



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

Восстановление речевой коммуникации у больных с локальными
поражениями мозга на раннем этапе реабилитации

Выпускная квалификационная работа по направлению
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование

Направленность (профиль) программы магистратуры
«Психолого-педагогическое сопровождение лиц с нарушениями речи»
Форма обучения очная

Проверка на объем заимствований:

82,9 % авторского текста
Работа реценз. к защите
рекомендована/не рекомендована
«27» 03 2024г. н 4
зав. кафедрой специальной педагогики,
психологии и предметных методик

Выполнила:

Студентка группы ОФ-206/173-2-1
Шалупова Василиса Сергеевна
Научный руководитель:
к.п.н., доцент кафедры СПиПМ
Щербак Светлана Геннадьевна

Дружинина Л.А.

Челябинск
2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ4

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ8

1.1 Речевая коммуникация как специфическая форма взаимодействия8

1.2 Характеристика речевых нарушений при локальных поражениях мозга10

1.3 Нарушения речевой коммуникации у больных с афазией21

1.4. Организация восстановительного обучения на раннем этапе реабилитации больных с афазией23

Выводы по первой главе31

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ32

2.1 Экспериментальное изучение речевой коммуникации у больных с афазией32

2.2 Содержание работы по восстановлению речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга на раннем этапе реабилитации38

2.3 Анализ результатов контрольного эксперимента49

Выводы по второй главе52

ЗАКЛЮЧЕНИЕ54

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ56

ПРИЛОЖЕНИЕ60

ВВЕДЕНИЕ

Неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, ухудшение экологии, вредные привычки, погрешности в питании, малоподвижный

образ жизни, согласно ученым и медикам приводит к ухудшению нервно-психического состояния. Именно поэтому, отмечается увеличение роста нервно-психических, сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее время одним из распространенных заболеваний, которые являются одной из самых известных причин смертности и инвалидности населения является острое нарушение мозгового кровообращения вследствие локальных поражений головного мозга (инсульты, травмы, опухоли). Так же важно отметить, что по статистике Всемирной Федерации неврологических сообществ, возрастная граница лиц перенесших ОНМК уменьшается, в России на данное время отмечается примерно 500 тысяч случаев ОНМК в год, 30% из которых приводят к летальному исходу.

Последствия ОНМК приводят к значительному ухудшению всех сфер жизни пациента. Постинсультное состояние характеризуется нарушением высших психических функций (ВПФ). У больных наблюдается системное нарушение речи: распад экспрессивной (говорение) и импрессивной речи (понимание), письменной речи (чтение и письмо).

Согласно статистике у больных с локальными поражениями мозга в 40-50% наблюдается нарушение речевой коммуникации. Помимо речевой коммуникации страдает сенсорная, двигательная, личностная сфера и психические процессы.

Нарушение речевой коммуникации, вследствие перенесенных локальных поражений головного мозга называется афазия [5].

Восстановление речевой коммуникации при афазии представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современной логопедии и нейропсихологии, так как занимает ведущее место в реабилитации пациента после перенесенных мозговых катастроф [1].

В современной неврологии, нейропсихологии и логопедии достаточно разработаны методы и приемы восстановления речи у больных с

локальными поражениями головного мозга (А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский, Т.В. Ахутина, Ж.М. Глозман, Т.Г. Визель, В.В. Алфёрова и др.)

На раннем этапе реабилитации рассматриваются вопросы восстановления речи в аспекте работы над устной и письменной речью, что несколько сужает понимание афазического расстройства и конечной цели восстановительного обучения – восстановление речевой коммуникации.

Актуальностью нашего исследования является изучение вопроса восстановления речевой коммуникации именно на раннем этапе реабилитации. Это связано с определенными особенностями данного периода, восстановительная работа на котором имеет значение для дальнейшего восстановления речи.

Цель исследования: теоретически изучить и практически доказать эффективность специальных условий восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга в процессе логопедического сопровождения на раннем этапе реабилитации.

Объект исследования: процесс восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга.

Предмет исследования: специальные условия восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга в процессе логопедического сопровождения на раннем этапе реабилитации.

Гипотеза исследования: восстановление речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга на раннем этапе реабилитации будет осуществляться эффективно при соблюдении ряда специальных условий, определяющих содержание коррекционно-восстановительной работы, отбор дидактического материала и использование адекватных приемов и методов организации логопедического сопровождения.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать общую и специальную психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования;

2. Выявить особенности речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга на раннем этапе реабилитации;

3. Определить специальные условия восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга в процессе логопедического сопровождения на раннем этапе реабилитации и экспериментально проверить эффективность их включения в коррекционно-восстановительный процесс.

Теоретическую базу исследования составили: учение о «дефекте» и «компенсации», о системном строении любого дефекта (Л. С. Выготский, Р. Е. Левина), о системности строения психики человека и теории высших психических функций (Л. С. Выготский, А.Р. Лурия), положение о функциональных системах (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн), концепция структурно-функциональных блоков мозга (А.Р. Лурия), теория локализации психических функций, принципы динамической локализации психических процессов (А.Р. Лурия), теоретические положения восстановления устной и письменной речи (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, Е.Д. Хомская, М.К. Шохор-Троцкая, Н.Н. Трауготт, В.К. Орфинская и др.)

Методы исследования:

— теоретические: анализ психолого–педагогической литературы по проблеме исследования;

— эмпирические: анализ клинико-психолого-педагогической документации; анализ особенностей раннего этапа реабилитации;

— интерпретационные: методы количественного и качественного анализа эмпирических данных.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что обоснованы специальные условия восстановления речевой коммуникации у

больных с локальными поражениями мозга в процессе логопедического сопровождения на раннем этапе реабилитации. Определены содержательные, процессуальные и организационные аспекты процесса восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга на раннем этапе реабилитации: уточнены цели, задачи, методическое и дидактическое обеспечение коррекционно-педагогической работы, обосновано их включение в коррекционно-восстановительный процесс с учетом особенностей состояния речевой коммуникации больных с афазией.

Практическая значимость исследования заключается в том, что нами экспериментально обосновано включение специальных условий по восстановлению речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга в процессе логопедического сопровождения. Уточнены и обоснованы критерии оценивания речевой коммуникации у больных с афазией на раннем этапе реабилитации. Определено содержание специальных условий восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга в процессе логопедического сопровождения на раннем этапе реабилитации.

База исследования: ГАУЗ ОКБ 3 г Челябинска.

Квалификационная работа имеет следующую структуру: введение, две главы, выводы по главам, заключение, список использованной литературы, приложения.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1 Речевая коммуникация как специфическая форма взаимодействия

Речевое общение осуществляется в процессе коммуникативной деятельности человека. Понятие «речевая коммуникация» рассматривается наряду с такими понятиями как «коммуникация», «речевое поведение», «речевое общение», «речевая деятельность».

В соответствие с этим речевая коммуникация рассматривается с позиций разных научных дисциплин. В лингвистике изучаются различные речевые стратегии и тактики речевой коммуникации, типы речевого поведения с учетом социальной роли взаимодействующих лиц [34].

В психолингвистике эффективность речевого общения рассматривается с точки зрения лингвистического (сформированность языковых средств устной и письменной речи) и деятельностного (навыки реализации всех видов речевой деятельности) направлений исследования (А.А. Леонтьев, И.А. Зимняя). Представлено понимание речевой коммуникации через такие понятия как «речь», «язык», «речевая деятельность», «речемыслительная деятельность».

В психологии вопросы речевой коммуникации связаны с изучением психологических механизмов взаимодействия между людьми.

В нашем исследовании мы будем понимать речевое взаимодействие двух или более лиц с целью обмена информацией и как процесс их взаимодействия с целью осуществления совместной деятельности. В работах Стернина, Ключева, И.А. Зимней и других описаны компоненты речевого акта, осуществляемого в процессе речевой коммуникации в разных видах речевой деятельности (говорение, аудирование, письмо, чтение):

адресант (отправитель информации); адресат (получатель информации), сообщение (текст в устной или письменной форме) [16].

Эффективность речевого общения зависит от уровня развития у человека всех видов речевой деятельности: говорения, аудирования, письма и чтения; умения строить речь в соответствии с ситуацией общения [10].

Речевая коммуникация определяет социальные отношения общающихся в процессе речевого взаимодействия.

В ходе речевой коммуникации осуществляется передача информации посредством последовательного обмена репликами с учетом предпочтениями говорящего или слушающего на основе уважения интересов других; соблюдения этикета общения, использованием вербальных и невербальных средств для выражения согласия, отказа и т.п..

Речевая коммуникация, осуществляется в разных ситуациях. Общения, что нередко требует соблюдения речевого этикета.

Критериями речевой коммуникации являются: правильность (соблюдение языковых норм), коммуникативная целесообразность, точность высказывания, логичность, ясность и доступность изложения; чистота и выразительность речи, разнообразие средств выражения и уместность их использования, эстетичность речи.

Планирование процесса речевой деятельности происходит в зависимости от условий общения, личностных характеристик коммуникантов. Речевое взаимодействие осуществляется посредством комплекса речевых действий и определяется как речевая стратегия [31].

Речевая стратегия реализуется посредством речевой тактики. Рассматривая речевые тактики в речевой коммуникации, остановимся на таких характеристиках как композиционное построение высказывания, выразительность, инициативность, способы установления и поддержания контакта (Роготнева).

Выделены типы речевой коммуникации в соответствии с условиями, характером и целью общения, а также определением количества участников общения.

В нашем исследовании будем рассматривать прямое общение посредством диалога, целью которого является информирование и по характеру ситуации являющееся бытовым общением.

Таким образом, речевая коммуникация определяется как речевое взаимодействие между адресатом и адресантом посредством речевых актов, реализация которых осуществляется только при желании вступить в общение (коммуникативная интенция), с использованием правил речевого этикета (правильность, коммуникативная целесообразность, точность высказывания, логичность, выразительность речи, разнообразие языковых средств и уместность их использования).

1.2 Характеристика речевых нарушений при локальных поражениях мозга

Локальное поражение мозга – это симптом какого-либо заболевания, при котором происходит нарушение или утрата ряда функций в результате патогенного воздействия какого-либо фактора на ткани головного мозга [3].

К локальным поражениям мозга относятся: инсульты, травмы, опухоли.

Инсультом (ОНМК) называют повреждение вещества головного мозга в результате острого нарушения мозгового кровообращения [5].

Малый инсульт – клинический неврологический синдром, развивающийся вследствие острого нарушения церебральной циркуляции, при котором нарушенные функции восстанавливаются в течение первых 3 недель заболевания [6].

Существует два вида инсульта: геморрагический и ишемический. При геморрагическом инсульте происходит разрыв кровеносного сосуда и

кровоизлияние в мозг, геморрагический инсульт характеризуется высоким процентом летального исхода. При ишемическом инсульте (инфаркте мозга) происходит закупорка или спазм кровеносного сосуда.

При постановке диагноза инсульт (ОНМК) большую роль играет собранный анамнез больного, который включает в себя самочувствие пациента до случившегося, во время патологического состояния и в течении нескольких секунд/минут после, а также дополнительная информация о наличии хронических заболеваний, сосудистых и иных факторов риска.

Стоит отметить, что последствиями ОНМК могут быть когнитивные нарушения.

Под когнитивными нарушениями вследствие инсульта принято понимать любые расстройства психических функций, имеющие временную связь с мозговой катастрофой [7].

Когнитивные нарушения после перенесенного ОНМК классифицированы по степени и распространённости, и делятся на три варианта:

- фокальные (монофункциональные) когнитивные нарушения, выражены расстройством одной когнитивной функции (агнозия, афазия, амнезия и т.д.), возможна их компенсация за счет нейропластичности и сохранных когнитивных функций;

- множественные когнитивные нарушения (умеренные);

- множественные когнитивные нарушения, обуславливающие нарушения социальной адаптации (степень деменции).

Отмечается, что афазия занимает 81,5% от всех случаев речевой патологии после локальных поражений головного мозга. Другие нарушения речи и глотания – дизартрия, дисфония, дисфония, отмечаются лишь у 18,5% больных [16].

Л.С. Цветкова рассматривая нарушение речевой коммуникации (афазию) с психологической точки зрения, в своих исследованиях упоминает её как одну из элементов когнитивного нарушения. Отмечая, что утрата способности вербально выразить свои потребности, воспринимать и понимать речь, приводит к тому, что у пациентов может появиться логофобия, снижение самооценки и мотивации, что в конечном итоге приводит к снижению эффективности реабилитации. Подчёркивая необходимость комплексной работы над всеми ВПФ и личностью пациента [1].

