



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

Е.В. Исаева
Е.А. Попкова

АФАЗИЯ

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного пособия*

Магнитогорск
2015

Рецензенты:

Доктор медицинских наук,
профессор кафедры образовательных технологий и дистанционного обучения,
ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет»,
представительство в г. Магнитогорске
Н.А. Антипанова

Кандидат педагогических наук,
доцент кафедры начального образования,
ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»
Т.Г. Неретина

Составители: Исаева Е.В., Попкова Е.А.

Афазия [Электронный ресурс] : учебное пособие / Елена Викторовна Исаева, Евгения Анатольевна Попкова ; ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (0,46 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВПО «МГТУ», 2015. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

Учебное пособие предназначено для студентов V курса специальности «Логопедия» очной и заочной форм обучения, изучающих дисциплину «Логопедия. Афазия», относящуюся к циклу специальных дисциплин курса логопедии. Разработанный материал направлен на формирование у студентов основных представлений о разных формах данного речевого нарушения, о его этиологии и клинических проявлениях; на усвоение методов дифференциальной диагностики, приемов выявления степени выраженности речевых и неречевых нарушений при разных формах афазии, на изучение принципов и методов восстановительного обучения детей и взрослых с афазией.

Тематическое содержание теоретической части учебного пособия раскрывает нейролингвистический подход к данной проблеме; позволяет сделать обзор специальной литературы по проблеме дифференциального диагностирования и преодоления разных форм афазии, овладеть категориально-терминологическим аппаратом курса.

Практическая часть пособия представляет собой перечень вопросов и заданий для студентов, выполнение которых позволит усвоить основные методы и приемы восстановительного обучения при афазии, дифференцировать и систематизировать их в зависимости от этиологии и локализации очага поражения.

Материал учебного пособия может быть использован также специалистами, работающими в области афазии и родственниками больных, перенёсших нарушение мозгового кровообращения.

УДК 376
ББК 443

© Исаева Е.В., Попкова Е.А., 2015
© ФГБОУ ВПО «Магнитогорский
государственный технический
университет им. Г. И. Носова», 2015

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
ПОГРАММНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КУРСА	6
Цели и задачи дисциплины «Логопедия. Афазия»	6
Особенности изучения дисциплины	6
Место курса в системе освоения профессиональной программы	6
Требования к уровню усвоения содержания курса	7
Примерная тематика рефератов и курсовых работ по дисциплине	7
Перечень вопросов к экзамену по курсу	9
1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АФАЗИИ	10
1.1. Определение понятия «афазия». Причины	10
1.2. Понятия «инсульт», «паралич», «парез»	10
1.3. Классификации форм афазии	12
1.4. . Исторический аспект изучения проблемы диагностики и коррекции афазии по материалам зарубежной и отечественной литературы	12
1.5. Отграничение афазии в детском возрасте от сходных состояний: алалии, дизартрии, умственной отсталости, нарушения слуха	13
2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФОРМ АФАЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ, ЛОКАЛИЗАЦИИ, ОЧАГА ПАРАЖЕНИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕФЕКТА	15
2.1. Акустико-гностическая сенсорная афазия	15
2.2. Акустико-мнестическая афазия	16
2.3. Семантическая афазия	18
2.4. Афферентная моторная афазия. Виды афферентной моторной афазии. «Проводниковая» парциальная афферентная моторная афазия	19
2.5. Эфферентная моторная афазия. Варианты эфферентной моторной афазии	21
2.6. Динамическая афазия	23
2.7. Схема обследования больного с афазией. Дифференциальная диагностика форм афазии	24
2.8. Методические рекомендации для студентов по изучению темы 3	26
3. НАПРАВЛЕНИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ АФАЗИИ	26
3.1. Роль компенсаторных функций мозга в процессе восстановления речи при афазии. Типы компенсаций	27
3.2. Основные направления восстановительного обучения при акустико-гностической сенсорной афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени	27
3.3. Основные направления восстановительного обучения при акустико-мнестической афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени	28
3.4. Основные направления восстановительного обучения при <i>семантической афазии</i> . Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени	28
3.5. Основные направления восстановительного обучения при <i>афферентной моторной афазии</i> . Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени	28
3.6. Основные направления восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени	29
3.7. Основные направления восстановительного обучения при динамической афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени	29
3.8. Восстановление процессов письма и чтения при разных формах афазии	29
3.9. Принципы и методические основы коррекционной работы. Роль семьи в реабилитации больных с афазией	30
3.10. Методические рекомендации для студентов по изучению темы	32
4. УХОД ЗА БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	33
4.1. Болезнь и психика	33

4.2. Восстановление двигательных функций после инсульта	34
4.3. Гимнастика после инсульта	37
4.4. Методические рекомендации для студентов по изучению темы.....	39
5. ПРАКТИЧЕСКИЙ БЛОК ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛОГОПЕДИЯ. АФАЗИЯ»	40
5.1. План практического/семинарского занятия	40
5.2. Советы по подготовке к экзамену по дисциплине.....	41
ГЛОССАРИЙ	43
ЛИТЕРАТУРА.....	46

ВВЕДЕНИЕ

Образовательный стандарт высшей профессиональной подготовки учителей-логопедов предполагает изучение студентами V курса дисциплины «Логопедия. Афазия», относящейся к циклу специальных дисциплин курса логопедии. Сложность усвоения теоретического и практического материала данной дисциплины заключается в обширности и многоаспектности учебного материала, что обусловлено многовариативностью проявлений клинической симптоматики разных форм афазии.

Для обобщения и систематизации учебного материала дисциплины нами разработано учебное пособие «Афазия» для студентов отделения «логопедии» очной и заочной формы обучения.

