 – Речевые пробы, рекомендуемые для диагностики в остром периоде

Вид речевой деятельности	Задания	
	Легкие пробы	Сложные пробы
Понимание	Выполнение устных инструкций	
	«Закройте глаза», «Покажите язык», «Улыбнитесь»	«Указательным пальцем левой руки дотроньтесь до правой брови»
	Ответы на да / нет вопросы	
	«Вас зовут Михаил?»	«Траву косят топором?»
Называние	Называние высокочастотных реальных предметов (чашка, тарелка), частей тела (рука, глаз)	Называние низкочастотных предметов по картинкам (крокодил, палитра) Подбор слова к определению («как называется чувство тоски по прошлому»)
Повторение	Повторение отдельных слогов и простых слов («па», «мама», «кот»)	Повторение развернутых предложений («За высоким забором росли развесистые яблони»)
Спонтанная речь	Счет от 1 до 10, перечисление дней недели Описание простой сюжетной картинки	Развернутый диалог Описание своих должностных обязанностей на работе
Чтение	Чтение отдельных простых упрощенных слов («дом») и коротких предложений («закройте глаза»)	Чтение абзаца с последующим ответом на вопросы по содержанию и пониманию прочитанного
Письмо	Написание собственных ФИО, простых слов под диктовку («река»)	Написание письменных ответов на вопросы

3. Письменные пробы стоит проводить, независимо от того может ли больной пользоваться своей ведущей рукой. Для предупреждения негативных реакций и ситуации «неуспеха» следует объяснить пациенту необходимость вовлечения в деятельность неведущей руки в целях стимуляции работы сохранного полушария мозга. Данный прием основан на принципе восстановления межполушарной асимметрии и предполагает максимально возможное использование бимануальных действий [32].

Внутри отдельных разделов теста задания могут быть переменными от простых проб до сложных, что позволяет быстро выбирать задания соответствующего уровня.

При необходимости нами были использованы специальные эрготерапевтические приспособления для письма и подводящие приемы для уменьшения спастичности кисти ведущей руки.

4. У больных с речевыми нарушениями в обязательном порядке исследования проводятся с учетом оценки неречевых ВПФ, таких как память, внимание, зрительно-пространственный гнозис.

Это обусловлено тем, что афазия следует рассматривать не как отдельное нарушение, а в структуре определенного нейропсихологического синдрома.

5. Применение оценочной системы не только качественных, но и количественных показателей состояния нарушенных функций, позволяет более точно определить степень выраженности расстройства.

Введена шкала оценки выполнения предложенных заданий пациентом, основанная на Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2004 г.).

Рекомендуемая примерная оценка степени нарушения:

- нет нарушений – 0-4 %;
- нарушения легкой степени выраженности – 5-24 %;
- нарушения средней степени выраженности – 25-49 %;
- нарушения грубой степени выраженности – 50-95 %;
- объективно оценить нельзя (по тяжести состояния) – 96-100 %.

Обязательное использование МКФ вступает в силу с 1 января 2021 года, что позволит рассматривать патологическое состояние с позиций нарушения функций, и более качественно оценить динамику восстановления.

Так, например, в МКФ в разделе деятельность – общение и межличностные взаимодействия, и отношения относят к активности и участию. Причем, данный вид коммуникации можно больше отнести к участию, так как это требует вовлечения пациента в жизненную, в нашем случае коммуникативную ситуацию. В данном варианте его деятельность будет связана с другими людьми.

Несколько по другому с позиций МКФ можно рассматривать восстановление чтения. Так, например, если пациент будет себе читать книгу, прессу – это активность, то есть выполнение определенной задачи и действия самим реабилитантом. Равно как и чтение, кому-либо – это уже домен участие.

Если учесть, что любая деятельность очень вариабельна и в целом для нее не всегда могут быть нормы и стандарты, то для нас станет возможным оценивать восстановление речи с позиций качественных характеристик и индивидуальных особенностей пациента.

б. Диагностика может занимать от 10 до 60 минут в зависимости от состояния больного. На основании полученных данных периодически вносились коррективы в программу занятия, запись динамики состояния речи в историю болезни и промежуточные эпикризы.

При проведении логопедического обследования в острый период и в зависимости от тяжести состояния необходимо учитывать ряд факторов:

- при проведении в остром периоде больной лежит, и соответственно, восприятие трехмерного пространства и действия в нем затруднены;
- работоспособность пациента ограничена 7 – 10 минутами, в связи с чем, возможно проведение исследования в несколько этапов;
- целесообразно проводить небольшое число проб, направленных на наиболее значимые для последующего восстановления сферы психики.

7. По результатам диагностики было составлено логопедическое заключение на каждого пациента, в котором определена форма речевых расстройств.

Необходимым было соотнести выявленные речевые расстройства с нарушениями других ВПФ (неспецифическое речевое нарушение вследствие когнитивного снижения) и оценить особенности протекания нейродинамических процессов.

В остром периоде чаще диагностируются сочетанные формы афазии, что обусловлено патофизиологическими изменениями, тяжестью состояния, высокой истощаемостью больного и сложностью сопоставления различных симптомов между собой.

Известно, что наиболее четко речевые нарушения оформляются к концу острого периода инсульта, могут сохраняться в раннем восстановительном периоде. В указанные временные интервалы происходит наибольшая дифференцировка средств и методов восстановительного обучения, а также включение дополнительных методов исследования и проб.

Другая методика обследования речевых функций у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, предполагает использование двенадцати субтестов и представлена в виде схемы обследования больного с афазией (по А.Р. Лурия):

1. Исследование общей способности больного к речевой коммуникации – беседа, позволяющая определить:

- а) полноту собственной речи больного;
- б) понимание им ситуативной, обиходной речи;
- в) степень речевой активности;

г) темп речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степень разборчивости (обращается также внимание на наличие или отсутствие назального оттенка речи).

2. Исследование понимания речи.

3. Исследование автоматической речи:
 - а) прямой счет до 10 и обратный (от 10 до 0);
 - б) перечисление дней недели, месяцев;
 - в) окончание пословиц и фраз с «жестким» контекстом типа: «Я мою руки холодной...», со «свободным», типа: «Мне принесли новую...» и т. д.;
 - г) пение песен со словами.
4. Исследование повторной речи.
5. Исследование функции называния:
 - а) реальных предметов и их картинных изображений;
 - б) действий (ответы на вопросы – «что делать?», «что делают?») – по сюжетным картинкам;
 - в) цветов;
 - г) пальцев;
 - д) букв;
 - е) цифр.
6. Специальные исследования особенностей фразовой речи:
 - а) составление фраз с предлогами и без предлогов по сюжетным картинкам;
 - б) конструирование фраз из заданных слов;
 - в) заполнение пропусков во фразах например:
«Высоко в небе летит реактивный...»; «Я всегда умываюсь холодной...»; « В магазин привезли...»; «Я всегда с нетерпением жду...».
 - г) рассказ по сюжетной картинке.
7. Исследование фонематического слуха.
8. Исследование слухоречевой памяти. Предлагается повторить:
 - а) серии звуков, например «асу» или «б ш а»;
 - б) серии слов: «дом - лес - кот», «дом - лес - кот - ночь»;
 - в) короткие и длинные сложнопостроенные фразы.
9. Исследование смысла слов:

а) объяснение прямых значений отдельных слов, например ответы на вопрос: «что такое очки, для чего они нужны? », «что такое радость? », какая разница между словами: «обман» и «ошибка»;

б) объяснение переносных значений слов и фраз, понимание пословиц.

10. Исследование чтения и письма:

а) чтение и письмо под диктовку отдельных букв, слогов, слов, фраз, а также коротких текстов;

б) самостоятельное письмо слов и фраз по картинкам;

в) звукобуквенный анализ состава слова, т. е. определение количества букв в слове; перечисление этих букв; складывание слов из букв разрезной азбуки.

11. Исследование орального и пространственного праксиса, для чего предъявляются следующие задания:

а) высунуть язык, поднять его кверху, заложить за щеку, подуть, поцокать языком, вытянуть, растянуть губы и т. д. (обращают также внимание на объем движений языка и губ, которые могут быть ограничены из-за наличия пареза, а не из-за апраксических трудностей).

б) два раза подуть и два раза «поцокать» языком, чередуя эти движения несколько раз подряд;

в) повторение пространственных поз пальцев и серий движений (например: кулак, ладонь, ребро).

12. Исследование счета:

а) решение простых арифметических примеров, например:

$7 + 2 =$, $8 + 15 =$, $21 + 7 =$;

б) восполнение пропущенного арифметического знака:

$5 \cdot 7 = 35$, $20 : 4 = 5$.

В обязательном порядке проводится нейропсихологическое обследование [14].

Объем и содержание методов исследования ВПФ определялось этапом реабилитации и тяжестью состояния испытуемых.

Кроме вышеперечисленных речевых проб нами проводились такие методы как:

1. Исследование оптико-пространственных представлений (гнозиса) при помощи теста «Рисование часов».

2. Скрининг-оценка высших психических функций «Мини-Ментал» (приложение 5), включающая исследование ориентировки во времени и собственной личности, слухоречевой памяти, счета, названия предметов, оптико-пространственный гнозис [49].

3. Исследование кратковременной памяти. Методика запоминания 10 слов по А.Р. Лурии.

Указанные методы проводились дифференцированно с учетом состояния и подготовленности больного. По результатам комплексного обследования были сформулированы логопедические заключения.

Для комплексной оценки когнитивных процессов, кратковременной слухоречевой памяти, оптико-пространственного гнозиса, кинетического и кинестетического праксиса, реципрокной координации проводились следующие методики исследования:

1. Исследование мнестических функций, проводилось с помощью методики запоминания 10 слов по Лурии А.Р. Результат был отображен в виде «кривой запоминания» и дана количественная и качественная оценка результата. Результаты заносились в соответствующий протокол исследования (приложение 4). Данный метод исследования проводился только на этапе долечивания, в ранний и поздний восстановительные периоды инсульта.

Однако, методика имела ограничения и сложности в использовании у лиц с акустико-гностической (сенсорной) и акустико-мнестической формами афазии.

Никакого специального оборудования не требуется. Однако в большей мере, чем при остальных методиках, требуется соблюдение некоторых условий. Необходима тишина: при наличии каких-либо разговоров в помещении опыт проводить нецелесообразно [15]. Перед началом пробы был записан в одну строчку ряд коротких односложных слов. Слова были подобраны простые, разнообразные, которые не должны иметь между собой никакой связи.

Первое объяснение выполнения. «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Следует читать слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, в протоколе ставятся крестики под этими словами. Затем продолжаем инструкцию (второй этап).

Продолжение инструкции. «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их – и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, и все вместе, в любом порядке».

Необходимо снова ставить крестики под словами, которые повторил испытуемый. Затем опыт снова повторяется, 3,4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

В случае, если испытуемый называет какие-либо лишние слова, обязательно записать их рядом с крестиками, а если слова эти повторяются, то ставим и под ними крестики.

После пятикратного повторения слов следует переходить к другим пробам, а в конце исследования, спустя 50-60 минут, снова спросить у исследуемого эти слова (без напоминания) [16].

Следует обращать внимание на наличие парафазий при воспроизведении заданных слов. Парафазия вербальная (когда правильно произнесенное неверное слово замещает собою нужное слово). При моторной афазии вербальная парафазия отсутствует.

2. Тест рисования часов. Пациенту дают карандаш и чистый лист нелинованной бумаги и просят самостоятельно изобразить круглые часы, поставить цифры в нужные позиции циферблата и нарисовать стрелки, показывающие заданное время. Проводится качественный анализ выполнения пробы на рисование часов. В норме испытуемый сразу включается в выполнение задания, расставляя часы на циферблате. Действия его носят планомерный, последовательный характер. Цифры внутри окружности расставляются равномерно, симметрично, в правильном порядке.

Количественная оценка выполнения задания проводится по 10-балльной формализованной шкале:

10 баллов – нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;

9 баллов – незначительные неточности расположения стрелок;

8 баллов – более заметные ошибки в расположении стрелок;

7 баллов – стрелки показывают совершенно неправильное время;

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком);

5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое;

4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;

3 балла – числа и циферблат более не связаны друг с другом;

2 балла – деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно;

1 балл – больной не делает попыток выполнить инструкцию.

Результат теста менее 10 баллов свидетельствует о наличии когнитивных расстройств. Дополнительно проба позволяет оценить двигательный праксис, функцию кисти, написание цифр, их

пространственное расположение, а также способность назвать указанное на часах время [5].

6. Скрининг-оценка умственного состояния, тест «Мини-Ментал» (приложение). Используется для комплексной оценки ВПФ, в том числе включает субтесты, позволяющие оценить речевые функции. Данная шкала предполагает результат от 0 до 30 баллов, соответствующий степени когнитивных нарушений. Чем больше балл, тем лучше состояние когнитивных функций. При этом балл, равный 24, считается пограничным для разграничения возрастной физиологической нормы и патологии. В то же время для объективизации данных необходимо анализировать ответ на каждый вопрос, поскольку шкала не является строго одномерной (категории, отраженные в шкале, достаточно различны) [4].

7. Кинестетический кистевой и пальцевой праксис (воспроизведение отдельных кистевых и пальцевых поз): правой рукой, левой рукой, перенос позы с одной руки на другую (сжатие кисти в кулак, ладонь вертикально, перебор пальцев).

8. Кинетический (динамический) праксис (воспроизведение серии кистевых, пальцевых поз, симметричное и асимметричное постукивание).

Динамический мануальный праксис выполнялся 4 – 5 раз:

а) правой рукой

б) левой рукой

- кулак – кольцо;

- кулак (плечо) – кольцо (рука вперед);

- кулак – ребро – ладонь.

9. Реципрокная координация (проба Озерецкого, позволяющая выявить состояние межполушарных двигательных координаций) [3]:

а) по подражанию

б) по инструкции

- положить обе руки на стол

- одну (правую) сжать в кулак, а другая (левая) лежит свободно

- теперь положить так: левую сжать в кулак, а правая лежит свободно.

По окончании медико-логопедического исследования при афазии (согласно приказу номенклатуры медицинских услуг № 1664-н) исследования заполнялся бланк протокола на основании, которого, в рамках междисциплинарного взаимодействия, составляются индивидуальные рекомендации.

Таким образом, в обследовании можно выделить следующие этапы:

1. Изучение медицинской документации – истории болезни, амбулаторные карты, выписные и переводные эпикризы, в том числе содержащие запись специалистов предыдущих этапов реабилитации (при поступлении больного в стационар или отделение долечивания по назначению или направлению лечащего врача).

2. Ориентировочная беседа (дает непосредственное представление о сохранных сторонах коммуникации и исходном состоянии речи). Во время беседы необходимо учитывать поведение больного, мимические реакции, адекватность реагирования, желание вступать в контакт.

3. Собственно обследование, включающее вышеперечисленные методики.

4. Написание заключения.

2.2 Результаты исследования исходного состояния речи и высших психических функций у лиц с афазией

На основании оценки полученных результатов и после проведения вышеуказанных речевых проб были сделаны заключения о речевом статусе испытуемых. По результатам применения диагностических методик были сделаны не только количественная, но и качественная оценка нарушения речевых функций, что было представлено логопедическими заключениями.

Нами были сделаны 15 заключений, в работе приводятся примеры логопедических заключений части пациентов.

Пациентка Ж. К. И.82 лет, перенесла инфаркт головного мозга 2 степени, с синдромом левостороннего гемипареза и синдромом моторной афазии. Стационарный этап реабилитации.

В ясном сознании, ориентировку во времени, пространстве и личности оценить невозможно ввиду грубых речевых нарушений. Лицо асимметричное за счет сглаженности носогубной складки справа. Нарушение орального и артикуляционного праксиса: пациентка пытается справиться лишь с имитацией простых оральных поз. Наблюдаются поиски позы, проявляющиеся в беспорядочных движениях языка и губ. Затрудняется в повторении даже гласных. Несколько облегчает задачу опора на визуальный артикуляционный образ фонемы. Активная речь практически отсутствует. Имеется речевой эмбол «та-та-та», заменяющий вербальную речь при попытке общения с окружающими. Эмбол богато интонирован, сопровождается жестово-мимическими реакциями. Хорошо понимает обращенную речь и темы бытовой лексики. Простые команды выполняет уверенно. Навыки чтения угнетены, поскольку имеет место распад ассоциативной связи «графема-артикулема». Навыки письма отсутствуют (не может написать свое имя). Доступны элементы «рабского списывания».

Заключение: Моторная афазия афферентного типа (грубой степени выраженности).

Рекомендовано:

1. VocaSTIM № 5.
2. Стимуляция носового, ротового дыхания.
3. Коррекционный массаж мышц лицевой и оральной мускулатуры.
4. Растирание произносительной стороны речи.
5. Стимуляция простых коммуникативных видов речи.

6. Развитие мелкой моторики, кинестетического восприятия (метод «сенсорных коробок», процедуры предметного праксиса).

Пациентка М. Г. К., 66 лет. Диагноз: Атеротромботический инфаркт мозга 2 ст. в бассейне левой средней мозговой артерии. Синдром моторной афазии, правостороннего гемипареза, гемигипалгезии.

В ясном сознании. Во времени, пространстве и собственной личности ориентирована. Лицо симметричное. Нарушений орального и артикуляционного праксиса не отмечается. Наблюдаются затруднения при переключении с одной артикулемы на другую в серии артикуляторных актов. Затрудняется в повторении слогов и простых слов. Называние предметов затруднено, несколько облегчает задачу опора на визуальный материал. Активная речь простой фразой. Имеются персеверации. Хорошо понимает обращенную речь и темы бытовой лексики. Выполняет простые команды. Объем слухо-речевой памяти снижен. Темп речи замедленный, интонация однообразная. Навыки письма сохранены, однако испытывает трудности при написании своего имени, по данным нейропсихологического обследования имеются графо-моторные (приложения 10, 13) и пространственные нарушения. Имеется когнитивный дефицит, обратный счет недоступен.

Заключение: Моторная афазия эфферентного типа (средней степени выраженности).

Рекомендовано:

1. Преодоление расстройств произносительной стороны речи.
2. Стимуляция простых коммуникативных видов речи.
3. Дальнейшее восстановление чтения и письма.
4. Развитие мелкой моторики и двигательного праксиса.

Пациентка Л. Л. А., 77 лет. Диагноз: Фациобрахиальный гемипарез вследствие перенесенного ОНМК (неясной давности) в бассейне левой средней мозговой артерии, речевые нарушения по типу моторной афазии.

В ясном сознании. Во времени, пространстве и собственной личности ориентирована. Лицо асимметричное за счет сглаженности правой носогубной складки, парез лицевой мускулатуры справа. Нарушение орального и артикуляционного праксиса в средней степени. Наблюдаются поиски позы, проявляющиеся в движениях языка и губ. Объем движений языка неполный, наблюдается некоторая девиация языка. Затрудняется в повторении отдельных звуков, слогов и простых фраз. Несколько облегчает задачу опора на визуальный артикуляционный образ фонемы. Самостоятельная речь бедна, сопровождается жестово-мимическими реакциями. Хорошо понимает обращенную речь, выполняет простые и многозвеньевые инструкции, однако допускает ошибки при показе частей тела. Навыки чтения угнетены, поскольку имеет место распад ассоциативной связи «графема-артикулема». Исследование слухоречевой памяти затруднено. Навыки письма отсутствуют (не может написать свое имя), имеется верхний правосторонний монопарез. Имеется выраженный когнитивный дефицит.

Заключение: Моторная афазия афферентного типа (средней степени выраженности).

Рекомендовано:

1. Стимуляция носового, ротового дыхания.
2. Коррекционный массаж мышц лицевой и оральной мускулатуры.
3. Преодоление расстройств произносительной стороны речи.
4. Мимическая гимнастика.
5. Артикуляционная гимнастика.
6. Стимуляция простых коммуникативных видов речи.
7. Развитие мелкой моторики, кинестетического праксиса.

Пациент Б.О.А. 53 лет, (левшество). Диагноз при поступлении на амбулаторный этап реабилитации: Последствия ОНМК, синдром левостороннего гемипареза, афатических расстройств.

Пациент охотно вступает в контакт, согласен на обследование, все инструкции и тестовые задания выполняет. В месте, времени, собственной личности ориентирован правильно.

Предъявляет жалобы на нечёткое произношение звуков в спонтанной речи, трудности подбора слов, снижение памяти, внимания.

Импрессивная речь. Расстройства понимания отсутствуют, доступно понимание ситуативных, внеситуативных, парадоксальных вопросов, выполнение устных, простых инструкций сохранно, при выполнении сложных инструкций испытывает затруднения.

Экспрессивная речь. Речевая активность достаточная. Связная речь сопровождается застреванием на отдельных фрагментах высказывания. Словарный запас разнообразный. Автоматизированная речь доступна не в полном объеме. Перечисление цифрового ряда, дней недели, месяцев доступно только в прямом порядке. При перечислении в обратном порядке и числовых операциях испытывает выраженные затруднения.

Произносительная сторона речи. Звукопроизношение нарушено. Отмечаются значительные трудности артикуляторных переключений в сложных по звуковой структуре словах.

Лицевая мускулатура. Наблюдается легкая асимметрия лица, брадимимия.

Артикуляционный аппарат. Зубы, губы в норме, язык по средней линии, твердое нёбо – в норме. Мягкое нёбо – подвижное. Саливация в норме. Моторика артикуляционного аппарата нарушена. Отмечается недостаточный объем артикуляционных движений, затруднена переключаемость с одной артикуляционной позиции на другую.