В ряде случаев врачам приходится сталкиваться с нетипичным развитием и течением ОНМК. Многие патологические состояния могут приводить к ошибочному диагнозу, схожим с инсультным состоянием или пред инсультным, например, с ТИА (транзиторная-ишемическая атака)

Кровоизлияние в мозг и закупорка сосудов (при котором возникает недостаток поступления кислорода в мозг) и есть истинная этиология нарушений речевой коммуникации (афазии). Нарушение речевой коммуникации, письма, чтения, счёта, зрительного и слухового гнозиса, праксиса, всё это симптомы локального поражения мозга.

Инсульт оказывает негативное психологическое и социальное воздействие на больного, резко изменяя стиль его жизни и нормальный контроль над окружающей средой [8].

ОНМК является самым распространённым и известным заболеванием современности, после которого отмечается гемипарез или гемиплегия, нарушения памяти, мышления, восприятия речевой коммуникации и глотания.

Выделяют 5 периодов инсульта:

1. Острейший период (первые 5 суток, из них первые 4,5 часа определяют, как «терапевтическое окно» – возможность использования тромболизиса).
2. Острый период (первые 28 суток).
3. Ранний восстановительный период (первые 6 месяцев).
4. Поздний восстановительный период (от 6 мес. до 1 года).
5. Период остаточных явлений после инсульта (после 1 года с момента развития инсульта).

Неспособность понимать, выражать свои мысли вербально, а порой и невербально, значительно ухудшает качество жизни пациентов, и нередко приводит к инвалидности.

Речь – комплексная функция головного мозга, является главным средством общения, и как известно является одной из высших психических функций, и при поражении одной из ВПФ, нарушается работа всей системы. Поэтому даже при когнитивных расстройствах фокального варианта, отмечается нарушение остальных ВПФ.

Способность к речевой коммуникации важнейшая функция в жизни человека, и в ней как минимум участвуют два субъекта: говорящий и слушающий. Речь говорящего называется экспрессивной речью и характеризуется выражением собственной мысли с помощью внутренней речи. Речь слушающего носит название импрессивной речи – способности воспринимать речь другого человека, выделять важные элементы, понимать общий контекст и смысл. Оба вида речевой коммуникации осуществляются посредством работы разных отделов коры левого полушария головного мозга. Доказано, что при поражении определенных участков мозга: заднелобных, височных, теменных, возникают нарушения речевой коммуникации.

Нарушение речевой коммуникации вследствие инсульта рассматривается в аспекте афатического расстройства. Расстройства речи возникают при поражении, так называемых, речевых зон мозга, расположенных в заднем отделе нижней лобной извилины, в верхней височной извилине, нижней теменной доле и на стыке теменной, височной и затылочной областей доминантного полушария. Афазии обычно связаны с агнозиями, апраксиями и другими сложными нарушениями высших корковых функций [9].

Афазией (от греч. фазис - речь, а - отрицание) называется нарушение речевой деятельности, возникающее при органических поражениях левого (у правшей) полушария, не связанное с двигательными дефектами речевой мускулатуры или нарушениями элементарного слуха [10].

В истории изучения афазии, выделяют два этапа: локальный и антилокальный. На первом этапе была изучена локализация функций в коре головного мозга: описаны моторная и сенсорная афазия (П. Брока, К. Вернике) [11]. На втором этапе изучалась работоспособность мозга как единого целого (П. Мари и др.).

Ко второй половине XIX века уже были описаны следующие формы афазии: моторная (П.Брока), сенсорная (К.Вернике), семантическая (Г.Хэд), динамическая (К.Клейст). Орпоеделена первая классификация афазий Вернике-Лихтгейма.

Особое значения для понимания афазии имеют работы Н.М. Сеченова, И.П. Павлова, В.М. Бехтерева, П.К. Анохина, И.Н. Филимошкина, Р. Пенфилда, и других. Изучение локализации функций в головном мозге развивало представления о речи в патологии и в норме.

Начиная с 40-х годов XX столетия формируется нейропсихологический подход к изучению афазии (А.Р. Лурия) [12]. На основе системно-динамического подхода к изучению высших психических

функций был определён синдром афазии, рассмотрены симптомы данного нарушения, механизм нарушения речи и ВПФ. А.Р. Лурия отмечает, что при нарушении работы определённого фактора происходит системное расстройство речи и ВПФ [13].

Выделено понятие «нейропсихологический синдром», которое определено как избирательное нарушение одной группы психических процессов, в состав которых входит нарушенный фактор, при сохранности других. [14]

Системное нарушение речи приводит к распаду всех видов речевой деятельности: говорению, пониманию, письму и чтению.

Классификация афазий А.Р. Лурия считается наиболее доказательной. Выделены следующие формы афазии: эфферентная моторная, афферентная моторная, динамическая, акустико-гностическая сенсорная, акустико-мнестическая, семантическая [15].

Таблица 1 – Формы афазии (по А.Р. Лурия)

№ п/п	Форма афазии	Очаг поражения	Центральные дефекты
1	Акустико-гностическая афазия (сенсорная)	Поражение верхневисочных отделов (зона Вернике).	<ul style="list-style-type: none"> — речевая слуховая агнозия; — трудности дифференциации фонем; — расстройство фонематического слуха вследствие которых грубые нарушения импрессивной речи (понимания) — отчуждение смысла слова от обозначаемого им предмета; — искажение восприятия звуков, смешивание их между собой. — логорея (обилие речевых звуков;

			<ul style="list-style-type: none"> — вербальные и литеральные парафазии. — сохранны произносительные функции.
2	Акустико-мнестическая афазия	Поражение средних и задних отделов височной области.	<ul style="list-style-type: none"> — нарушение слуховой мнестической деятельности; — потеря способности удержать в памяти слуховую информацию; — слабость акустических следов; — снижение объема памяти; — нарушение понимания развернутых текстов; — словарный дефицит; — нарушение ассоциаций слов между собой; — сохранны произносительные функции.

Продолжение таблицы 1

3	Семантическая афазия	Поражение теменно-затылочных областей левого доминантного полушария.	<ul style="list-style-type: none"> — импрессивный аграмматизм; — сложность понимания логико-грамматических оборотов речи; — общее расстройство пространственного гнозиса (в особенности симультанному синтеза); — трудности выделения грамматических элементов слов из текста и понимание их смысловой роли; — нарушение понимания пространственных предлогов, наречий, глаголов);
---	----------------------	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> — ошибки согласования сохранны; — сохранны произносительные функции.
4	Афферентно-моторная афазия	Поражение постцентральных областей коры левой гемисферы мозга (нижнетеменных отделов коры мозга)	<ul style="list-style-type: none"> — нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений (неспособность совершать артикуляционные уклады по заданию); — непроизвольные артикуляционные движения сохранны; — артикуляционная апраксия (единичных поз)
5	Эфферентно-моторная афазия	Поражение задней части третьей лобной извилины (зоны Брока)	<ul style="list-style-type: none"> — нарушение переключаемости артикуляционных укладов; — персервации; — застревания на отдельных фрагментах высказывания; — расстройства чтения, письма, понимания речи (частично); — артикуляционная апраксия (серии поз); — затруднения произношения фраз.
6	Динамическая афазия	Поражение мозга в заднелобных отделах левого полушария, расположенных впереди от «зоны Брока».	<ul style="list-style-type: none"> — нарушение функции речевого программирования; — избытие готовых речевых штампов. — бедность, односложность речи при диалоге; — нарушение функции грамматического структурирования (аграмматизм);

			— элементы телеграфного стиля.
			— сохранены произносительные функции.

Восстановление речи у больных с афазией в практическом аспекте было описано в трудах А.Р. Лурия, Т. Г. Визель, Э. С. Бейн, Л. С. Цветковой, В. М. Шкловского, В. К. Орфинской, В. М. Когана, В. В. Оппель, М. К. Бурлаковой и других.

Локальные поражения мозга, обусловленные инсультом (ОНМК), приводят не только к нарушению речевой коммуникации в виде афазии, но и к такому нарушению как дизартрия.

Дизартрия – это расстройство произносительной стороны речи, обусловленное нарушением иннервации мышц речевого аппарата (губ, языка, мягкого неба, голосовых складок, гортани, дыхательной мускулатуры) [19].

Дизартрия во всех формах характеризуется нарушением звукопроизношения, вследствие недостаточной иннервации мышц артикуляционного аппарата, также для неё характерны нарушения саливации, просодики.

В России принято считать классической классификацию Е.Н. Винарской, в которой выделяются следующие формы дизартрии: бульбарная, псевдобульбарная, экстрапирамидная, мозжечковая и корковая [19].

Более подробно с каждой из форм дизартрии мы можем ознакомиться в таблице 1.1.

Таблица 2 – Формы дизартрии (неврологическая классификация по Е.Н. Винарской)

№ п/п	Форма дизартрии	Локализация	Особенности
-------	-----------------	-------------	-------------

1	Бульбарная	Поражение ядер, корешков или периферических стволов черепно-мозговых нервов, находящихся в продолговатом мозге	<ul style="list-style-type: none"> — вялый паралич мышц речевых органов; — нарушение произвольных и непроизвольных движений; — стойкое растройство звукопроизношения;
---	------------	--	--

Продолжение таблицы 2

			<ul style="list-style-type: none"> — появление дополнительных призвуков; — нечеткость, приглушенность назализация звуков.
2	Псевдобульбарная	Поражение пирамидных путей на участке от коры до продолговатого мозга	<ul style="list-style-type: none"> — спастические параличи с нарушением произвольных движений; — сохранность автоматизированных движений; — избирательные нарушения сложных звуков (сложного артикуляционного уклада); — повышенный тонус мышц языка, глотки, повышенная саливация (слюноотделение), оральные синкенезии; — монотонность, смазанность, немодулируемость речи.
3	Экстрапирамидная	Поражение экстрапирамидной системы	<ul style="list-style-type: none"> — дистония, хореорический гиперкинез (ритмические сокращения мышц) , атетоидный гиперкинез;

			<ul style="list-style-type: none"> — нарушение произношения сложных звуков; — выраженные расстройства просодических компонентов речи.
4	Мозжечковая	Поражение мозжечка или его проводящих путей	<ul style="list-style-type: none"> — замедленная, толчкообразная, скандированная речь; — сниженный тонус и подвижность мышц языка; — расстройство темпа и ритма речи.
5	Корковая	Очаговые поражения двигательных зон коры головного мозга	<ul style="list-style-type: none"> — дезорганизация сложных двигательных навыков; — распад структуры движений; — отсутствие плавности речи; — вероятность повышенной саливации (слюноотделения)

Оценка дизартрического расстройства проводится по шкале И.Н. Балашовой и Н.П. Ванчаковой. Оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга по шкале Л.И.Вассермана.

Таким образом, при локальных поражениях головного мозга возникают два речевых нарушения: дизартрия и афазия. У большего процента больных после локальных поражений мозга отмечается афазия. Афазия представляет собой сложное расстройство речи, при котором отмечается системный распад всех видов речевой деятельности, изменения в протекании высших психических процессов, особенности личности и

личностная реакция на болезнь. Далее в нашей работе мы остановимся на изучении афатического расстройства после локальных поражений мозга.

1.3 Нарушения речевой коммуникации у больных с афазией

При афазиях нарушаются фонематическая, морфологическая, синтаксическая структура речи, возникают трудности в понимании обращенной речи при сохранности иннервации артикуляционного аппарата.

Исследования специалистов, изучающих афазию как нарушение речевой коммуникации, показали, что речь — это не простая ассоциация образа и звукового обозначения слова, это сложная единица кодирования речи, которая подразумевает не только функцию определения предмета, но и анализа и обобщения. Основа речи — это взаимодействие целой системы анализа, не отдельных структур, а совместных головного мозга (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, Е.Д. Хомская и др.).

Если говорить об общих специфических симптомах у пациентов с афазией, то следует отметить, что в речи больных присутствуют речевые эмболы, штампы, вербальные и невербальные парафазии, персеверации, контаминации, алексия, аграфия, акалькулия.

Речевые эмболы (эмболофразия) проявляются как застревание и неоднократное повторение отдельного звука, фрагмента слова, слова, или фразы, не зависимое от контекста диалога. У пациентов после перенесенного ОНМК, чаще всего речевым эмболом выступают нецензурные слова.

Характерным застреванием на звуке, являются проявления речевого штампа, но чаще звуки являются «клише» речи и текстов («ну-ну», «да», «нет»), которые произносятся больным вне контекста ситуации.

