

Министерство социальной политики Свердловской области
Государственное бюджетное учреждение Свердловской области
«Областной центр реабилитации инвалидов»

**Методы восстановления речи при
эфферентной моторной афазии**

Методическое пособие

Екатеринбург, 2012

Согласовано:

Методическим Советом по социальной реабилитации в государственных учреждениях социального обслуживания населения Свердловской области
протокол № 3
от « 22 » июля _____ 2012г.

Согласовано:

Научно – методическим советом ГБУ
СО «Областной центр реабилитации инвалидов»
протокол № 4
от « 25 » июня _____ 2012г.

Утверждено:

Директор ГБУ СО «Областной центр реабилитации инвалидов»

_____ А.В. Завражнов

« » _____ 2012г.

Содержание

Введение.....	4
1. Теоретические основы коррекционной работы логопеда при восстановлении речи у клиентов с эфферентной моторной афазией	5
1.1. Список специальных терминов	5
1.2. Понятие афазии. Этиология афазии. Классификация форм афазии по А. Р. Лурия	5
2. Методы восстановления речи при эфферентной моторной афазии	7
2.1. Невербальные методы восстановления высших психических функций.....	10
2.2. Процедура применения приёмов.	12
2.3. Речевые статусы	14
3. Заключение	19
3.1. Методики диагностики. Оценка результатов восстановления речи при эфферентной моторной афазии.....	20
4. Список литературы	23

Введение

Наиболее частым последствием инсульта черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства и других являются нарушения речевой функции, проявляющиеся в форме афазий и дизартрий. По данным ВОЗ, 30 % перенёсших инсульт составляют лица трудоспособного возраста. Криминогенная обстановка в стране, участие российских граждан в войнах значительно увеличивают число лиц с последствиями черепно - мозговой травмы. 70 - 80 % лиц, перенёсших инсульт или получивших черепно - мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность. В результате нарушения речи и расстройств двигательной сферы переводятся на инвалидность 2 или 3 группы без права работы. При этом важнейшим фактором при определении инвалидности является именно нарушение речи.

Цель пособия: раскрытие опыта проведения восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии.

Целевая группа клиентов: инвалиды и граждане пожилого возраста, имеющие нарушения речи по типу эфферентной моторной афазии, имеющие ограничения по общению в рамках функционального класса с первого по четвертый в зависимости от степени дефекта.

Пособие предназначено логопедам, работающим с данной категорией граждан в учреждениях социальной защиты населения.

1. Теоретические основы коррекционной работы логопеда при восстановлении речи у клиентов с эфферентной моторной афазией

1.1. Список специальных терминов

Апраксия - это неспособность к произвольной практической предметной деятельности, упроченной ранее.

Неречевая апраксия подразделяется на чувствительную - **кинестетическую, афферентную**, и двигательную - **кинетическую, эфферентную**.

Кинестетическая (афферентная) апраксия состоит в потере способности распознавать (узнавать) предметы на ощупь, несмотря на то, что первичное тактильное чувство у них имеется.

Кинетическая (эфферентная) апраксия проявляется в неспособности совершать предметные действия, особенно без предмета.

Артикуляторная апраксия состоит в неспособности членораздельно говорить, является первичным дефектом моторных афазий.

Афферентная артикуляторная апраксия связана с поражением теменной (постцентральной) коры, а точнее, с деятельностью вторичных полей данной области мозга, которые ответственны за реализацию отдельных поз. Несостоятельность в воспроизведении **единых** поз носит название **афферентной (кинестетической) апраксии**. Характерными проявлениями кинестетической апраксии являются поиски позы, состоящие в хаотических движениях органов артикуляции.

Эфферентная артикуляционная апраксия – это несостоятельность в воспроизведении серии движений обозначается как **кинетическая эфферентная апраксия**. Её возникновение связывается с поражением вторичных полей коры премоторной (прецентральной) области. Лица с кинетической, эфферентной апраксией затрудняются в воспроизведении серии практических актов, представляющих собой определённую двигательную программу.

1.2. Понятие афазии. Этиология афазии. Классификация форм афазии по А. Р. Лурия

Афазия - это системное нарушение речи, состоящее в полной или частичной потере речи и обусловленное локальным поражением одной или более речевых зон мозга. В подавляющем большинстве случаев афазия возникает у взрослых людей, однако возможна и у детей, если поражение мозга произошло после того, как речь хотя бы частично сформировалась.

Понятие афазия сводится к признанию:

- Системности речевого расстройства, которая подразумевает наличие первичного дефекта и вытекающих из него вторичных нарушений речи, охватывающих все языковые уровни (фонетику, лексику, грамматику);

- Обязательного нарушения процессов не только внешней, но и внутренней речи.

Афазия может иметь разную этиологию: сосудистую; травматическую (черепно - мозговая травма); опухолевую. Сосудистые поражение мозга имеют различные названия: инсульты, или инфаркты мозга, или нарушения мозгового кровообращения. Они, в свою очередь, делятся на подвиды. Основными видами инсультов (инфарктов мозга, нарушений мозгового кровообращения) являются ишемия или геморрагия. Термин "*ишемия*" означает голодание, а термин "*геморрагия*" - кровоизлияние.

Причиной ишемии могут являться:

- стенозы (сужение сосудов мозга), в результате чего затруднено прохождение крови по сосудистому руслу;

- тромбозы, эмболии или тромболии, перекрывающие сосудистое русло (тромб - это сгусток крови, играющий роль "затычки", эмбол - инородное тело (пузырёк воздуха, оторвавшийся кусочек дряблой ткани больного органа, даже сердца); тромбоз – эмболии - это те же эмболы, но обволакиваемые сгустками крови).