Чтение нарушено, сопровождается произносительными трудностями в экспрессивной речи больного. Понимание прочитанного доступно. Пересказ прочитанного текста и развернутые высказывания по тексту затруднены, снижен объем запоминания.

Письмо. При письме пациент допускает ошибки, отражающие особенности устной речи, отмечается наличие пропусков и замена букв.

Заключение: Эфферентная моторная, акустико-мнестическая афазия.

Пациент Ф.В.М., 65 лет. Диагноз при поступлении на амбулаторный этап реабилитации: Синдром спастического гемипареза справа, афатических, умеренных когнитивных расстройств, вследствие перенесенного инфаркта головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии (ЛСМА).

Жалобы на трудности подбора слов, снижение памяти, внимания, затруднения самообслуживания при работе с ранее знакомыми приборами и предметами, нарушение ориентировки в ранее знакомой обстановке.

Пациент контактен, охотно соглашается на обследование, все тестовые задания и инструкции выполняет. На момент обследования в собственной личности, во времени ориентирован правильно, критика сохранена.

Импереccивная речь. Расстройства функции понимания в целом отсутствуют, пациенту доступно понимание ситуативных, внеситуативных вопросов, доступно в полном объеме выполнение простых инструкций.

Сложные инструкции с заданной последовательностью действий не выполняет.

Экспрессивная речь. Связная речь последовательная. Автоматизированная речь доступна в полном объеме, пословицы и фразы с жестким контекстом заканчивает без затруднений. Доступно перечисление цифрового ряда, дней недели в прямом и обратном порядке. Рассказ по картинке не составляет.

Произносительная сторона речи. Речь понятна для окружающих. Звукопроизношение не нарушено.

Лицевая мускулатура. Лицо симметричное, мимика живая.

Артикуляционный аппарат. Щёки, губы, язык. Зубной ряд в норме. Твёрдое нёбо в норме, мягкое нёбо подвижное, саливация в норме.

Моторика артикуляционного аппарата не нарушена.

Счет затруднен, арифметические действия выполнять затрудняется.

Чтение и письмо сохранены. Пересказ и понимание прочитанного доступны в полном объеме, затрудняется при понимании сложных текстов.

Заключение: Семантическая афазия.

Пациентка М.З.Г., 67 лет, Диагноз при поступлении на амбулаторный этап реабилитации: Резидуальный период ОНМК (инфаркт головного мозга), синдром правостороннего гемипареза, афатических, дизартрических расстройств. В анамнезе на стационарном этапе отмечалась дисфагия.

Жалобы на нечёткость речи, затруднение общения с окружающими.

Сознание ясное, ориентирована в месте и времени, собственной личности, критика своего состояния сохранена. Эмоционально устойчива.

Импрессивная речь. Расстройства функции понимания отсутствуют, доступно понимание ситуативных, парадоксальных и внеситуативных вопросов, выполнение простых и сложных инструкций сохранно. Однако отмечает затруднения при воспроизведении некоторых жестов, указанных в пробах, там, где присутствует мимический компонент (погрозишь пальцем, указующий жест).

Экспрессивная речь. Связная речь затруднена. Автоматизированная речь доступна, но при проговаривании числовых рядов испытывает затруднения, доступно перечисление дней недели в прямом порядке.

Периодически наблюдаются сложности в произношении, поиск артикуляционной позы.

Произносительная сторона речи. Речь понятна, изолированно звуки произносит правильно, с небольшим затруднением артикуляции. Наблюдается нечеткое произношение звуков в словах сложной слоговой структуры, особенно в спонтанной речи. Замедлен темп речи, нарушено

речевое дыхание, при отсутствии контроля раскоординированы фазы вдоха и выдоха.

Лицевая мускулатура. Лицо асимметрично – слегка сглажена носогубная складка справа, опущен угол рта. Наблюдаются мимические синкинезии.

Артикуляционный аппарат. Снижен тонус щёчных мышц, круговой мышцы рта. Пользуется съёмными зубными протезами. Твердое нёбо - в норме, мягкое нёбо – подвижное. Саливация в норме, но отмечает жалобы на незначительное затруднение при проглатывании слюны.

Заключение: Моторная афферентная афазия, синдром дизартрических расстройств.

Пациент А.В.Г., 60 лет, Диагноз при поступлении на амбулаторный этап реабилитации: Последствия ОНМК (инфаркт головного мозга в бассейне ЛСМА), синдром легкого правостороннего гемипареза, синдром афатических расстройств.

Из-за тяжести состояния активных жалоб не предъявляет. Анамнестические данные получены со слов родственника (супруги).

Сознание ясное, в месте, времени, собственной личности ориентирован, эмоционально устойчив.

Импрессивная речь. Отмечается расстройство функции понимания, доступно понимание только ситуативных вопросов и выполнение простых инструкций.

Спонтанная речь. Пациент в состоянии передать свою мысль в общих чертах. Фразовая речь практически отсутствует, имеется аграмматизм по типу «телеграфного стиля». В словаре в основном присутствуют существительные. В сложных по звуковой структуре словах выражены трудности артикуляторных переключений. Интонационный рисунок речи бедный. Имеются ошибки в ударении, в большинстве случаев высказывания носят разорванный характер.

Автоматизированная речь: речевые автоматизмы сохранены.

Дезавтоматизированная речь: пациент испытывает значительные трудности при перечислении месяцев, следующих в обратном порядке, обратный счет выполняет с трудом.

Повторная речь: справляется с повторением звуков, слогов, слов и простых фраз, допускает аграмматизмы. Возникают артикуляционные трудности при произнесении слов. Отмечаются нарушения просодического компонента высказывания, с трудом может передать интонацию вопроса, восклицания.

Функция называния нарушена незначительно, отмечаются затруднения называния в сочетании с нарушением предметного гнозиса и праксиса.

Пересказ текста сопровождается отдельными трудностями при конструировании фразы, при высказываниях отмечается «телеграфный стиль», есть отдельные артикуляционные застревания.

Лицевая мускулатура – лицо симметрично. При исследовании орального праксиса справляется с воспроизведением отдельных поз, но испытывает затруднения при переходе к следующей позе.

Артикуляционный аппарат: зубы, губы в норме, язык по средней линии, саливация в норме.

Письмо. Двигательные автоматизмы сохранены. В состоянии списывать слова, копируя побуквенно, но испытывает при этом затруднения (использует несколько попыток). Во время письма под диктовку многократно повторяет каждый звук слова, допускает пропуски в большом количестве, наблюдаются литеральные параграфии.

При исследовании спонтанного письма фамилию написать не смог.

Чтение сопровождается значительными произносительными трудностями, характерными для эксперссивной речи больного. Понимание прочитанного и пересказ текста затруднены, зависят от объема и сложности текста. Воспроизведение текста большего объема невозможно (сужен объем запоминания).

Счет – записывает и верно читает однозначные числа, счетные операции вызывают затруднения.

Память – объем слухоречевой памяти значительно сужен.

Заключение: Сенсо-моторная афазия, акустико-мнестическая афазия.

Пациент П.М.В., 30 лет. Диагноз: Ишемический инфаркт головного мозга в бассейне ЛСМА, неуточненного генеза, ранний восстановительный период. Синдром афатических нарушений, дизартрии, гемигипестезии правосторонней, гемипареза правостороннего.

Пациент охотно вступает в контакт, согласие на обследование получено. В месте, времени, собственной личности ориентирован правильно. При выполнении тестовых заданий, иногда нуждается в дополнительных инструкциях.

Пациент предъявляет жалобы на нечёткость в произношении звуков в спонтанной речи, трудности подбора слов, снижение внимания и памяти, особенно на текущие события.

Импрессивная речь. Пациенту доступно понимание ситуативных вопросов, выполнение устных простых (максимально в два этапа) инструкций. Многоэтапные инструкции не выполняет. Понимание внеситуативных, парадоксальных вопросов вызывает затруднения.

Экспрессивная речь. Речевая активность достаточная. Связная речь сопровождается застреванием на отдельных фрагментах высказывания. Выявляются отдельные аграмматизмы.

Исследование автоматизированной речи показало значительные затруднения при проговаривании числовых рядов. Доступно перечисление месяцев и дней недели только в прямом порядке. Перечисление в обратном порядке вызывает затруднения.

Произносительная сторона речи. Звукопроизношение нарушено. Изолированно и в речи наблюдается нечёткое произношение звуков

(свистящих, шипящих, сонорных). В сложных по звуковой структуре словах отмечены трудности артикуляторных переключений.

Лицевая мускулатура: лицо симметричное, мимика оживлена.

Артикуляционный аппарат. Зубы, губы в норме, язык по средней линии. Твёрдое нёбо – в норме, мягкое нёбо – подвижное. Саливация в норме.

Нарушена моторика артикуляционного аппарата, объем артикуляционных движений недостаточный, пациент испытывает затруднения при переключении с одной артикуляционной позиции на другую.

Чтение. Незначительные нарушения чтения, прочтение текста сопровождается произносительными трудностями, характерными для экспрессивной речи пациента. Понимает прочитанное не всегда достаточно (зависит от сложности текста). Пересказ текста затруднён, по причине снижения объема запоминания.

Письмо. Спонтанное письмо вызывает значительные трудности. Доступно списывание по типу копирования. При письме под диктовку многократно повторяет одни и те же звуки, допускает большое количество пропусков, отмечаются литеральные параграфии.

Заключение: Сенсо-моторная, акустико-мнестическая афазия.

Для выявления нарушений высших психических функций, которые бы могли помочь дифференцировать форму речевого расстройства, а также с целью определения уровня сохранности когнитивных функций для выбора методов восстановительного обучения нами проводились другие методы исследования памяти, гнозиса и праксиса.

Что касается испытуемых, находящихся на амбулаторном этапе, то у большинства пациентов по результатам методики запоминания 10 слов по А.Р. Лурии было отмечено повторение лишних слов, в дальнейшем застревание на этой ошибке.

В ряде случаев «кривая запоминания» указывала на ослабление активного внимания и выраженную утомляемость испытуемых (после каждого предъявления часть пациентов воспроизводила все меньше и меньше слов) (приложение 7).

Кроме того, у большого количества испытуемых (n=9) отмечалась инертность мнестической деятельности, при заучивании списка слов лучше всего запоминались начальные слова, в то время как последние, напротив, забывались, то есть сохранялся эффект начала, но исчезал эффект конца.

Отмечено, что у пациентов «кривая» приобретала характер «лобного плато», пациентами стереотипно повторялись первые слова списка и не обращалось внимание и не запоминалась середина и конец списка (приложение 8).

Другая отмеченная особенность заключалась в том, что часть больных при запоминании списка, лучше усваивали самые последние слова, след, которых еще оставался в кратковременной памяти. Данный результат свидетельствовал о том, что испытуемые могут пользоваться только кратковременной памятью, происходит нарушение перехода информации из кратковременной памяти в долговременную.

Отсроченное воспроизведение (спустя час) показало тормозимость следов в условиях гетерогенной интерференции, слухоречевая кратковременная память страдала в большой степени. Данные нарушения были выявлены преимущественно у лиц с акустико-мнестической афазией.

Исследование внимания, ориентации и речевых функций при помощи теста «Мини-Ментал» показало наличие когнитивного дефицита у всех испытуемых. Выполнение теста ухудшалось с увеличением возраста и степени выраженности нарушений, особая чувствительность была отмечена к заданиям, требующим речевого воспроизведения и пространственной ориентации (устный счет, срисовывание фигур, невозможность повторить простую фразу «никаких но», «никаких если»).

Задания на срисовывание фигур и счет вызывали особые затруднения у пациента с семантической афазией (n=1).

В основном были отмечены следующие затруднения при выполнении теста «Мини-Ментал»: отмечалось удлинение времени при зарисовке (срисовывании) геометрических фигур, страдало качество зарисовки, отмечены проявления акалькулии, либо счетные операции выполнялись со значительным числом ошибок, в ряде случаев неточное припоминание или невозможность воспроизведения слов, запомненных в начале выполнения теста. Повторение заданных слов облегчалось во время зрительной опоры на артикулему, показываемую логопедом, либо во время сопряженной речи, отраженная речь также была затруднена (в особенности у испытуемых с афферентной моторной афазией).

Средний балл в группе испытуемых составил $24,4 \pm 1,08$, что свидетельствует о когнитивном дефиците, наименьшее количество баллов было получено в речевых заданиях. Наибольшие затруднения пациенты испытывали при переключении с одной фразы на другую, наблюдался поиск артикулемы, что свидетельствует в пользу моторной афазии афферентного и эфферентного типа (у большинства испытуемых).

Пространственные представления, возможно, было исследовать лишь у 10 испытуемых (преимущественно с моторной афазией) с помощью графического теста рисования часов, позволяющего выявить сохранность упроченных временных представлений и знаний о пространственных образах, умение ими оперировать. В то время как для пациентов с сенсорной и семантической формами афазии он оказался практически недоступен.

Балльная оценка теста рисования часов: 1 пациент (10 % случаев) – 10 баллов, 4 пациента (40 % случаев) – 9 баллов, 3 пациента (в 30 % случаев) – 8 баллов и 2 пациента (20 % случаев) – 7 баллов (см. рисунок 1).

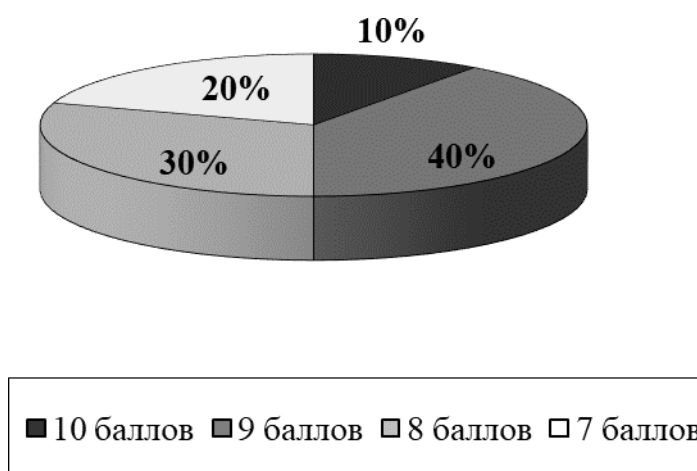


Рисунок 1 – Исследование оптико-пространственного гнозиса при помощи теста «Рисование часов» у пациентов с афазией до восстановительного обучения

При выполнении теста пациенты могли написать соответствующую цифру, однако назвать указанное время затруднялись (приложение 9). У пациентов с семантической афазией при попытке выполнить задания сложности наблюдались уже на этапе рисования циферблата, в частности невозможность нарисовать круг, что могло свидетельствовать о пространственной агнозии и невозможности распознавать круг, как геометрическую фигуру.

В 80% случаев у пациентов наблюдалось нарушение всех видов праксиса и реципрокной координации, не зависимо от формы афатических расстройств.

Однако, особого внимания заслуживает факт сочетанного нарушения мануального и артикуляторного кинестетического праксиса, обнаруживаемый при исследовании данных функций у лиц с афферентной моторной афазией. Данные результаты учитывались нами при составлении плана занятий и выборе средств восстановительного обучения. А именно включением в процедуру дополнительных занятий функциональной

тренировки (дополнительные задания с предметами различной формы и предназначения).

Учитывая результаты обследования, структура афатических расстройств у лиц, принявших участие в исследовании, представлена на рисунке 2.

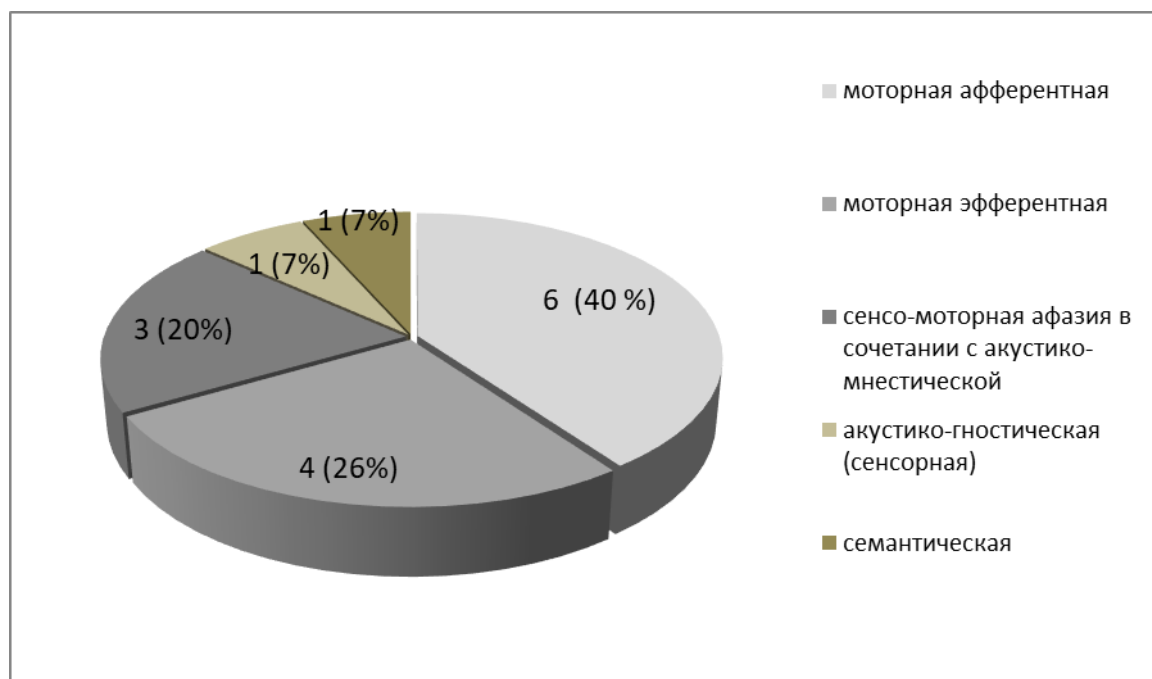


Рисунок – 2 Структура афатических расстройств по результатам обследования

Как видно из рисунка 2 наблюдались такие формы как: моторная афферентная у 40% испытуемых ($n = 6$), моторная эфферентная в 26% случаев ($n = 4$), сенсо-моторная афазия в сочетании с акустико-мнестической формой у 20% пациентов ($n = 3$), акустико-гностическая (сенсорная) у 1 пациента – 7 % случаев и семантическая форма также у 1 пациента.

Следует отметить, что у 2 пациентов афазия сопровождалась дизартрическими нарушениями.

Таким образом, по результатам обследования были получены данные о ведущих речевых и неречевых нарушениях у пациентов с афазией, которые учитывались нами при выборе методик восстановительного обучения индивидуально для каждого испытуемого.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

Анализ полученных данных при исследовании исходного состояния речевых и неречевых функций больных с афазией позволяет сделать вывод о том, что афатические нарушения являются сложным дефектом, охватывают все уровни речевой деятельности.

Как правило, афазии сопровождаются нарушением других когнитивных функций, чаще всего страдает праксис и гнозис. Данные нарушения обусловлены очаговой локализацией повреждения головного мозга вследствие острого нарушения мозгового кровообращения.

При проведении процедуры обследования необходимо соблюдать определенные правила проведения проб с учетом тяжести состояния и утомляемости больных.

Для объективизации данных используются стандартизированные методики, однако, при необходимости можно адаптировать их к ситуации обследования.

В процессе обследования речи было отмечено, что среди выявленных форм афазии преобладает моторная, а изолированно каждая из форм встречается редко.

Таким образом, особенности сочетанного проявления речевых и неречевых нарушений у лиц с афазией важно учитывать при выборе средств и методов восстановительного обучения, которые должны быть индивидуальными и опираться на сохранные функции.

Индивидуализации методик восстановления посвящены следующие этапы нашего исследования.

ГЛАВА 3 КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АФАЗИИ

3.1 Содержание коррекционной работы по восстановлению речи при различных формах афазии

Восстановительное обучение больных с афазией целесообразно рассматривать в системе медико-социальной реабилитации. Не зависимо от того, какая форма афатических расстройств наблюдается у пациента, необходимо применять комплексный подход к реабилитации.

Нейрореабилитационные мероприятия включали в себя: логопедические занятия, нейропсихологическую коррекцию, медикаментозную поддержку, лечебную гимнастику, массаж, психотерапевтическую помощь по показаниям. Максимальная эффективность восстановления достигается при раннем начале реабилитации, в том числе логопедических занятий. Все занятия восстановительного обучения проводились либо в палате, либо в кабинете, имеющем соответствующее оборудование (приложение 14).

Восстановление речевых нарушений проводится в комплексе с лечением основного заболевания, послужившим причиной их развития [19].

Несмотря на индивидуальный выбор нами методик коррекции, мы придерживались общепринятых принципов восстановительного обучения.

Среди принципов восстановительной работы при афазии условно выделяют психофизиологические, психологические и психолого-педагогические [2].

Психофизиологические принципы:

1. Принцип квалификации дефекта, то есть, прежде чем приступить к восстановительному обучению, необходимо провести тщательный

нейропсихологический анализ нарушения функции и выявление ее механизма.

2. Принцип использование сохранных анализаторных систем (афферентаций) в качестве опоры при обучении.

3. Принцип создания новых функциональных систем на основе афферентаций, не принимавших прежде прямого участия в организации пострадавшей функции.

4. Принцип опоры на разные уровни организации психических функций, в том числе и речи.

5. Принцип контроля. Исходит из положения, что лишь постоянный поток обратной сигнализации обеспечивает слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок (использование магнитофона, зеркала, указание педагога на успешность выполнения задания и др.).

Психологические принципы:

1. Принцип учета личности больного. Восстановительное обучение исходит из задач лечения человека, а не из задач изолированного восстановления каких-либо умений.