Часто при акустико-мнестической афазии встречается вербальная парафазия, для которой характерны замены слов похожими по ассоциации (стол—стул, облако—небо, ложка—вилка).

Замены звуков и букв как в устной, так и в письменной речи проявляются литеральными парафазиями (мама–пава).

У больных могут отмечаться персеверации (в зависимости от этого выделяют персеверации моторные, эмоциональные, сенсорные), которые присутствуют определяются как навязчивые повторения какой-либо фразы, деятельности, эмоции, ощущения.

При нарушении слоговой структуры слова отмечаются контаминации (белток – белок, желток, капуста – гусеница, капуста, шкафоньер – шкаф, шифоньер).

Распад письма, чтения и счета могут быть определены симптомами алексии, аграфии и акалькулии.

Также у больных после ОНМК могут наблюдаться проявления, напрямую связанные с качеством речевой коммуникации. Например, нарушение темпа речи в виде ускоренного варианта речи с обилием запинок, спотыканий, пауз – полтерн. При полтерне наблюдается нарушение общей и речевой моторики. Речь быстрая, рубленая, нечёткая, аграмматичная, присутствуют провалы, повторения, вставки, нарушения согласования слов во фразе (нарушение синтаксиса).

По мнению В.М. Шкловского, больные могут использовать средства невербальной коммуникации как способ замещения или дополнение отсутствующей вербальной коммуникации, с помощью невербальных средств – жесты, мимика, интонация, письмо, рисунок.

Т.Г. Визель, отмечает, что невербальное средство речевой коммуникации как «жест» является не только средством общения, но и средством растормаживания речи наряду с традиционными методами.

При афазии отмечается как нарушение всех видов речевой деятельности.

Трудности реализации языковых средств будут отражаться в особенностях проявления интеллектуальных процессов, в частности

вербально-логического мышления и памяти. Распад коммуникативной функции речи (Л.С. Цветкова) приводит к трудностям коммуникации в целом, что безусловно отражается на состоянии эмоционально-личностной сферы больного.

Таким образом, недостаточность речевой коммуникации будет проявляться по всем параметрам: снижение мотивации к общению, трудности правильного и выразительного оформления речи, особенности планирования собственного высказывания.

1.4. Организация восстановительного обучения на раннем этапе реабилитации больных с афазией

Комплексная реабилитация пациентов после инсульта в России регламентируется Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором упоминается не только спасение жизни, но и восстановление утраченных функций.

Медицинская реабилитация определяется как комплекс мероприятий медицинского, логопедического и психологического характера, направленного на восстановление функциональных резервов организма, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его интеграцию в общество.

В современной неврологии существует 3 этапа медицинской реабилитации.

1 этап (догоспитальный) включает в себя оказание медицинской помощи в остром периоде инсульта, госпитализацию в отделения реанимации и интенсивной терапии, специализированное отделение для больных с ОНМК. Первая помощь больным оказывается линейными бригадами скорой медицинской помощи или специализированными неврологическими бригадами. Однако нередко ее осуществляет врач общей

23

практики. Именно в догоспитальном этапе определяется диагноз инсульт (ОНМК). На этом этапе пациенты, имеющие реабилитационный потенциал, в 100% включаются в реабилитационный процесс. Для быстрого опознавания симптомов инсульта существует тест FAST (Face-Arm-Speech-Time-Test). В отечественной практике этот тест переведен как УЗП (Улыбнись–Заговори–Подними руки) или УДАР (Улыбка–Движения–Артикуляция–Решение).

2 этап (госпитальный) характеризуется оказанием медицинской помощи в ранний, поздний восстановительный период, период остаточных явлений и при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарах, центрах реабилитации. В госпитальном этапе устанавливается характер инсульта (ОНМК) – геморрагический или ишемический, пишется заключение, в котором уточняется локализация кровоизлияния, его вид и возможные прогнозы. На этом же этапе, особое внимание уделяется восстановлению двигательных, психических и речевых функций. Логопедическая коррекция на данном этапе проводится только с разрешения лечащего врача при стабильном состоянии пациента.

3 этап (амбулаторный) предусматривает оказание медицинской помощи в ранний, поздний и в период остаточных явлений инсульта в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому. Данный этап проводится с перспективными пациентами, которые самостоятельны в повседневной жизни или используют дополнительные средства передвижения.

Все вышеперечисленные этапы медицинской реабилитации базируются на уровнях реабилитационного потенциала. Пациентам с

низким уровнем реабилитационного потенциала оказывается паллиативная помощь, которая включает в себя уход и присмотр за пациентом, адаптацию к окружающей среде с учётом сохранных функций пациента.

Современные неврологи и логопеды придерживаются мнения что восстановление речевой коммуникации лучше начинать на ранних этапах реабилитации.

Согласно Приложению № 2 к Порядку организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н, в государственных больницах России были созданы мультидисциплинарные реабилитационные бригады.

Мультидисциплинарная реабилитационная бригада (МДРК) – объединение специалистов медицинских и немедицинских профессий на функциональной основе в ходе оказания помощи по профилю медицинская реабилитация для максимальной реализации индивидуального реабилитационного потенциала пациента средством комплексного применения различных методов диагностики, вторичной и третичной профилактики и лечения по профилю каждого специалиста - члена МДБ.

[17]

Медицинский логопед входит в состав МДРК наряду с другими специалистами.

В компетенции медицинского логопеда входит произведение оценки состояния речевых и неречевых функций в процессе первичного нейропсихологического обследования, направленного на выявление нарушений устной и письменной речи; оценки функции глотания; составление индивидуальной программы восстановительного обучения на основе учета формы и степени перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, а также индивидуальных особенностей состояния

здоровья и возраста пациента; осуществление логопедических занятий, направленных на преодоление выявленных и предупреждение вероятных вторичных нарушений; регулярное проведение мониторинга эффективности логопедической работы; предоставление консультации родственникам пациента; обоснование дальнейшего хода работы с пациентом после выписки [18].

В настоящее время существует большое количество диагностических методик для выявления афазии, однако следует отметить, что первично диагноз афазия ставится неврологом, а медицинский логопед, основываясь на неврологическом заключении проводит более углубленное обследование речевой коммуникации.

1. Организация и содержание восстановительного обучения в острый период представлены в «Клинических рекомендациях Союза реабилитологов». В данных рекомендациях говорится о ранней логопедической помощи и коррекции, согласно документу, логопед проводит обследование глотания, речи в условиях реанимации, палат интенсивной терапии, а далее неврологических отделений.

Логопедическое обследование при любых нарушениях речевой коммуникации включает

- изучение медицинских документов и проведенных обследований (МРТ, КТ), сбор анамнеза, установление контакта с пациентом;
- углубленное обследование речевых нарушений и глотания (проводится только при ясном сознании и отсутствии психических расстройств), в результате которого определяется вид и тяжесть речевых нарушений;
- составление заключения и дальнейших рекомендаций.

Для раннего этапа характерна реабилитация пациента в реанимации, ПИТ или специализированном отделении (неврология, нейрохирургия). Основной целью раннего периода является сбор данных о пациенте, диагностика утраченных функций и навыков, применение медикаментозной терапии для купирования очага поражения, интенсивная терапия, восстановление или замещение утраченных функций.

Выделяются следующие задачи реабилитации:

- сохранение жизни, восстановление нарушенных жизненно важных функций;
- составление программ реабилитации, включающих в себя комплексную помощь;
- диагностика вторичных симптомов;
- информирование пациента и его близких родственников о его состоянии, формирование положительного отношения к реабилитации. [24].

Основными принципами реабилитации являются:

- проведение реабилитационных мероприятий в острейшем, остром и раннем периоде;
- использование комплексного подхода к реабилитации;
- составление индивидуальной программы реабилитации с учётом особенностей пациента;
- применение поэтапной структуры реабилитации;
- использование принципа непрерывности и преемственности реабилитации;
- следование социальной направленности реабилитации;

— учёт астенического состояния больного (утомляемость), подбор адекватной нагрузки для пациента.

В компетенции медицинский логопед входит решение следующих задач: изучение медицинской документации и заключений дополнительных методов диагностики; установление контакта с пациентом; углубленное обследование функций речи, голоса, глотания; составление индивидуальной карты логопедической коррекции; информирование о наличии или отсутствии нарушений речевой коммуникации, консультирование и поддержка пациента и его близких родственников; проведение коррекционных логопедических занятий; восстановление, замещение, и коррекция речевых и глотательных навыков, формирование положительного отношения к логопедической коррекции [25].

Учитывая вид, форму и тяжесть нарушения речевой коммуникации, медицинским логопедом осуществляется подбор индивидуальных приёмов для восстановления речи.

На раннем этапе, логопедическая коррекция нарушений речевой коммуникации, базируется на сохранных анализаторах пациента. Довольно часто, особенно в условиях реанимации у пациента не просто отсутствует речь, но и присутствует нарушение сознания, двигательные ограничения, когнитивный дефицит и общая тяжесть состояния пациента.

В таком случае специалистами используются не только вербальные способы привлечения внимания пациента, но и невербальные.

Использование средств невербальной коммуникации с их «оречевлением» пациентом служит целям «расширения рамок коммуникации, а также растормаживаю устной и письменной речи» [26]. Следует отметить, что невербальная коммуникация является составляющей всей речевой коммуникации на 50%.

Используя в своей работе растормаживание речи невербальными средствами, специалисты прежде всего преследуют цель заставить работать правое полушарие головного мозга, отвечающее за невербальные функции и коммуникацию.

Синхронное использование слова, фразы, невербального средства коммуникации, заставляет левое и правое полушарие взаимодействовать друг с другом.

По мнению Маламуд М. Г. и Драновской Р. Г. возврат к способу общения, который был ведущим у больного до заболевания позволяет частично восстановить речь [27].

О.П. Пурцхванидзе отмечает необходимость предварительной неречевой работы на раннем этапе восстановления, нормализацию эмоционального состояния, увеличение продуктивности. Автор считает, что в раннем периоде реабилитации, более эффективно использование невербальных средств, применение их первично, а вербальные вторично.

При использовании логопедической коррекции на ранних этапах восстановления речевой коммуникации, увеличивается потенциал всех остальных этапов реабилитации, и помогает пациенту улучшить качество жизни.

На современном этапе существует достаточное количество теоретической и методической литературы по восстановлению речевой коммуникации у пациентов с афатическими нарушениями.

В литературе, как правило описан процесс коррекционной деятельности, этапы, средства и методы восстановления языковых средств (М.К. Шохор-Троцкая, А.Р.Лурия, Т. Г. Визель, Л. С. Цветкова, Э.С.Бейн).

Практические разработки и рекомендации рассмотрены Л.Б. Клепацкой, Н.Н. Амосовой, Н.И. Каплиной, Н.В. Кошелевой, О.А. Пряничниковой, Е.А.Дубинец, Н. А. Кочетковой и др.

Практические пособия по восстановлению речевой коммуникации после локальных поражений головного мозга рекомендованы не только специалистам узкого профиля, но и самим пациентам и их родственникам.

На раннем этапе особенно учитываются следующие особенности:

— выбор приёмов и методов восстановления речевой коммуникации должен быть подобран с учётом особенностей состояния пациента, его вида, формы и тяжести речевого нарушения;

— логопедическая коррекция должна учитывать астеническое состояние пациента, оптимальным вариантом будет индивидуальный подбор длительности занятия;

— использование приемов для восстановления речевой коммуникации в соответствии с этапом реабилитации (привлечение слухового внимания, растормаживание, коррекция специфических расстройств – эмбол, персеверации, телеграфный стиль и др.);

— использование альтернативных заместительных средств восстановления речевой коммуникации;

— использование на данном этапе простых и бытовых видов коммуникативной речи (при легких и средних степенях нарушения);

— дозированное использование наглядных опор, с постепенным исключением их из восстановления.

Особенно следует помнить, что от формирования положительного отношения к логопедической коррекции и установленном контакте с пациентом это 99% дальнейшей эффективности коррекции.

Таким образом, нами были рассмотрены вопросы восстановления речи у лиц с афазией на раннем этапе реабилитации.

Выводы по первой главе

При изучении вопроса восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга, мы рассмотрели основные понятия нашего исследования.

Речевая коммуникация определена как взаимодействие, направленное на передачу информации с помощью речевых средств.

Локальные поражения мозга вызваны различными острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). В результате возникают нарушения речи, особенности нарушения когнитивной и эмоционально-личностной сферы.