- склеротические "бляшки" на стенках сосудов, препятствующие кровотоку;

- длительная артериальная гипотония, когда стенки сосудов не получают необходимого напора крови, ослабевают и опадают, становясь неспособными проталкивать кровь.

Классификация форм афазии по А. Р. Лурия:

1. Моторная афазия афферентного типа.
2. Моторная афазия эфферентного типа.
3. Динамическая афазия.
4. Сенсорная (акустико - гностическая) афазия.
5. Акустико - мнестическая афазия.
6. Семантическая афазия.

2. Методы восстановления речи при эфферентной моторной афазии

Современная физиология рассматривает процессы не только как эффорные акты, как предполагали Брока и его современники. Фундаментальные исследования Л.В.Орбели, П.К.Анохина, Н.А.Бернштейна показали, что организация двигательного акта имеет афферентное (настраивающее) и эфферентное (реализующее) звено, причём каждое из них имеет свою особую функцию в организации движений. Экспрессивная речь, представляющая собой сложный двигательный акт, включает в свой состав (на уровне моторной её организации) как систему афферентных синтезов, создающих нужные материальные схемы артикуляций, так и систему эфферентных аппаратов, реализующих речь и позволяющих превратить её в плавный кинетический процесс. Этот процесс и нарушается при поражении передних отделов моторно – речевой зоны Брока (44 поле). Главный дефект проявляется в утере возможности быстро и плавно переключаться с одного звена артикулируемой речи к последующему; патологическая инертность, возникающая в этих случаях в речевых зонах двигательной коры, может привести здесь к тому, что клиент хорошо произносящий отдельный звук, артикуляция которого потенциально сохранна, не может перейти к последующему и вместо этого продолжает артикулировать прежний звук, либо даёт контаминацию (сплав) предшествующего звука с нужным. В результате таких нарушений динамические схемы произносимого слова разрушаются, и возникает так называемая эфферентная (или кинетическая) моторная афазия.

Центральная задача, которая в этих случаях стоит перед логопедом, заключается в преодолении патологической инертности и восстановлении динамической схемы произносимого слова, которая бы позволила плавно переходить от одной артикуляции к другой.

Цель методик – восстановление устной речи, письма и чтения, т.е. восстановление вербальных форм коммуникации. Она может быть реализована при решении конкретных задач:

1. общего растормаживания речи;
2. преодоления персевераций, эхололий;
3. восстановления общей психической и вербальной активности.

Первая стадия восстановительного обучения. Задача – восстановление способности активного выделения и произнесения слова или ряда слов из упрощенных автоматизированных речевых рядов. Цель – снятие грубых персевераций, эхололий, растормаживания речи. Для этого необходимы такие методы обучения, которые бы способствовали переводу речи на произвольный уровень, т.е. к осознанию своей речи и произвольному говорению. Этот произвольный осознанный способ говорения может создать необходимые условия для преодоления персевераций. Этой же задаче служит и второй способ – переключение сознания с произносительной стороны речи на её смысловую сторону. Восстановительное обучение при этой форме афазии начинается с методов

общего растормаживающего влияния на речевые механизмы. Однако уже на этой первой стадии обучения при эфферентной моторной афазии центральной задачей является активное выделение отдельных слов из привычных упроченных в прошлом опыте речевых рядов. Это умение отрабатывается в процессе постепенного применения определённой системы методов (или системы приёмов). Восстановительное обучение начинается с пассивного построения известных речевых рядов сопряжено - отражённым методом. Персеверации продлеваются здесь приёмом напевного и протяжно о повторения каждого слова из ряда; тем самым повторение отдельного слова оказывается отставленным во времени. Это вырабатывает у клиента плавную, замедленную и протяжную речь. После завершения работы, в процессе которой клиент преодолевает персеверации, переходят к восстановлению некоторой активности речи. Для этого применяется метод дополнения фразы до целого, который используется здесь в целях восстановления произнесения отдельного слова из фразы: Жил старик со своею ... у самого синего... и т.д. Затем логопед усложняет задание. Клиент должен дополнить фразу с пропусками в любом её месте, а позже и самостоятельно произносить отдельные слова речевого ряда про себя или шёпотом вслед за логопедом, чтобы в нужный момент перейти на громкую речь. Например, педагог произносит - 1, 2, 3, 4, ... клиент- 5, 6, 7, 8 и т.д. Также ведётся работа с использованием песен, стихотворений и т.д. Это позволяет перейти к восстановлению самостоятельного произнесения отдельных слов, клиент должен включаться в речь вначале шёпотом, проговаривая нужные слова. Так, чтобы назвать третий, пятый день недели или какую-либо цифру, нужно шёпотом произнести предшествующую заданному слову часть ряда, а нужное слово произнести громко. Выделенные таким образом слова закрепляются в ряде упражнений, в которых клиент находит соответствующую картинку, затем записывает слово, а затем его читает. Метод последовательной активации речи применяется более широко на второй стадии обучения. Все описанные методы и упражнения способствуют растормаживанию временно инактивированной речи и появлению активного словаря; они создают основу, на которой возможно дальнейшее направленное восстановление речи. Уже на стадии обучения у клиентов этой группы обнаруживаются отчётливые признаки, указывающие на нарушение грамматического оформления речи. Явления экспрессивного аграмматизма проявляются в неправильном употреблении падежных форм, в частой замене всех падежей нулевой формой слова. Обнаруживается и дефект предикативности речи, выражающийся в большей трудности актуализации глаголов по сравнению с другими словами. Поэтому в целях предупреждения возможности углубления дефекта на второй стадии обучения на него обращается особое внимание.