2. Принцип опоры на сохранные формы деятельности больного. Больной человек в прошлом имел широкий социальный опыт, в частности опыт интеллектуальной, речевой, трудовой, игровой деятельности. Этот опыт не исчезает, остаются сохранными многие формы деятельности человека.

3. Принцип опоры на деятельность больного. Основные формы деятельности человека — обучение, труд, игры, общение — играют ведущую роль в формировании психических процессов.

4. Принцип организации деятельности больного. Современная психология давно показала, что в обучении важны не только содержание обучения и собственная деятельность человека по усвоению

материала, но, прежде всего, необходимы организация этой деятельности и управление ею.

5. Принцип программированного обучения. Больной с афазией нуждается в такой организации его деятельности и в таких методах, которые бы позволили ему самостоятельно выполнять сначала операции, а затем и действия с целью выполнения задач (говорить, понимать, писать и т.д.).

6. Принцип системного воздействия на дефект. Он основан на концепции системного подхода к анализу дефекта. Этот принцип предусматривает воздействие на нарушенную речь с опорой на другие психические функции – память, мышление, восприятие, воображение и т. д.

7. Принцип учета социальной природы человека [45].

Психолого-педагогические принципы:

1. Принцип «от простого – к сложному» выдвигает, прежде всего, требования к подбору материала.

2. Принцип правильного подбора разнообразного материала – вербального и наглядного.

Требования к методам восстановления речи при афазии:

1. Адекватность методов механизму нарушения речи. Восстановительное обучение должно идти не от симптома (больной «не говорит» или «не понимает» и т. д.), а от его механизма.

2. Обходность метода, воздействующего на дефект не прямо («в лоб»), а в обход непосредственного дефекта, с целью его преодоления с опорой на сохранные уровни и звенья в структуре функции.

3. Системность методов: методы должны быть не изолированными, а системными. Системность методов обеспечивает принцип системного воздействия на дефект и восстановление не частных речевых операций, а вербального поведения в целом.

На раннем этапе, как правило, в условиях стационара после инсульта используется механизм растормаживания временно угнетенных речевых функций.

На более поздних, резидуальных этапах, когда речевое нарушение приобретает характер стойкого, сложившегося синдрома (формы) речевого расстройства, на первый план выступает компенсаторная перестройка органически нарушенных функций с использованием сохранных сторон психики, а также стимулирование деятельности сохранных анализаторов.

При выработке программы восстановительной работы обязательна ее индивидуализация: учет особенностей расстройств речи, личности больного, его интересов, потребностей и т. д.

В процессе обучения следует придерживаться определенного алгоритма действий. На ранних стадиях заболевания следует применять логопедические приемы растормаживания речевых функций, используя «опору» на произвольные речевые процессы (привычные речевые стереотипы, песни, стихи и т. д.). Эти приемы способствуют снятию тормозных явлений и стимулируют у больных речевое общение с помощью сопряженной, отраженной (вслед за логопедом), ситуативной, бытовой и элементарной диалогической речи.

Длительно задерживаться на этих видах работы не рекомендуется, как только у пациента начинает восстанавливаться абрис (контур) слова, необходимо переходить к стимулированию устного самостоятельного завершения больным фраз, составлению фраз по картинкам, кратких ответов на вопросы.

Следует помнить правило, что на раннем этапе, когда больной только вышел из периода острого инсульта, работа с ним носит особо щадящий и охранительный характер.

На следующих этапах (через 1,2 – 3 месяцев после мозговой катастрофы) при уже определившейся форме афазии используются методики, не только стимулирующие общее развитие речи, но и

способствующие перестройке патологически измененных речевых функций.

Таким образом, при афазии необходима комплексная работа над речью в целом. Как правило, афазия всегда представляет собой синдром, охватывающий все речевые функции, соответственно восстановительное обучение должно всесторонне воздействовать на речь больного. При любой форме афазии необходимо работать над звуковым анализом и синтезом состава слов, над чтением и письмом, восстановлением обобщенности словесных понятий, развитием развернутого высказывания и т. д.

Необходимо ставить конкретные, реально достижимые, краткосрочные (не более одной недели) реабилитационные цели, исходя из синдрома и степени выраженности нарушения.

Основной формой проведения реабилитационных мероприятий являлись медико-логопедические процедуры (занятия). Продолжительность процедуры – от 10 до 40 минут в зависимости от состояния больного, на амбулаторном этапе вместе с процедурой функциональной тренировки до 60 минут [28].

Занятия с пациентом проводятся по намеченным программам с учетом принципа индивидуального подхода в палате или специально оборудованном логопедическом кабинете, соответствующем стандартам оснащения (приложение 14).

Выбор методических средств направлен на активизацию саногенетических механизмов, прежде всего компенсаторных и адаптивных процессов в организации психической деятельности больного, и как следствие предупреждение вторичных нарушений в его познавательной сфере, поведении и личности.

Противопоказания для проведения логопедических занятий:

1. Лихорадочные состояния (выше 37,8).
2. Острые воспалительные процессы.

3. Носовые кровотечения и склонность к ним.
4. Конъюнктивиты.
5. Различные заболевания кожных покровов и волосистой части головы: инфекционные, грибковые и невыясненной этиологии.
6. Диатезы и другие аллергические реакции.
7. Стоматиты и другие инфекции полости рта.
8. Герпес на губах.
9. Отек Квинке (аллергический отек тканей наружных или внутренних органов).
10. Увеличение лимфатических узлов.
11. Резко выраженная пульсация сонных артерий.
12. Тошнота, рвота.
13. Чрезмерная физическая или психологическая усталость.
14. Высокое артериальное давление (выше 170/100) [28].

Необходимо объяснить другим специалистам, какие речевые нарушения имеются у больного, в каком объеме он понимает обращенную речь и как стимулировать пациента к речевой коммуникации при разных видах деятельности.

При ведении пациентов с речевыми нарушениями на стационарном этапе восстановления в остром периоде не допускается:

- заниматься постановкой звуков и повторением алфавита;
- применять на занятиях зеркало при корковой апраксии;
- обсуждать больного в его присутствии и говорить о больном в третьем лице;
- прерывать больного, акцентировать внимание на совершаемых им ошибках в речи;
- полностью опираться на невербальные средства коммуникации;
- отвечать родственникам за больного, способного к минимальному речевому общению;

- говорить с больным монотонно, в быстром темпе, длинными фразами;

- предъявлять к больному завышенные требования и разговаривать с больным резким тоном.

Неблагоприятным является заниматься только постановкой звуков, а в дальнейшем осознанным построением слогов и слов по следующим причинам. Подобное направление работы может нивелировать прежний речевой опыт индивида, требует построения новой речевой системы.

В результате у пациента какое-то время можно наблюдать как бы сосуществование двух систем. Одна «искусственная», та, что формируется заново, включающая осознаваемую артикуляцию. Вторая, та, что была изначально и в разной степени нарушенная, вследствие острого поражения головного мозга [9].

Не рекомендуется говорить слишком громко и кричать. Данная рекомендация часто не соблюдается окружающими пациента соседями по палате, персоналом, родственниками. В процессе наблюдения мы не раз обращали внимание на то, что окружающие, желая, вступить в коммуникацию с больным с афазией значительно повышают голос, дают наставление: «Говорите громче! Он вас не понимает». Тем самым, даже не замечая несоответствие понятий «громче» и «понимает», как если бы речь шла только лишь о нарушении физического слуха.

В процессе восстановительного обучения, в зависимости от нарушенных функций и особенностей коммуникации, обучающихся, нами были использованы следующие виды логопедической работы.

Нами учитывались основные принципы ведения пациентов с речевыми нарушениями в остром периоде.

Несмотря на конкретную форму речевого расстройства на начальном этапе работы важно установить контакт с больным. Для этого можно использовать метод беседы на различные близкие пациенту темы. Одновременно проводится оказание психологической помощи,

информирования и обучения пациента и его родственников компенсаторным коммуникативным стратегиям.

На данном этапе наиболее эффективным было использование автоматизированных речевых рядов, пение, оречевление эмоционально значимых ситуаций, «оживление» речевых стереотипов, хорошо упроченных в прежнем речевом опыте [11].

В подострой стадии заболевания применяются перестраивающие методики; их использование невозможно без перевода работы на произвольный, осознанный уровень. При этом реабилитационные мероприятия нацелены на восстановление или коррекцию индивидуальных сторон речевого дефицита, которые уже были выявлены в ходе оценки исходного состояния речи. При дизартрических нарушениях в комплекс занятий должны быть включены артикуляционная гимнастика, массаж, дыхательные и голосовые упражнения, обеспечивающие повышение функциональной активности мышц, участвующих в речевом акте. При нарушении глотания – дисфагии, дополнительно включаются мероприятия, способствующие уменьшению и предотвращению аспирации.

По мере улучшения состояния необходимо подключение специфических «неречевых» видов деятельности (простейшего конструирования, срисовывания, манипуляций с предметами и т.д.) существенно дополняет и расширяет возможности логопедической работы.

Часто у больных после инсульта помимо речевых отмечаются и эмоционально-волевые, поведенческие расстройства, что затрудняет проведение логопедических занятий. Так, во время занятий, можно было наблюдать негативную реакцию пациента на неудачу при выполнении задания, после чего он мог встать и выйти из палаты. Нередко в процессе беседы и во время занятия отмечалась слезливость, эмоциональная лабильность у занимающихся. Иногда, особенности артикулирования и фонации больных во время коммуникации могут расцениваться

окружающими как вербальная агрессия, что опять же может спровоцировать неадекватные реакции и поведение. Наибольшую сложность представляет проведение занятия у больных, имеющих так называемый «лобный синдром».

В тех случаях, когда у пациентов развиваются тревожность, дисфории, фиксированность на своем заболевании, то методы логопедической работы подбирают, исходя из особенностей психики и личности больного. Негативизм, раздражительность, агрессия, отказ от речевого общения могут проявляться не только в структуре синдрома, но и зависеть от степени желания и стремления пациента к восстановлению т.е. мотивированности пациента в целом. Важно выстроить психологически благоприятные отношения с пациентом, направленные на формирование позитивных установок, а главное повышение мотивации [11].

Кроме того, у части больных следует учитывать присутствие такого нарушения, значительно осложняющего процесс восстановления, как анозогнозия.

Каким бы ни был этап реабилитации, и форма афазии требуется нормализация всех нарушенных языковых уровней. В то же время, при каждой из форм афазии имеются и специфические задачи (см. Таблица 2).

Таблица 2 – Задачи восстановительного обучения при разных формах афазии

Форма афазии	Преодоление первичного речевого дефекта
Афферентная моторная афазия	Восстановление артикуляционных схем отдельных звуков
Эфферентная моторная афазия	Восстановление способности к реализации серийных артикуляционных актов и организации сукцессивных речевых рядов
Динамическая афазия	Восстановление функции речевого программирования и/или преодоление расстройств грамматического структурирования
Сенсорная афазия	Восстановление фонематического слуха, т.е. способности к дифференциации на слух близких по звучанию фонем, а на этой основе пониманию речи в целом

Продолжение Таблицы 2 – Задачи восстановительного обучения при разных формах афазии

Акустико-мнестическая афазия	Расширение слухо-речевой памяти, а также преодоление слабости следов воспринимаемой речи
Семантическая афазия	Устранение импрессивного аграмматизма, т.е. восстановление способности к восприятию сложных логико-грамматических оборотов речи.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма показана при всех формах афазии. Но объем этой работы будет зависеть от степени выраженности того или иного дефекта.

Так, типовые программы восстановительного обучения при моторной афазии, а у пациентов принявших участие в исследовании, эта форма преобладала в структуре нарушений, дифференцировались в зависимости от степени выраженности речевого дефекта (см. Таблица 3).

Таблица 3 – Дифференциация типовых программ восстановительного обучения

Моторная афазия афферентного типа	
Стадия грубых расстройств	<ul style="list-style-type: none"> - преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи; - растормаживание произносительной стороны речи; - стимулирование простых коммуникативных видов речи; - стимулирование глобального чтения и письма.
Стадия расстройств средней степени	<ul style="list-style-type: none"> - преодоление расстройств произносительной стороны речи; - восстановление и коррекция фразовой речи; - работа над семантикой слова; - восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.
Стадия легких расстройств	<ul style="list-style-type: none"> - дальнейшая коррекция произносительной стороны речи; - формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре; - дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова; - работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи; - дальнейшее восстановление чтения и письма.
Восстановление письменной речи	<ul style="list-style-type: none"> - восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова; - восстановление связи «артикулема-фонема»; - восстановление навыка развернутой письменной речи.

Продолжение Таблицы 3 – Дифференциация типовых программ
восстановительного обучения

Моторная афазия эфферентного типа	
Стадия грубых расстройств	- восстановительная программа та же, что и при афферентной моторной афазии.
Стадия расстройств средней степени	- преодоление расстройств произносительной стороны речи; - восстановление фразовой речи.
Стадия легких расстройств	- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова; - коррекция произносительной стороны речи; - формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре; - работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи; - восстановление чтения и письма.
Восстановление письменной речи	- восстановление способности к анализу звуко-ритмической стороны слова; - восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова; - восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова; - восстановление навыка развернутой письменной речи.

Как говорилось выше, оптимально проводить восстановление речи одновременно с восстановлением неречевых функций. В данном случае основным методическим принципом можно считать опору на речь. Особенно эффективным этот метод является при легких степенях афазии, когда отсутствуют выраженные нарушения речевой функции.

В данной ситуации мы использовали различные сюжетные обыгрывания невербальных ситуаций, которые сопровождаются вербальными пояснениями той или иной степени сложности. Затем опора на сюжет постепенно «сворачивается» и ставится задача активного использования невербальных понятий на абстрактном уровне (цвет, размер, форма и т.д.). На данном этапе занятия на первый план выступают задания функциональной тренировки. Куда входит работа с геометрическими фигурами, составление фигур по образцу, сортировка фигур по цвету, размеру и форме, расположение фигур и предметов в определённой последовательности и т.д. (приложение 17).

Также применялись задания с пирамидой «Геометрия» (приложение 17). Конструирование по образцу из отдельных элементов. Больному предъявляются различные элементы, самостоятельно выбирается «комплект» деталей, необходимый для конструирования фигуры.

Задания можно выполнить в двух вариантах: конструирование по образцу и конструирование по названию. Конструирование по названию повышает эффективность работы при акустико-мнестической и семантической афазиях.

Также включались элементы абстрактных бытовых заданий. Например, одевания, приготовления и приёма пищи с использованием специальных приспособлений (приложение 16).

Далее представлены компоненты занятий восстановительного обучения, которые использовались нами индивидуально в разной степени в зависимости от формы афазии и этапа реабилитации:

1. Пение знакомых песен (сопряженная речь). Методика основана на сохранности при афазии музыкальных функций и возможности использования пения и автоматизированных речевых рядов. Данные методы могут быть использованы в целях растормаживания речи и на раннем этапе после инсульта при пассивном участии больного. Методика показала свою эффективность в отношении афферентной моторной афазии. Растормаживание экспрессивной стороны речи начинается с выяснения круга хорошо знакомых и любимых больным песен. Если больной находится еще в относительно тяжелом состоянии, то об узнавании напеваемой мелодии можно судить по эмоционально-мимической реакции больного.

После выявления мелодий, на которые больной дает положительную эмоциональную реакцию, отбирается одна из них и на каждом занятии напевается эта мелодия (сначала без слов). При этом логопед побуждает больного мимикой и словесной инструкцией к совместному пению. Уже с

третьего, четвертого занятия возникает необходимость использования других речевых рядов [18].

Нами были использованы такие песни как «Ой, мороз, мороз!», «Вечерний звон».

2. Методика «Расскажи мне» О.Н. Диановой. Данная методика применялась на амбулаторном этапе реабилитации и была направлена на восстановление устной речи, нарушения артикуляции и восстановление мелодико-интонационной речи. Тексты составлены в форме коротких рассказов с несложным, однако, законченным содержанием. Работа с текстом способствует развитию контроля над произносительной стороной речи, нормализует ее темп и ритм. Что важно, представленные тексты содержат современную лексику, разнообразные достоверные научные и исторические факты. Лексика текстов ориентирована на взрослых людей. Последовательность текстов четко выверена (они постепенно удлиняются, от простых – к более сложным по объему и содержанию). Пациенту предлагается пересказывать тексты с опорой на план. Переписывание текста направлено на восстановление письменной речи и моторной функции руки.

Методика развивает познавательную активность, вызывает у пациента желание прочитать что-то еще на заинтересовавшую тему, рассказать об этом семье и знакомым[13].

3. Методика «Озвучиваем картинки». Задача методики вызвать у пациентов произвольные речевые реакции, максимально приближенные к естественным. Метод основан на том, что слова произносятся произвольно, в знакомом контексте, в привычной ситуации, в эмоциональном диалоге. Картинки помогают вызвать речевые реакции (в виде эмоционального возгласа или звукоподражания), а подписи к картинкам помогают уточнить и закрепить нужные речевые реакции.

Начинать следует с группы из 2 – 3 похожих (по звучанию и написанию) слов, которые выражают речевые действия, а не называют

понятия. Сюда относятся звукоподражания и междометия (изображающие животных, предметы, эмоции и действия). Задание заключалось в том, что надо выбрать соответствующее картинке слово и вписать его или вложить в «кружок» рядом с картинкой. Схожесть и различие похожих звуковых пар акцентируют внимание на особенностях звучания и артикулирования.

На последующих занятиях используются иллюстрации, сгруппированные не по звуковой, а по ситуативной общности. Тем самым усиливается смысловая составляющая слова (по сравнению с эмоциональной), формируется произвольность речи (осознанность речевой реакции).

По мере освоения первых двух составляющих можно переходить к картинкам, которые надо озвучить самостоятельно, без словесного образца. Логопед на занятии может оживлять эти иллюстрации – жестами, мимикой, словами. При легкой степени выраженности речевых нарушений пациент пробует справиться с заданием самостоятельно [25].

4. Упражнения и тексты Н.Н. Амосовой, Т.Г. Визель, Н.И. Каплиной, Л.Б. Клепацкой, Н.В. Кошелевой [2;7;23].

5. Сборник упражнений и заданий проекта «Я говорю!» таких серий как: «Я моюсь», «Я лечусь», «Гостиная» [24;26;27].

Пособия состоят из комплекса упражнений, которые рассматриваются в одной лексической теме «Туалетные принадлежности» и «Медицинские принадлежности» соответственно. Упражнения направлены на накопление обиходного пассивного и активного словаря, чтобы обучаемый мог в дальнейшем использовать отработанные слова в коммуникативных целях в повседневной жизни.

Тема «Гостиная» включает в себя задания, направленные на комплексное преодоление речевых расстройств и других ВПФ. Задания были рассчитаны, в том числе и на пациентов с различными формами афазии грубой и средней степени выраженности. Материал был построен

на лексике знакомой каждому пациенту. В первую очередь, это дом, квартира, окружающие в быту предметы.

Для повышения эффективности методики обучения с применением темы «Гостиная» у пациентов с семантической афазией нами был добавлен следующий прием. Наглядного создания простых пространственных ситуаций при помощи изображения комнаты-гостиной и фигурки человека, которую пациент располагает по заданию логопеда в различных частях комнаты (лицом к двери, спиной к окну, за столом, перед окном и т.д.). В последующем сам непосредственно оречевляет выполняемые действия.

Следует отметить, что данная методика показала свою эффективность в отношении восстановления пациентов с семантической и амнестической формами афазии.

К подобным методам мы отнесли и задания, содержащие упражнения из проекта «Говорим!» Лариной О.Д. (2016 год). Методика «Сленг в логопедической практике» использовалось нами для растормаживания произносительной стороны речи, стимуляции коммуникативно-сленговой фразовой речи, посредством выполнения упражнений, содержащих современную фразеологию [41].

6. Артикуляционная гимнастика. Артикуляционная гимнастика – представляет собой комплекс специальных упражнений, направленных на укрепление мышц артикуляционного аппарата, развитие их силы и подвижности.

Данная гимнастика направлена на выработку тонких дифференцированных движений органов артикуляции; формирование кинестетической и кинетической основы артикуляционных движений.

Артикуляционная гимнастика проводилась в пассивном, пассивно-активном и активном режимах и включала в себя упражнения для мимических мышц, мышц губ, языка, мягкого неба и нижней челюсти. При проведении артикуляционных упражнений, особенно в пассивном и

пассивно-активном режимах, необходимо соблюдать все меры санэпидрежима (гигиена рук, использование стерильных перчаток и салфеток).

Кроме того, нами были замечены неблагоприятные вегетативные реакции при выполнении пассивной артикуляционной гимнастики, где были задействованы мимические мышцы, что обусловлено неизбежным влиянием на точки выхода тройничного и лицевого нервов.

В результате выполнения артикуляционной гимнастики улучшается функциональная деятельность органов жевания, глотания и звукопроизношения.

Однако, не рекомендуется проведение артикуляционной гимнастики перед зеркалом в острый период инсульта у лиц с афферентной моторной афазией.

Артикуляционная гимнастика (применялась в случае афферентной моторной афазии только на амбулаторном этапе, в острый период не использовалась).

Задачи артикуляционной гимнастики:

- стимуляция произвольного внимания;
- коррекция нарушений речевого дыхания;
- стимуляция аппарата голосообразования;
- симуляция мышц артикуляционного аппарата;
- преодоление нарушений артикуляторных афферентаций;
- подготовка к коррекции нарушений артикуляции звуков.

Гимнастику целесообразно делать после массажа головы и лица, продолжительность 15 – 20 минут, в случае отсутствия противопоказаний для данного метода воздействия [37].