У больных с локальными поражениями мозга отмечаются нарушения речевой коммуникации.

Нами были рассмотрены теоретические основы по восстановлению речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга на раннем этапе реабилитации.

Реабилитация в ранний период осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной бригадой (МДРК).

Особенности восстановления речи больных с локальными поражениями головного мозга на раннем этапе реабилитации определяет цели и задачи раннего этапа реабилитации.

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

2.1 Экспериментальное изучение речевой коммуникации у больных с афазией

Экспериментальная работа проводилась на базе ГАУЗ ОКБ №3 города Челябинска. В исследовании принимали участие 3 пациента с разными формами и степенью афазии, после перенесенных локальных поражений головного мозга в возрасте от 45 до 55 лет (таблица 3).

Цель экспериментального исследования заключалась в изучении речевой коммуникации больных с локальными поражениями мозга, определении уровня ее нарушения.

В исследовании решались следующие задачи:

- подобрать диагностический инструментарий;
- проанализировать полученные данные;
- определить по каким параметрам нарушается речевая коммуникация больных с афазией.

Таблица 3 – Список пациентов, участвующих в эксперименте

№ п/п	И.О	Пол	Возраст	Форма афазии	Степень афазии
1	И.К	М	45	Эфферентно-моторная	средняя
2	В.П	Ж	55	Акустико-гностическая	тяжелая
3	И.И	М	55	Динамическая	легкая

Для обследования речи пациентов после локальных поражений мозга нами была использована модифицированная шкала Л.И. Вассермана, целью

которой является выявление особенности речевых нарушений и подтверждение диагноза «афазия» (Приложение 1). Для определения уровня речевой коммуникации мы использовали методику Е.Н. Роготневой (Приложение 2).

Обследование речи проводили по следующим направлениям:

- 1) обследование экспрессивной речи;
- 2) обследование отраженной речи;
- 3) обследование функции называния;
- 4) обследование понимания речи;
- 5) обследование функции письма;
- 6) обследование функции чтения;

Критерии оценки речевых навыков:

- 0 баллов - правильное выполнение заданий;
- 1 балл - выполнение заданий более чем на 50%;
- 2 балла - выполнения заданий на 25%;
- 3 балла - невыполнение заданий или отказ от них.

Качественная оценка проводилась по шкале: до 20 баллов- легкая степень выраженности афазии; от 20 до 40 баллов- средняя степень выраженности афазии; от 40, и выше- тяжелая степень выраженности афазии;

Продолжительность диагностики была от 10 до 40 минут и зависела от тяжести состояния пациента. По нашему мнению, данная шкала может использоваться логопедами при первичном обследовании, повторном и итоговом.

Для изучения речевой коммуникации использовали следующие методы:

- наблюдение за пациентом во время режимных моментов дня;
- беседа (ведение диалога).

Состояние речевой коммуникации оценивалось по следующим параметрам:

- инициативность;
- грамотность;
- коммуникативная целесообразность;
- точность высказывания;
- логичность изложения;
- выразительность речи;
- разнообразие средств выражения.

Каждый параметр оценивался по 3-х бальной шкале, где 3- самый высший показатель уровня речевой коммуникации, 2 – средний, 1 – низкий.

После набранное количество баллов сравнивается с нормативными данными данной методики и определяется состояние речевой коммуникации больных с афазией:

21-19 балл – высокий уровень речевой коммуникации;

18-13 баллов – средний уровень речевой коммуникации;

12 баллов и ниже – низкий уровень речевой коммуникации.

Продолжительность обследования в общем составила 40 минут, первый этап – 20 минут, второй этап – 15/20 минут.

Анализ результатов изучения речевых средств (шкала Вассермана).

При изучении экспрессивной речи было выявлено что у 2-х пациентов из трех (И.К, В.П) имелись значительные трудности употреблении речевых средств в беседе. Больные не смогли ответить на вопросы: «Как Вас зовут?», «Сколько Вам лет?», «Болит голова?» и т.д., посчитать от нуля до десяти, назвать дни недели и месяца в прямом и обратном порядке, продолжить устойчивые пословицы и фразы. Это пациенты со статусом эфферентная моторная афазии и акустико-гностическая афазия. У 1 пациента (И.П)

трудности артикуляционного переключения, это пациент со статусом динамическая афазия.

Нарушения отраженной речи отмечалось у 2 пациентов (И.К, В.П) у них отмечались нарушения и искажения повторения звуков, слогов, слов и фраз, имелись замены звуков и слогов, и персеверации, негативизм и отсутствие понимания ошибок в речи. У 1 пациента (И.П) нарушение повторения звуков и слов присутствовали редко и проявлялись в незначительном искажении звуков.

Нарушение функции названия присутствовало у 1 пациента (В.П) с акустико-гностической афазией, он не смог называть предлагаемые предметы, или называл их искаженно, в речи присутствовало обилие персевераций. 1 пациент (И.К) с эфферентной моторной афазией не смог правильно назвать предмет, искажал структуру слова и испытывал трудности в переключении. И у 1 пациента (И.И) с динамической афазией нарушение названия не пострадало.

При обследовании понимания речи, нарушения были выявлены у 1 пациента (В.П) с акустико-гностической афазией, он не смог выполнить инструкции «закройте глаза», «откройте рот», «надуйте щёки». Один пациент (И.К) с моторной эфферентной афазией выполнял инструкции отстрочено, имелись ошибки. И 1 пациент (И.И) с динамической афазией не мог выполнить некоторые инструкции без частичной подсказки.

У двух больных отмечались нарушения чтения, пациент В.П не узнавал буквы и не мог читать вслух, однако у него присутствовала сохранность элементов глобального чтения. У пациента И.К в чтении имелись персеверации и контаминации в больших текстах. У пациента И.И нарушений чтения выявлено не было.

Нарушение письма отмечалось у двух испытуемых (И.К, В.П). Пациенты были способны написать своё имя, однако списывание отдельных

букв, слогов и слов было нарушено. У одного пациента И.И нарушение письма не выявлено.

Так же нами было отмечено, что у 1 пациента с динамической афазией нарушения речи имеются понимания дефектов в собственной речи, у 2-х пациентов отмечается понимание к дефекту речи, однако парафазии и контаминации в собственной речи они не замечают.

Таким образом, проведя обследование речи у больных с локальными нарушениями головного мозга мы выявили у всех нарушение всех видов речевой деятельности – говорения, понимания, письма и чтения.

Был определен уровень нарушения речи у каждого пациента:

- пациент И.И с динамической афазией – 19 баллов, что соответствует легкой степени речевых нарушений;
- пациент И.К с эфферентной моторной афазией – 34 балла, что соответствует средней степени речевых нарушений;
- пациент В.П – 42 балла что соответствует тяжелой степени речевого нарушения.

Оценка состояния речевой коммуникации была проведена по следующим параметрам: инициативность к речевой коммуникации, грамотность, коммуникативная целесообразность, точность высказываний, логичность изложения, выразительность речи и разнообразие средств выражения.

В процессе беседы и при выполнении заданий инициативность в самостоятельной речевой коммуникации наблюдалась только у одного пациента с динамической афазией. Он (И.И) вступал в коммуникацию сам, и был заинтересован в общении. Речь была достаточно оформленная, отмечались редкие ошибки, которые он сам замечал и исправлял. В целом речь соответствовала ситуации общения, но присутствовала смена тем разговора, имелись редкие оговорки, которые больной сам замечал и может

исправлял. Логика высказываний не была нарушена. Речь маловыразительная, интонирование и жестикуляция были снижены, объем высказывания и активность не были нарушены.

Пациент с эфферентной моторной афазией (И.К) вступал в диалог только в крайней необходимости после побуждения, не соблюдал языковые нормы, не замечал и не исправлял свои ошибок. Речь в целом соответствовала ситуации общения, но присутствовала смена тем разговора, но при этом отмечались затруднения при ответе на некоторые вопросы из-за нарушений экспрессивной речи. Точность и не конкретность высказывания не соответствовали действительности. Отмечались грубые нарушения построения высказывания (я шла ехала не далеко). Речь маловыразительная, интонирование и жестикуляция были снижены. Наблюдается грубое нарушение средств языка в высказывании.

Пациент с акустико-мнестической вступал в диалог только в крайней необходимости после побуждения (В.П) не соблюдал языковые нормы, не замечал и не исправлял свои ошибки. Ответы на вопросы не соответствовали теме разговора в силу специфики нарушения речи (нарушено понимание).

Точность и не конкретность высказывания не соответствовали действительности. В логичности изложения были отмечены редкие нарушения, которые он не мог справиться (на улице снег сидел). Речь выразительная, сопровождается богатой мимикой, жестами, однако отмечается отсутствие контроля за собственным высказыванием, расторможенность. Наблюдался большой объем и высокая активность лексического запаса, однако эти данные оценивать объективно нельзя, так как это является спецификой акустико-гностической афазии.

Таким образом, анализ результатов обследования показал, что у пациента с эфферентной моторной афазией (И.К) (10 баллов) и пациента

(В.П.) с акустико-гностической афазией (12 баллов) отмечается низкий уровень речевой коммуникации. Такие пациенты стараются избежать ситуаций общения, имеют грубые нарушения логики высказывания, их фраза может быть оторвана от контекста, а основная мысль часто не понятна собеседнику. У пациента с динамической афазией (И.И) (17 баллов) определен средний уровень речевой коммуникации, отмечаются особенности соблюдения языковых норм, имеются трудности подбора не частотных слов, предметов, действий, качеств.

Полученные данные говорят о том, что у больных с афазией нарушено не только употребление языковых средств, но и трудности речевой коммуникации в целом, что проявляется в общем и речевом поведении. Поэтому при проведении восстановительного обучения будут учитываться особенности как эмоционально-личностной, так и когнитивной сферы пациентов.

2.2 Содержание работы по восстановлению речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга на раннем этапе реабилитации

Результаты исследования больных с локальными поражениями мозга показали, что у всех трех испытуемых в разной степени тяжести было выявлено нарушение речевой коммуникации, что говорит о необходимости ее восстановления и необходимости создания специальных условий.

Нами были выделены три основных условия восстановления речевой коммуникации у больных с афазией:

1. Организационные условия.
2. Взаимодействие специалистов по обеспечению реабилитационного процесса.
3. Методическое и дидактическое обеспечение реабилитационного процесса.

Представим содержание каждого условия.

1. Организационные условия.

Профессиональная деятельность начинается с изучения нормативно-правовой базы.

Деятельность медицинских логопедов регламентирована Приказом Минздрава России от 02.05.2023 №206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием». Согласно данному приказу медицинский логопед обязан иметь высшее образование по одной из специальностей или одному из направлений подготовки: "Биология", "Клиническая психология", "Педагогическое образование", "Психология", "Психолого-педагогическое образование", "Социология", "Специальное (дефектологическое) образование", "Филология" и дополнительное профессиональное образование – переподготовка по специальности (направлению подготовки) "Медицинская логопедия".

Также деятельность логопеда в учреждении здравоохранения регулируется Приказом Минздрава России от 28.12.1998 №383 "О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций".

Согласно данному приказу в обязанности медицинского логопеда входит:

- диагностическое обследование больных с нарушениями речи и других высших психических функций;
- составление индивидуальных программ медицинской и педагогической реабилитации больных с нарушениями речи и других высших психических функций (афазии, дизартрии, дисфагии);
- проведение индивидуальных и групповых занятий с больными;
- проведение консультаций с врачами и другими специалистами;

– консультативная работа с родственниками больных, в том числе в части рекомендаций относительно занятий с больными в домашних условиях;

– ведение медицинской документации с записями содержания консультации, результатов логопедического (нейропсихологического) обследования, индивидуальной программы медицинской и педагогической реабилитации, информации о проведенных занятиях, этапных эпикризов с указанием динамики состояния пациента;

– составление годового отчета о работе главному органу управления здравоохранением;

– внедрение в практику современных методов логопедической помощи.

Стоит отметить, что профессиональный стандарт для медицинских логопедов, в котором бы были прописаны все аспекты деятельности логопеда в медицинском учреждении, на момент написания нашей работы еще не утвержден, и запланирован на 2025 год.

2. Взаимодействие специалистов по обеспечению реабилитационного процесса.

Рассмотрим взаимодействие между всеми участниками реабилитации в восстановлении речевой коммуникации.

Реабилитацией больного после локальных поражений головного мозга занимается МДРК, куда включен и медицинский логопед. Медицинский логопед является главным специалистом в восстановлении речевой коммуникации.