Представленный методический материал направлен на формирование у студентов основных представлений о разных формах данного речевого нарушения, о его этиологии и клинических проявлениях; на усвоение методов дифференциальной диагностики, приемов выявления степени выраженности речевых и неречевых нарушений при разных формах афазии; на изучение принципов и методов восстановительного обучения детей и взрослых с афазией.

Тематическое содержание теоретической части учебного пособия раскрывает нейролингвистический подход к данной проблеме; позволяет сделать обзор специальной литературы по проблеме дифференциального диагностирования и преодоления разных форм афазии, овладеть категориально-терминологическим аппаратом курса.

Практическая часть пособия представляет собой перечень вопросов и заданий для студентов, выполнение которых позволит усвоить основные методы и приемы восстановительного обучения при афазии, дифференцировать и систематизировать их в зависимости от этиологии и локализации очага поражения.

В методическом пособии представлено программное содержание курса «Логопедия. Афазия», отражены основные цели и задачи изучения дисциплины; даны методические рекомендации студентам для успешного усвоения учебного материала; рассмотрены основные теоретические положения коррекционно-восстановительной работы при афазии; представлен цикл практических и семинарских занятий для студентов.

Структура пособия включает в себя содержание, введение, три главы теоретической и практической направленности, глоссарий и список рекомендуемой основной и дополнительной литературы.

Разработанное учебное пособие, имеющее теоретическую и практическую значимость для осуществления коррекционной работы по восстановлению речевой и двигательной сфер больных с афазией, может использоваться в качестве учебного пособия специалистами, работающими в области коррекционно-восстановительной работы при афазии и родственниками больных, перенёсших нарушение мозгового кровообращения.

ПОГРАММНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КУРСА

Программное содержание курса, отражающее основные цели, задачи изучения дисциплины, требования к овладению учебным материалом, выстраивалось в строгом соответствии с Образовательным стандартом дисциплины «Логопедия. Афазия». Образовательный стандарт по рассматриваемой дисциплине включает следующие основные понятия: афазия, история, определение, статистика, нейролингвистический подход, причины и механизмы, классификация, дифференциальная диагностика, речевые и неречевые нарушения, степень выраженности, прогноз, специфика обследования, принципы и методы восстановительного обучения.

Цели и задачи дисциплины «Логопедия. Афазия»

Цель курса заключается в следующем:

сформировать у студентов основные представления о разных формах данного речевого нарушения, о его этиологии и механизме; усвоить методы дифференциальной диагностики, приемы выявления степени выраженности речевых и неречевых нарушений при разных формах афазии, изучить принципы и методы восстановительного обучения детей и взрослых с афазией.

Задачи курса:

- сделать обзор специальной литературы по проблеме дифференциального диагностирования и преодоления разных форм афазии;
- овладеть категориально-терминологическим аппаратом;
- осветить нейролингвистический подход к данной проблеме;
- усвоить основные методы и приемы восстановительного обучения при афазии, систематизировать их в зависимости от этиологии и локализации очага поражения.

Особенности изучения дисциплины

К **особенностям** успешного и результативного изучения дисциплины «Логопедия. Афазия» можно отнести следующие моменты:

- 1) для изучения каждой темы студенты должны обладать знаниями по дисциплинам: основы высшей нервной деятельности, невропатология, психология, психолингвистика, специальные дисциплины медицинского и логопедического цикла;
- 2) при изучении каждой темы студент должен придерживаться следующего порядка:
 - ознакомиться с методическими рекомендациями по усвоению данной темы;
 - изучить учебный материал по теме, используя рекомендуемые учебники, учебные пособия и прилагаемый лекционный материал;
 - качественно выполнить задания практического занятия по теме;
 - подробно изучить вопросы, предлагаемые для самостоятельного рассмотрения;
 - ответить на вопросы для самоконтроля полного усвоения темы;
- 3) переход к изучению новой темы возможен только в случае выполнения всех заданий предыдущих разделов.

Место курса в системе освоения профессиональной программы

Данная дисциплина является составной частью курса логопедии, который входит в федеральный компонент профессиональной образовательной программы подготовки по

специальности «Логопедия», относится к циклу специальных дисциплин. Изучается студентами на 5 курсе в 10 семестре на базе полученных знаний в области логопедии, дисциплин медицинского цикла, психологии, психолингвистики, основ высшей нервной деятельности, невропатологии.

Требования к уровню усвоения содержания курса

По окончании изучения теоретического блока дисциплины студенты должны **знать**: определение понятия «афазия»; историю развития учения об этиологии, патогенезе и восстановительном обучении при афазии; формы афазии в зависимости от этиологии и локализации очага поражения; классификации форм данной речевой патологии; механизм возникновения локального поражения головного мозга; клиническую симптоматику речевых и неречевых нарушений в зависимости от степени выраженности дефекта; методы дифференциальной диагностики форм афазии; основные отличия афазии в детском возрасте от сходных состояний; направления, содержание и принципы восстановительного обучения при каждой форме афазии; сущность нейролингвистического подхода к данной проблеме; специфику обследования больного с афазией; методы и приемы восстановления процессов письма, чтения, счетных операций и двигательных функций; основные направления профилактической и психокоррекционной работы; частные авторские методики коррекции различных форм афазии.

Усвоение практической части дисциплины предполагает формирование у студентов следующих **умений**: проводить дифференциальную диагностику форм афазии; дифференцировать афазии в детском возрасте от сходных состояний, в частности, от алалии, дизартрии, умственной отсталости, нарушения слуха; самостоятельно разрабатывать конспекты групповых и индивидуальных занятий с больными при разных формах и степени выраженности речевых нарушений. В процессе занятий у студентов должна быть сформирована база теоретических знаний в области овладения методами работы с детьми и взрослыми с афазией и практических навыков коррекционно-логопедической работы.