Артикуляционной гимнастике отводится значительная роль при всех формах речевых нарушений. Так, в своих исследованиях, Е.В. Шереметьева (2017) указывает на возможность компенсации нарушений в работе органов периферического артикуляционного аппарата и

опосредованного воздействия на речевые зоны через мелкую моторику в сочетании с артикуляционной гимнастикой. То есть, соблюдается принцип опоры на кинестетическую афферентацию. В результате центральная нервная система запоминает и накапливает правильные программы речедвижений, что представляет собой механизм формирования артикуляционного и ручного праксиса [48].

7. Мимическая гимнастика. Проводилась индивидуально, по показаниям, дифференцировано, в зависимости от тонуса мускулатуры, выраженности пареза и задач восстановительного процесса.

8. Методика М. Лынской («сенсорные» коробки), адаптированная к условиям проведения.

Пример применения у пациентки Ж.К.И., 82 лет, синдром афферентной моторной афазии. Пациенту была поставлена емкость с крупой (манка), белого цвета. Вместе с логопедом пациент обеими руками (паретичной конечности помогает логопед) перебирает, мнет крупу. Одновременно пациенту предоставляется аудиозапись хруста снега.

На следующем занятии – емкость с водой, пациенту предлагается мочить и отжимать губку, создавать капли воды. Одновременно пациенту предоставляется аудиозапись дождя. Все действия оречевляются логопедом и сопровождаются сопряженной речью пациента. Методика направлена на мультисенсорную стимуляцию и вовлечение как можно большего количества анализаторных систем.

В зависимости от предпочтений пациента, также производилось усиление сенсорной стимуляции путем включения запахов (кофе, мандарин).

9. Мероприятия по предотвращению нарушений темпо-ритмической стороны речи. Выполнялось отстукивание и отхлопывание слогов и речевых фраз. Беседа и чтение стихов во время ходьбы в заданном ритме. Е.А. Народова в своих исследованиях (2012) указывает на эффективность программ темпо-ритмовой коррекции при эфферентной

моторной и динамической формах афазии. Подобные методы коррекции, особенно те, что сопровождаются биологически обратной связью позволяют «перенаправить» утраченные функции «выжившим» после перенесенного инсульта нейронам и способствовать активации аксонального коллатерального спраутинга [34].

Преодоление нарушений неспецифических компонентов высшей психической деятельности, таких как речевая инактивность, аспонтанность, вязкость, инертность и др., снятие симптомов дишиза (охранительного торможения) в остром периоде инсульта является важной частью логопедической работы. В целях уменьшения выраженности perseverаций, восстановления оптико-пространственных координаций, преодоления расстройств мануального праксиса, повышения общей активности больного и формирования произвольности проводятся функциональные тренировки на каждом из этапов реабилитации.

10. Функциональные тренировки включают в себя различные виды речевой и неречевой деятельности: выполнение графо-моторных упражнений (приложение); конструирования; счетных операций; рисования; трактовку пословиц и поговорок; раскладывание серий сюжетных картин; прослушивание текстов; запоминание групп предметных картинок и слов; заучивание стихов и многое др.

Функциональная тренировка в виде простого конструирования из разрезных картинок, с последующим озвучиванием, процедуры предметного праксиса и мелкой моторики, бимануальная гимнастика. Подготовка руки к письму – методика «Линейки», использование трафаретов, контуров букв и фигур из наждачной или бархатной бумаги, выполнение графо-моторных упражнений (приложения 11, 12) [46].

Графо-моторные упражнения проводились правой рукой, не зависимо от того, что имелся правосторонний гемипарез. В то же время, индивидуально были выбраны средства письма – диаметр, вид (маркер, карандаш, шариковая ручка). При использовании трафаретов, контур

вначале мог выполняться ватой, кусочком ткани различной фактуры с целью дифференцировки большим тактильных (кинестетических) ощущений, что приводило к усилению экстеро-и проприоцепции, и как следствие коррекции астереогноза и кинестетической апраксии.

Задачи упражнений для мелкой моторики:

- стимуляция произвольного внимания;
- коррекция нарушений пальцевой агнозии;
- коррекция двигательных нарушений;
- улучшение тонких движений, развитие ловкости;
- преодоление нарушений афферентации;
- стимуляция процессов внутренних органов;
- стимуляция когнитивных процессов, памяти.

Для повышения эффективности тренировок в отношении кинестетической апраксии был добавлен метод «Зеркальной тренировки».

11. Дыхательная речевая гимнастика. Проводилась в виде комплекса упражнений, направленных на восстановление речевого дыхания и координацию функций дыхания и фонации, нормализацию продолжительности фазы вдоха и выдоха.

Задачи проведения дыхательной гимнастики: дифференциация носового и ротового дыхания; формирование длительного ротового выдоха под контролем движений диафрагмы и мышц брюшного пресса; выработка умения равномерного распределения воздуха в процессе речевой деятельности.

Дыхательные упражнения в остром периоде проводятся с учетом тяжести состояния больного и зависят от степени его психической активности. Применяются, как пассивные, так и активные приемы работы.

Нормализация дыхания в результате выполнения гимнастики улучшает функциональную деятельность всех органов и систем, активизирует механизмы саморегуляции, способствует формированию произвольности.

12. Голосовые упражнения. Голосовая гимнастика направлена на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани для восстановления полноценной голосовой функции.

Результатом являются: активизация голосового аппарата при гипотонусных расстройствах или снятие излишнего напряжения при гипертонусе; восстановление утраченных кинестезий голосоведения, т.е. непосредственно самой фонации.

Таким образом, восстановление речевых функций проводилось поэтапно. В острый период заболевания использовались автоматизированные речевые ряды, «оречевление» эмоционально значимых ситуаций, например, при помощи методики «Озвучиваем картинки». Для налаживания контакта с больным и вовлечения его в целенаправленную деятельность применялся метод беседы на интересные больному темы. Тема «Семья» в беседе применялась после предварительного сбора анамнеза жизни пациента, во избежание неблагоприятных эмоциональных реакций. Оптимальными являлись темы, касающиеся профессиональной деятельности, хобби, увлечения, кулинарии.

Постепенно подключались неречевые виды деятельности (конструирование, срисовывание).

Далее осуществлялся переход на перестраивающие методики, где работа переходит на произвольный, осознанный уровень. В данном случае методы восстановительного обучения запускают механизм компенсации, один из мощнейших механизмов саногенеза.

Можно сказать, что работа осуществляется в двух направлениях. Прямые растормаживающие методы используются в начальной (острой) стадии заболевания и способствуют активизации резервных внутрифункциональных возможностей.

Обходные методы предполагают компенсацию путем перестройки самой нарушенной функции за счет межфункциональных связей. То есть,

формируются новые, «обходные» способы выполнения речевых или гностико-праксических операций как внутри одного анализатора, так и с включением дополнительных неповрежденных анализаторов.

Для преодоления инертности, инактивности мы применяли упражнения, направленные на активизацию личности, выработку навыков самоконтроля и способность к целенаправленной деятельности.

Работа проводится на эмоционально значимом речевом материале, который предъявлялся в виде беседы, газетной заметки, рассказа, например, при помощи методики «Расскажи мне», в особенности для больных с динамической афазией.

Эффект могут усилить речевые конструкции, искаженные по смыслу, с нахождением больным самостоятельно несоответствий (грамматические искажения, фонетические искажения), а искаженные слова сопровождать соответствующей картинкой. Прием использовался нами у больных с сенсорной и семантической формами афазии на более поздних этапах восстановления.

В некоторых ситуациях на занятиях нами был использован **метод введения в контекст**. Есть данные ряда исследований, подтверждающие, что если субъект найдет способ организации материала или ему подсказать этот способ, то ему трудно его утратить. При проведении занятий с помощью контекста создавался способ организации материала, который больные могли широко использовать.

И только после создания такого способа запоминания и воспроизведения осуществлялся переход от общих к специальным методам восстановления понимания речи, предметного восприятия. Так, например, перед тем как начать работу над восстановлением понимания речи создавалось «ожидание сенсорных событий». Данный прием концентрирует внимание больного, подготавливает к восприятию материала.

Контекст дает дополнительную информацию о том, что собой представляет задание, которое предстоит выполнить. Происходит подача той конкретной информации, которую пациент должен понять или воспринять.

3.2 Коммуникативные стратегии, применяемые в процессе восстановления

В ходе исследования, мы предположили, что на восстановление речи у пациентов, перенесших ОНМК, могут оказывать влияние коммуникативные условия, а именно наличие или отсутствие коммуникативной ситуации. В свою очередь возникновение коммуникативной ситуации тесно связано со всеми участниками процесса восстановления, в том числе с персоналом, окружающим больных с афатическими расстройствами, в частности с их коммуникативными и организаторскими способностями.

Восстановление речевых функций оптимально осуществлять в условиях коммуникативной ситуации и мультисенсорного воздействия.

Важно отметить, что потребности больного в полной мере раскрываются только в условиях коммуникации. В то же время необходимость в реализации пациентом с афатическими расстройствами своих потребностей создает коммуникативную ситуацию.

Известно, что общение представляет собой единство трех взаимосвязанных компонентов: коммуникативного, интерактивного и перцептивного. Коммуникативная сторона общения представляет собой передачу информации, интерактивная – организацию взаимодействия и воздействия общающихся, а перцептивная – восприятие ими друг друга и установление на этой основе взаимопонимания и эмоционального контакта.

По нашему мнению, для восстановления речи на каком-либо из этапов нейрореабилитации обязательной является реализация всех трех

компонентов. Способность к реализации вышеуказанного взаимодействия может определяться уровнем сформированности коммуникативной компетенции. Под коммуникативной компетенцией понимается система внутренних ресурсов человека, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций межличностного взаимодействия [6].

Для оценки вышеуказанных функций нами была использована методика «Диагностика коммуникативных и организаторских склонностей (КОС – 2)».

Определяются уровни коммуникативных и организаторских склонностей в зависимости от набранных баллов по указанным параметрам при помощи опросника, содержащего 40 вопросов. Максимальное количество баллов отдельно по каждому параметру – 20. Подсчитываются баллы отдельно по коммуникативным и по организаторским склонностям с помощью ключа для обработки данных «КОС-2» (приложение 6).

Экспериментально установлено пять уровней коммуникативных и организаторских склонностей.

Испытуемые, получившие оценку – 4 балла, характеризуются низким уровнем проявления коммуникативных и организаторских склонностей.

Набравшие 5 – 8 баллов имеют коммуникативные и организаторские склонности на уровне ниже среднего. У них не наблюдается стремления к общению, предпочитают проводить время наедине с собой. В окружении новой компании или коллективе чувствуют себя скованно. Испытывают трудности в установлении контактов с людьми. Не отстаивают своего мнения, тяжело переживают обиды. Редко проявляют инициативу, избегают принятия самостоятельных решений.

Для испытуемых, набравших 9 – 12 баллов, соответствует средний уровень проявления коммуникативных и организаторских склонностей. Они стремятся к контактам, отстаивают свое, но потенциал их склонностей

не отличается высокой устойчивостью. Требуется дальнейшая воспитательная работа по формированию и развитию этих качеств личности.

Оценка 13 – 16 баллов свидетельствует о высоком уровне проявления коммуникативных и организаторских склонностей испытуемых. Отличительные черты: не теряются в новой обстановке, быстро находят друзей, стремятся расширить круг своих знакомых, помогают близким и друзьям, проявляют инициативу в общении, способны принимать решения в трудных, нестандартных ситуациях.

Высший уровень коммуникативных и организаторских склонностей (17 – 20 баллов) у испытуемых свидетельствует о сформированной потребности в коммуникативной и организаторской деятельности. Они быстро ориентируются в трудных ситуациях. Непринужденно и уверенно ведут себя в новом коллективе. Инициативны. Принимают самостоятельные решения. Отстаивают свое мнение и добиваются принятия своих решений. Любят организовывать различные мероприятия. Настойчивы и одержимы в деятельности [40].

Важной составляющей работы являлось обучение пациентов и их родственников, а также специалистов МДРК коммуникативным стратегиям.

В остром периоде инсульта часто нарушается взаимоотношение человека с окружающим миром и в той или иной мере изменяется сама личность больного. Все это приводит к психической и социальной дезадаптации.

Возможность активного создания коммуникативных ситуаций, которые способны вызывать у больного потребность в общении, в результате чего он становится субъектом общения, позволяет реализовать ему все остаточные речевые возможности. Такой подход обеспечивает достижение цели по восстановлению речевого общения [21].

В результате оценки условий для коммуникации больных с афазией, о чем косвенно мы могли судить по результатам методики КОС-2, проводимой среди сотрудников и персонала, осуществляющего реабилитацию и уход, нами были выявлены индивидуальные коммуникативные и организаторские склонности лиц, непосредственно влияющих на реализацию основной функции речи – общения.

Известно, что восстановление речи при афатических расстройствах происходит значительно быстрее и эффективнее, если с больным постоянно общаются, мотивируют и стимулируют больного к восстановлению в естественных ситуациях взаимодействия (бытовых, прием пищи, осуществление туалета, прием процедур, проведение занятий, перемещение в условиях отделения, совместная оценка достигнутого результата в самообслуживании). Для всего вышеперечисленного персоналу как минимум, необходимы такие сформированные качества личности, как стремление к общению, установление контактов с людьми, желание помогать и проявлять инициативу в общении.

В то же время нами были получены следующие результаты, которые свидетельствовали о том, что среди персонала отделения и пациентами возникновение коммуникативной ситуации не всегда возможно, что обусловлено низким и средним уровнем коммуникативных и организаторских склонностей среди медработников.

Среди испытуемых (n=19) наблюдались высший и высокий уровень коммуникативных склонностей в 11 % (n=2) и 21% (n=4) случаев соответственно. В большинстве случаев были отмечены средний 31% (n=6), низкий 26 % (n=5) и очень низкий 11% (n=2) уровни коммуникативных способностей.

Кроме того, обозначилась тенденция к тому, что даже при наличии высокого уровня коммуникативных склонностей, в ряде наблюдений отмечен низкий уровень организаторских способностей, о чем

свидетельствует наличие обратной линейной связи между данными показателями ($r = -0,08$).

По нашему мнению, данные личностные особенности при определенных ситуациях, а именно напряженные условия труда, физическая и эмоциональная усталость, сложность выполняемых манипуляций, даже при наличии желания общаться могут привести к невозможности организовать коммуникативную ситуацию. Что в свою очередь не будет способствовать реализации основной функции речи – коммуникации, которая могла бы закрепить эффект от проводимых логопедом занятий.

Выявленная нами в ходе исследования проблема коммуникативной ситуации обуславливает необходимость разработки специальных приемов, повышающих эффективность восстановления речи.

Для решения данной задачи нами были предприняты следующие меры:

1. Проведена разъяснительная работа с персоналом, больным и его родственниками, направленная на понимание характера имеющихся нарушений.

Объяснять следует доступным языком, какие имеются нарушения у больного и как они влияют на его коммуникативные способности.

2. Осуществлялась психологическая поддержка больного и его семьи. Учитывая угнетенное состояние пациента, частое проявление приступов раздражения, негативизма и даже агрессии в остром периоде, персоналу, осуществляющему уход и родственникам больного, была разъяснена необходимость проявления выдержки и такта в обращении с больным. Необходимо учитывать, что тяжелая болезнь является ненормативным кризисом семьи.

Однако, было рекомендовано избегать гиперопеки, игнорирования и других крайних проявлений взаимодействия, характерных для ухода за тяжелобольным пациентом. Равно как не рекомендуются и другие крайние

способы взаимодействия – отказ в какой-либо помощи, мотивируя это тем, что больной будет более самостоятельным и лучше восстановится. Данные способы взаимодействия вызывают негативные эмоциональные реакции. Наиболее неблагоприятной является ситуация, когда невнимательности по отношению к больному, отказу ему в помощи предшествует гиперопека со стороны близких.

При этом больному и его окружению сообщалось, что результативность восстановления во многом зависит от активной позиции самого пациента и его мотивации, т.е. положительного настроения на проведение восстановительных мероприятий.

3. Выполнялось обучение младшего медицинского персонала и родственников пациента с нарушением глотания правилам организации питания и компенсаторным приемам, а именно позиционированию больного во время кормления.

4. Необходимо было объяснить лицам, ухаживающим за пациентом, что больного следует терпеливо побуждать к речи и стараться вырабатывать у него социально значимую потребность в общении. Недопустимым является пресечение попыток коммуникации, исходящих от пациента. В данной ситуации важно инициировать коммуникацию, создавать естественную ситуацию взаимодействия.

Нередко мы могли наблюдать, что при попытке заговорить, выразить недовольство или задать вопрос пациент наталкивался на негативную реакцию со стороны окружающих и младшего медперсонала, которые расценивали данный вариант коммуникации как нарушение «режима тишины», несоблюдение кажущегося им необходимым полного покоя.

5. Родственники, персонал и пациент в доступной форме были обучены распознаванию улучшения в речевой деятельности, т.к. умение распознавать динамику восстановления положительно влияет на больного и его окружение, стимулирует пациента к еще более активной коммуникации. За время проведения логопедических занятий

родственники пациента отмечали положительные изменения в его речевой деятельности и указывали на это самому пациенту.

Все были нами обучены применять коммуникативные стратегии для облегчения взаимодействия пациента с окружающими его людьми.

б. Разъяснялась необходимость помощи больному с речевыми расстройствами в овладении речью, чтением и письмом, в том числе с использованием специальных приспособлений.

Выбор подходящих коммуникативных стратегий основывался на имеющихся речевых нарушениях, понимании значительно нарушенных и наиболее сохранных звеньев речевой системы у пациента.

Например, при нарушениях экспрессивной речи, пациента важно было обучить альтернативным способам коммуникации: письмо, жесты, а также способам стимулирования речи.

Перед тем как начать непосредственно обучение родственников коммуникативным стратегиям, необходимо объяснить им важность эмоциональной поддержки больного. Для этого логопед должен учитывать индивидуальную систему семейных отношений. В редких случаях, но, тем не менее, мы могли наблюдать, что контакт родственников с пациентом заключался лишь в доставке средств ухода до палаты и кратковременном пребывании без общения с ним. На амбулаторном этапе восстановления также можно дифференцировать отношение в семье к пациенту с афазией. Что выражается не только в наличии или отсутствии коммуникации с ним, но и в таких аспектах, как ответственность в посещении занятий, адаптированность к изменившемуся режиму жизни и перераспределению обязанностей между членами семьи, в случае необходимости сопровождения больного на занятия и конечно в заинтересованности совместного выполнения домашнего задания логопеда.

Существуют определенные постулаты при работе с пациентом и его семьей в случае тяжелого заболевания, что по нашему мнению распространяется и на такое инвалидизирующее заболевание как инсульт,

В особенности, сопровождающийся афатическими расстройствами.

Распространено мнение, что следует избегать слишком большого информирования семьи о состоянии больного и прогнозах его восстановления с одновременной недостаточностью предоставления такой же информации самому больному. То есть оптимальным является, чтобы больной и его родственники владели данной информацией приблизительно на одинаковом уровне.

Именно эта сторона восстановительного процесса и вызывает наибольшие трудности, так как сам больной в силу речевых (особенно в случае сенсорной и тотальной афазии) и когнитивных расстройств не в состоянии адекватно воспринимать подобного рода информацию. Что еще раз доказывает необходимость применения коммуникативных стратегий для мобилизации психологических ресурсов всей семьи, ее консолидации. А чтобы применение данных стратегий было эффективным им необходимо специально обучать родственников занимающегося, или как минимум проинформировать об этом, путем распространения памяток, буклетов.

Другой особенностью при работе с данной категорией больных является неравномерность скорости восстановления нарушенных функций. Так, при сохранной двигательной сфере может на какой-то период, а то и на длительное время «затормозиться» восстановление речи. Пациент, не видя положительной динамики в своем состоянии с течением времени, как правило, может впасть в депрессию. Что часто проявляется потерей интереса к окружающему, отсутствием просьб и вопросов, и какой-либо инициативы в общении, добровольном отказе от коммуникации.

Именно в этот период непроизвольно, либо осознанно все те, кто окружает больного, тоже начинают избегать общения с ним. Есть данные, что родственники при этом неизбежно винят себя за такое поведение.

В данной ситуации логопеду на помощь, кроме коммуникативной тактики должны прийти другие члены МДРК – лечащий врач и психолог. Так как кажущееся окружающим безразличие к больному с нарушением

речи и нежеланием общаться, представляет собой естественные механизмы психологической защиты. В свою очередь своевременное обучение коммуникативным стратегиям позволяет изначально предотвратить возникновение таких негативных ситуаций.

Коммуникативные стратегии для персонала и родственников больного представлены в приложении 15.

Кроме того, создавалась специальная среда в палате, облегчающая быт больного. Особенно это было важно для пациентов, с нарушением номинативной функции речи, как правило, в сочетании с апракто-агнозиями. У таких пациентов в палате размещались таблички (черно-белые) с подписями имеющихся в палате предметов и мебели, что облегчало самообслуживание и социальную адаптацию.

Обо всех рекомендациях были проинформированы другие члены мультидисциплинарной команды, чтобы максимально эффективно взаимодействовать с пациентом.

Важно помнить, что на пациенте должна лежать определенная нагрузка по ведению разговора. Таким образом, создается благоприятная, поддерживающая, но стимулирующая речевая среда, которая способствует стимуляции не только лечебного, но и спонтанного восстановления.

3.3 Итоги экспериментальной работы

Анализ результатов исследования, полученных после проведения восстановительного обучения, показал положительную динамику у всех пациентов.