После поступления больного в медицинское учреждение, нами были выполнены следующие действия:

1. Изучена медицинская документация и результаты проведенных медицинских обследований (МРТ, КТ), собран анамнез, установлен

положительный контакт с пациентом, оказана консультативная помощь родным пациента, даны рекомендации по общению с больным как родственникам больного, так и медицинскому персоналу.

2. Проведено углубленное обследование речевых нарушений и глотания. Определен вид и тяжесть речевых нарушений, составлен индивидуальный коррекционный план работы, проведен цикл коррекционных занятий в соответствии с намеченным планом.

3. Составлено заключение и даны дальнейшие рекомендации для больного и его родственников.

Восстановление речевой коммуникации начиналось сразу после выхода пациента из тяжелого состояния, с разрешения лечащего врача. На раннем этапе реабилитации мы учитывали факторы, которые влияют на дальнейшее восстановление речевой коммуникации. К данным факторам относятся:

- этиология заболевания – при локальных поражениях мозга в виде ОНМК, восстановление речевой коммуникации как правило продолжительнее, чем при нарушениях речи после ЧМТ;

- область поражения и обширность очага напрямую влияет на форму и тяжесть речевого нарушения, а также на продолжительность и сложность восстановления речи. Это необходимо учитывать так как при тяжелой степени нарушения речевой коммуникации, после коррекционных занятий пациент некоторые элементы нарушения могут оставаться на протяжении всей последующей жизни;

- форма и тяжесть нарушения речевой коммуникации. Тяжелее всего восстановление проходило у больных с эфферентной моторной и акустико-гностической афазии, при которых нарушен и сенсорный или моторный компонент;

–доминантность в руке. Все больные были правшами, поэтому трудностей, связанных с данным фактором, не возникло;

–возраст пациента. Возраст может являться одним из неблагоприятных факторов, но в нашей работе он не оказал существенного влияния на восстановление речевой коммуникации.

Таким образом, основными формами взаимодействия медицинского логопеда с остальными участниками реабилитации (врачами, медсестрами, специалистами ЛФК, массажистами, психологами и др.) являлись: информирование и консультирование. Так же непосредственными участниками реабилитации являются родственники больного, которым давались рекомендации по общению с больным, восстановлению речевой коммуникации.

Проводилось информирование всех участников реабилитации об особенностях формы и тяжести. Были даны рекомендации по общению и видам коммуникативной поддержки больных. Взаимодействие осуществлялось и в совместном посещении семинаров, лекций и тренингов.

На консилиумах участвовали в обсуждении состояния больного как физического. Так и речевого статуса, определяли форму и степень тяжести, выдавались рекомендации по восстановлению речевой коммуникации.

3. Методическое и дидактическое обеспечение реабилитационного процесса.

В восстановлении речевой коммуникации мы учитывали клинические рекомендации для логопедов как в вопросах логопедической диагностики, так и в выборе приемов восстановления речевой коммуникации.

На основании полученных в обследовании данных нами были определены методы и приемы восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга на раннем этапе реабилитации.

Восстановление речевой коммуникации у больных с локальными поражениями головного мозга на раннем этапе проводилось по следующим направлениям:

1. Установление положительного эмоционального контакта с больным. Наиболее сложно было устанавливать контакт с больным с акустико-гностической афазией по причине трудностей понимания речи и собственного дефекта. Для это использовали различные приемы привлечения внимания пациента. Установление эмоционального контакта в дальнейшем сказывалось на восстановлении инициативности в речевом взаимодействии.

2. Растормаживание речевых функций, спонтанной речи. Данные вид работы проводился с больными с динамической и эфферентной афазией. Использовалась сопряженная речь, выполнение заданий в бытовой деятельности.

3. Восстановление понимания речи. Более всего нарушения понимания речи отмечены у больного с акустико-гностической афазией. Для восстановления на первом этапе организовывали для больного неречевые формы работы с целью затормаживания непродуктивной речи. Затем постепенно вводили «оречевление» действий больного.

У больных с эфферентной и динамической афазией трудности понимания речи были связаны с застреванием на определенных словах или ситуациях. Поэтому работали над восстановлением переключения, снятием стереотипности речи.

4. Стимулирование простых коммуникативных видов речи. В работе использовали включение больного в бытовую деятельность.

5. Стимулирование глобального чтения и письма.

В основе содержания работы по восстановлению речевой коммуникации были положены следующие психолого-педагогические принципы:

1. Принцип наглядности – использование дидактического и наглядного материала при сохранном зрительном анализаторе.
2. Принцип доступности – использование средств и методов с учётом особенностей состояния пациента и его возможностей.
3. Принцип систематичности и последовательности – проведение коррекционных занятий регулярно, построение коррекционного занятия по принципу «от простого к сложному».
4. Принцип закрепления – весь изученный материал должен быть закреплён до автоматизма.
5. Принцип дифференцированного подхода – коррекционный процесс должен быть построен с учётом индивидуальных особенностей пациента, формы и тяжести нарушения.
6. Принцип взаимосвязи – восстановление речи в совокупности с восстановлением других высших психических функций [18].

Следует особенно отметить, что у больных имеется повышенная утомляемость и истощаемость. Поэтому продолжительность занятий в начале работы была не более 5–10 минут, по 2 раза в день, в дальнейшем это время увеличивалось.

Логопедическая коррекция нарушений речевой коммуникации на раннем этапе реабилитации проводилась в 2 этапа: подготовительный и основной.

На подготовительном этапе мы проводили первичная консультация с больным и его родственниками, устанавливали доброжелательный контакт, уточняли состояние пациента, проводили диагностика и составляли индивидуальную программу.

На основном этапе проводили комплексную восстановительную работу по составленной коррекционной программе. На данном этапе использовали методические пособия В.В. Оппель, Л.С. Цветковой, М.К.Шохор–Троцкой, Т.Г.Визель и др., также активно применяли нетрадиционные методы коррекции: альтернативные системы коммуникаций (пиктограммы), кинезиология, вокальное пропевание песен.

В результате обследования нами были выделены следующие общие направления коррекционной работы у больных с нарушением речевой коммуникации:

1. Растормаживание и преодоление расстройств произносительной стороны речи:

- сопряженное, отраженное и самостоятельное произнесение автоматизированных речевых рядов, пение со словами, договаривание фраз;
- накопление обиходного пассивного и активного словаря;
- активизация элементарных коммуникативных навыков.

2. Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи:

- восстановление фонематического слуха;
- восстановление понимания значения слова;
- работа над семантикой слова.

3. Восстановление чтения и письма:

- стимулирование глобального чтения и письма.

Растормаживание и преодоление расстройств произносительной стороны речи обычно начинали с упражнений, помогающих актуализации привычных речевых рядов (порядковый счет; название дней недели, месяцев; пересчет предметов; пропевание знакомых мелодий с опорой на тексты песен и др.).

Эффективно использование совместного проговаривания слов с отстукиванием руками по поверхности стола или по руке пациента. Для

прямого счёта и обратного использовали визуальные подсказки. Одним из эффективных растормаживающих приёмов являлся договаривание устойчивых фраз и предложений, например: «на улице ярко светит...(солнце)», «на подоконнике растут...(цветы)», «к дому подъехала легковая ...(машина)». Сопряжённое пение любимых или наиболее популярных песен также помогало растормаживанию речи: «в лесу родилась ёлочка», «ой, мороз, мороз», «во поле берёзка стояла» и т.п.

Для активизации элементарных коммуникативных навыков использовали вопросы, на которые требуется ответ «да» или «нет», желательно чтобы это было с опорой на картинку, например: «вас зовут Василий?», «голова болит?», «вы живёте в Челябинске?» и т.д.

Смысловая и слуховая стимуляция произнесения слова являлась основным приемом на первой стадии обучения, но эту работу сочетали с другими приемами, входящими в систему приемов, направленных на решение задачи – это восстановление произнесения целого слова.

Специфика восстановления речевой коммуникации у больных экспериментальной группы.

Пациент И.К., 45 лет. Обследование показало, что у пациентки эфферентная моторная афазия, средней степени тяжести, был составлен план коррекционно-логопедической работы на ранних этапах, включающий в себя:

1. Коррекцию артикуляционной апраксии. С больной выполнялась артикуляционная гимнастика: «трубочка», «заборчик», «часики», «варенье», «хомячок» и пр.

2. Растормаживание устной речи. Использовался прямой и обратный счёт цифр, дней недели и месяцев. Пропевание песен «в лесу родилась ёлочка», «ой, мороз, мороз». Чтение стиха «у лукоморья дуб зелёный...», «белая берёза». В качестве активизации речевой коммуникации

использовались бытовые вопросы: «как вы себя чувствуете?», «что вы сегодня кушали?», «какое время года?».

Пациентка В.П., 55 лет. У пациента выявлена акустико-гностическая афазия, тяжелой степени тяжести. План коррекционно-логопедической работы на ранних этапах включал в себя:

1. Накопление обиходного пассивного словаря. Использовались картинки с изображением предметов и действий по их названиям, функциональным, классификационным и другим признакам; картинки с изображением предметов, относящихся к определенной лексической теме; показ частей тела на картинке и у себя; а также выбор правильного названия предмета и действия среди верных и конфликтных обозначений со зрительной опорой на картинку;

2. Стимуляция понимания ситуативной фразовой речи. Использовались ответы на вопросы словами «да», «нет», утвердительным или отрицательным жестом, выполнение простых устных инструкций улавливание смысловых искажений в деформированных по смыслу простых фразах;

3. Подготовка к восстановлению письменной речи. Использовался метод раскладывания подписей к предметным и простым сюжетным картинкам, ответы на вопросы в простом диалоге с опорой на зрительное восприятие текста вопроса и ответа, письмо слов, слогов и букв по памяти, «озвученное чтение» отдельных букв, слогов и слов, выработка связи «фонема — графема» путем выбора заданной буквы и слога по названию, письмо букв и слогов под диктовку.

Пациент И.И., 55 лет. По результатам обследования была выявлена динамическая форма афазии, лёгкой степени выраженности. План коррекционно-логопедической работы включал в себя:

1. Восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи.

Развернутый диалог на различные темы, конструирование фраз по сюжетной картинке с постепенным уменьшением числа внешних опор; автоматизация фраз определенных синтаксических моделей в спонтанной речи; накопление глагольного словаря и «оживление» смысловых связей, стоящих за предикатом (с помощью поставленных к нему вопросов); чтение и пересказ текстов; «речевые импровизации» на заданную тему; развернутые изложения текстов, сочинения; составление поздравительных открыток, писем и т.д.

Хотелось бы отметить, что при восстановлении речевой коммуникации активно использовались все вербальные и невербальные методы. До начала логопедической коррекции, в ходе обследования выясняли все особенности больного, разработали индивидуальную программу коррекции, где описали какие методы коррекции больше всего, подходят именно этому пациенту и будут использоваться в целях восстановления речевой коммуникации у больного после мозговой катастрофы.

Таким образом, восстановление речевой коммуникации после ОНМК — это трудный и долгий процесс, требующий профессионализма специалиста и готовности пациента к сотрудничеству. После перенесённых мозговых катастроф у пациентов снижается критика, и имеются особенности психоэмоциональное состояние, поэтому необходима комплексная работа, которая предусматривает сотрудничество логопеда с другими узкими специалистами: психологами, психотерапевтами, неврологами и обеспечивает выбор наиболее адекватных методов и приемов восстановления речевой коммуникации.

2.3 Анализ результатов контрольного эксперимента

Целью экспериментальной работы было определение уровня нарушения речевой коммуникации у больных с локальными поражениями головного мозга. В исследовании принимали участие 3 пациента (таблица 2.1.). Для определения уровня нарушения речевой коммуникации нами была использована модифицированная шкала Л.И. Вассермана (Приложение 1) и модифицированная методика Е.Н. Роготневой (Приложение 2). После определения уровня нарушений речевой коммуникации у больных после локальных поражений мозга нами были представлены протоколы обследования речевой коммуникации и логопедическое заключение (примеры в Приложениях 3, 4), используемы наглядный материал к обследованию (Приложение 5); определены условия восстановления речевой коммуникации (глава 2.2.).

Был составлен план по восстановлению речевой коммуникации с учётом формы и тяжести афазии (Приложение 6).

После проведенной восстановительной работы нами был организован и проведен контрольный эксперимент по изучению речевой коммуникации и определению эффективности обучающего эксперимента.

Нами был проведен сравнительный анализ состояния речевой коммуникации у больных с локальными поражениями головного мозга на ранних этапах реабилитации до и после проведения восстановительной работы.