Вторая стадия обучения. С целью преодоления дефектов в процессе обучения особое внимание обращается на актуализацию глагольных форм речи. Сначала работа опирается на картинки, изображающие действия. Логопед вводит слова, обозначающие действия, в разные смысловые контексты, и клиенту предлагается подобрать к словам предметы, ситуации (изображённые на картинках), отвечающие данным действиям. Эти же слова - действия вычленяются

из стихов, песен. Для этого используются песни, каждая строчка которых заканчивается глаголом (травка зеленеет, солнышко блестит... и т. д.) Проводится также и классификация предметных картинок по принципу «что делает?». Отрабатываемые формы слов на второй стадии закрепляются методом сознательного звукобуквенного анализа их структуры (приёмы: складывание слов из букв разрезной азбуки с последующей их записью, чтением, проговариванием). У клиентов с эфферентной (кинетической) формой моторной афазии возникают аграмматизмы. Поэтому логопеду необходимо провести работу по их предупреждению. Цель работы - восстановить понимание той связи, которая существует между окончаниями слов и определёнными ситуациями. Для этого даются упражнения, где необходимо выполнить определённые действия с одним и тем же предметом, включённым в разные смысловые ситуации (метод классификации флексий). Логопед фиксирует внимание клиента на разных окончаниях слова (дайте карандаш; рисуйте карандашом; положите тетрадь к карандашу; теперь у вас нет карандаша и т.д.). Можно использовать и серии картинок, на которых изображён предмет в разных отношениях к другим предметам. В этом случае клиент должен найти картинку, соответствующую произнесённой логопедом фразе (на столе лежит ложка; нет ложки; ребёнок тянется к ложке; мальчик взял ложку; дети едят ложкой суп и т.д.), и подложить её к каждой картинке. Затем логопед предлагает клиенту самостоятельно разложить картинки по соответствующим окончаниям. Только после такой подготовки импрессивной стороны речи можно переходить к восстановлению активного произнесения слов в нужном падеже. Описанные стадии восстановительного обучения характеризуются тем, что внимание клиента отвлекается от его артикуляции и фиксируется на смысловой организации слова, с одной стороны, и на его ритмико-интонационной структуре-с другой. Для снятия инертности речевых процессов, персевераций используется весьма эффективный метод семантических связей слова. Клиенту предлагаются слова, к которым надо подобрать другие, близкие по заданным признакам (или по семантической общности, или по оппозиции и т.д.). Этот метод сужает поле поиска и направляет сам процесс актуализации нужного слова. Существует много и других методов и приёмов, способствующих снятию персевераций и описанных в литературе, на которых мы не будем останавливаться. Все описанные методы обучения позволяют восстановить способность активного произнесения не только отдельных слов, после таких занятий могут появиться отдельные фразы стереотипного характера, но это как исключение. Специальное же восстановление фразы начинается на следующей стадии, когда для него уже подготовлена почва предыдущей стадией обучения. Методы восстановления связной речи при эфферентной моторной афазии существенно отличаются от методов обучения фразе при афферентной моторной афазии. Это связано с тем, что при эфферентной афазии (кинетической) форме нарушается грамматическое и синтаксическое построение фразы. В основе нарушения лежат не только дефекты серийной организации слов во фразе, но и более глубокие её механизмы, связанные с внутренней речью и активностью речевой деятельности. Подобное нарушение связного высказывания имеет место и при динамической афазии.

2.1. Невербальные методы восстановления высших психических функций

Эффективность растормаживания устной экспрессивной речи невербальными средствами достигается, по-видимому, прежде всего включением правого полушария, имеющего прямое отношение к деятельности с невербальными знаниями, в процесс коммуникации. Одновременное же оперирование вербальной фразой и ее материализованным эквивалентом («фишкой»), а также образной формой слова и фразы (пиктограммой) и жестом, нередко замещающим речь, создает условия для взаимодействия левого и правого полушарий в процессе вербально-невербальной коммуникации.

А. К условно-невербальным методам восстановления невербальной и вербальной коммуникации относятся и **интонационный метод, и метод ритмико-мелодической структуры речи, метод рисования, мимика и жестовая речь, пение, музыка** и др. Все они применяются при грубых формах моторной и сенсорной афазий сначала с целью установления контакта и реализации невербального общения, а позже с целью растормаживания и восстановления речи и речевой деятельности.

Известно, что интонация делает речь коммуникативно законченной, она несет на себе смысл высказывания, она же опосредует восприятие и понимание речи.

Всегда воспринимается как некоторое единство, имеющее то или иное коммуникативное значение — повествования, вопроса, восклицания, полувопроса. Она несет на себе и эмоциональную нагрузку, передавая те или другие эмоциональные состояния говорящего, и является тем самым одним из важных средств общения — передачи и приема сообщения, — его смысла. Интонация как составляющая речи появляется у детей раньше, чем речь, и при афазии нарушается последней. Поэтому использование интонационного метода при афазии является эффективным способом восстановления коммуникации. Этот метод применим ко всем формам афазии и на всех этапах и стадиях восстановления коммуникации клиентов.