Примерная тематика рефератов и курсовых работ по дисциплине

Для более подробного рассмотрения отдельных вопросов курса, а также для определения направлений исследовательской деятельности студентов предлагается следующая тематика рефератов и курсовых работ:

1. Классификация форм афазии по А. Р. Лурия (6 форм).
2. Методологические основы и приемы восстановления речевых функций у безречевых больных.
3. Восстановление понимания речи при семантической афазии.
4. Методы и приемы коррекционной работы по восстановлению неречевых функций при афазии.
5. Восстановление речи при акустико-мнестической афазии.
6. Практические методы восстановления двигательных функций после инсульта.
7. Методика работы по восстановлению устной речи при афферентной моторной афазии.
8. Клиническая картина «проводниковой» парциальной афферентной моторной афазии.
9. Структура речевого дефекта при акустико-гностической афазии у левшей.
10. Методы и практические приемы логопедической работы по восстановлению устной речи при эфферентной моторной афазии.
11. Восстановление активной устной речи при динамической афазии.
12. Клиническая картина акустико-гностической сенсорной афазии при двустороннем поражении височных долей мозга.

13. Варианты эфферентной моторной афазии (пять реально существующих вариантов; четыре варианта, описанные А. Р. Лурия).
14. Система и специфика обследования больных с афазией.
15. Проблема афазии в зарубежной литературе.
16. Система психолого–педагогического воздействия на личность больного, страдающего афазией.
17. Психокоррекционная работа с семьей больного, страдающего афазией.
18. Клиническая картина и методы восстановительной работы при травматической афазии.

Перечень вопросов к экзамену по курсу

Итоговый контроль усвоения теоретического и практического учебного материала по дисциплине осуществляется в форме экзамена по следующим вопросам:

1. Афазия. Определение, классификация.
2. Характеристики основных форм афазии (по Лурия А. Р.).
3. Организация, методы, этапы восстановительного лечения при афазии.
4. Возможные причины афазии.
5. Клиническая картина акустико-гностической сенсорной афазии.
6. Клиническая картина акустико-мнестической афазии.
7. Клиническая картина семантической афазии.
8. Клиническая картина динамической афазии.
9. Клиническая картина афферентной моторной афазии.
10. Клиническая картина эфферентной моторной афазии.
11. Отличие афазии в детском возрасте от сходных состояний.
12. Роль компенсаторных функций мозга в процессе восстановления речи при афазии.
13. Роль семьи в процессе восстановления речи при афазии.
14. Принципы восстановительной работы при афазии.
15. Восстановление двигательных функций после инсульта.
16. Гимнастика после инсульта.
17. Восстановление неречевых функций при афазии.
18. Восстановление способности произносить звуки речи.
19. Восстановление речевых функций у безречевых больных.
20. Основные направления восстановительного обучения при акустико-гностической сенсорной афазии.
21. Основные направления восстановительного обучения при акустико-мнестической афазии.
22. Основные направления восстановительного обучения при семантической афазии.
23. Основные направления восстановительного обучения при афферентной моторной афазии.
24. Основные направления восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии.
25. Основные направления восстановительного обучения при динамической афазии.
26. Восстановление процессов письма и чтения при разных формах афазии.
27. Коррекция нарушения счетных операций.
28. Схема обследования больного с афазией (по Лурия А. Р.)

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АФАЗИИ

1.1. Определение понятия «афазия». Причины

Афазия — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Афазия — одно из наиболее тяжелых последствий мозговых поражений, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности. Сложность речевого расстройства при афазии зависит от локализации поражения (например, расположение очага поражения при кровоизлиянии в подкорковых отделах мозга позволяет надеяться на спонтанное восстановление речи), величины очага поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности, при левшестве. Реакция личности больного на речевой дефект и особенности преморбидного строения функции (например, степень автоматизации чтения) определяют фон восстановительного обучения.

Причинами возникновения афазии являются нарушения мозгового кровообращения (ишемический, геморрагический инсульт), травмы, опухоли, инфекционные заболевания головного мозга. Афазии сосудистого генеза чаще всего возникают у взрослых людей. В результате разрыва аневризм сосудов головного мозга, тромбоэмболии, вызванных ревматическим пороком сердца, и черепно-мозговых травм афазии нередко наблюдаются у подростков и лиц молодого возраста.

Афазия возникает примерно в трети случаев нарушений мозгового кровообращения. У детей афазия возникает реже, как результат черепно-мозговой травмы, опухолевого образования или осложнения после инфекционной болезни.

В основе любой формы афазии лежит та или иная первично нарушенная нейрофизиологическая и нейропсихологическая предпосылка (например, нарушение динамического или конструктивного праксиса, фонематического слуха, апраксии артикуляционного аппарата и т. п.), которая ведет к специфическому системному нарушению понимания речи, письма, чтения, счета. При афазии специфически системно нарушается реализация разных уровней, сторон, видов речевой деятельности (устная речь, речевая память, фонематический слух, понимание речи, письменная речь, чтение, счет и т.д.).

1.2. Понятия «инсульт», «паралич», «парез»

В переводе с латыни инсульт означает «удар». Как видно, в самом названии заложена внезапность данного явления. Внешне так оно и есть. Только что человек говорил, ходил, работал — и вдруг ему стало плохо, закружилась голова, частично, а то и полностью исчезло сознание. Налицо тяжелые последствия, которые в быту нередко называют «парализацией». Нередко приходится слышать не совсем правильное, но бытующее определение состояния больного: «парализация руки», «парализация ноги», «парализация речи». Более грамотно говорить паралич или парез (частичный паралич) руки, ноги. Следует обратить внимание на то, что не всегда инсульт лишает больного и движения и речи одновременно. Бывает, что страдает рука, или нога, или только речь. Хотя чаще всего при инсультах нарушается движение и того и другого.