Наглядно динамика восстановления речевой коммуникации у больных после локальных поражений мозга представлена на рисунках 1. 2. Таблица 4 – Сравнительные результаты изучения речевых средств на ранних этапах реабилитации и после восстановительной работы (по модифицированной шкале Л.И. Вассермана)

№ п/п	И.О.	Ранний этап	Степень тяжести	Заключительный этап	Степень тяжести
1	И.К	34 б.	Тяжелая	21 б.	Средняя
2	В.П	42 б.	Средняя	34 б.	Средняя
3	И.И	19 б.	Легкая	10 б.	Легкая

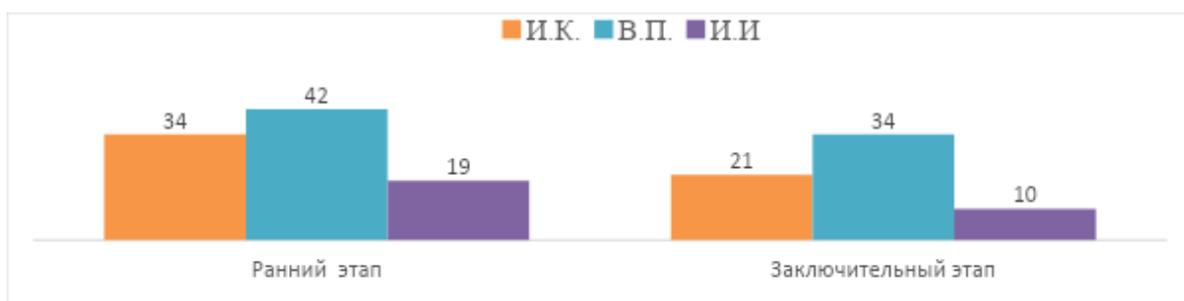


Рисунок 1 – Динамика восстановления речевых средств

Таблица 5 – Сравнительные результаты изучения речевой коммуникации на ранних этапах реабилитации и после восстановительной работы (по методике Е.Н. Роготневой)

№ п/п	И.О.	Ранний этап	Уровень коммуникации	Заключительный этап	Уровень коммуникации
1	И.К	10 б.	Низкий	15 б.	Средний
2	В.П	12 б.	Низкий	18 б.	Средний
3	И.И	17 б.	Средний	21 б.	Высокий

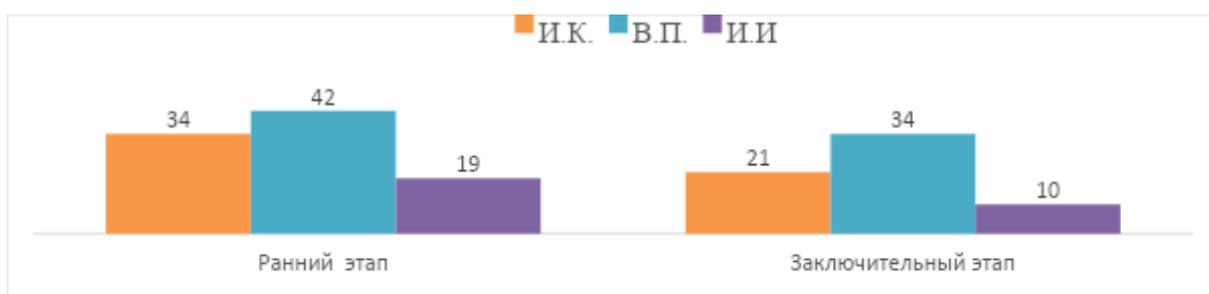


Рисунок 2 – Динамика восстановления речевой коммуникации

Исходя из двух диагностик, нами были составлены сравнительные таблицы динамики развития, и мы можем видеть, что отмечается положительная динамика восстановления речевой коммуникации.

При оценке степени выраженности речевых нарушений мы можем отметить, что степень тяжести афазии у пациента И.К снизилась с тяжелой степени до средней. У пациента В.П (средняя степень) и у пациента И.И. (легкая степень) степень тяжести не изменилась, однако мы так же исходя из полученных баллов можем отметить состояния речевой коммуникации мы видим, что уровень коммуникации вырос у всех пациентов.

К заключительному этапу реабилитации у пациента И.К, с эфферентной моторной афазией улучшились навыки артикуляторного переключения, появился звуко-ритмический окрас, появились зачатки фразовой речи, улучшились грамматические составляющие, пациент стал отвечать на вопросы и задавать их, пытаться пересказывать короткие тексты.

У пациентки В.П., с акустико-гностической афазией повысился уровень понимания речи, пациентка стала узнавать и показывать изображения по их названию или признакам, показывать части тела, в речи появились утвердительные и отрицательные слова («да», «нет») относящиеся к контексту ситуации, появилось письмо слов, слогов и букв по памяти, а так же улучшилась выработка связи «фонема — графема» путем выбора заданной буквы и слога по названию, письмо букв и слогов под диктовку.

У пациента И.И., с динамической формой афазии, улучшились навыки развернутого диалога, чтения и пересказа текстом, пациент стал лучше импровизировать речевые ситуации, составлять фразы без внешних опор.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что включение в работу по восстановлению речевой коммуникации на ранних этапах реабилитации определенных нами условий положительно отразилось на результатах восстановительного обучения.

Выводы по второй главе

Во второй главе нами было описано содержание экспериментальной работы по восстановлению речевой коммуникации у больных после локальных поражений головного мозга.

Были определены степень тяжести нарушения речевых средств и уровни нарушения у больных с локальными поражениями мозга:

- тяжелая степень (у пациента И.К. с эфферентной моторной афазией),
- средняя степень (у пациента В.П. с акустико-гностической афазией);
- легкая степень нарушения речевой коммуникации (у пациента И.И. с динамической формой афазии).

Были выявлены низкий уровень речевой коммуникации и высокий уровень речевой коммуникации.

На основании полученных данных нами были определены условия восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями мозга на раннем этапе реабилитации.

Нами были выделены факторы, влияющие на восстановление речевой коммуникации, выделены основные задачи, принципы и направления восстановления речевой коммуникации на раннем этапе реабилитации, представлены методы и приемы восстановления речевой коммуникации при разных формах афазии, и специфика восстановления речи.

На контрольном этапе мы проанализировали полученные результаты и представлен сравнительный анализ результатов изучения речевой

коммуникации до и после проведенной работы, который показал положительную динамику восстановления речевой коммуникации у больных на ранних этапах реабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе исследования нами была установлено, что восстановление речевой коммуникации после локальных поражений головного мозга на раннем этапе реабилитации — это довольно обширная и сложная тема. Острое нарушение мозгового кровообращения серьезная «катастрофа» для организма человека, которая приводит к тяжёлым последствиям, в том числе и нарушению речевой коммуникации, значительно ухудшая качество жизни больного. Нарушение речевой коммуникации после ОНМК называется – «афазией». Афазия — это многогранное нарушение речи, симптоматика которой зависит от очага поражения, формы и степени тяжести.

Восстановлением речевой коммуникации после локальных поражений мозга занимается медицинский логопед, которым на основании проведенного обследования определяется вид, форма и тяжесть нарушения речи, составляется индивидуальный план коррекции и проводится восстановительная работа. Восстановление речи на ранних этапах реабилитации имеет свою специфику и базируется на сохранных функциях больного, при учёте его физического и психического состояния. Логопедическая коррекция на ранних этапах увеличивает потенциал реабилитации в целом.

Итоговый контроль показал положительную динамику восстановления речевой коммуникации. Результаты, полученные нами в ходе экспериментальной работы, позволяют сделать вывод об эффективности реализованных нами методических условий для восстановления речевой коммуникации у больных с локальными поражениями головного мозга на ранних этапах реабилитации.

На основании полученных данных, нами были составлены методические рекомендации по восстановлению речевой коммуникации,

определены факторы, влияющие на восстановление речевой коммуникации, выделены основные задачи, принципы и направления восстановления речевой коммуникации на раннем этапе реабилитации.

Практическая значимость исследовательской работы заключается в том, что разработанные условия для восстановления речевой коммуникации у больных после локальных поражений головного мозга в процессе реабилитации и рекомендации могут применяться в практической деятельности медицинских логопедов в здравоохранении.

Результаты проведенной экспериментальной работы доказали, что восстановление речевой коммуникации на ранних этапах реабилитации с учётом разработанных условий эффективно, и положительно влияет на дальнейший процесс реабилитации.

Таким образом, все вышеизложенное позволяет утверждать, что цель исследования достигнута, поставленные задачи решены, гипотеза подтверждена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Артемцева Н.Г. Общий и типологический аспекты восприятия невербальных компонентов общения / Международный научно–практический журнал по материалам третьей конференции «Человек, Искусство, Вселенная». –2016. –С.9-32
2. Бейн, Э. С. Афазия и пути ее преодоления / Э.С. Бейн. [Электронный ресурс: <http://www.detskiysad.ru/bolezni/afaziya04.html>]. - (Дата обращения: 16.01.2024).
3. Бейн,Э.С., Бурлакова, М.К., Визель, Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. [Текст] - Москва: Медицина, 2002. - 248 с.
4. Белякова. Л. И. Логопедия. Дизартрия [Текст] / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. – Москва: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС. 2009. – 287 с.
5. Визель, Т.Г. Нейропсихологическое блиц-обследование / Т.Г. Визель. - Москва: В. Секачев, 2005. - 24 с.
6. Визель, Т.Г. Приобретение и распад речи: монография / Т.Г. Визель. - Барнаул: АлтГПУ, 2016. - 289 с.
7. Виленский, Б.С. Ишемический инсульт. Справочник / Б.С. Виленский, Н.Н, Яхно. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2007. – 75с.
8. Виленский, Б.С. Ишемический инсульт. Справочник / Б.С. Виленский, Н.Н, Яхно. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2007. – 75с.
9. Выготский, Л.С. История развития высших психических функций. Собрание сочинений, том 3 / Л.С. Выготский. - [Электронный ресурс: <http://pedlib.ru/Books/1/0175/1-0175-2.shtml>]. - (Дата обращения: 16.01.2024).
10. Гойхман О.Я., Надеина Т.М. Речевая коммуникация: Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2008. – 272 с.
11. Гусев, Е.И Проблема инсульта в России / Е.И. Гусев // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2003. - №9, прилож. С. 3-7.

12. Зайцев, И. С. Афазия: учебно-методическое пособие / И.С. Зайцев. - [Электронный ресурс: http://pedlib.ru/Books/3/0499/3_0499-1.shtml]. - (Дата обращения 16.01.2024).
13. Инсульт: пошаговая инструкция. Руководство для врачей / М. А. Пирадов, М. Ю. Максимова, М. М. Танащян. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-5782-5
14. Исанова, В.А. Нейрореабилитация: по медико- социальной и педагогической реабилитации / В.А. Исанова. – Казань: Плутон, 2004. – 288с.
15. Кадыков, А.С. Особенности нарушения мозгового кровообращения (инсультов) в молодом возрасте / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпоронова // Русский медицинский журнал. — 2006. — т. 14, № 4. — С. 254-257.
16. Клюев Е.В. Речевая коммуникация: Коммуникатив. стратегии. Коммуникатив. тактики. Успешность речевого взаимодействия: Учеб. пособие для ун-тов и ин-тов Москва: Приор, 1998
17. Кожевников, А.Я. Афазия и центральный орган речи. Афазия и восстановительное обучение. [Текст] / Под ред. Ж.М. Голозман. - Москва: МГУ, 2003. - 218 с.
18. Левин О.С., Васенина Е.Е., Трусова Н.А., Чимагомедова А.Ш. Современные подходы к диагностике и лечению постинсультных когнитивных нарушений. Пожилой пациент, -2016, 1(5): 9-16.
19. Левин, О.С. Постинсультные когнитивные нарушения: механизмы развития и подходы к лечению / О.С. Левин, Н.И. Усольцева, Н.А. Юнищенко // Трудный пациент. - [Электронный ресурс: <http://trpatient.ru/articles/6183/>]. - (Дата обращения: 16.01.2024).
20. Леонтьев А.А. Педагогическое общение. -Москва; Нальчик, 2004.