Однако, отмечена неравномерность восстановления речевых функций в целом в группе испытуемых.

Следует заметить, что в остром и раннем восстановительном периоде, улучшения речевых функций достигались более быстро, чем в позднем восстановительном и резидуальном периодах. В то время как показатели неречевых функций (гнозис, праксис, память) достигали

выраженной положительной динамике в раннем и позднем восстановительном периоде.

Особенности восстановления коммуникации у пациентов с афазией были получены нами при помощи метода наблюдения.

Отмечено, что в период стойких остаточных явлений восстановление коммуникации происходило более медленно, в основном за счет использования жестовых и мимических подкреплений, либо при помощи эмоционально окрашенного речевого эмбола.

Наиболее выраженная положительная динамика речевых функций была отмечена среди тех пациентов, где наблюдались попытки коммуникации по собственной инициативе. В свою очередь инициатива пациентов к общению поддерживалась персоналом и родственниками, а не ограничивалась только процедурами ухода.

У 45 % (n = 6) пациентов, из общего числа обучаемых появилась способность применять воспринимаемые на слух слова в диалоге. В дальнейшем навык диалогической речи закреплялся в заданиях функциональной тренировки и совместном прочтении специальных текстов (методика «Расскажи мне»).

Наблюдалось активное использование больными в диалоге жестов, диалог приобрел эмоциональную окраску, что возможно объясняется образованием слухо-зрительно-речедвигательных ассоциаций, за счет включения в задания большого количества оречевляемых действий и прежде всего глагольной лексики, особенно у больных с моторной афазией.

У 50 % (n = 8) возможности словесной коммуникации расширились не только за счет употребления слов в диалоге, но и за счет использования упроченных коммуникативно значимых выражений.

И лишь в 5 % случаев, у 1 пациента длительно сохранялись альтернативные способы коммуникации (жесты, использование графической вспомогательной опоры, пиктограммы).

Полученные путем наблюдения результаты восстановления речи в коммуникации представлены на рисунке 3.

Улучшение ориентировки в пространстве и самообслуживания мы также связываем с тем, что после проведенного курса восстановительного обучения более 60 % пациентов могли соотносить восприятие на слух слова-названия с их графическим эквивалентом и в сопоставлении с предметами реальной жизни. У пациентов с нарушением номинативной функции речи все предметы обихода, окружающей обстановки, мебель были подписаны путем крепления черно-белых табличек с названиями. Кроме того, в обучении активно применялись задания по методикам «Гостиная», «Я моюсь», «Я лечусь».

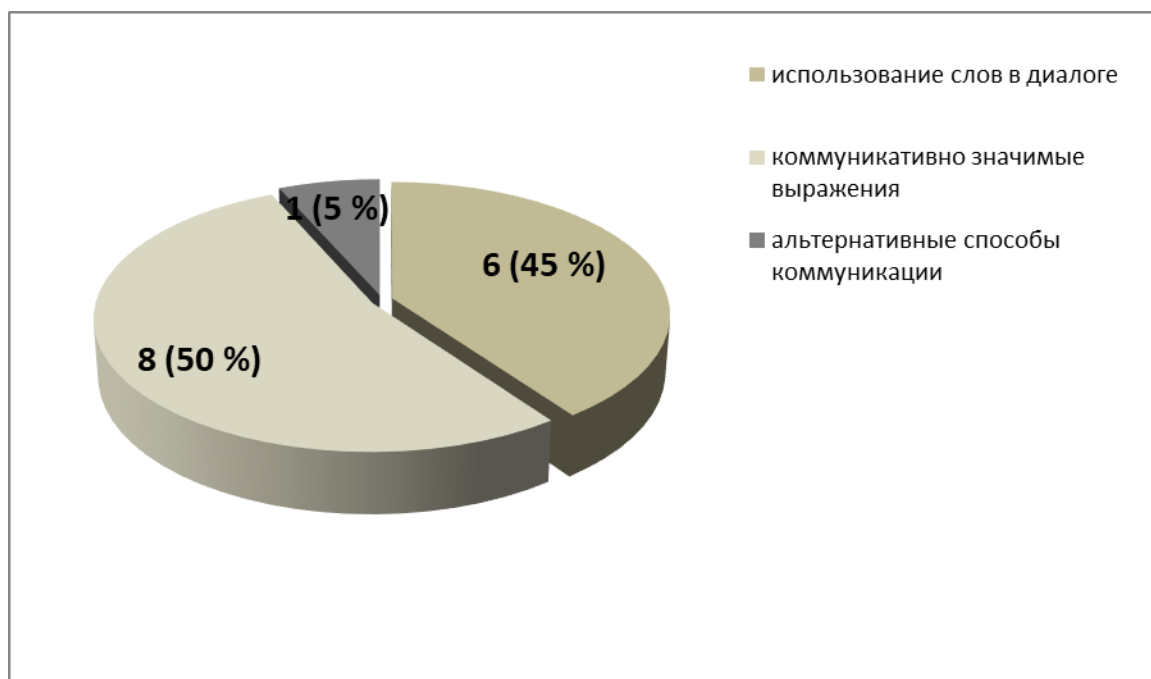


Рисунок 3 – Восстановление способов коммуникации у пациентов с афазией в процессе обучения

Следует заметить, что достигнутые в результате обучения показатели отличались у больных с разными формами афазии.

Так у лиц, с моторной афазией, у которых нарушения понимания не являются основными, положительная динамика речевых функций, коммуникации, оказалась более выраженной, чем у больных с сенсорной (акустико-гностической) и сенсо-моторной афазией.

Также у больных в остром периоде заболевания не зависимо от формы афазии восстановление речи имело менее выраженную динамику, при этом присутствовала сложность дифференцировки программ обучения. Это связано с тем, что в остром периоде наблюдались явления дишиза и структура речевого дефекта характеризовалась «размытостью», наличием сочетанного нейродинамического компонента. И основным эффектом от занятий у таких пациентов заключался в растормаживании речи, прежде всего за счет мультисенсорных методик обучения («7 сенсорных коробок» М. Лынской, «Озвучиваем картинку»).

Динамика в состоянии речевых функций пациентов получила отражение в логопедических заключениях, после курса восстановительного обучения. Ниже представлены примеры результатов и проведенных занятий.

Пациент Б.О.А. Эфферентная моторная, акустико-мнестическая афазия. Проведено 10 индивидуальных занятий. Выполнялись задания по выработке артикуляторных переключений в пределах слога, слова, восстановление письменной речи. Пациент выполнял чтение и пересказ развернутых текстов.

Наблюдается улучшение произношения звуков, переключения с одной артикулемы на другую в словах сложной слоговой структуры. При письме под диктовку простых фраз и отработанных слов отмечен самоконтроль и коррекция допущенных ошибок. При пересказе текстов пациент справляется без опоры на вопросы.

Пациент Ф.В.М. Семантическая афазия. Проведено 15 индивидуальных занятий. Пациент в полном объеме справляется с большинством заданий. Сократилось время подбора слов при составлении рассказа по картинке, описании расположения предметов окружающей обстановки. Выполняет простые арифметические операции. Однако, при решении текстовых логических задач еще допускает ошибки (не правильно указывает родство и старшинство персонажей).

Пациент М.З.Г. Моторная афферентная афазия. Проведен комплекс из 10 занятий артикуляционной и мимической гимнастики, обучен самомассажу языка, губ, щек. Выполнена коррекция речевого дыхания, темпо-ритмической стороны речи.

Отмечаются значительные улучшения при выполнении артикуляционной гимнастики, произношении звуков в словах сложной слоговой структуры. Отсутствует длительный поиск артикуляторной позиции. Однако темп речи несколько замедлен при произношении сложных фраз. Субъективно отмечает улучшение при работе над скороговорками.

Пациент А.В.Г. Сенсо-моторная, акустико-мнестическая афазия. Проведен курс из 15 занятий. Проведена работа по преодолению понимания и расстройств произносительной стороны речи. Осуществлялась выработка артикуляторных переключений в пределах слога, слова, слияние слогов в слова с простой, а в последующем со сложной звуковой структурой. Восстановление звуко-ритмической стороны слова – выделение ударения в слове, воспроизведение голосом абриса слова, ритмизированное произнесение слов и фраз с привлечением внешних опор (отстукивание). Составление фраз по сюжетным картинкам, пересказ простого текста.

Наблюдается положительная динамика, выражающаяся в преодолении расстройств произносительной стороны речи, нормализация звуко-ритмической составляющей. Восстановление фразовой речи, использование в речи побудительных, вопросительных предложений, снижение числа аграмматизмов в речи, расширение слухоречевой памяти.

Пациент П.М.В. Сенсо-моторная, акустико-мнестическая афазия. Проведено 10 индивидуальных занятий. С пациентом проводилась работа по выработке артикуляторных переключений в пределах слога, слова, по восстановлению устной и письменной фразовой речи, расширению слухоречевой памяти.

Динамика положительная, наблюдается улучшение переключений, снижение произносительных трудностей, уменьшение числа аграмматизмов в речи, восстановилась фразовая устная речь, отмечено частичное восстановление письменной фразовой речи. Субъективно отмечает увеличение слухоречевого восприятия (уменьшилась слабость следов воспринимаемой речи).

Как отмечалось выше, наличие неречевых апраксий и агнозий осложняло восстановление надстроенных над ними речевых навыков. В связи с чем, в занятия первоначально были включены задания на кинетический и кинестетический праксис, в том числе с предметами. Затем при наличии показаний у лиц преимущественно с моторной афазией и афазией в сочетании с дизартрическим компонентом на артикуляционный праксис.

В начале было отмечено восстановление динамического, затем кинестетического, а в последующем и артикуляционного праксиса.

Была отмечена положительная динамика при проведении проб динамического мануального праксиса в 70 % случаев (в том числе паретичной ведущей рукой), а также реципрокной координации в пробах Озерецкого, что может свидетельствовать об улучшении межполушарной асимметрии. Данные положительные изменения были характерны для больных амбулаторного этапа реабилитации.

В результате обучения было отмечено улучшение оптико-пространственного гнозиса, что выражалось в увеличении количества правильно выполненных проб в группе испытуемых.

Количественные показатели положительной динамики выполнения теста «Рисование часов» представлены на рисунке 4.

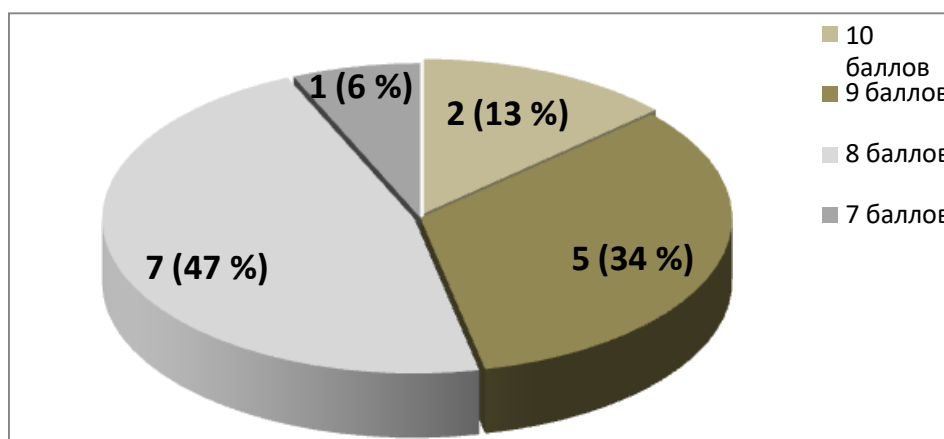


Рисунок – 4. Результаты выполнения теста «Рисование часов» после восстановительного обучения

Как видно из рисунка 4, увеличилось количество правильно выполненных проб по сравнению с исходным выполнением, а результат в группе по-прежнему не менее 7 баллов свидетельствует о том, что в целом ухудшения данных функций не наблюдалось. Результаты распределились следующим образом, правильно выполненная проба, оцениваемая, в 10 баллов наблюдалась в 13% случаев ($n = 2$), 9 баллов в 34 % случаев ($n = 5$), наибольшее количество испытуемых выполнили тест на 8 баллов – 47 % случаев ($n = 7$) и у одного пациента с семантической афазией выполнение теста составило 7 баллов.

Следует отметить, что до проведения курса восстановительного обучения пациенту с семантической афазией выполнение данного теста было не доступно. Ранее больной пытался выполнить инструкцию, но безуспешно, циферблат не был даже нарисован. При повторном тестировании выполнение соответствовало 7 баллам, а именно присутствовал циферблат, расставлены с небольшой неточностью цифры, но стрелки показывали совершенно не правильное время.

Важно учесть, что семантическая афазия является следствием поражения теменно-затылочных областей левого доминантного по речи полушария и дефект понимания сложных логико-грамматических конструкций может являться одним из видов более общего расстройства

пространственного гнозиса, в частности симультанного гнозиса. Данные показатели могут расцениваться как улучшение, так как доступность выполнения теста свидетельствует о частичном восстановлении пространственного гнозиса. Положительная динамика в восстановлении пространственных функций, возможно, объясняется включением для таких пациентов заданий, выполняемых при помощи набора «Геометрия» (приложение 17).

Деревянная панель способствует улучшению зрительного восприятия, улучшению тактильных функций, моторики, пространственного мышления, позволяет оперировать понятиями «большой – средний – маленький». Пирамида «Геометрия» обеспечивает тренировку выполняемых по образцу конструкций, последовательного расположения фигур и цветов, тренировку пространственных предлогов «над», «под». Во время выполнения даются команды, «после», «выше», «ниже» и т.п.

Что касается исследований кратковременной памяти по методике запоминания 10 слов по А.Р. Лурии, то статистически значимых изменений не наблюдалось. В целом объем слухоречевого восприятия оставался на том же уровне.

Нарушения слухоречевой памяти были достаточно стойкими и сохранялись после курса обучения преимущественно у пациентов с акустико-мнестической, сенсорной и сенсо-моторной формами афазии. Сложность запоминания обусловлена еще и тем, что предъявляемый материал носит вербальный характер.

Известно, что при работе с запоминаемым материалом субъект всегда пытается ввести словесное кодирование для предлагаемых стимулов. А как известно, в «чистом» виде определенные формы афазии встречаются редко и у больных в разной степени наблюдалось нарушение понимания речи, то можно говорить о том, что страдает «вербальная»

память. В то же время, такие пациенты невербальные стимулы запоминали легче и в большем объеме.

Ряд исследователей выделяют внутри синдрома нарушения слухоречевого запоминания при очаге в левой височной области специфическую форму мнестического дефекта: при плохом запоминании материала «на слух», хорошее запоминание при зрительном предъявлении тех же стимулов. То есть, у больных с сенсорной, сенсо-моторной и у части пациентов с акустико-мнестической формами афазии сохранялась диссоциация между словесным воспроизведением и хорошим воспроизведением рисунками. Эта особенность также учитывалась нами при выборе средств и длительности восстановительного обучения.

Оценка результатов теста «Мини-Ментал» показала положительную динамику после обучения, однако показатель не достигал статистической значимости. Средний балл в группе пациентов составил $26,2 \pm 0,08$, что по-прежнему свидетельствует о когнитивном дефиците.

Улучшение отмечалось в таких заданиях как повторение слов, фраз, переключения с одной фразы на другую. Таким образом, выраженная положительная динамика наблюдалась преимущественно у пациентов с моторной афазией. Низкий балл по-прежнему присутствовал в заданиях на срисовывание фигур, особенно у пациента с семантической и у части пациентов с афферентной моторной формами афазии. Данный результат подтверждает то, что наблюдаются значительные сложности при работе с материалом, содержащим пространственный фактор, несмотря на адекватную словесную идентификацию (многоугольник, пятиугольник, куб).

Можно предположить, что вышеуказанные дефекты являются достаточно стойкими и требуют более длительных занятий восстановительного обучения, закрепления навыка в домашних условиях, о чем необходимо сообщать в рекомендациях.

Учитывая вышесказанное, можно судить о том, что индивидуально подобранные средства и методы восстановительных занятий, оказывают положительное влияние на восстановление речи пациентов с афазией. Но восстановление их происходит не равномерно и определяется тяжестью состояния больного, периодом инсульта и этапом реабилитации, а главной формой афатических расстройств.

ВЫВОДЫ ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ

Результаты контрольного эксперимента свидетельствуют о значительном уменьшении речевых нарушений у больных с афазией. Данные результаты свидетельствуют об эффективности разработанных занятий восстановительного обучения с применением индивидуального подхода.

Эффективность достигалась за счёт гибкости проводимых методов, возможности их сочетанного применения и адаптированности к месту проведения и этапу реабилитации пациента.

Важным было то, что все занятия проводились индивидуальным методом, а в последующем навык коммуникации закреплялся в естественных условиях (палата, выполнение совместных заданий с родственниками, взаимодействие с другими пациентами при посещении отделения медицинской реабилитации).

Другим действенным механизмом, повышающим эффективность, было мультисенсорное воздействие проводимых методов на слуховой, зрительный, кожно-кинестетический анализаторы. Данный эффект обеспечивался за счёт средств, направленных одновременно на восстановление как речевых, так и неречевых высших психических функций. По нашему мнению, этому способствовали такие методы, как «7 сенсорных коробок» М. Лынской, функциональная тренировка с элементами бытовых заданий.

Следует отметить, что было установлено расширение коммуникации пациентов с афазией не только за счёт жестовых и мимических подкреплений, но и за счёт доступных словесных выражений.

Данные результаты объясняются включением в процесс реабилитации коммуникативных стратегий, которым были обучены родственники и персонал, их замещающий. А также за счет использования методик, способствующих возникновению коммуникативной ситуации, а

именно «Расскажи мне» О.Н. Диановой, «Сленг в логопедической практике» О.Д. Лариной и др., которые применялись с учетом индивидуальных интересов больного и преморбидности личности.

Таким образом, было установлено, что проведение логопедических занятий с применением индивидуального подхода в значительной мере повышает эффективность процесса восстановления речи у лиц с афазией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе анализа медицинской и психолого-педагогической литературы было установлено, что патология нарушения речи по типу афатических расстройств, сопровождающая острые нарушения мозгового кровообращения достаточно широко распространена в клинике неврологических расстройств. Афазия может стать причиной нарушений адаптации к общению и в значительной степени снижать социальную активность пациентов. Реабилитационные мероприятия, включающие логопедическую диагностику и коррекцию должны присутствовать на всех этапах восстановления. В тоже время, остается открытым вопрос о стандартах помощи больным с нарушениями речи в условиях лечебно-профилактических учреждений.

Целью нашего исследования было показать возможности и способы реализации индивидуального подхода в процессе коррекционной работы в зависимости от формы афазии.

В ходе исследования были решены поставленные задачи. Проведен анализ специализированной литературы, касающейся реабилитации и восстановительного обучения лиц с афазией, выполнена комплексная оценка состояния речевых функций, подробно изучено содержание логопедической работы и описаны индивидуальные методики восстановительного обучения при афазии, у лиц перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Было установлено, что коррекционные мероприятия необходимо проводить дифференцированно с учетом формы афазии, содержание, объем обследований и занятий должны соответствовать состоянию и подготовленности больного, его индивидуальным интересам и потребностям.

Важной является и работа с семьей пациента и персоналом, для выбора оптимальной коммуникативной тактики, в связи, с чем необходимо

включать в план работы изучение коммуникативной ситуации и обучение коммуникативным стратегиям.

Доказана необходимость занятий с применением предметно-практической деятельности, особенно при работе с больными, имеющими грубо выраженный речевой дефект, вплоть до отсутствия речи. В данных случаях вперед выступают задачи восстановления речевой функции и предметно-практические операции являются в основном средством для стимуляции речи.

Результаты нашего исследования подтвердили факт эффективности подобных функциональных тренировок. Это обусловлено тем, что обучение предметно-практическим или бытовым операциям строится не только на показе конкретных действий, но и на вербальных инструкциях. Использование паралингвистических средств (мимика, жесты, пиктограммы, «немые» инструкции) способствуют растормаживанию и стимуляции экспрессивной речи.

Таким образом, восстановительная работа при афазии должна иметь комплексный подход и учитывать фактор, лежащий в основе нарушений. Индивидуальный подход при выборе средств обучения обеспечивает эффективность реабилитации. Итогом работы является улучшение всех сторон речи, формирование и закрепление коммуникативных навыков.

Исходя из этого, можно сказать, что гипотеза подтверждена, цель исследования достигнута, решены поставленные задачи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алферова, В.В., Прогноз постинсультной афазии [Текст] / В.В. Алферова, В.М. Шкловский, Е.Г. Иванова, Г.В. Иванов, Л.А. Майорова, А.Г. Петрушевский, С.В. Купцова, А.Б. Гехт // Журнал неврологии и психиатрии. 2018. – № 4. – С. 20 – 29.
2. Амосова, Н. Н. Практические работы по восстановлению речи у больных, перенесших инсульт, черепно-мозговую травму и другие заболевания головного мозга [Текст] / Н. Н. Амосова, Н. И. Каплина. – М. : Секачев, 2017. – 136 с.
3. Балашова, Е.Ю. Нейропсихологическая диагностика в вопросах и ответах [Текст] / Е.Ю. Балашова, М.С. Ковязина. – «Интермедиадор», 2012. – 134 с.
4. Белова, А. Н. Нейрореабилитация [Текст] : рук.для врачей / А. Н. Белова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Антидор, 2012. – 736 с.
5. Бизюк, А. П. Компендиум методов нейропсихологического исследования [Текст] : метод.пособие / А. П. Бизюк. – СПб. : Речь, 2005. – 400 с.
6. Васильева, В.С. Теоретико-методологические основы развития коммуникативной компетенции педагогов дошкольных образовательных организаций: монография [Текст] / В.С. Васильева, Е.Ю. Никитина. –М.: Изд-во «Перо», 2017. –275с.
7. Визель, Т. Г. Как вернуть речь [Текст] / Т. Г. Визель. – М. : В Секачев, 2016. – 215 с.
8. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии [Текст] / Т. Г. Визель. – М. : АСТ : Астрель :Транзиткнига, 2008. – 384 с.
9. Винарская, Е.Н. Клинические проблемы афазии (нейролингвистический анализ) [Текст] /Е.Н. Винарская.– М.: В.Секачев, ТЦ «Сфера», 2007.– 222 с.