Следует иметь в виду, что сведения по этому вопросу изложены в самом общем, упрощенном виде.

Причины инсульта. Человеческий мозг — это предельно сложный механизм, и малейшее нарушение его работы может привести к самым серьезным последствиям, которые не всегда удается до конца устранить.

Если кровоснабжение мозга нарушается, наступает его голодание (ишемия). За несколько минут оно приводит к гибели ткани (инфаркту).

Инфаркт мозга, или ишемический инсульт, возникает при заболеваниях сосудистой стенки — это прежде всего атеросклероз, ревматизм, эндартериит и др. Каждому человеку следует знать, что атеросклероз — это одна из наиболее частых причин гипертонии. Гипертония, в свою очередь, — одна из наиболее частых причин инсульта, т.к. высокое внутричерепное давление может привести к разрывам стенки сосуда. Опасность этого особенно возрастает ночью. С наступлением сна сердечная деятельность сокращается, урежается частота пульса, часть крови уходит в «кровеное депо», и давление крови в сосудистом русле снижается. Склерозированный сосуд не в состоянии обеспечить кровоснабжение соответствующего участка мозговой ткани, и он гибнет.

Иногда бывает, что сосуд закупоривается кусочком склеротической бляшки, ревматического узелка, комочком жира, больного органа, попадающими в кровоток. Это называется эмболией.

Случается, что на стенке сосуда (возле склеротической бляшки) образуется тромб — сгусток свернувшейся крови, препятствующий свободному току крови. Увеличиваясь в размере или во время сосудистого спазма (сжатия), тромб может полностью перекрыть сосуд. Результат понятен.

Вы познакомились с основными причинами инсульта, или иначе, инфаркта мозга (ишемического инсульта): гипертонией, эмболией, тромбозом артерий. Разумеется, они далеко не исчерпывают всех возможных факторов, лежащих в основе инсульта.

Понятие о параличе (парезе). Виды паралича (пареза).

Представим себе, что одна из приведенных выше причин вызвала омертвление участка головного мозга, где расположены нервные клетки (нейроны), посылающие импульсы-приказы мышцам правой руки. Наступающая в результате этого полная обездвиженность данной конечности носит название паралича, а частичная — пареза. Параличи и парезы бывают спастическими и вялыми.

Спастический парез характеризуется напряженностью мышц. При этом сгибатели на конечностях мощнее разгибателей, поэтому пальцы, например, паретичной руки, согнуты, собраны в кулак и разогнуть их больной не в состоянии. Приходится приложить силу, и порой значительную, чтобы выпрямить парализованные пальцы больного или разогнуть руку в локтевом суставе.

На ноге, напротив, мощнее разгибатели, поэтому нога разогнута во всех суставах, носок стремится упереться в пол. Таким образом, одна часть мышц (в частности, руки) постоянно находится в состоянии максимального сокращения, а другая (в частности, ноги) — в состоянии максимального растяжения. И в тех и в других мышцах со временем наступает реакция перерождения, они теряют свою сократительную способность. Перерождению подвержены и бездействующие суставы, движения в них становятся невозможными (анкилоз), появляются мучительные суставные боли.

Нарушение движений (параличи и парезы) у больных с афазией, возникшей в результате перенесенных инсульта или травмы мозга, отмечается, как правило, с одной стороны — правой. Отсутствие или ограничение двигательных функций в правой руке и ноге носит название правостороннего гемипареза (или паралича).

В каждом из полушарий берет начало свой двигательный путь, идущий к исполнительным органам противоположной полушарию стороны тела. Это обусловлено тем, что в определенных местах мозга двигательные пути делают перекрест. А поскольку афазия чаще всего возникает при левополушарных очагах поражения, движения у данной группы больных расстраиваются в правой половине тела: только в руке или только в ноге, или же в руке и ноге одновременно.

Методы восстановления гемипараличей и гемипарезов сложны и в значительной мере отличаются от методов, направленных на разработку движений вообще.

1.3. Классификации форм афазии

Существуют различные классификации афазий: классическая, неврологическая классификация Вернике - Лихтгейма, лингвистические классификации Х. Хэда, В. К. Орфинской и др., каждая из которых отражает уровень развития неврологической, психологической, физиологической и лингвистической наук, характерный для того или иного исторического периода развития учения о речи. В настоящее время общепринятой является нейропсихологическая классификация афазий А. Р. Лурия.

При разных формах афазии по-разному нарушается «парадигматическая» и «синтагматическая» организация импрессивной и экспрессивной речи (А. Р. Лурия, 1975).

А. Р. Лурия различает шесть форм афазий: акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазии, возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга, семантическая афазия и афферентная моторная афазия, возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга, эфферентная моторная афазия и динамическая афазия, возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у правшей).

Афазии, возникающие при поражении верхневисочных и нижнетеменных зон, входящих во второй функциональный блок (А. Р. Лурия, 1979), называются «задними» формами афазии. Это афазии, при которых нарушаются парадигматические отношения. Афазии, возникающие при поражении заднелобных отделов мозга, входящих в третий функциональный блок, называются «передними» афазиями. При этих формах афазии нарушаются синтагматические соотношения.

При поражении речевых зон происходит нарушение так называемой первичной предпосылки, осуществляющей специфическую деятельность соответствующей анализаторной системы. На основе первичного анализаторного нарушения возникает вторичный, также специфический, распад всей функциональной системы языка и речи, т. е. возникает нарушение всех видов речевой деятельности: понимания речи, устной и письменной речи, счета и т. д. Характер и степень нарушения понимания речи, экспрессивной речи, чтения и письма зависят, прежде всего, не от величины очага поражения в коре головного мозга, а от тех гностических (кинестетической, акустической или оптической) предпосылок, которые по-разному вносят свой вклад в реализацию различных речевых процессов.