Метод ритмико-мелодической структуры речи вначале также способствует установлению невербального контакта с безречевыми клиентами, а позже начинает влиять на растормаживание речи, ее восстановление. Этот метод приобретает особенно большое значение при динамической афазии. «Ритм слова, — писал У. Джеймс, — которое мы ищем, может присутствовать, не выражаясь при этом в звуках, или это может быть неуловимое ощущение начального гласного или согласного, которое манит нас издали, не принимая отчетливых форм. Каждому из нас знакомо ощущение ритма забытого стихотворения, который неотвязно звучит в нашем сознании, и который мы тщетно пытаемся заполнить словами». Опора на ритмику речи позволяет использовать стихотворения с целью восстановления наиболее ритмизированных и менее произвольных форм речи, чем способствует сначала установлению контакта с клиентом и невербальному общению, а позже — восстановлению речи.

Вопросы о невербальных формах коммуникации и их связи с вербальной, о трудностях дифференциации вербальных и невербальных средств воздействия, о механизмах их связи и взаимодействия, о механизмах их нарушения и др. являются малоизученными и очень важными для теории и практики восстановления речи, общения, для социальной реадaptации клиентов с афазией. В реабилитационной практике применяется пение и ритмика, интонации и мелодика; активное рисование и действия с предметами или их изображениями. Они позволяют в начале обучения установить контакт, организовать учебную деятельность и общение клиента, организовать в целом его поведение.

Б. Метод введения в контекст как способ организаций рабочего состояния клиента и его активной деятельности. Дефект той или другой психической функции, возникающий вследствие локального поражения мозга, никогда не протекает изолированно, а находится во взаимосвязи с состоянием всей психической сферы субъекта. Нарушений речи при афазии, как известно, сопровождается личностной реакцией на дефект и некоторыми изменениями самой личности по невротоподобному типу. Нередко у клиентов возникает тревожность, «страх речи», неправильная самооценка, а также и не всегда адекватная оценка своего состояния. То же самое обнаруживается и у клиентов с нарушением гностических функций. У клиентов с локальными поражениями мозга нередко обнаруживаются изменения внимания — нестойкость, трудность его переключения и распределения; имеют место сдвиги и в эмоционально-волевой сфере, изменения в сфере общей и умственной работоспособности.

В. Методы организации деятельности. Сделать человека внимательным — это значит организовать его деятельность. Чтобы повысить общую чувствительность в восприятии клиента, надо прежде всего сконцентрировать его внимание на предмете (явлении, объекте), на задании и создать в его психической сфере состояние «ощущения предстоящих событий».

Для воздействия на общее внимание, его устойчивость и распределение можно воспользоваться классическими методами, широко применяемыми в медицинской психологии (таблицы Шульте, «четвертый лишний», классификация по заданному признаку, визуальные свободные и направленные ассоциации — свободное и заданное рисование предметов и др.)- Эти методы направлены на создание условий для устойчивости внимания и в целом на организацию деятельности клиента. Психологический смысл этих методов заключается в том, что в каждом из них имеется признак, который «ведет» за собой клиента и «держит» его внимание.

Например, прежде чем начать работу над восстановлением понимания речи (при сенсорной, акустико - мнестической и семантической формах афазии) или над восстановлением предметного восприятия у клиентов, создается «ожидание сенсорных событий». Одним из важнейших методов, способствующих созданию этого ощущения, является метод введения в контекст (контекстный метод). Он позволяет сконцентрировать внимание клиента, ввести его в рабочее состояние, подготовить к восприятию материала. Все это повышает в одних случаях точность восприятия и опознания предмета, в других — точность понимания текста. В современной психологии хорошо известно, что основной

чертой восприятия любой модальности является тенденция к избирательному выделению и организации поступающих данных (стимулов), получаемых органами чувств. У клиентов с афазией, агнозией нередко особенность восприятия (избирательность, организация) нарушается по разным причинам. Поэтому в работе с этими клиентами с целью восстановления процесса восприятия или процесса понимания, памяти и других психических функций либо создаются условия, облегчающие организацию и селекцию материала, либо задается готовый способ организации.

Контекст дает дополнительную информацию о том, что будет собой представлять предстоящее задание для клиента путем подачи той конкретной информации, которую он должен воспринять и понять или осознать. П. Линдсей и Д. Норман писали, что контекст — это общая среда, в которую вкраплены воспринимаемые явления, и он задает правила, в соответствии с которыми строится наш перцептивный мир.

Метод введения в контекст при восстановлении понимания речи при сенсорной афазии применяется на первой стадии обучения с целью не только облегчения общения с клиентом, но прежде всего для создания у клиента собственного способа понимания речи, вычленения отдельных слов и фраз, несущих на себе основную информацию. Этот метод включает не только «звучащий контекст», но и «изобразительный», т. е. соответствующую теме беседы сюжетную картинку. Он реализуется с помощью ряда приемов.

Инструкция, правильно составленная и правильно данная клиенту — важнейшее звено во взаимодействии клиента и логопеда, а также в эффективности обучения. В данном случае может быть вербальная инструкция, а в случаях грубого нарушения речи — вербально-невербальная. Дело в том, что клиентам с афазией недостаточно дать инструкцию, но надо помочь ее понять и выполнить. Поэтому нередко, чаще всего в начале обучения, дается вербальная инструкция с опорой на невербальные формы общения — жест, рисование, мимико-интонационные формы общения и т. д.

Устный рассказ логопеда на известную клиенту тему, сначала с опорой на сюжетную картинку, а позже без этой опоры (рассказ может быть записан на магнитофон).

Пересказ клиентом услышанного рассказа путем вопросно-ответного диалога.