21. Лингвистический словарь / Под ред. В.Н. Ярцевой. - М.: Советская энциклопедия, 1990. - 688 с.
22. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. Шохор-Троцкая И.К. М-1972г.
23. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680 с.
24. Лурия, А. Р. Лекции по общей психологии [Текст] / А. Р. Лурия. – СПб. : Питер, 2006. – 320 с.
25. Лурия, А. Р. О двух классах афазических нарушений речи. [Текст] / А. Р. Лурия // Проблемы афазии и восстановительного обучения / Под ред. Л. С. Цветковой. Москва: МГУ, 2005. - С. 5-16.
26. Лурия, А. Р. Язык и сознание [Текст] / А. Р. Лурия. – Москва: МГУ, - 320 с.
27. Манвелов, Л.С. Инсульт – проблема социальная и медицинская / Л.С. Манвелов, А.С. Кадыков // Наука и жизнь. – [Электронный ресурс: <https://www.nkj.ru/archive/articles/4157/>]. – (Дата обращения: 16.01.2024).
28. Органические поражения головного мозга: причины, симптоматика, лечение: Сайт Кардиолог+ Популярно о болезнях сердца, сосудов и крови [Электронный ресурс]. – URL: <https://xn----7sbegccjvpnzhhbcwid7c.xn--p1ai/patologii/organicheskoe-porazhenie-mozga.html> – (Дата обращения: 16.01.2024)
29. Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения: Учебно-методическое пособие по неврологии для студентов медицинских вузов / под ред. В.И. Скворцовой. – Москва: Литтерре, 2006. – 104 с.
30. Пальщикова, И.К. О соотношении расстройств устной речи и письма при афазии. Новые исследования в педагогической науке / И.К.

Пальщикова. – [Электронный ресурс:
<http://doctor.kz/health/news/2012/05/11/13218>].

31. Парфенов В.А., Вербицкая С.В. Ведение больного, перенесшего ишемический инсульт // Клиническая геронтология. – 2012. – Т. 18, № 11–12. – С. 3–10.

32. Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. - 2-е изд. - Москва: Пресс, 1997. - 440 с.

33. Пурцхванидзе, О.П. Восстановительное обучение больных с афазией в остром восстановительном периоде. [Текст] // Вестник Университета Российской Академии Образования. - Москва, 2011.- № 2.- С.111-114 (0,4 п. л.)

34. Путина О.Н. Балакин С.В. Речевая коммуникация прагматический аспект// Евразийский гуманитарный журнал. 2022 №1 с.4-9

35. Сафронова М. Н., Коваленко А. В., Мизюркина О. А. Особенности речевой реабилитации в остром периоде инсульта при разных формах афатических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. 119 (8 вып. 2). С. 90-94 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.17116/jnevro201911908290> (дата обращения 16.01.2024).

36. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. ред. Л.М. Шипицыной – Санкт- Петербург: Речь, 2003. — 216 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Шкала Вассерман Л.И. для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с ОНМК

1. Спонтанная и диалогическая речь	Оценка в баллах
а) Спонтанная речь практически отсутствует, речевые остатки в виде эмболов	3
б) Словесная «окрошка». Полная невозможность диалога	
а) Диалогическая речь возможна, но обеднена, односложна, аграмматична. Склонность к шаблонной, стереотипной структуре предложения. Персеверации, эхолалии	2
б) Паузы из-за поиска слов. Ответы не всегда адекватны вопросу. Частью литеральные и вербальные парафазии	
Некоторое обеднение речи. Редкие парафазии, элементы аграмматизма	1
Нарушения отсутствуют	0
2. Повествовательная (монологическая) речь	
Полная невозможность пересказа, прочитанного или услышанного текста, рассказа по сюжетной картинке, сериям рисунков, монолога на заданную тему	3
Повествовательная речь нарушена и возможна только при наличии наводящих вопросов. Отмечаются трудности в подборе слов, аграмматизм, бедность речи, парафазии. Фразы короткие, элементарные. Недостаточное осмысление речевого материала	2
Те же признаки, но выраженные незначительно	1
Нарушения отсутствуют	0
3. Составление рассказа по сюжетной картинке	
Полная невозможность составления рассказа	3
При попытке составить рассказ выявляются грубые искажения грамматической структуры слова, пропуски объектов и субъектов действия, самого действия, предметов, неправильные согласования слов в предложении, трудности в подборе слов, литеральные и вербальные парафазии, паузы	2
Те же признаки, но слабо выраженные	1
Нарушения отсутствуют	0
4. Аграмматизм	

а) Грубый аграмматизм типа «телеграфного стиля». Практически отсутствие в речи глаголов. Дефекты согласования в глагольных и надежных окончаниях, неправильное употребление предлогов	3
б) Выраженная предикативность речи — преобладание глаголов, вводных слов, наречий, почти полное отсутствие существительных. Речь мало понятна	
а) Преобладание в речи существительных, отчетливая глагольная слабость речи (глагол чаще всего стоит в конце предложения или совсем отсутствует), пропуски прилагательных и связующих слов (предлогов, союзов)	2
б) В речи отмечается преобладание глаголов, вводных и замещающих слов, существительные заменяются литеральными и вербальными парафазиями Те же признаки, что и при оценке 2, но слабо выраженные	1
Нарушения отсутствуют	0
5. Отраженная речь (повторение)	
Повторение изолированных гласных звуков, слогов и слов, повторение полностью отсутствует или грубо искажено. Возможно повторение 1—2 элементов сопряженно или после долгих поиск	3
Возможно повторение не более 50% предъявляемых экспериментатором речевых звуков, преимущественно простых и часто встречающихся слов	2
Сохранено почти полностью, но встречаются отдельные ошибки (замены, персеверации) при повторении сложных и редко встречающихся слов	1
Повторение полностью сохранено	0
6. Повторение речевых рядов (серии слогов, слов, простых и сложных предложений)	
Повторение серии речевых рядов невозможно. При попытках повторения возникают грубые вербальные и литеральные парафазии	3
Возможно повторение 1—2 элементов речевой цепи. Заданный порядок следования элементов речевого ряда не удерживается, при этом отдельные элементы ряда искажаются парафазиями	2
Удерживают и повторяют элементы всей цепи, но не воспроизводят заданный порядок их следования, отмечаются негрубые искажения отдельных элементов речевого ряда	1
Нарушения отсутствуют	0
7. Называние	
Называние практически отсутствует, подсказка и контекст	3

почти не помогают	
Возможно называние ограниченного числа реальных объектов, их изображений и действий. Подсказка помогает не всегда, длительные поиски слова, искажения, литеральные парафазии	2
Называние предметов и действий возможно, отмечается поиск первых букв слова, подсказка помогает, увеличение времени припоминания слов. Затруднения при назывании более редко употребляемых объектов и действий	1
Называние практически сохранено	0
8. Произношение речевых звуков	
Отсутствие звуковой продукции. Невозможность произношения изолированных артикулем даже сопряженно	3
Грубые артикуляторные искажения в процессе речи, затрудняющие ее понимание. Деформация в произношении изолированных артикулем	2
Деформация отдельных артикулем, нередко придающая речи «иностранный» акцент	1
Нарушения отсутствуют	0
9. Усилия, напряжение в речи, запинания, дезавтоматизация речи	
Грубое напряжение всего речевого аппарата. Слова произносятся замедленно, с усилием. Повышается в момент речи тонус лицевой, шейной мускулатуры, языка и губ	3
Умеренное напряжение мышц. В речи отмечаются усилия, запинания	2
Те же признаки, но слабо выраженные	1
Нарушения отсутствуют	0
10. Темп речи	
Чрезмерное убыстрение речи, безостановочный, трудно тормозимый поток речи; речь медленная, частые и длительные паузы	3
Склонность к многоречивости в речевом общении, речь больного трудно ограничить рамками высказывания. Речь замедленная	2
Склонность к логорее-ускоренности (замедленности) выявляется только в процессе развернутой беседы	1
Нарушения отсутствуют	0
11. Просодии (интонация, ритм высказывания, ударение, мелодика речи)	
Речь монотонна, нарушены ритм высказывания и мелодика русской речи. Невозможно выделение отдельных ее эмоциональных категории (удивление, радость, грусть, обида, требование и пр.)	3

Интонация в речи имеется, но не соответствует смыслу высказывания, отмечается неправильная расстановка акцента в предложениях	2
Те же нарушения, но слабо выраженные	1
Нарушения отсутствуют	0
12. Вербальные парафазии	
Преобладание в речи вербальных парафазии, относящихся к разным понятийным группам, к разным категориям	3
Вербальные парафазии отражают существенным признак данной ситуации; часто вербальные замены относятся к одной понятийной группе	2
Вербальные парафазии редки	1
Отсутствуют	0
13. Литеральные парафазии	
Преобладание грубых нестандартных литературных парафазии	3
Литеральные парафазии (стандартные и нестандартные), для которых характерны замены одних звуков другими, перестановки звуков внутри слова, пропуски звуков, добавление лишних звуков. Встречаются при назывании, повторении и в спонтанной речи	2
Те же признаки, но слабо выраженные	1
Отсутствуют	0
14. Понимание ситуативной речи и словесных значений	
Полная или почти полная невозможность понимания ситуативной речи, простых команд и жестов	3
Нарушение понимания ситуативной речи, главным образом, по отношению к малозначимым для больного темам и нарушение понимания части простых команд, в особенности при переходе на новое задание	2
Затруднение понимания ситуативной речи и простых команд выступает только в особых условиях: при быстрой речи, отвлечении внимания больного	1
Нарушения отсутствуют	0
15. Отношение к дефекту речи	
Неосознание нарушений речи - полностью не замечаются ошибки в речи и выражается удивление, раздражение, если речь не понимается окружающими	3
Недооценка расстройств речи - не замечаются парафазии, даже вербальные, но сохраняется общее понимание того, что речь нарушена	2
Изредка не замечаются отдельные Литеральные или, в меньшей мере, вербальные парафазии в собственной речи	1

Полностью осознанное отношение к дефекту речи, его отдельным проявлениям	0
16. Чтение (вслух)	
Чтение слов и текста вслух невозможно. Иногда сохраняется прочтение отдельных идеограмм или нескольких простых слов	3
Сохраняется возможность чтения простых слов, отдельных слов из предложения. Текст практически не читается. Возможны частые литеральные или вербальные паралексии	2
Сохраняется ограниченная возможность чтения простых текстов, но при этом встречаются отдельные литеральные и вербальные парафазии. Темп чтения медленный	1
Нарушения практически отсутствуют	0
17. Чтение (про себя)	
Подкладывание подписей-наименований к предметным картинкам невозможно или к одной-двум из 6-10 предъявленных	3
Возможно подкладывание подписей-наименований к предметным картинкам и кратких предложений к сюжетным картинкам примерно в 50 % случаев. Письменные задания практически не выполняются.	2
Выполняются письменные задания, хотя встречаются неточности в понимании более сложных команд и конструкций. Возможно также частичное понимание прочитанных про себя текстов.	1
Нарушения отсутствуют.	0
18. Чтение букв	
Чтение букв невозможно или читаются одна-две буквы, написанные простыми шрифтами	3
Возможно чтение 50% предъявляемых букв. Ошибки (замены) нестойкие. Практически не читаются стилизованно написанные буквы и буквы на фоне маскирующего шума	2
Ошибки встречаются изредка, главным образом, при чтении букв, изображенных непривычным шрифтом или в затрудненных для чтения условиях (наложенные друг на друга, на фоне однородного шума и т.д.)	1
Нарушения отсутствуют	0
19. Списывание	
Списывание даже простой фразы не удается, сохраняется копирование только отдельных букв или слогов, при этом буквы могут быть грубо искажены	3
Списывается короткая фраза (или «рабски» копируется), но с пропусками, с грубыми ошибками, которые нередко искажают	2

слова до неузнаваемости	
Отдельные ошибки, главным образом, при списывании, редко встречающихся и многосложных слов	1
Нарушения отсутствуют	0
20. Письмо букв под диктовку	
Письмо букв под диктовку невозможно или 1—2 буквы из 6—10 предъявляемых	3
Возможно написание (копирование) примерно 50—60 % продиктованных букв	2
Редкие ошибки	1
Нарушения отсутствуют	0
21. Письмо (самостоятельное и под диктовку)	
Самостоятельное письмо отсутствует. Возможно иногда письмо под диктовку отдельных идеограмм и нескольких простых слов	3
Самостоятельное письмо грубо затруднено. Возможно письмо под диктовку слов и простых фраз, но при этом встречаются частые искажения в виде литеральных парафазий	2
Самостоятельное письмо возможно, но отражает особенности экспрессивной речи больного. Письмо под диктовку сохранено, но осуществляется с параграфиями (пропусками, заменами, перестановками букв и т. д.)	1
Нарушения отсутствуют	0
Всего баллов (сумма)	

Интерпретация теста:

Легкая степень - до 20 баллов

Средняя степень- до 40 баллов

Грубая степень – свыше 40 баллов

Модифицированная методика Е.Н. Роготневой: «Речевая коммуникация:
учебное пособие»

Цель методики: определение состояния речевой коммуникации больных с афазией.