1.4. Исторический аспект изучения проблемы диагностики и коррекции афазии по материалам зарубежной и отечественной литературы

Афазия, заболевание символического мышления и способности к его выражению, известна давно. Иоганн Вольфганг Гете в *Wilhelm Meister's Apprenticeship* (1796) приводит одно из наиболее ранних описаний. "Неожиданно мой отец перенес паралич; у него отнялись правая сторона тела и речь. Нам приходилось догадываться, что ему нужно, потому что он был не в состоянии выговорить слова, которое хотел. Иногда это было ужасно тяжело для нас: его нетерпение достигало предела, и его состояние трогало меня до глубины души". Только в девятнадцатом столетии начались попытки понять связь этого заболевания с патологией мозга. Врачи, в первую очередь Галль и Пинель в начале века представили точное описание афазии, наступающей за апоплексией (инсультом). Было установлено, что она, безусловно, сопровождается параличом правой стороны тела, что предполагает патологию левого полушария. Вслед за этим были опубликованы работы Марцела Дакса (Marcel Dax), Жан-Батиста Булльера (Jean Baptiste Bouillard) и его пасынка Симона Обертэна

(Simon Aubertin). Однако, вплоть до работ Поля Брока в 60-е годы XIX века не было показано, что повреждения задней части левой трети лобной извилины вызывает афазию (или афемию, как ее именовал автор), с чего и началось установление истинных взаимосвязей между мозговой патологией и нарушениями речи.

Нейропсихологический подход к организации высших корковых функций А. Р. Лурия является продолжением нейрофизиологических открытий И. П. Павлова, Н. А. Бернштейна и П. К. Анохина «системной организации функций и «обратной афферентации», а также нейропсихологических и психологических взглядов Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева и других психологов. В 1947 г. А. Р. Лурия формулирует принцип системного строения и динамической, поэтапной локализации высших корковых функций. Им разработаны методы изучения нарушений психической деятельности, различных познавательных процессов человека. Нейропсихологическая методика, предложенная А. Р. Лурия, позволяет исследовать различные симптомы и синдромы, закономерные сочетания симптомов, возникающие при поражении тех или иных структур мозга; применение этой методики позволяет не только делать заключение о наличии той или иной формы афазии, но и диагностировать место поражения головного мозга. Им показано, что при любой форме афазии нарушается реализация речевой деятельности.

В основу современной нейропсихологии и нейролингвистики легло учение о роли внутренней речи и мышления. У истоков психолингвистики стоят имена Ф. де Сосюра и И. А. Бодуэна де Куртенэ, положивших начало дифференциации понятий «язык» и «речь», «парадигматические» и «синтагматические» отношения, «статика» языка и «динамика» речи.

1.5. Отграничение афазии в детском возрасте от сходных состояний: алалии, дизартрии, умственной отсталости, нарушения слуха

Афазия в детском возрасте необходимо отличать от сходных состояний.

— афазия отличается от алалии тем, что при алалии речь не сформировалась полностью уже изначально, а при афазии происходит распад уже сформированной речи;

— афазия отличается от дислалии тем, что при дислалии наблюдаются нарушения лишь звуковой стороны речи, тогда как при афазии страдает ее смысловая сторона;

— афазия отличается от дизартрии тем, что при ней резкая ограниченность подвижности артикуляционного аппарата отмечается как во время речевых высказываний, так и вне их;

— у слабослышащих детей ведущим является нарушение физиологического слуха, а при афазии дети слышат речь хорошо;

— афазия постепенно приводит к задержке психического развития, которая существенно отличается от умственной отсталости, когда снижение интеллекта является первичным и ведущим.

В зависимости от локализации очага поражения афазия проявляется по-разному.

Мышление больных с афазией постепенно изменяется, но не отождествляется с типичными интеллектуальными нарушениями. Как правило, они контролируют свое поведение, не способны совершать неадекватные поступки.

Нарушения речи при афазии у детей имеют ряд особенностей, что объясняется незакончившимися процессами формирования мозговых структур, и, прежде всего — физиологических структур речевых механизмов. Нервная система таких детей более лабильна, чем у взрослых, а речевой опыт значительно ниже. В детском возрасте труднее отличить моторную афазия от сенсорной, а процесс восстановления речи у детей-афазиков протекает значительно эффективнее. Это объясняется лучшими компенсаторными возможностями детского мозга.

Для самоконтроля по теме необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Охарактеризуйте афазия как тяжелую форму речевой патологии.
2. Перечислите возможные причины афазии.

3. Как отличить афазию от сходных состояний при алалии, дислалии, дизартрии, нарушениях слуха, умственной отсталости?
4. Классификации форм афазии.

2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФОРМ АФАЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ, ЛОКАЛИЗАЦИИ, ОЧАГА ПАРАЖЕНИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕФЕКТА

Перечень основных подтем

- 2.1. Акустико-гностическая сенсорная афазия (локализация очага поражения, первичный дефект, нейропсихологические признаки, речевой статус больного, нарушение письма, чтения, счета, понимания речи, мыслительных процессов).
- 2.2. Акустико-мнестическая афазия.
- 2.3. Семантическая афазия.
- 2.4. Афферентная моторная афазия. Виды афферентной моторной афазии. «Проводниковая» парциальная афферентная моторная афазия.
- 2.5. Эфферентная моторная афазия. Варианты эфферентной моторной афазии.
- 2.6. Динамическая афазия.
- 2.7. Схема обследования больного с афазией. Дифференциальная диагностика форм афазии.