10. Волошин, П. В. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга [Текст] / П. В. Волошин, В. И. Тайцлин. – 3-е изд., доп. – М. :МЕДпресс-информ, 2015 – 688 с.

11. Григорьева, В. Н. Психологические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли [Текст] / В. Н. Григорьева. – Н. Новгород : Изд-во Нижегородской гос. Мед.акад., 2014. – 420 с.

12. Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями [Текст]. – [б.м.] : НИЖФАРМ, [б.г.] – 25 с.

13. Дианова, О. Н. Расскажи мне. Сборник текстов для восстановления речи, письма и чтения после инсульта и черепно-мозговой травмы (легкая и средне-легкая степень выраженности) [Текст] / О. Н. Дианова. – М. : В. Секачев, 2017. – 64 с.

14. Дмитрова, Е.Д. Логопедические карты для диагностики речевых расстройств [Текст] / Е.Д. Дмитрова – М. : АСТ : Астрель, 2012. – 144 с.

15. Зейгарник, Б. В. Патопсихология. Основы клинической диагностики и практики / Б. В. Зейгарник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. :Эксмо, 2010. – 368 с.

16. Истратова, О.Н. Психодиагностика. Коллекция лучших тестов [Текст] / О. Н. Истратова, Т. В. Эсакусто – 2-е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 375 с. : ил., табл.

17. Кадыков, А. С. Реабилитация неврологических больных [Текст] / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шахпаронова.. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 560 с.

18. Клепацкая, Л. Б. Восстановление речи после инсульта. Комплекс упражнений для восстановления речи [Текст] / Л. Б. Клепацкая. - М. : В. Секачев, 2015 – 188 с.

19. Клепацкая, Л. Б. Внимание, мышление, речь. Комплекс упражнений. Часть II. [Текст] / Л. Б. Клепацкая. – М. : В. Секачев, 2016. – 108 с.

20. Ключко, Н.П. Практикум по нейропсихологической диагностике : метод. пособие для студ., обучающихся по спец. «Клиническая психология» [Текст] / Н.П. Ключко ; Сургут. гос. ун-т. – Сургут : Изд-во СурГУ, 2005. – 60 с.

21. Кошелева, Н.В. Активация речевой коммуникации у детей и взрослых с патологией речи: Методическое пособие [Текст] / Н.В. Кошелева, Н.А. Кочеткова. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2015. – 200 с.

22. Кошелева, Н.В. Восстановление речевой и неречевых высших психических функций у больных с афазией в процессе предметно-практической и бытовой деятельности [Текст] / Н.В.Кошелева.– автореф.канд. пед.наук.– М., 2010.– С. 5–7.

23. Кошелева, Н.В. Развитие памяти и связной речи у школьников и взрослых с нарушениями речи : новые слова, словосочетания, фразы, рассказы, текст. Практикум [Текст] / Н.В. Кошелева, Е.Е. Каценбоген. – М. : Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2016. – 95 с.

24. Кузьмина, Т.В. Пособие по восстановлению речи после инсульта и черепно-мозговых травм в домашних условиях: тема «Гостиная» [Текст] / Т.В. Кузьмина, О.А. Савина, Е.В. Симоненко. – Казань : Бук, 2019. – 64 с.

25. Курзинер, Е. С. Озвучиваем картинки (люди, животные, предметы – возгласы, крики, звуки). Пособие по восстановлению речи и письма у больных с грубой формой афазии [Текст] / Е. С. Курзинер, Т. Б Холманская. – М. : В. Секачев, 2016 – 124 с.

26. Ларина, О.Д. Сборник упражнений: «Я лечусь» [Текст] / О.Д. Ларина, Е.В. Симоненко, С.А. Асеева, М.Ю. Павловская. – Казань : Изд-во «Бук», 2017. – 82 с.

27. Ларина, О.Д. Я моюсь: упражнения [Текст] / О.Д. Ларина, Е.В. Симоненко, С.А. Асеева, М.Ю. Павловская. – Казань : Изд-во «Бук», 2018. – 114 с.

28. Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями речи, голоса и глотания в остром периоде : клинические рекомендации для логопедов [Текст] / под ред. Т. В. Ахутиной, Ю. В. Микадзе. – М., 2016. – 41 с.
29. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов[Текст] / под ред. Л. С. Волковой: В 5 кн. – М. :Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. III: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия. – 312 с.
30. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга [Текст] / А. Р. Лурия ; фак. психологии МГУ им. М. В. Ломоносова, Рос.акад. образования. – 3-е изд. – М.: Академ. Проект, 2000. – 504 с.
31. Медицинская реабилитация [Текст] : в 3 т. / под ред. В. М. Боголюбова. – 2-е изд., доп. – М. : [б. и.], 2007. – 3 т. – 584 с.
32. Межполушарное взаимодействие [Текст] / Коллектив авторов – «Интермедиатор», 2010. – 231 с.
33. Методы диагностики нарушений глотания и логопедическая работа на ранних этапах реабилитации нейрохирургических больных. Клинические рекомендации [Текст] / А. СГорячев, Н. Н. Амосова, Л. Н. Зуева, Н. М. Кирьянова. – М. : В. Секачев, 2017. – 44 с.
34. Народова, Е.А. Реабилитация больных с комплексной моторной афазией в остром периоде ишемического инсульта [Текст] / Е.А. Народова, С.В. Прокопенко, В.В. Народова, А.А. Народов// Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – № 1. – С. 20 – 25.
35. Нейропсихологическая диагностика [Текст] / под ред. Е. Д. Хомской. - М. : В. Секачев, 2007 – 64 с.
36. Оппель, В.В. Восстановление речи после инсульта [Текст] / В.В. Оппель – Л. : Медгиз, 2012. – 150 с.
37. Пурцхванидзе, О.П. Восстановительное обучение больных с афазией в остром восстановительном периоде [Текст] // Вестник

Университета Российской Академии Образования. – М., 2011 №. – 2.С. – 111 – 114.

38. Пурцхванидзе, О.П. Особенности нарушения речевой и других ВПФ у больных с афазией [Текст] // Логопедия сегодня. – М., 2011. – № 3. – С. 35-45.

39. Рыжков, В.Д. Инсульт. Срочная реабилитация : Клиника, критерии диагностики и экспертизы. Тактика ведения и реабилитация. [Текст] / В.Д. Рыжков. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. – 157 с.

40. Собчик, Л. Н. Психодиагностика в медицине / Л. Н. Собчик. – М.: ООО «Компания БОРГЕС», 2017. – 415 с.

41. Тинин, В.А. Комплексное восстановление речи у взрослых пациентов: Альбом логопеда [Текст] /В. А. Тинин. – М. : РИОР: ИНФРА-М, 2017. – 111 с.

42. Трошин, В. Д. Сосудистые заболевания нервной системы [Текст] : учеб.пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / В. Д. Трошин, А. В. Густов, А. А. Смирнов. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2006. – 536 с. : ил., табл.

43. Храковская, М.Г. Афазия. Агнозия. Апраксия. Методики восстановления [Текст] / М.Г. Храковская. – СПб. : Нестор-История, 2017. – 312 с.

44. Хрестоматия по логопедии: Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: в 2 тт. Т. II / [Текст] под.ред. Л. С. Волковой. – М. :Гуманит.изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 656 с.

45. Цветкова, Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение : учеб.пособие [Текст] / Л. С. Цветкова. – М. : Московский психолого-социальный институт, 2010. – 148 с.

46. Чубрик, Н.В. Что делать после инсульта. Практические советы логопеда родственникам пациентов, перенесших очаговые поражения

головного мозга [Текст] / Н. В. Чубрик, Е. С. Паршина. – М. : В. Секачев, 2014. – 24 с.

47. Шеломенцева, Ю. В., Состояние речевой функции больного с афферентной моторной афазией в резидуальном периоде [Текст] / Ю. В. Шеломенцева, С. Г. Щербак // Научный потенциал. 2020 – № 4(31). – С. 87 – 91.

48. Шереметьева, Е.В. Коррекционно-предупредительное воздействие в раннем возрасте : Система занятий с детьми и их родителями [Текст] / Е. В. Шереметьева – М. : Национальный книжный центр, 2017. – 176 с.

49. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации [Текст] : рук.для врачей и науч. работников / А. Н. Белова [и др.] ; под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – М. : Антидор, 2002. – 439с. : табл.

50. Шоломов, И.И. Клинико-нейровизуализационные сопоставления при афазиях, связанных с инсультом [Текст] /И.И. Шоломов, Н.А. Орнатская, Т.А. Жаренова, А.С. Крутцов, Ю.Б. Мещерякова, А.А. Носачев// Журн. медицинский альманах.– 2011.– С.96–98.

51. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Коррекция сложных речевых расстройств [Текст] / М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). – М. : Изд-во В. Секачев, 2015 – 364 с.

СПИСОК ПРИЛОЖЕНИЙ

1. Список участников исследования
2. Бланк обследования согласно клиническим рекомендациям
3. Схема ведения пациента логопедом в остром периоде
4. Бланк протокола исследования по методике запоминания 10 слов по А.Р. Лурии
5. Бланк теста «Мини-Ментал»
6. Инструкция к тесту КОС – 2
7. Результаты обследования пациента Б. по методике запоминания 10 слов по А.Р. Лурии
8. Результаты обследования пациента П. по методике запоминания 10 слов по А.Р. Лурии
9. Пример выполнения теста «Рисование часов»
10. Пример выполнения письменного задания («рабское» списывание в процессе коррекции
11. . Пример выполнения графо-моторных упражнений с трафаретом в начале, середине и после курса восстановительного обучения
12. Пример выполнения задания в реабилитационной тренировочной тетради
13. Пример написания цифр при исследовании автоматизированных речевых рядов (порядковый счет)
14. Примерный перечень оборудования логопедического кабинета
15. Коммуникативные стратегии для родственников больного и персонала, их замещающего
16. Пример заданий функциональной тренировки
17. Задания и приспособления для оптико-пространственной тренировки

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Список участников исследования

Ф.И.О.	Возраст	Диагноз	Этап реабилитации
Ж.К.И.	82	Инфаркт головного мозга, с-м правостороннего гемипареза, с-м моторной афазии.	I (стационар)
И. О. И.	50	Гемморагический инсульт, состояние после трепанации черепа, с-м правостороннего гемипареза, с-м моторной афазии.	I (стационар)
К. В.Н.	75	Инфаркт головного мозга в бассейне ЛСМА, с-м правостороннего гемипареза, с-м моторной афазии.	II(стационар)
Л.Л.А.	77	Фациобрахиальный гемипарез вследствие перенесенного ОНМК в б-не ЛСМА, речевые нарушения (моторная афазия)	II(стационар)
М.Г.К.	67	Атеротромботический инфаркт головного мозга в б-не ЛСМА, с-мы правостороннего гемипареза, гемигипалгезии, моторной афазии ср. ст.выраженности	III (амбулаторный)
Б.О.А.	53	Последствия ОНМК, с-м левостороннего гемипареза, с-м афатических расстройств	III (амбулаторный)
П.В.В.	78	С-мвестибулоатактических нарушений, центрального рефлекторного гемипареза, с-м моторной афазии на фоне последствий инфаркта головного мозга 2 ст в б-не ЛСМА	III (амбулаторный)
А.В.Г.	60	Последствия ОНМК (инфаркт головного мозга в бассейне ЛСМА.С-м легкого правостороннего гемипареза, с-м афатических расстройств.	III (амбулаторный)
М.З.Г.	67	Резидуальный период ОНМК (инфаркт головного мозга), с-м правостороннего гемипареза, афатических, дизартрических расстройств.	III (амбулаторный)
Б.С.А.	64	С-м спастического правостороннего гемипареза, тотальной афазии, вследствие перенесенного ИГМ в бассейне ЛСМА, с выраженным нарушением функции самообслуживания и социальной адаптации.	II(стационар)

Б.С.Я.	66	С-м спастического гемипареза справа, моторной афазии, дизартрии вследствие перенесенного ИГМ в бассейне ЛСМА.	III (амбулаторный)
Ф.В.М.	65	С-м спастического гемипареза справа, афатических, умеренных когнитивных расстройств вследствие перенесенного ИГМ в бассейне ЛСМА.	II(стационар)
С.К.Ш.	59	С-м правостороннего гемипареза, афатических расстройств вследствие перенесенного ОНМК (кровоизлияние в левую гемисферу).	III (амбулаторный)
К.П.И.	68	С-м правостороннего гемипареза, гемигипостезии, с умеренным нарушением функции самообслуживания, афатических расстройств вследствие перенесенного ИГМ в бассейне ЛСМА.	III (амбулаторный)
П.М.В.	30	Ишемический инфаркт головного мозга в бассейне ЛСМА, неуточненного генеза, ранний восстановительный период. С-мафатических нарушений, дизартрии, гемигипестезии правосторонней, гемипареза правостороннего.	III (амбулаторный)

Приложение 2 Бланк обследования согласно Клиническим рекомендациям

КОНСУЛЬТАЦИЯ ЛОГОПЕДА

Дата “_____” Пациент: _____ Возраст: _____

Анамнестические данные: _____

Вредные привычки: алкоголь, курение, наркотики _____

Вербальный контакт: продуктивный, формальный, малопродуктивный, отсутствует _____

Жалобы: _____

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Сознание: ясное; на осмотр реагирует вяло; лежит с открытыми / закрытыми глазами; взгляд фиксирует / не фиксирует из-за пареза взора вправо / влево; на осмотр не реагирует _____

Внимание: устойчивое; недостаточно устойчивое; неустойчивое _____

Ориентировка: полная; частичная; понимает, что находится в больнице; дезориентация _____

Память: в пределах возрастной нормы; умеренно снижена; грубо снижена _____

Интеллект: соответствует образовательному уровню; умеренно снижен; грубо снижен _____

Мозговая доминантность: правша; левша; скрытое левшество; переученный левша; амбидекстр _____

Эмоциональная сфера: тревожность; раздражительность; агрессивность; конфликтность; лабильность; колебание настроения; эйфория; негативизм; равнодушие; эмоциональная уплощённость; фиксированность на своём состоянии _____

Психическая активность: в пределах нормы; сонливость; вялость; истощаемость; заторможенность; вязкость; инертность; инактивность; безынициативность; импульсивность; расторможенность; двигательное беспокойство _____

Речевая активность: достаточная; снижена; нуждается в стимуляции извне; многословность; резонёрство; бесконтрольное речевое возбуждение; детализированность; отсутствует _____

Поведение: упорядоченное; девиантное; элементы «полевого» поведения; агрессивное; демонстративное; фамильярное; манерное; пассивное положение в постели / мягкая фиксация _____

Критика к своему состоянию: присутствует; умеренно снижена; грубо снижена; элементы анозогнозии _____

Состояние органов артикуляции

Лицевая мускулатура: лицо симметрично; без чёткой асимметрии; асимметрия / сглаженность носогубной складки справа / слева; гипомимия _____

Строение зубного ряда: в пределах нормы; ненормативность зубных рядов; протезирование; алометрия _____

Язык: трофика сохранена; по средней линии; девирует вправо / влево; в полости рта _____

Мышечный тонус: в норме; понижен / повышен; дистония _____

Объём движений: в полном объёме; гипометрия / гиперметрия; крайне ограничен _____

Глоточный рефлекс: живой; повышен / понижен; отсутствует _____

Глотание: соматическое; затруднение формирования пищевого комка; поперхивание при приёме твёрдой пищи / жидкости; кашель; срыгивание; носовая регургитация; не глотает _____

Мягкое нёбо: подвижное; малоподвижное; провисает справа / слева _____

Uvula: по средней линии; девирует вправо / влево _____

Саливация: в норме; гиперсаливация / усиливающаяся при определённых условиях; сухость во рту _____

Непроизвольные и насильственные движения: тонические / клонические судороги; тремор языка / губ; жевание; гримасы; насильственный плач / смех; фибрилляции / фасцикуляции; двигательные / оральные синкинезии _____

Произносительная сторона речи

Степень разборчивости речи: чёткая, нечёткая, смазанная, малоразборчивая, усугублена адонтией _____

Темп и ритм речи: в пределах нормы, немного замедленен / немного ускорен; тахилалия / брадилалия; растянутый; скандированный; дизритмия; поттерн / заикание _____

Голос и тембр речи: в норме; тихий, слабый, истощающийся; повышенной громкости; присутствуют голосовые реакции / афония «влажный», глухой, сильный, дрожащий, назализованный; монотонный, немодулированный _____

Экспрессивная функция речи

Спонтанная речь: фразовая, обедненная, односложные ответы; артикуляционные затруднения; литеральные / вербальные парафазии; эмболы; штампы; эколалии; персеверации; «словесный салат»; «телеграфный стиль»; поиск слов; описательные замещения; трудности программирования; бессмысленное бормотание; отдельные звукокомплексы; отсутствует _____

Автоматизированная речь: сохранена; возможны элементы; отсутствует _____

Повторная речь: сохранена; возможны элементы; отсутствует _____

Называние: сохранено; отдельные номинации; поиск слов; литеральные / вербальные парафазии; персеверации; описательные замещения; бесконтрольные номинации; отсутствует _____

Пересказ текста: сохранен; возможен по наволющим вопросам; принесение побочных ассоциаций; контаминации; невозможен (из-за артикуляционных затруднений/ слабости акустических следов) _____

Импрессивная функция речи

Понимание ситуативных вопросов: понимает, частично понимает, не понимает _____

Простые инструкции: выполняет, частично выполняет, попытки выполнения, не выполняет _____

Показ предметов: показывает верно; частично показывает; импульсивный показ; не фиксирует внимание на изображении; не показывает; не показывает из-за нарушения зрения _____

Понимание развёрнутой речи: понимает, частично понимает; сужен объём слухоречевой памяти; слабость акустических следов; не понимает, не понимает из-за снижения слуха _____

Локальные функции

Оральный праксис: в норме; поиск позы; трудности переключения; персеверации _____

Артикуляторный праксис: в норме; поиск артикуляции; трудности переключения; персеверации _____

Мануальный праксис: в норме; поиск позы; трудности переключения; персеверации; эхопраксии _____

Динамический праксис: в норме; упрощение программы; дезорганизация движений; дополнительные элементы в графических пробах / бесконтрольные штриховые движения; персеверации; неадекватное выполнение заданий _____

Чтение в норме; элементы глобального чтения; возможно прочтение / показ отдельных букв / слов; паралексии; персеверации; элементы чтения «по догадке»; непонимание прочитанного; оптико-пространственные нарушения; амнезия на лексему _____

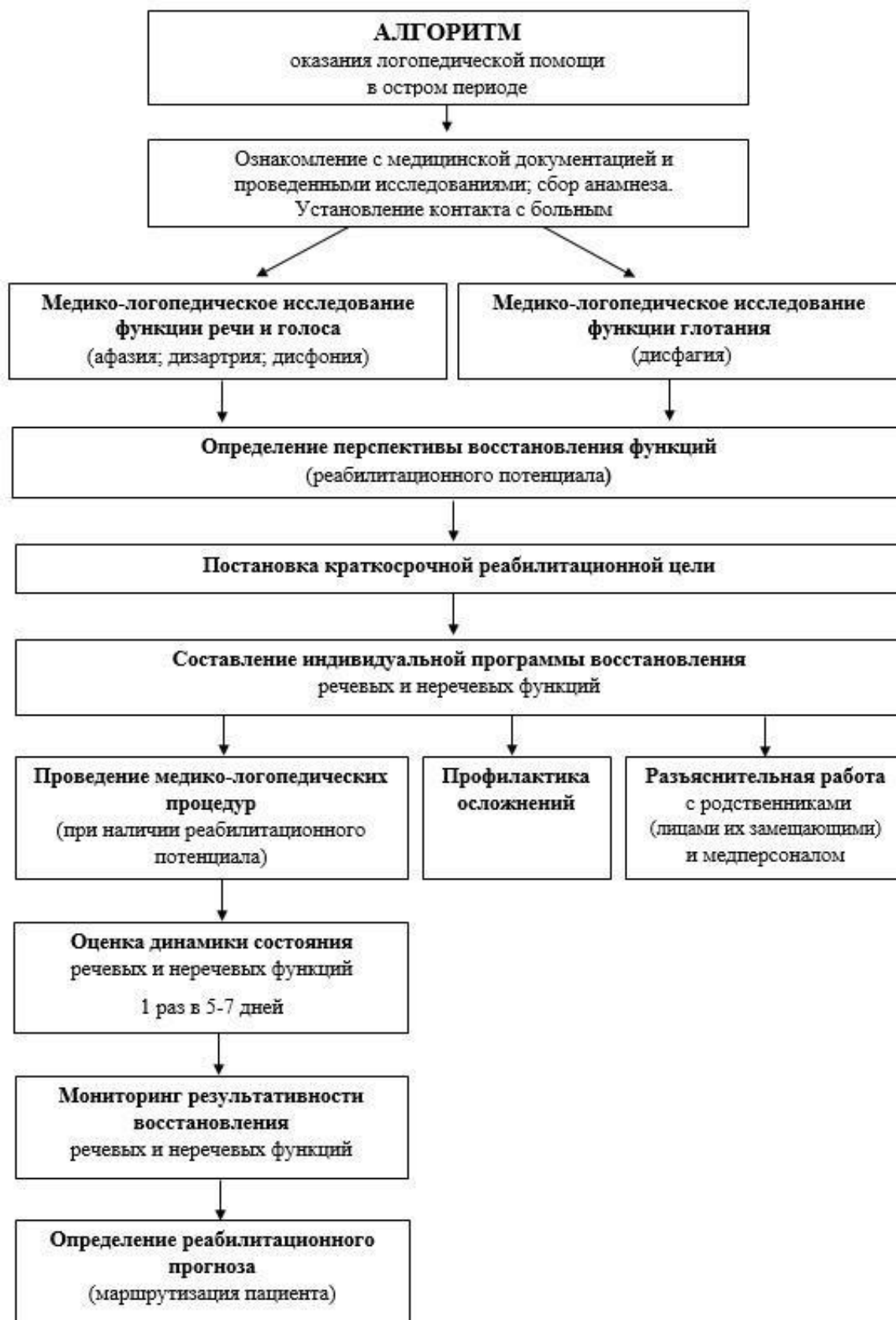
Письмо в норме; списывание по типу «рабского копирования»; возможно написание / показ отдельных букв / слогов / слов; параграфии; персеверации; нарушения звукобуквенного анализа и синтеза; оптико-пространственные затруднения; микрография / макрография; амнезия на графему _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