Методика состоит из двух этапов: наблюдение за пациентом во время режимных моментов дня и ведение диалога.

Форма обследования: индивидуальная.

Общая продолжительность: Первый этап – 20 минут, второй этап – 15/20 минут.

Критерии оценивания состояния речевой коммуникации:

1. Инициативность. Является ли речевая коммуникация самостоятельной инициативой человека? Как он реагирует в ситуации, подразумевающей речевую коммуникацию?

- 3 балла – активно вступает в речевую коммуникацию, заинтересован в общении.
- 2 балла – без затруднений поддерживает коммуникацию, но очень редко (или никогда) является инициатором.
- 1 балл – коммуницирует только в крайней необходимости, предпочитает игнорировать речевое общение.

2. Правильность. Правильность – это соблюдение языковых норм.

Правильной является речь, которая согласуется с нормами языка – произносительными, грамматическими, стилистическими. В соответствии с этими нормами надо говорить, например, поезжай, а не ехай; квартАл, а не квАртал; и т.д.

- 3 балла – соблюдение языковых норм.

- о 2 балла – возможны редкие ошибки, которые больной сам замечает и может исправить.

- о 1 балл – несоблюдение языковых норм, больной не замечает ошибки и не может исправить.

3. Коммуникативная целесообразность. Недостаточно говорить или писать правильно, нужно еще уметь употреблять слова и выражения в соответствующих коммуникативных ситуациях.

- о 3 балла – речь полностью соответствует ситуации общения.

- о 2 балла – в целом речь соответствует ситуации общения, но присутствует неустойчивость/частая, необоснованная сменяемость тем разговора.

- о 1 балл – несоответствие разговорной речи, больного заданной теме/ситуации.

4. Точность высказывания. В этом понятии выделяются два аспекта: точность в отражении действительности и точность выражения мысли в слове. Первый аспект связан с истинностью речевого высказывания (правда или ложь). Во втором аспекте возможны следующие недостатки: отсутствие конкретности (высказывание типа «Кто-то кое-где у нас порой ...»), смешение близких по звучанию, но разных по значению слов, которые называются паронимами (осудит – обсудит, представит – предоставит).

- о 3 балла – высказывания «правдивы» и точны.

- о 2 балла – возможны редкие оговорки, которые больной сам замечает и может исправить.

- о 1 балл – высказывания не соответствуют действительности и/или не конкретны.

5. Логичность изложения. Высказывание должно отражать логику действительности, логику мысли и характеризоваться логикой речевого выражения. Логичность мысли означает верность отражения фактов

действительности и их связей (причина – следствие, различие – сходство и т.д.), обоснованность выдвигаемой гипотезы, наличие аргументов за и против, сведение аргументов к выводу, доказывающему или опровергающему гипотезу. Примерами нарушения логики высказывания являются известные фразы «В огороде бузина, а в Киеве дядька» или «Шел дождь и два студента, один – в университет, другой - в галошах».

- о 3 балла – логика высказываний не нарушена.

- о 2 балла – возможны редкие нарушения в построении логики высказывания, которые больной сам замечает и может исправить.

- о 1 балл – грубые нарушения построения логики высказывания.

6. Выразительность речи. Под выразительностью понимают такие особенности структуры речи, которые поддерживают внимание и интерес у слушателей и читателей. Выразительность бывает информационной (когда слушателей заинтересовывает сообщаемая информация) и эмоциональной (когда слушателей заинтересовывают способ изложения, жесты, мимика, манера исполнения и т.п.).

- о 3 балла – речь выразительная, сопровождается богатой мимикой, жестами.

- о 2 балла – Интонирование и жестикуляция снижены, проявляются редко, в моменты сильной заинтересованности.

- о 1 балл – речь «бесцветная», ровная. Жесты, мимика, интонация не выражены.

7. Разнообразие средств выражения. Это требование выполняется, когда в речи используется большое количество синонимов, когда у говорящего или пишущего большой объем и высокая активность лексического запаса.

- о 3 балла – объем и активность лексического запаса не нарушено

о 2 балла – есть трудности подбора не частотных слов, названий предметов, действий, качеств.

о 1 балл – употребляет только частотные слова и фразы.

После набранное количество баллов сравнивается с нормативными данными данной методики и определяется состояние речевой коммуникации больных с афазией.

21-19 баллов высокий уровень речевой коммуникации. Владение нормами устного и письменного литературного языка (правилами произношения, ударения, словоупотребления, грамматики, стилистики), а также умение использовать выразительные средства языка в различных условиях общения в соответствии с целями и содержанием речи сохранено.

18-13 баллов средний уровень речевой коммуникации. Редко является инициатором речевой коммуникации, возможно периодически несоблюдение языковых норм, трудности подбора не частотных слов, предметов, действий, качеств. Отмечаются незначительные трудности построения логики высказывания, точности.

12 баллов и ниже. Низкий уровень речевой коммуникации. Старается избежать ситуаций общения, грубые нарушения построения логики высказывания, фраза может быть оторвана от контекста, основная мысль часто не понятна собеседнику.

Таким образом, составленная методика позволяет системно оценить состояние речевой коммуникации больных с афазией, учитывая необходимые для конструктивного общения речевых и невербальных средств в соответствии ситуации общения, социальным, психологическим, информационным обстоятельствам.

Пример логопедического заключения

ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациент: Н.С

Возраст: 53 года

Клинический диагноз: ОНМК по ИТ.

На основании жалоб пациента Н. С., анамнеза, объективного осмотра, дополнительных методов обследования, пациент проходил курс логопедической реабилитации. При последнем обследовании вербальный контакт затруднен в силу речевых нарушений пациента, динамика работы нестабильна. Глотание и фонация не нарушены. Психическая активность, критика и мотивация снижены. Ориентация в пространстве и времени не стабильна. Называние и показ предметов затруднены, требуется время на ответы, инструкции выполняет правильно. Объем слухоречевой памяти заметно снижен. Речевая активность снижена, нуждается в стимуляции извне.

Объективно:

Импрессивная речь: понимание ситуативной и диалогической речи нарушено, присутствуют элементы отчуждения слов. Понимание сложной

внеситуативной речи доступно, но затруднено. Выполнение многокомпонентных инструкций затруднено, требуется время на переключение.

Экспрессивная речь: нарушена, произнесение отдельных слов и фраз доступно. В речи присутствуют литеральные парафазии, эмболы, персервации.

Автоматизированная и дезавтоматизированная речь: доступна, имеются трудности в повторной дезавтоматизированной речи.

Артикуляционный праксис: артикуляционная апраксия не грубой степени выраженности. Девиация языка вправо, подвижность мягкого неба сохранна. Саливация повышена. Ряд артикуляционных упражнений доступен к самостоятельному выполнению.

Чтение: нарушено, сопровождается большими произносительными трудностями, поиском верного произношения. Присутствует чтение по догадке. Наблюдаются стереотипы, понимание искажено. Имеются пропуски окончаний и замены.

Письмо: нарушено, прослеживаются замены, пропуски, перестановки, в состоянии списывать слова и фразы с ошибками, письмо под диктовку значительно затруднено, пациент способен написать слово с обилием грамматических ошибок, нарушена связь между артикулемой и графемой.

Речевой статус: афферентная моторная афазия средней степени выраженности

По шкале Л.И. Вассермана: 38 баллов (средняя степень тяжести)

Рекомендации:

- работа над преодолением расстройств понимания ситуативной и бытовой речи;
- растормаживание произносительной стороны речи;

- стимулирование простых коммуникативных видов речи;
- стимулирование глобального чтения и письма.

Приложение 4

Протокол обследования уровня речевой коммуникации

1.ЭКСПРЕССИВНАЯ РЕЧЬ

№	Задание	Обследования	
		1-е	2-е
1	Спонтанная речь		
2	Диалогическая речь		
3	Автоматизированная речь		
4	Повествовательная речь		

	слогов, слови звукоочетаний		
14	Повторение простых и сложных слов		
15	Повторение простых 2-х и 3-х сложных предложений		
16	Повторение развернутых и сложных предложений		
17	Повторение серии слов, не связанных по смыслу		
18	Повторение серии слов-тиграмм		

2.ПОНИМАНИЕ РЕЧИ

	выраженных двумя предложениями		
9	Понимание конструкций родительного падежа		
10	Понимание инвертированных конструкций		
11	Понимание проб Хеда		
	ФОНЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ		
12	Определение количества букв в словах		
13	Определение первой и последней букв в словах		
14	Анализ слов по одной фонеме		
15	Анализ слов по двум фонемам		

	СРЕДНИЙ БАЛЛ		
--	---------------------	--	--

4.ЧТЕНИЕ

1	Чтение идеограмм		
2	Чтение букв в наборе, выполненном разными шрифтами		
3	Чтение букв в слух		
4	Классификация букв, написанных разными шрифтами		

2	Письмо чисел		
3	Автоматизированные счетные операции		
4	Сложение и вычитание однозначных и двузначных чисел		
5	Письменный счет		
6	Решение простых задач		
	СРЕДНИЙ БАЛЛ		

8	Рисование геометрических фигур и графических стереотипов в левом поле зрения(для праворуких)		
	ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРАКСИС		
9	Проба « кулак-ладонь-ребро» по зрительному показу		
10	Усвоение заданной последовательности движений пальцев по проприоцептивному показу(глаза испытуемого закрыты, каждое задание выполняется 3 раза)		
11	Усвоение заданной последовательности		

4	Узнавание времени на «слепом» циферблате		
5	Установка стрелок часов по вербальной инструкции		
	СРЕДНИЙ БАЛЛ		

Приложение 5

План по восстановлению речевой коммуникации с учётом формы и тяжести афазии.

МОТОРНАЯ АФАЗИЯ АФФЕРЕНТНОГО ТИПА

Стадия грубых расстройств

- преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи;
- растормаживание произносительной стороны речи;

- стимулировать простых коммуникативных видов речи;
- стимулировать глобального чтения и письма.

Стадия расстройств средней степени выраженности

- преодоление расстройств произносительной стороны речи;
- восстановление и коррекция фразовой речи;
- работа над семантикой слова;
- восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.

Стадия легких расстройств

- 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

- восстановление связи «артикулема-фонема»;
- восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова;
- восстановление навыка развернутой письменной речи.

МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ЭФФЕРЕНТНОГО ТИПА

Стадия грубых расстройств - восстановительная программа та же, что и при афферентной моторной афазии.

Стадия расстройств средней степени выраженности

- преодоление расстройств произносительной стороны речи;
- восстановление фразовой речи.

Стадия легких расстройств

- 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

- восстановление способности к анализу звуко-ритмической стороны слова;
- восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова;
- восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова;
- восстановление навыка развернутой письменной речи.

ДИНАМИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Стадия грубых расстройств

- повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой инактивности, организация произвольного внимания;
- стимулирование простых видов коммуникативной речи;
- преодоление расстройств речевого программирования;
- преодоление расстройств грамматического структурирования;
- стимулирование письменной речи.

Стадия расстройств средней степени выраженности

- восстановление коммуникативной фразовой речи;
- преодоление perseverаций в самостоятельном устном и письменном высказывании.

Стадия расстройств легкой степени выраженности

- восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи.

СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ

Стадия грубых расстройств

- накопление обиходного пассивного словаря;
- стимуляция понимания ситуативной фразовой речи;
- подготовка к восстановлению письменной речи.

Стадия расстройств средней степени

- восстановление фонематического слуха;
- восстановление понимания значения слова;
- преодоление расстройств устной речи;
- восстановление письменной речи.

Стадия легких расстройств

- восстановление понимания развернутой речи;
- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;
- коррекция устной речи;
- дальнейшее восстановление чтения и письма.

АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Стадия расстройств средней и легкой степени выраженности

- расширение рамок слухового восприятия; - преодоление слабости слухоречевых следов;
- преодоление трудностей называния.
- организация развернутого высказывания.

СЕМАНТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Стадия расстройств средней и легкой степени выраженности

- преодоление пространственной апрактогнозии;
- восстановление способности понимания слов с пространственным значением;
- конструирование сложноподчиненных предложений;
- восстановление способности понимания логико-грамматических ситуаций;
- работа над развернутым высказыванием.