Выбор клиентом сюжетной картинки (из 3—4 лежащих перед ним), соответствующей устному рассказу логопеда.

2.2. Процедура применения приёмов.

Процедура применения приемов следующая: а) клиенту сообщается, что сейчас будет беседа, и он должен внимательно слушать (т. е. этой инструкцией клиенту сообщается о том, что будет, и о действиях, которые ему нужно совершить, т. е. слушать); б) затем сообщается тема беседы и дается краткое ее содержание; в) клиенту дается сюжетная картинка, на которую он должен по инструкции смотреть при беседе. На этом заканчивается инструктивная часть метода.

Процедура применения остальных приемов. Устный рассказ: а) логопед рассказывает о лете; б) клиент слушает и по инструкции должен подчеркивать существенные детали картинки, которые в рассказе выделяются голосом, особой интонацией, повтором и т. д.; в) картинка убирается, логопед повторяет рассказ; г) клиент внимательно слушает и с помощью вопросно-ответного диалога переходит к пересказыванию текста — сначала сопряженному, затем отраженному (например, о чем был рассказ? Какая погода летом? Что делают дети летом? Что делают люди на пляже? Кто сажает цветы? И т. д.). Пересказ ведется сначала с опорой на картинку, а позже без нее.

Процедура повторяется, но тема уже другая, далекая от предыдущей, например «Семья». Затем повторяется один из рассказов, но перед клиентом лежат уже три картинки — две из них отработанные, третья нейтральная. Клиент должен найти картинку, соответствующую рассказу.

Метод введения в контекст направлен, с одной стороны, на создание ожидания и готовности клиента к восприятию речи (слушанию), на создание определенного эмоционального состояния, а с другой — на создание условия для реализации конкретных действий: 1) общего и слухового внимания, 2) направленного слушания, 3) попытки дифференцированного восприятия речи. Это возможно благодаря тому, что введение в контекст снимает альтернативы и создает определенное смысловое поле, внутри которого клиент может не только понять общий смысл сообщения (рассказа, беседы), но и выделить отдельные речевые единицы, слова, предложения и понять их значение.

Выделенные таким образом речевые единицы закрепляются в виде упражнений: 1) записывание слов (подписывание картинки); 2) чтение этих слов; 3) их нахождение (указание) в тексте и подчеркивание; 4) придумывание предложений с этими словами с помощью логопеда и др.

Этим методом можно пользоваться и для установления контакта, и для общения с клиентом на первом этапе его обучения.

Если логопед хочет просто что-то сообщить клиенту о чем-то спросить его, то он сначала вводит клиента в контекст, создает у него тем самым готовность к восприятию и чувство ожидания предстоящих сенсорных событий и максимально повышает чувствительность процесса восприятия и внимания.

Этот же метод введения в контекст применяется на первых стадиях восстановления и предметного восприятия при оптической агнозии.

В слуховом, зрительном и тактильном восприятии работает правило: «Если знаешь, что искать, то легче найти». Известно, что если субъект найдет способ организации материала или ему подскажут этот способ, то ему трудно его утратить. Когда у клиентов нарушены психические функции, тогда им с помощью контекста задается и создается способ организации материала, который клиенты не утрачивают, а широко его используют. И только после создания такого способа запоминания и воспроизведения переходят от общих к специальным методам восстановления понимания речи, предметного восприятия, памяти и др. Методом введения в контекст логопед подготавливает клиента, его психическую сферу к определенной стратегии, создает условия для быстрой актуализации состояния ожидания и общего рабочего настроения.

2.3. Речевые статусы

I. Грубая степень выраженности

Спонтанная речь – бедна. Произносительные трудности, проявляющиеся в “застревании” на отдельных фрагментах. Интонация бедная, однообразная.

Речевые автоматизмы – сопряжённый и отражённый прямой счёт.

Повторная речь. Способны к повторению отдельных звуков с опорой на артикуляционный образ, по акустическому образцу. Повторение слогов затруднено из-за трудностей артикуляционных переключений. Воспроизведение слова не удаётся.

Диалогическая речь – не доступна.

Называние – персеверации.

Фраза по сюжетной картинке не доступно.

Пересказ текста затруднён.

Понимание речи – неполное.

Объём слухоречевой памяти – снижен.

Чтение – отсутствует.

Письмо – нарушено.

Задачи:

1. Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи:
 - Показ картинок и реальных предметов с называнием их
 - Классификация слов по темам с опорой на картинку
 - Ответы утвердительно или отрицательно жестом на простые ситуационные вопросы
2. Растормаживание произносительной стороны речи:
 - Сопряжённое, отражённое и самостоятельное произнесение автоматизированных рядов, моделирование ситуаций
 - Сопряжённое, отражённое произнесение простых слов и фраз
3. Стимулирование простых коммуникативных видов речи:
 - Ответы на вопросы
 - Моделирование ситуаций способствующих вызову коммуникативных слов
4. Стимулирование глобального чтения и письма:
 - Раскладывание подписей под картинками
 - Сопряжённое чтение и письмо привычных слов

II. Средняя степень выраженности

Спонтанная речь – в состоянии передать в общих чертах свою мысль. Однако, фразовая речь практически отсутствует. У некоторых клиентов (Кирилл Б., Андрей Ф.) имеется аграмматизм типа “телеграфного стиля”. Словарь представлен в основном существительными, частотными глаголами в инфинитиве. В сложных по звуковой структуре слова выраженные трудности артикуляци-

онных переключений. Интонационный рисунок бедный. Имеются ошибки в ударениях. В целом в высказывании отсутствует плавность, оно носит разорванный характер.