РЕКОМЕНДАЦИИ: _____

Приложение 3

СХЕМА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЛОГОПЕДОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ



Приложение 4

Бланк протокола исследования по методике запоминания 10 слов по

А.Р. Лурии

Протокол эксперимента

Кол-во повтор.	Дым	Кот	Лес	Дрова	Стол	Гроза	Лед	Дом	Пень	Игла	
Спустя час											

Приложение 5

Бланк теста «Мини-Ментал»

Краткое Исследование Психического Состояния

(Mini-Mental State Examination – MMSE)

Краткое Исследование Психического Состояния является наиболее широко распространенной методикой для скрининга и оценки тяжести деменции

ОЦЕНКА КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ

(баллы)

1. Ориентировка во времени: 0 – 5

Назовите дату (число, месяц, год, день недели)

2. Ориентировка в месте: 0 – 5

Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, комната)

3. Восприятие: 0 – 3

Повторите три слова: карандаш, дом, копейка

4. Концентрация внимания: 0 – 5

Серийный счет («от 100 отнять 7») - пять раз

Либо: Произнесите слово «земля» наоборот

5. Память 0 – 3

Припомните 3 слова (см. п. 3)

6. Речь 0 – 2

Называние (ручка и часы)

Повторите предложение: «Никаких если, и или но»

7. 3-этапная команда: 0 – 1

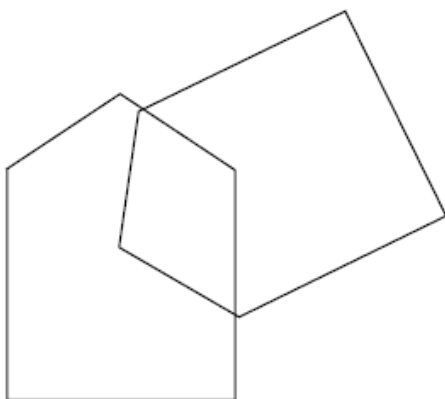
«Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»

8. Чтение: «Прочтите и выполните» 0 – 3

а) Закройте глаза

б) Напишите предложение

9. Срисуйте рисунок 0 – 3



ОБЩИЙ БАЛЛ: 0 – 30

Приложение 6

Инструкция к тесту КОС-2

Методика по определению **коммуникативных и организаторских склонностей** содержит 40 вопросов. На каждый вопрос следует ответить «да» или «нет». Если вы затрудняетесь в выборе ответа, необходимо все-таки склониться к соответствующей альтернативе (+) или (-). Время на выполнение методики 10-15 минут.

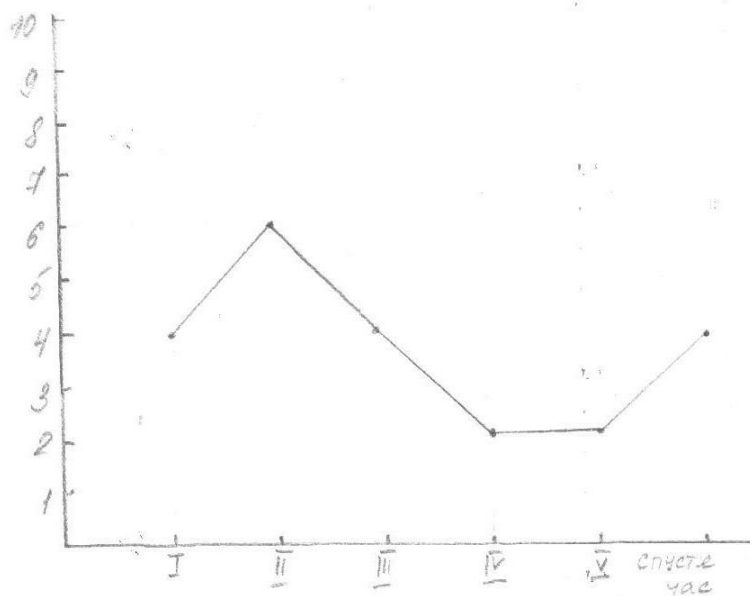
Ключ к тесту

	Ответы
Коммуникативные склонности	(+) <i>да</i> 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37
	(-) <i>нет</i> 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39
Организаторские склонности	(+) <i>да</i> 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38
	(-) <i>нет</i> 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40

Приложение 7

Результаты обследования пациента по методике запоминания 10 слов по А.Р. Лурия

Кол-во повтор.	Лес	Хлеб	Окно	Стул	Вода	Брат	Конь	Гриб.	Игла	Мед	Огонь
1	+		+	+	+						4
2	+	+	+		+	+	+				6
3	+	+			+	+					4
4	+	+									2
5	+		+								2
Спустя час	+	+				+			+		4

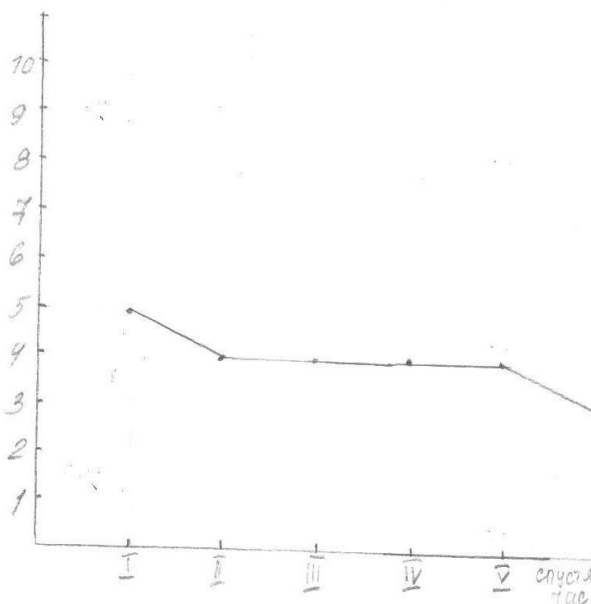


«Кривая запоминания» указывает на выраженную утомляемость
испытуемого (пациент Б.О.А., муж., 53 лет)

Приложение 8

Результаты обследования пациента по методике запоминания 10 слов по А.Р. Лурии

Кол-во повтор.	Лес	Хлеб	Окно	Стул	Вода	Браг	Конь	Гриб	Игла	Мед
1	+	+	+		+	+				5
2	+		+	+	+					4
3	+	+	+	+						4
4	+	+	+	+						4
5	+	+	+	+						4
Спустя час	+	+			+					3

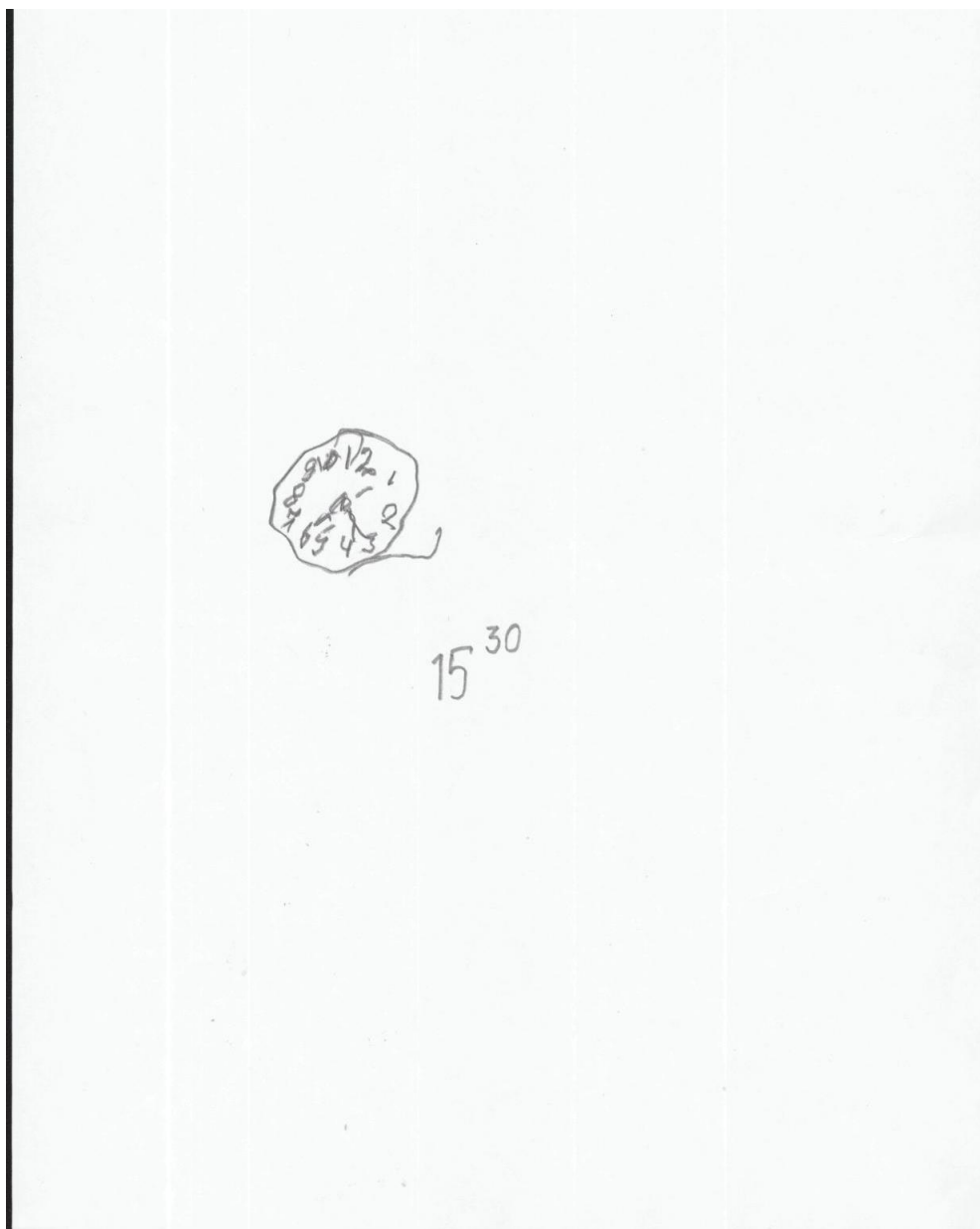


«Кривая запоминания» приобретает характер «лобного плато».

Повторяются первые слова списка и не запоминаются середина и конец списка (пациент П.В.В., м., 78 лет).

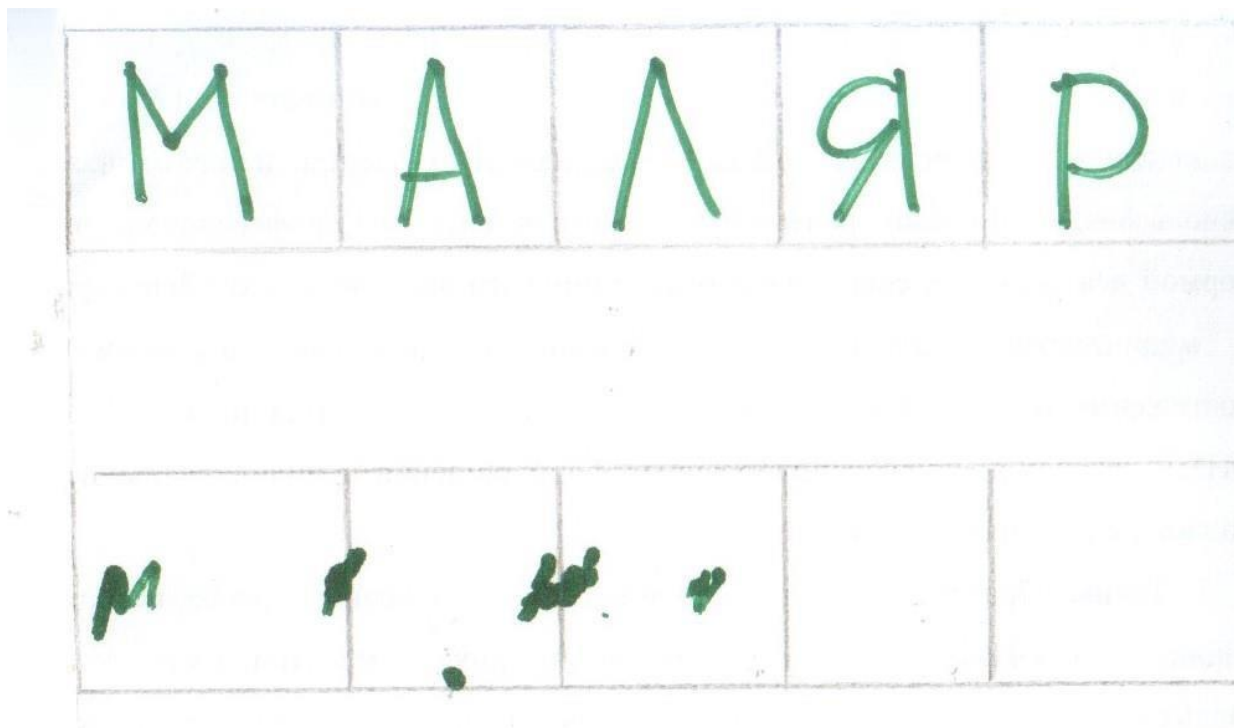
Приложение 9

Пример выполнения теста «Рисование часов»

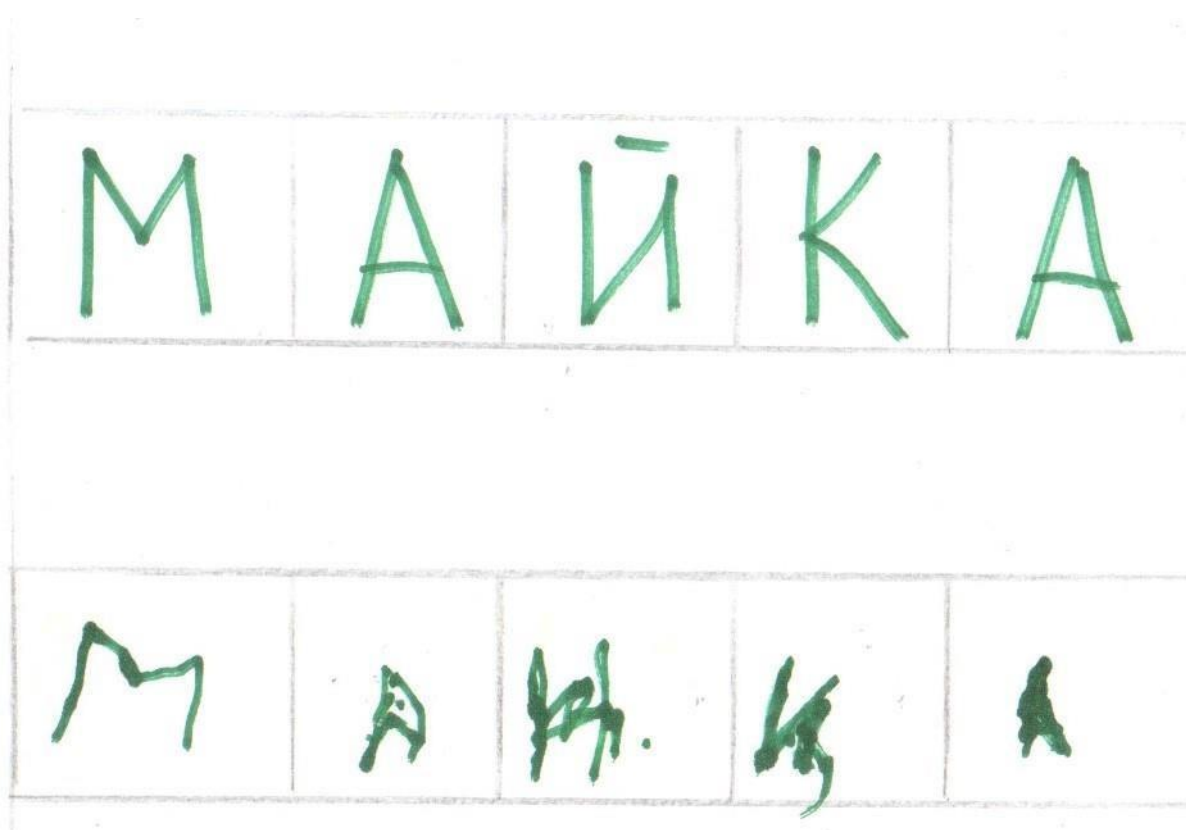


Приложение 10

Пример выполнения письменного задания («рабское» списывание) в процессе коррекции

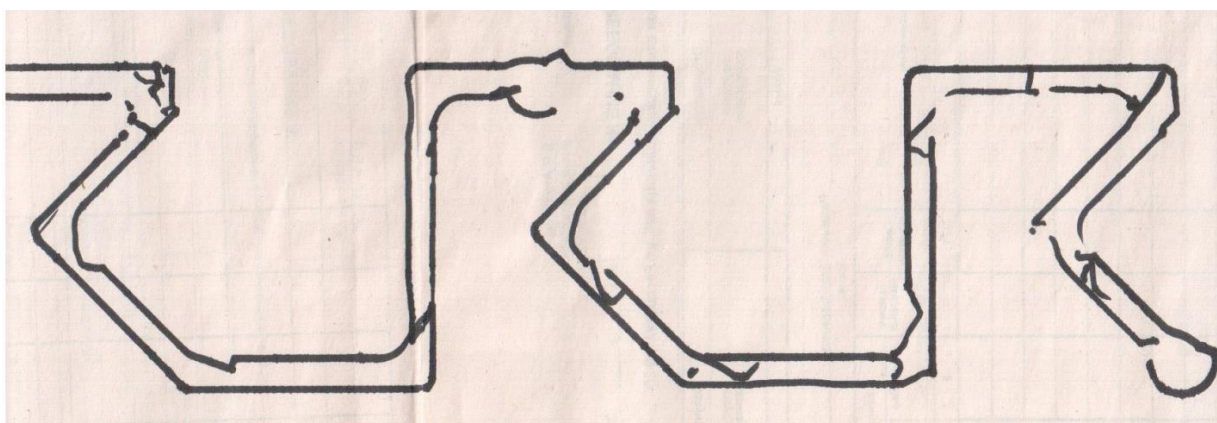
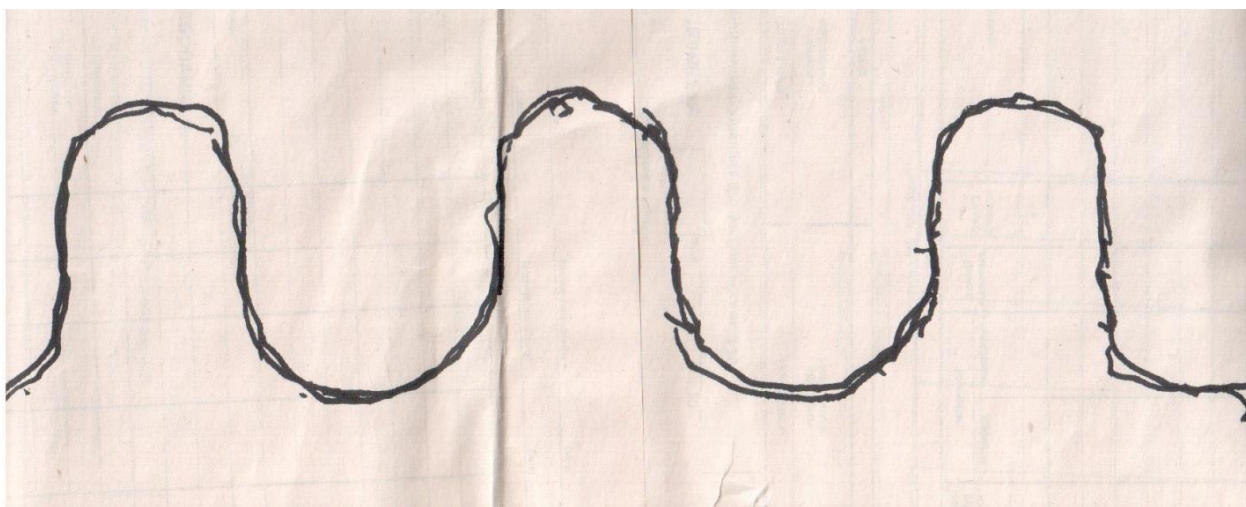