План и краткое содержание лекционного материала по теме II

2.1. Акустико-гностическая сенсорная афазия

Локализация очага поражения. Первичный дефект. Нейропсихологические признаки. Речевой статус больного. Нарушение письма, чтения, счета, понимания речи, мыслительных процессов. Акустико-гностическая афазия у левшей. Акустико-гностическая сенсорная афазия при двустороннем поражении височных долей мозга.

Сенсорную афазия впервые описал немецкий психиатр Вернике. Он показал, что афазия, которую он назвал сенсорной, возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария (после 22). Отличительной чертой этой формы афазии является нарушение понимания речи при восприятии ее на слух. Длительное время причины нарушения понимания при этой форме афазии оставались неясными. Лишь в 30-е годы нашего века советскими психологами было установлено, что в основе речевой акустической агнозии лежит нарушение фонематического слуха.

Нарушение понимания. На раннем этапе после инсульта или травмы при сенсорной афазии наблюдается полная утрата понимания речи: чужая речь воспринимается как нечленораздельный поток звуков. Непонимание речи окружающих и отсутствие явных двигательных нарушений приводит к тому, что больные не всегда сразу осознают у себя наличие речевого расстройства. Они могут быть возбуждены, подвижны, многоречивы. На более поздних этапах и при менее выраженных расстройствах наблюдается лишь частичное непонимание речи, подмена точного восприятия слова догадками: различные слова звучат для такого человека одинаково (например: *хвост* — *гвоздь* — *кость* — *трость*). Одно и то же слово может восприниматься по-разному, смешиваются слова *дом* — *том*, *бочка* — *почка*, *точка* — *дочка* и др.

Нарушение экспрессивной речи. В связи с нарушением фонематического слуха, непостоянством восприятия слышимой речи при акустико-гностической сенсорной афазии расстраивается слуховой контроль над своей речью. В результате этого в речи возникает множество литеральных и вербальных парафазии. На раннем этапе после инсульта или травмы речь больного может быть абсолютно непонятной для окружающих, так как она состоит из случайного набора звуков, слогов и словосочетаний, что получило название «жаргонафазии» или «речевой крошки». Так, больной М. на вопрос: «У вас голова болит?» — отвечал: «Раз нас это и грамажим, ну мы их и так это давно было лет пять то же было а последних годах. Что очень болезнь тень ну голова на вот надима».

Период жаргонафазии держится не более 1,5—2 месяцев, постепенно уступая место логорее (многоречивости) с выраженным аграмматизмом. На среднем этапе восстановления речи литеральные парафазии наблюдаются реже, однако отмечаются обильные вербальные парафазии.

Э. С. Бейн и И. Т. Власенко показали разнообразие вербальных парафазии, возникновение которых связано как со схожей акустико-фонематической структурой слов, так и с семантической организацией их значения. Выбор определенного значения слова обусловлен контекстом, что создает необходимость оттормаживания побочных смысловых ассоциаций. Так, близкие по значению слова *смелый, героический, отважный, пасмурный, холодный, дождливый* и т. п. требуют своего точного отбора в зависимости от контекста. Нарушение этого механизма оттормаживания побочных связей может привести к заменам одного слова другим, не адекватным в контексте данного высказывания; например, вместо *чемодан* — «шкаф» или «колодец» лишь на основании того, что оба предмета имеют общие признаки углубления и хранения.

Нарушение чтения и письма. При чтении в речи человека с сенсорной афазией появляется множество литеральных парафазии, возникает затруднение в нахождении места ударения в слове, в связи с чем осложняется и понимание прочитанного. Однако чтение остается наиболее сохранной речевой функцией при сенсорной афазии, так как оно осуществляется путем привлечения оптического и кинестетического контроля.

Письменная речь при акустико-гностической афазии в отличие от чтения нарушается в большей степени и находится в прямой зависимости от состояния фонематического слуха.

Грубые **нарушения счета** при сенсорной акустико-гностической афазии наблюдаются лишь на самом раннем этапе, так как счет требует проговаривания слов, входящих в счетные операции. Больные, не понимая инструкции, могут пассивно копировать, списывать примеры, не совершая арифметических операций, могут неправильно записать число, например: $4+1 = 4+1$, $4+1=15$, $5 + 2 = 3$.

Пересказ текста при сенсорной афазии. Больным с грубо выраженной формой пересказ не доступен. Больные с менее грубой формой пересказывают текст, но допускают искажения, характерные для экспрессивной речи в целом. Общую смысловую направленность текста больные все-таки передают. Часто характерна некоторая вычурность стиля изложения и отмечаются элементы логорреи.

2.2. Акустико-мнестическая афазия

Локализация очага поражения. Первичный дефект. Нейропсихологические признаки. Речевой статус больного. Нарушение письма, чтения, счета, понимания речи, мыслительных процессов. Особенности зрительных представлений у больных данной группы.

Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средних и задних отделов височной области (А. Р. Лурия, 1969, 1975; Л. С. Цветкова, 1975) (поля 21 и 37.). А. Р. Лурия считает, что в ее основе лежит снижение слухоречевой памяти, которое вызвано повышенной тормозностью слуховых следов. При восприятии каждого нового слова и его осознании больной утрачивает предыдущее слово. Это нарушение проявляется также при повторении серий слогов и слов. При этой форме афазии сохранены премоторные и постцентральные зоны, а также фонематический слух.

Слухоречевая память этих больных чрезвычайно инертна.

Характерна диссоциация между относительно сохранной способностью повторить отдельные слова и нарушением возможности повторения трех-четырех не связанных по смыслу слов (например: *рука — дом — небо; ложка — диван — кот; лес — дом — ухо* и т. д.). Обычно больные повторяют первое и последнее слово, в более тяжелых случаях — лишь одно слово из заданной серии слов, объясняя это тем, что не запомнили все слова. При повторном прослушивании они также не удерживают либо их последовательность, либо опускают одно из них.