Речевые автоматизмы – сохранены.

Повторная речь. Нарушена не грубо. Справляются с повторением звуков, слов и простых фраз. Однако, в более сложных по синтаксической структуре фразах допускаются аграмматизмы. Имеются артикуляционные трудности при произношении слов. С трудом передают интонацию вопроса, восклицания.

Диалогическая речь. Способны участвовать в ситуативном диалоге. Частые эхололии, прямое использование текста вопроса для ответа. Может наблюдаться стереотипность ответов, персеверации (застывания на фрагментах предыдущих ответов). Выраженные трудности переключения с одного фрагмента на другой. Наиболее доступен ситуативный диалог.

Называние. Нарушено не грубо. Однако трудности звуковой (артикуляционной) организации слова довольно значительны. Отсутствует способность воспроизводить слова на основе их кинестетических мелодий. Слоговая структура нарушена.

Фраза по сюжетной картинке. Справляются с составлением по сюжетной картинке фраз относительно простых грамматических моделей. Встречаются отдельные аграмматизмы.

Пересказ текстов. Сходность с дефектами афферентной моторной афазией. Лишены полноценных артикуляционных опор.

Понимание речи. Особенности понимания речи менее выражены и аналогичны особенностям нарушения понимания речи у клиентов с грубой эфферентной моторной афазией.

Объём слухоречевой памяти. Клинические проявления как при афферентной моторной афазии. Сужен за счёт трудностей проговаривания, подкрепляющего процесс удержания воспринимаемого акустического ряда.

Состояние функций чтения. Сохранено в значительной степени.

Состояние функций письма. В письме под диктовку допускают большое число литеральных парафазий в виде персевераций, пропусков не только согласных, но и гласных звуков. Это обусловлено нарушениями звукобуквенного анализа состава слова.

Задачи.

1. Преодоление расстройств произносительной стороны речи:
 - Выделение звука из слова
 - Автоматизация отдельных артикулен в словах с различной слогоритмической структурой
 - Преодоление литеральных парафазий путём подбора сначала дискретных, а затем постепенно сближающихся по артикуляции звуков
2. Восстановление и коррекция фразовой речи:
 - Восстановление фраз по сюжетной картинке от простых моделей (субъект – предикат - объект) к более сложным включающим объекты с предлогами, отрицающих слова и прочее
 - Составление фраз по вопросам, по опорным словам

- Экстериоризация грамматико-смысловых связей предиката: “кто?”, “зачем?”, “когда?”, “куда?” и т.д.
 - Заполнение пропусков во фразе с грамматическими изменениями слова
 - Развёрнутые ответы на вопросы
 - Составление рассказов по серии сюжетных картинок
 - Пересказ текстов с опорой на вопросы
3. Работа над семантикой слова:
- Выработка обобщённых понятий
 - Смысловое обыгрывание слов (предметная и глагольная лексика) путём включения их в различные смысловые контексты
 - Заполнение пропусков во фразе
 - Завершение предложений разными словами подходящими по смыслу
 - Подбор антонимов, синонимов
4. Восстановление аналитико-синтетического письма и чтения:
- Звукобуквенный состав слова, его анализ (одно – двух - трёхсложные слова) с опорой на схемы, передающие слоговую и звукобуквенную структуру слова, постепенное свёртывание числа внешних опор
 - Заполнение пропущенных букв и слогов в словах
 - Списывание слов, фраз и небольших текстов с установкой на самоконтроль и самостоятельное исправление ошибок
 - Чтение и письмо под диктовку слов с постепенно усложняющейся звуковой структурой простых фраз, а также отдельных слогов и букв
 - Заполнение пропущенных слов отработанных устно

III. Слабая степень выраженности

Состояние орального и артикуляционного праксисов. Иногда псевдоскандированность речи, т.е. произнесение по слогам.

Спонтанная речь. Довольно развёрнута, фраза однообразна по синтаксической структуре, однако отмечается большое количество речевых штампов, маскирующих трудности речевого программирования. Выявляются отдельные аграмматизмы. Словарный состав разнообразный. Высказывание не всегда носит ситуативный характер. Возможна монологическая речь на определённые темы.

Речевые автоматизмы. Сохранены.

Повторная речь. С незначительными произносительными трудностями, проявляющимися в отсутствии плавных артикуляторных переходов внутри слова (тенденция к послоговому произнесению).

Диалогическая речь. В общем сохранена и близка к норме, хотя нередко остаётся некоторая стереотипность формулировок, недостаточная развёрнутость вопросно-ответных видов речи. Имеются специфические произносительные трудности.

Называние. В общем сохранено, однако имеется определённый словарный дефицит. Редко продуцируют малочастотные названия, избегают слов со сложной звуковой структурой.

Фраза по сюжетной картинке. Справляются с составлением по сюжетной картинке фраз относительно простых грамматических моделей. Встречаются отдельные аграмматизмы.

Пересказ текстов. Сопровождается отдельными трудностями конструирования фразы, имеются элементы аграмматизма типа телеграфного стиля. Высказывания несколько бедны просадически, есть отдельные артикуляционные застревания.

Понимание речи. Менее выражены и аналогичны особенностям нарушения речи у клиентов с грубой эфферентной моторной афазией.

Объём слухоречевой памяти. Практически не сужен.

Чтение. В значительной степени сохранна.