Задания выполнены до и после курса восстановительных занятий

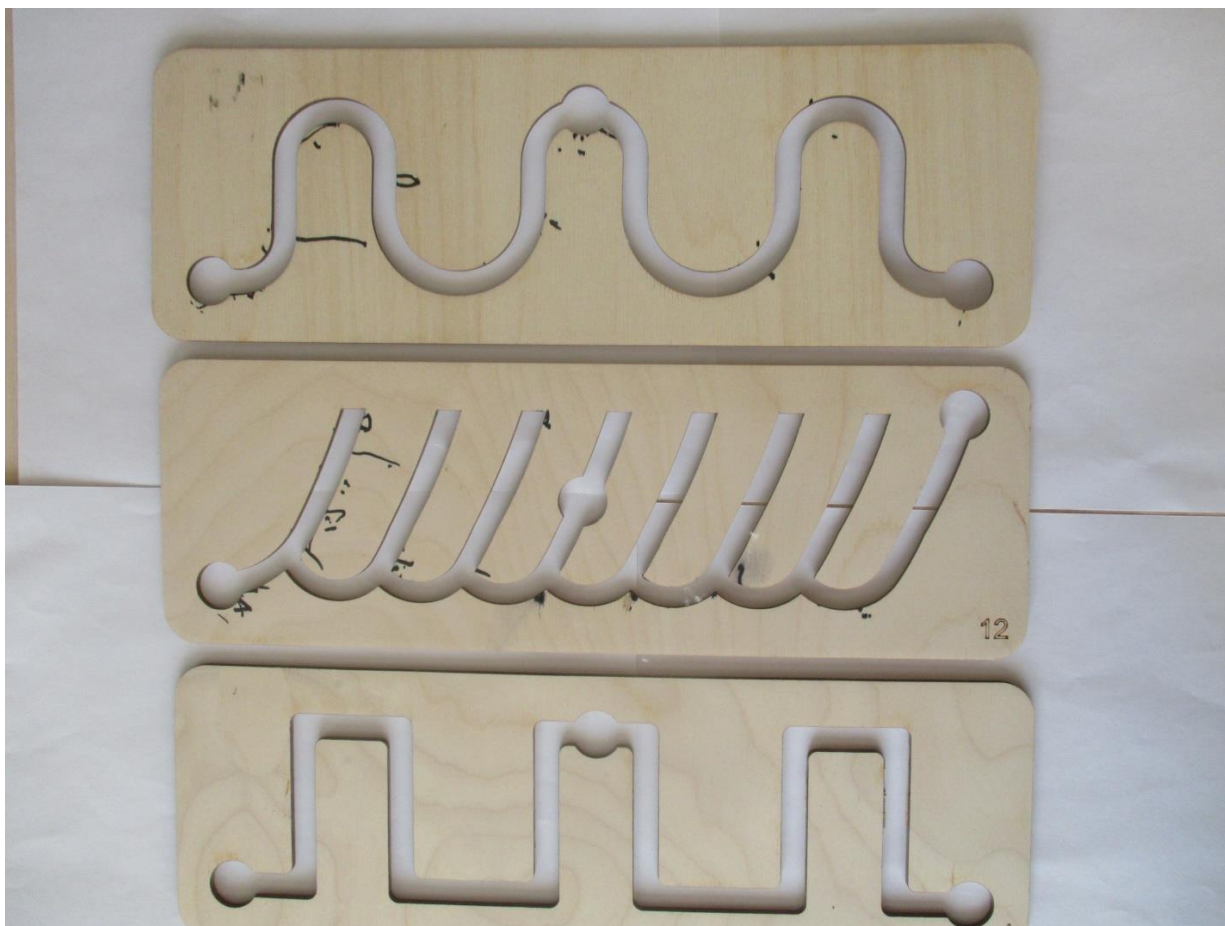


Приложение 11

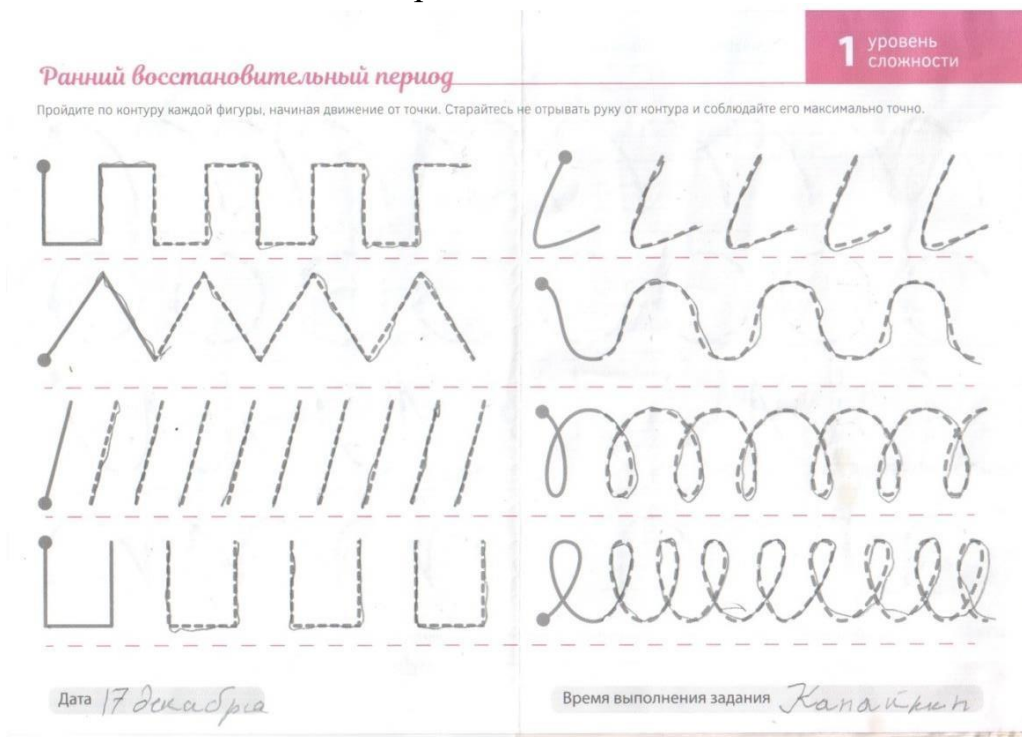
Пример выполнения графо-моторных упражнений с трафаретом в начале, середине и после курса восстановительного обучения



Приспособления для выполнения графо-моторных упражнений с трафаретом



Приложение 12



Пример выполнения задания в реабилитационной тетраде



Рекомендуемая тетрадь для графо-моторных заданий

Приложение 13

Пример написания цифр при исследовании автоматизированных речевых рядов (порядковый счет)



1234506789

Приложение 14

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ оборудования логопедического кабинета

Наименование оборудования	Количество
I. Помещение и дизайн	
Помещение для организации приема больных площадью 14-20 кв.м	1
Помещение для индивидуальных и групповых логопедических занятий площадью 30-40 кв.м.	1
Помещение для социального работника и медицинской сестры площадью 15-20 кв.м.	1
Элементы внутреннего дизайна (облицовка стен, декоративные растения, ковровые покрытия, напольные вазы, картины, эстампы и пр.)	в соответствии с возможностями
II. Аппараты и приборы	
Прибор тонометрический	1
Секундомер	1
Аудио комплекс	
Магнитофон	1
Звуковой усилитель мощностью до 50 Вт с эквалайзером	
Система стереофоническая мощностью 50-100 Вт	1
Наушники стереофонические	10
Диктофон	1
Метроном	1
Диапроектор для слайдов	1
Экран	1
Наборы слайдов	1
Экспериментально-логопедические методики	10
Зеркало ручное	10
Зеркало настенное	1
Видеомагнитофон	1
Набор настольных игр для детей	2
Набор игрушек для детей	2
Телевизор	1
Персональный компьютер с программным обеспечением	1
Видеокассеты с программами по восстановлению речи и других высших психических функций	
III. Медицинский инструментарий	
Ножницы прямые	3
Пинцет анатомический	1
Фонендоскоп комбинированный	1
Набор логопедических зондов и шпателей	2
IV. Предметы ухода за пациентами	
Банка стеклянная для термометров и шпателей	2
Пипетка глазная	5
Стаканчик для приема лекарств	5
Тазик эмалированный почкообразный	1
Термометр медицинский максимальный	2
Ведро педальное	2
V. Специальная мебель и оборудование	
Кушетка смотровая	1
Стол логопеда	1
Стол медицинской сестры	1
Шкаф для медицинских инструментов	1

Столик для инструментов	1
Ящик для картотеки	2
VI. Бытовая мебель и оборудование	
Кресло мягкое	10
Стул полумягкий	8
Шкаф для одежды	1
Шкаф книжный	2
Полка книжная	3
Столик журнальный	2

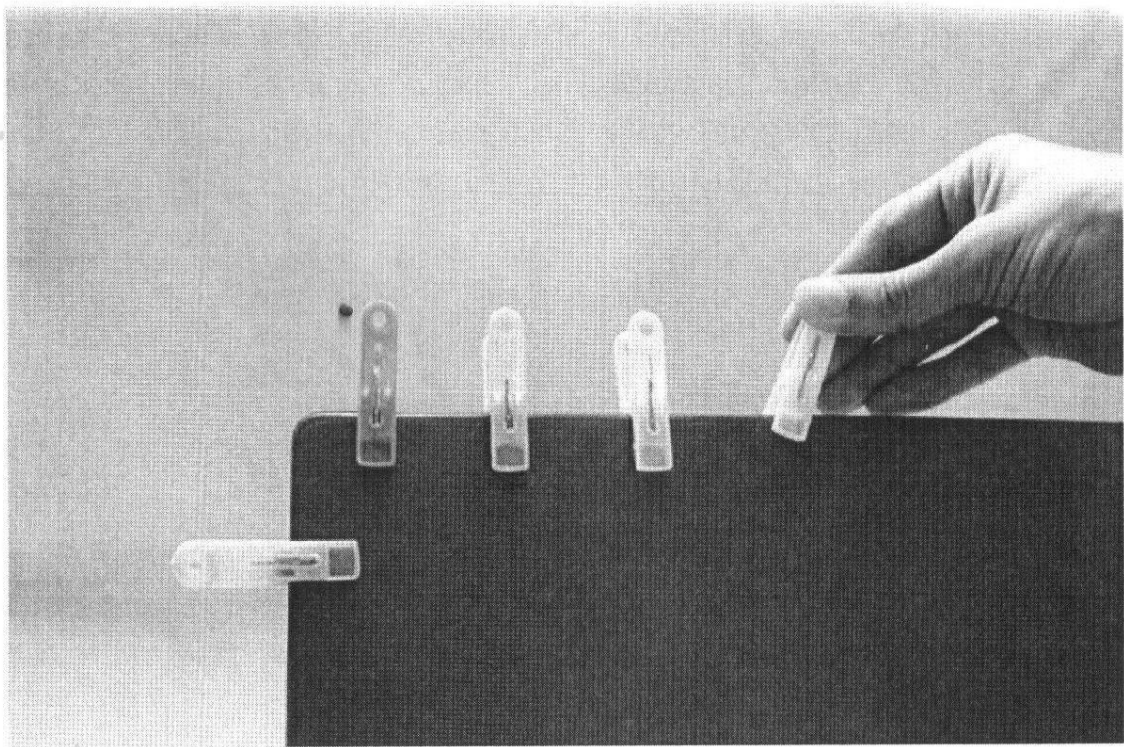
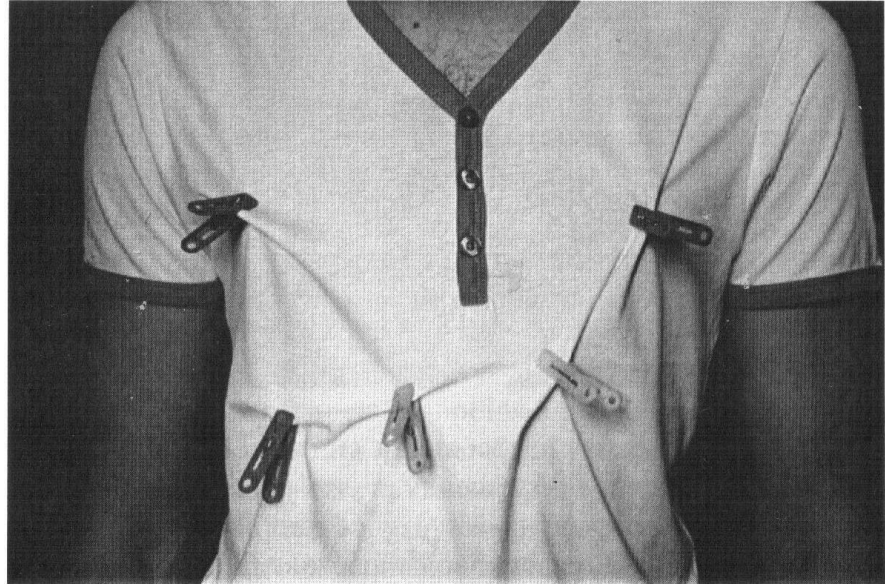
Приложение 15

Коммуникативные стратегии для родственников больного и персонала, их замещающего:

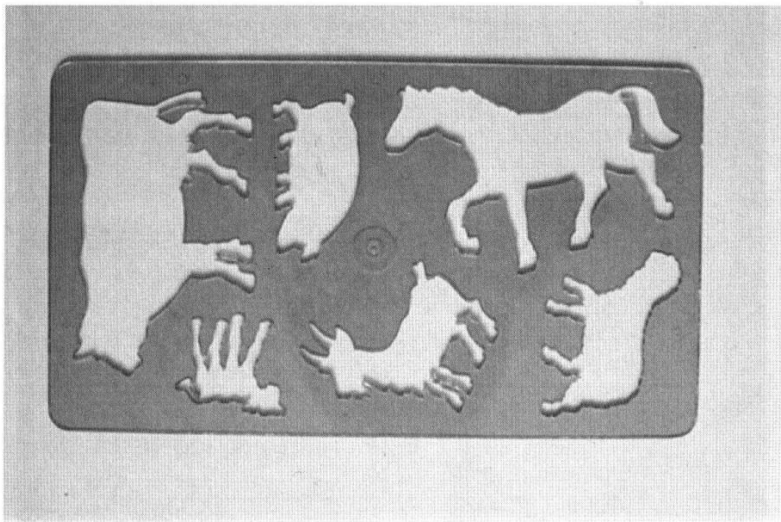
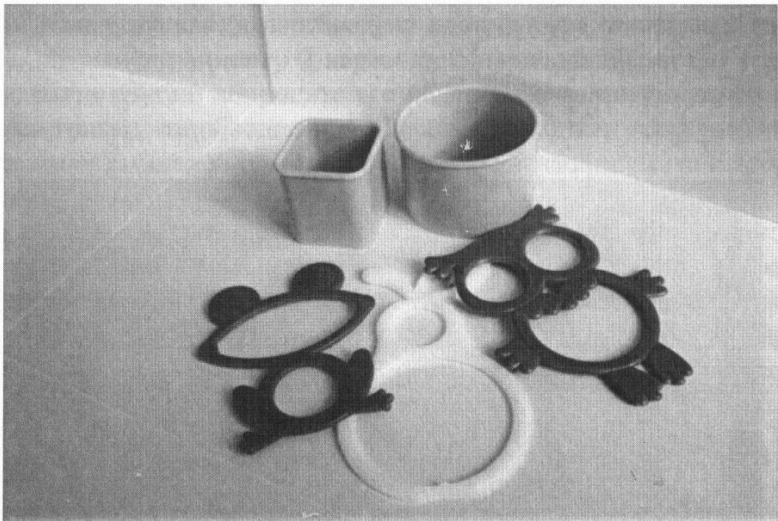
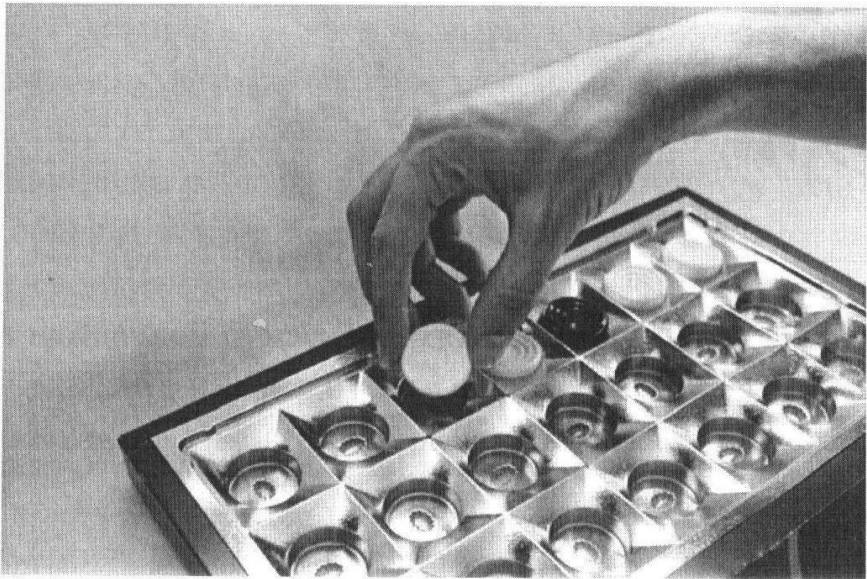
- постарайтесь зафиксировать взгляд больного;
- уменьшите, по возможности, посторонние шумы (радио, телевизор), мешающие общению с человеком, у которого нарушена речь;
- начните с простого, расскажите что-нибудь несложное о себе, а потом задайте вопрос, на который вы сами уже знаете ответ;
- говорите медленно, используя короткие предложения и интонационно выделяя наиболее важные слова;
- помогите больному преодолеть барьер в общении с помощью указаний, жестов, рисунков или письма, просите больного самого указывать, обозначать жестами, рисовать или писать что-то;
- позаботьтесь о том, чтобы у вас под рукой всегда были бумага и ручка, записывайте наиболее важные слова, чтобы было легче следить за ходом разговора и вспоминать его содержание;
- помогайте больному, обращайтесь вместе с ним к карманному словарю. В него включите картинки, пиктограммы и слова, которые важны для человека, страдающего афазией;
- дайте больному время высказаться и не заканчивайте за него предложения, не предлагайте слова;
- помните, что разговор с больным с афазией требует времени и терпения;
- не перебивайте с целью корректировки, зачастую смысл сказанного становится понятным после завершения фразы;
- ищите тему для разговора вместе с пациентом;
- всегда уделяйте достаточное внимание содержанию разговора, игнорируйте ошибки, не поправляя их;
- если вы все-таки не сможете полностью понять друг друга, отдохните и попробуйте продолжить разговор позже.

Приложение 16

ПРИМЕР ЗАДАНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ



ПРИМЕР ЗАДАНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ



ПРИМЕР ЗАДАНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ



ПРИМЕР ЗАДАНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ

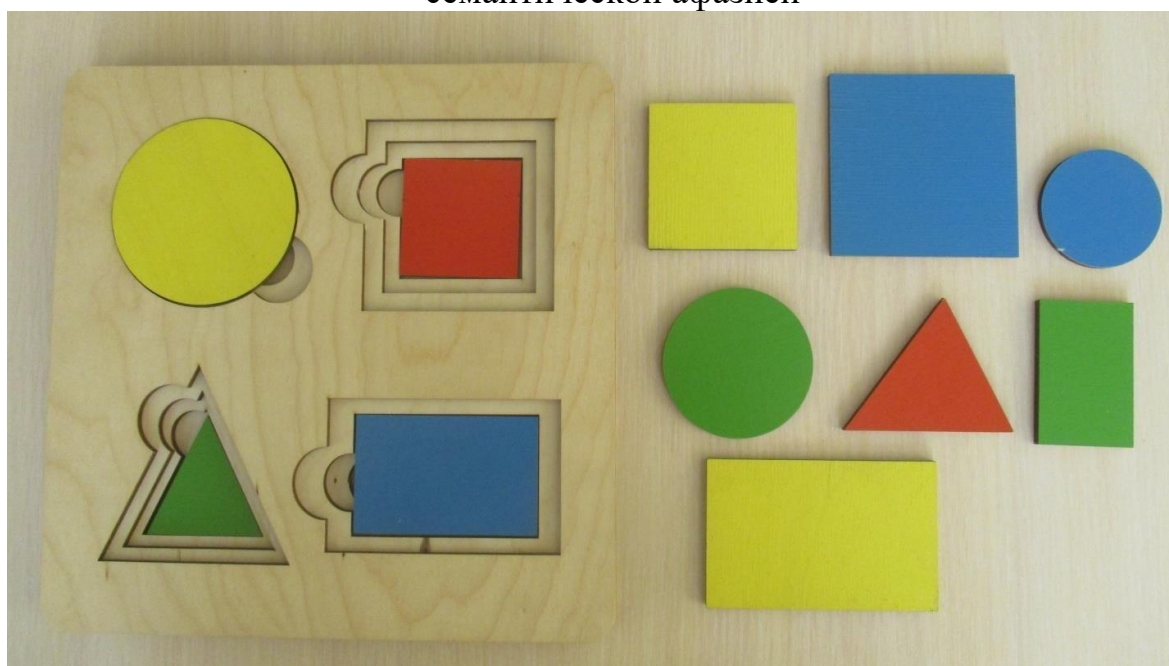


Приложение 17

Задания и приспособления для оптико-пространственной тренировки



Пирамида «Геометрия». Пример выполнения задания пациентом с семантической афазией



Развивающая доска «Геометрия»