Заучив серию слов, больные не могут их повторить, если они предъявлены в другом порядке. Они заменяют нужные слова персевераторным повторением уже сказанных слов. Если попросить больного повторить серию слов после паузы, заполненной какими-либо вопросами, то он не в состоянии их вспомнить.

Нарушение понимания речи. Нарушение объема слухоречевой памяти приводят к трудностям понимания длинных, многосложных высказываний, состоящих из пяти — семи слов: человек может указать или дать не тот предмет, о котором идет речь, возникает его акустико-мнестическая дезориентированность, с трудом ориентируется в беседе с двумя-тремя собеседниками, «отключается» в сложной речевой ситуации, не может посещать доклады, лекции, утомляется при восприятии музыки и радиопередач. Больные хорошо понимают значение отдельных слов, не проявляют никаких признаков «отчуждения» смысла слова. Однако при увеличении объема словесной информации, как и у больного с акустико-гностической афазией, может возникнуть феномен «отчуждения» смысла слова.

Нарушение восприятия речи своеобразно выражается и в уравнивании или смешении ударения внутри слова, в связи с чем, возникает либо отчуждение смысла слова, либо его произнесение. Так, характерно произнесение слов, в которых безударный слог становится полнозвучным ударным, а ударный редуцирует в безударный. Например, больной Р., называя предметные картинки, произносил: «Завод... что-то не так... такое слово есть?» Логопед дал прослушать слово больному, записал его в тетради, после чего больной обрадовано произнес: «Ну конечно, завод... а то почему-то вода... за водой... чепуха получилась».

Нарушение экспрессивной речи. Активная речь: при этой форме афазии экспрессивная речь характеризуется трудностями подбора слов, необходимых для организации высказывания. Трудности нахождения слов объясняются обеднением зрительных представлений о предмете, слабостью оптико-гностического компонента. Семантическая размытость значения слов приводит к возникновению обильных вербальных парафазии, редких литеральных замен, слияния двух слов в одно, например «ножалка» (*нож* + *вилка*). Речь при акустико-мнестической афазии, как и при акустико-гностической афазии, сохраняет свой выраженный предикативный характер. У них нет артикуляторных трудностей, они не только многоречивы, но и гиперактивны. Речь обильна, малоинформативна. Но в отличие от акустико-гностической афазии высказывание при акустико-мнестической афазии отличается большей законченностью, в речи нет «речевой крошки».

Функция называния. Персеверации у больных с акустико-мнестической афазией отмечаются лишь при повторении и назывании серий слов, не связанных смыслом, что все же не мешает им понимать смысл предложений и текстов, смысловой подтекст басен (А. Р. Лурия).

Нарушение чтения и письма. При акустико-мнестической афазии в письменной речи больше, чем в устной, выступают явления экспрессивного аграмматизма, т. е. смешение предлогов, а также флексий глаголов, существительных и местоимений, главным образом, в роде и числе. Номинативная сторона письменной речи оказывается более сохранной, так как больные имеют больше времени для подбора слов, выбора синонимов, а также фразеологизмов, способствующих «всплыванию в памяти» нужных слов, изредка наблюдаются литеральные парафазии по акустическому типу (смешение звонких и глухих фонем). При записи текста под диктовку больные испытывают значительные трудности в удержании в слухоречевой памяти даже фразы, состоящей из трех слов. При этом обращаются с просьбой повторять каждый фрагмент фразы.

Значительно затруднено понимание читаемого текста. Это объясняется тем, что печатный текст состоит из длинных предложений. Удержание в памяти читаемого текста тоже требует сохранности слухоречевой памяти.

Нарушение счета. Дефекты слухоречевой памяти сказываются и при решении арифметических примеров, в которых часть операций надо удерживать в уме, т. е. помнить.

Например, при сложении чисел 27 и 35 больной пишет 2 и произносит «один в уме». Даже в том случае, если единица записана вблизи примера, он забывает ее прибавить к последующим слагаемым.

Таким образом, при акустико-мнестической афазии нарушение слухоречевой памяти вторично затрудняет нормальную реализацию письма, чтения и счета.

Речемыслительные операции затруднены. Больные свободно производят мыслительные операции, в которые входит элемент наглядности, т. е. операции с геометрическими отношениями, задача на конструктивный праксис, и испытывают значительные трудности при переходе к систематическим последовательным операциям, требующим участия речевых связей. Так, больные свободно раскладывают серии сюжетных картинок, но не могут определить их последовательность путем расположения в соответствии с нумерацией, если они заведомо разложены в иной последовательности. Попытки включить в эти операции устную речь не облегчают, а усложняют речемыслительную деятельность.

Слабость зрительных представлений. Больные, изображая какие-либо предметы, опускают, не дорисовывают значимые для опознания этих предметов детали. Так, они могут не дорисовать носик у чайника, гребешок у петуха, ручку у чашки. Характерно, что больные не дорисовывают те элементы, которые, с одной стороны, специфичны именно для изображаемых предметов, а с другой — связаны с многозначностью слова (слова «носик», «гребешок», «ручка» и т. д. неоднозначны). Больной вместо петуха рисует неопределенной формы птицу, вместо чайника — нечто похожее на сахарницу, вместо чашки — миску или стакан и т. д.

2.3. Семантическая афазия

Локализация очага поражения. Первичный дефект. Нейропсихологические признаки. Речевой статус больного. Нарушение письма, чтения, счета, понимания речи, мыслительных процессов.

Семантическая афазия возникает при поражении теменно-затылочной области доминантного по речи полушария (поле 39). При поражении теменно-затылочных (или задних нижнетеменных) отделов левого полушария головного мозга сохраняется плавная синтагматическая организация речи, не отмечается никаких поисков звукового состава слова, отсутствуют явления снижения слухоречевой памяти или нарушения фонематического слуха.