Письмо. В письме под диктовку допускают большое количество литеральных парафазий, выступающих в виде персевераций, пропусков не только согласных, но и гласных звуков. Это обусловлено нарушением звукобуквенного состава слова.

Задачи:

Акцент делается на:

1. Восстановление способности к анализу звукоритмической стороны слова:

- Дифференциация слов по длине и слоговому составу
- Выделение ударного слога
- Подбор слов идентичных по звукоритмической структуре
- Выделение идентичных элементов в словах – слогов, марфем и, в особенности, окончаний (подчёркивание их, выписывание и т.д.)

2. Восстановление способности звукобуквенному анализу состава слова.
3. Восстановление навыка слияния букв в слоге, слогов в слова.
4. Восстановление навыков развёрнутой письменной речи
 - Письмо слов различной звуковой структуры с опорой на предметную картинку и без неё:
 - a) Под диктовку
 - b) При назывании предмета и действия
 - Письмо предложений:
 - a) По памяти
 - b) Под диктовку
 - c) В виде письменного высказывания по сюжетной картинке в целях коммуникации с окружающими
 - Письменное изложение и сочинение

3. Заключение.

Существуют две зоны, являющиеся мозговой основой речи – передняя и задняя речевые зоны.

Поражение передней речевой зоны ведёт в возникновению двух форм афазии – эфферентной моторной и динамической.

Моторная афазии является неоднородной группой речевых расстройств. В настоящее время рассматриваются две формы моторной афазии, в основе которых лежат разные нейрофизиологические, психофизиологические и психологические механизмы. Локализация поражений мозга при этих формах афазии также расположена в различных областях мозга – задняя треть нижней лобной извилины (заднелобные отделы левого полушария, 44 поле Брока – эфферентная моторная афазия) и нижнетеменные отделы (эфферентная моторная афазия).

Главный механизм дефекта при эфферентной моторной афазии лежит в сфере кинетической основы речи. При этой форме афазии обнаруживается утеря способности к плавному и быстрому переключению с одного элемента речи на другой.

Центральной задачей восстановительного обучения является преодоление инертности, дефекта переключений и персевераций речевом процессе. Целью является восстановление устной и письменной речи, а главное – восстановление способности к вербальной коммуникации.

Задачей первой стадии восстановительного обучения является преодоление персевераций, эхоталий, инертности в речевом процессе и восстановление произвольности произнесения отдельных слов.

Эффективными методами восстановительного обучения в этих случаях патологии речи являются методы, представленные в данном методическом пособии, такие как :

1) активное выделение отдельных слов из привычных автоматизированных речевых рядов (счёт, называние дней недели и т.д.);

2) дополнение незаконченной фразы;

3) активное включение в прерванный логопедом звучащий речевой ряд;

4) невербальные методы: пение, произнесение стихотворений с использованием ритмико – мелодического метода, метода интонации, мимика, рисование, введение в контекст.

Задачей второй стадии является восстановление предикативности речи с помощью работы над актуализацией глаголов:

1) дополнение незаконченных стихотворных (песенных) фраз;

2) классификация предметных картинок по признаку действия и т.д.

3.1. Методики диагностики. Оценка результатов восстановления речи при эфферентной моторной афазии.

**Методики выходной диагностики:
Т.Г. Визель. Нейропсихологическое обследование.**

1. Импрессивная речь.

1.1. Понимание речи.

Ситуативный и неситуативный диалог — ответы на вопросы, выполнение устных инструкций.

1.2. Соотнесение названия с предметом — показ предметов и частей тела по названиям.

1.3. Понимание сложно построенной речи — объяснение логико-грамматических конструкций.

2. Экспрессивная речь.

2.1. Автоматизмы порядковой речи — порядковый счет до 10, перечисление дней недели, месяцев, оканчивание хорошо известных пословиц, фраз с жестким контекстом, чтение упроченных с детства стихов, пение хорошо известных песен со словами.

2.2. Аффективно окрашенные автоматизмы типа «ах ты, черт!», «не знаю!», «как же так?!» и пр.

Вывод о наличии или отсутствии таких автоматизмов делается на протяжении всего обследования.

2.3. Соотношение объемов произвольной и непроизвольной речи.

2.4. Повторение.

2.4.1. Повторение звуков, слогов.

2.4.2. Повторение слов и фраз.

2.5. Называние.

2.5.1. Называние предметов

2.5.2. Называние действий и спонтанная речь.

2.6.2. Спонтанная речь в монологе (пересказе, рассказе, импровизации).

2.7. Чтение — букв, слов, фраз, тестов.

2.7.1. Глобальное чтение — узнавание и показывание заданных слов, раскладывание подписей к картинкам.

2.7.2. Аналитическое чтение.

2.8. Письмо — букв, слов, фраз, текстов.

2.8.1. Списывание.

2.8.2. Диктант.

2.8.3. Самостоятельное письмо.

Оценка результатов восстановления речи при эфферентной моторной афазии.

1. При грубой степени выраженности дефекта.

Стали более внимательными, укрепилась установка на занятия и уверенность в их положительном результате.

В спонтанной речи расширяется словарь. Появляются обиходные глаголы. Параллельно удаётся сформировать и частично ввести в речь фразу простую синтаксическую модель, в основном в диалогической речи (ситуативной).

В произносительной сфере появилась возможность простых артикуляторных переключений на уровне слога, слова, простого по звуковой структуре. Появилось ощущение абриса трёхсложных слов с открытыми слогами: могут передавать голосом ритм слова, отстукиванием рукой слогов.

В автоматизированной и повторной речи уменьшилось число артикуляторных трудностей (при договаривании пословиц, поговорок и т.д., повторении двух - трёхсложных слов). Появилась возможность составления простой фразы по сюжетной картинке с использованием усвоенных слов и опорой на «фишки».

Уменьшились трудности понимания, связанные с персевераторными застреваниями на отдельных фрагментах воспринимаемого текста. Вместе с тем отмечается оживление чувства языка в отношении его грамматических норм, что способствует расширению возможностей грамматического декодирования. Восстановление чтения - появился навык слияния звуков в слоги, а слогов - в простые слова.

В письме – те же результаты. Появилось письмо под диктовку слогов и простых слов. При этом пишут их не по памяти, а производя специальный звукобуквенный анализ слова.

Справляются они и с заполнением пропущенных букв в простых словах. Однако при этом имеет место выраженный артикуляторный поиск, связанный с переключением от одного слова к другому.

2. При средней степени выраженности дефекта.

Дальнейшее повышение речевой активности. В коммуникативной речи появляются фразы, адекватные ситуации, а следовательно, несколько сглаживается картина аграмматизма «телеграфного стиля». Возрастает активный словарь. Отмечаются улучшения и в произносительной сфере. Целый ряд отработанных слов, а также аналогичных им по звукоритмической структуре, начинают произносить достаточно слитно и «гладко». Богаче становится интонационный рисунок высказывания.

В повторной речи отмечается значительный регресс произносительных расстройств. Более точным становится воспроизведение синтаксической структуры повторяемых фраз. Оживление чувства языка выявляется и в оценке грамматически правильных и деформированных конструкций. При составлении

фразы в диалоге и по сюжетной картинке отмечается дальнейшее «свертывание» внешних опор, необходимых для продуцирования предложения. То же – при пересказе текстов. Клиенты читают предложения и даже короткие тексты. Выявляющиеся при этом произносительные трудности соответствуют характеру артикуляционных дефектов в устной речи в целом. Расширяются возможности звукобуквенного анализа состава слова, а следовательно и функций письма. Пишут под диктовку отработанные слова и простые фразы. При этом возможен самоконтроль и коррекция допущенных ошибок.

3. Лёгкая степень выраженности дефекта.

Клиенты становятся, как правило, достаточно активными в поведении, занимаются охотно, критичны. Появились навыки самоконтроля.

В собственной устной речи удаётся достичь достаточной развёрнутости. Стала возможной не только диалогическая речь, но и монологическая. Морфологический состав высказывания стал разнообразнее, аграмматизмы реже. В значительной мере сглаживаются персеверации. Эхолалии практически отсутствуют. Становится возможным пересказ текстов, составление рассказов по серии сюжетных картинок последовательных с минимальным числом внешних опор. Произносительные трудности возникают относительно редко, проявляясь в сложных артикуляторных условиях.

Чтение восстанавливается практически до нормы. В письменной речи также значительные улучшения: могут написать письмо, сочинение на заданную тему и т.д. В письменной речи – аналогичные трудности планирования развёрнутых текстов и отдельные искажения звуковой структуры слов, вызванные персеверацией.

В целом речь стала достаточно развёрнутой, однако, затруднённой в речедвигательном плане. Обеднённой по словарному составу и набору синтаксических моделей.

Конечным результатом восстановления речи является преодоление дефекта переключения с одной артикуляционной позы на другую. Клиенты меньше застревают на словах, фразах, становятся увереннее. При этом возможен самоконтроль и коррекция допущенных ошибок.

4. Список литературы

1. Актуальные вопросы медицинской психологии. Под ред. М.М. Кабанова. — М., 1974
2. Аствацагуров М.И. Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции. — СПб., 1909
3. Ахутина Т.В. Нарушение актуализации слов у больных с афазией. Т.В.Ахутина, Н.Н. Полонская, Л.С.Цветкова. Вестн. Моск. Ун-та. — Сер. 14, Психология. 1977. № 4,
4. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. — Л., 1964.
5. Бейн Э.С., Гернштейн Э.Н., Руденко З.Я. и др. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. — М.: Медгиз, 1962.
6. Бейн Э.С., Бурлаова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. — М.: Медицина, 1982
7. Бурлакова М.К, Коррекционно-педагогическая работа при афазии. — М.: Просвещение, 1992.
8. Бурлакова М.К. Коррекция сложных речевых расстройств. Сборник упражнений. П М., 1997.
9. Коган В.М. Восстановление речи при афазии. — М., 1962.
10. Кричли М. Афазиология. — М., 1974
11. Лурия А.Р. Травматическая афазия. — М., 1947.
12. Проблемы афазии и восстановительного обучения. /Под ред, Л.С. Цветковой. — М.:Изд-во МГУ,1978.
13. Столярова Л.Г Афазия при мозговом инсульте. — М., 1973
14. Цветкова Л.С. Нарушение работы с литературными текстами у больных с поражением лобных и теменно-затылочных отделов моза.д Сб.: Лобные доли и регуляция психических процессов. — М., 1966.
15. Цветкова Л.С. Мозг и интеллкт. — М., 1981.
16. Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения — М., 2002.
17. Шохор-Тропкая М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. — М., 1972.
18. Шохор-Троцкая М.К. (Бурлакова) Речь и афазия. Методический подход к преодолению речевых расстройств. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, В. Секачев, 2001.
19. Шохор-Троцкая М.К. (Бурлакова) Стратегия и тактика восстановления речи. Нейропсихологическое введение в логопедию, — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, В. Секачев, 2001.