При семантической афазии наблюдаются специфические амнестические трудности при поисках нужного слова или произвольном назывании предмета, когда больные при трудностях нахождения лексической парадигмы обращаются к описанию функций и качеств этого предмета синтагматическими средствами, т. е. не заменяют одно слово другим (вербальные парафазии), а заменяют слово целой фразой, говорят: «Ну, это то, чем пишут», «...это то, чем режут» и т. д., а с другой стороны, имеется характерный для этой формы афазии сложный импрессивный аграмматизм.

Нарушение понимания. Нарушение понимания сложных смысловых и грамматических взаимоотношений слов, выраженных предлогами и флексиями, получило название импрессивного аграмматизма. При семантической афазии сохраняется понимание обычных фраз, передающих «коммуникацию событий». Больные хорошо понимают значение отдельных предлогов, свободно кладут карандаш под ложку или ложку справа от вилки, но затрудняются в расположении трех предметов по инструкции: «Положите ножницы справа от вилки и слева от карандаша». Еще большие трудности они испытывают при расположении геометрических фигур, не в состоянии решить такую логико-грамматическую задачу, как нарисовать крест под кругом и над квадратом, и не могут сориентироваться в сравнительных словосочетаниях типа: *Коля выше Миши и ниже Васи. Кто из них самый*

высокий? Кто самый низкий? Такие же трудности возникают у них при понимании сравнительных словосочетаний с наречиями *дальше — ближе, слева — справа* и т. д.

Основным проявлением речевой патологии при этой форме афазии является импрессивный аграмматизм, то есть нарушение понимания сложных смысловых и грамматических взаимоотношений слов, выраженных предлогами и флексиями.

Наибольшие трудности возникают при семантической афазии в решении логико-грамматических словосочетаний, передающих «коммуникацию отношений» типа «брат отца» — «отец брата», которые можно решить, лишь соотнося с определенными смысловыми категориями: *дядя — брат — отец*.

При семантической афазии утрачивается понимание метафор, пословиц, поговорок, крылатых слов, не обнаруживается в них переносный смысл. Так, метафоры «каменное сердце», «железная рука», пословица «Не плюй в колодец, пригодится водицы напиться» понимаются в прямом, конкретном смысле.

Нарушение устной и письменной речи. Экспрессивная речь при семантической афазии отличается сохранностью артикуляторной стороны речи. Однако могут отмечаться выраженные амнестические трудности, подсказка первого слога или звука слова помогает больному. Слова заменяются описанием функции предмета: «Ну, это то, через что смотрят на улицу» или «Это то, что показывает время».

По мнению А. Р. Лурия, в основе амнестических трудностей при семантической афазии лежит нарушение так называемого «закона силы» позволяющего в норме безошибочно выбирать слово из серии слов, близких по категориальной отнесенности, по смыслу. Нарушение того «закона силы» как бы блокирует поиск слова как парадигмы в определенном семантическом поле, в связи с чем, больные прибегают к синтагматическому приему описания функции или категориальной принадлежности предмета: «То, чем едят рыбу», «То, чем режут (пишут и т. д.)».

Вербальные парафазии не характерны для семантической афазии, так как больные на замещают одну парадигму другой.

Письменная речь отличается бедностью, стереотипностью синтаксических форм, в ней мало сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, сокращается употребление прилагательных.

Нарушение счета. При семантической афазии наблюдаются грубые нарушения счетных операций. Больные смешивают направление действий при решении арифметических примеров, испытывают трудности при действии с переходом через десятков, с трудом записывают со слуха многозначные числа. Например, вместо числа 1081 человек записывает 1801, 1108, так как затрудняется в определении разрядности числа. Нарушения счета проявляются в трудностях понимания текста задач, так как они включают те же логические элементы *больше — меньше, дальше — ближе, на столько, во сколько раз* и т. д.

Как у правшей, так и у большинства переученных левшей семантическая афазия возникает при поражении левого полушария и является стойким речевым расстройством.

2.4. Афферентная моторная афазия. Виды афферентной моторной афазии. «Проводниковая» парциальная афферентная моторная афазия

Локализация очага поражения. Первичный дефект. Нейропсихологические признаки. Речевой статус больного. Нарушение письма, чтения, счета, понимания речи, мыслительных процессов. Виды афферентной моторной афазии. «Проводниковая» парциальная афферентная моторная афазия.

Афферентная моторная афазия является одним из самых тяжелых речевых расстройств. Возникает при поражении вторичных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от центральной, или Роландовой, борозды. Термин «афферентная» моторная афазия введен А.Р. Лурия.

А. Р. Лурия отмечает (1969, 1975), что существуют два варианта афферентной моторной афазии. Первый характеризуется нарушением пространственного, симультанного синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата и полным отсутствием ситуативной речи при грубой выраженности расстройства.

Второй вариант, носящий в клинике название «проводниковой афазии», отличается значительной сохранностью ситуативной, клишеобразной речи при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи. Этот вариант афферентной моторной афазии характеризуется преимущественно нарушением дифференцированного выбора способов артикуляции и симультанным синтезом звуковых и слоговых комплексов, входящих в слово.

Нарушение экспрессивной речи. При первом варианте афферентной моторной афазии выраженная апраксия артикуляционного аппарата может привести к полному отсутствию спонтанной речи. Попытки произвольного повторения звуков приводят к хаотичным движениям губ и языка, к литеральным (звуковым) заменам. Пристальное всматривание больного в артикуляцию логопеда приводит лишь к нахождению либо способа, либо органа артикуляции, что порождает смешение звуков *м — п — б*, *н — д — т — л*, *и — с*, *о — у* и т.п., которое объясняется нарушением кинестетической оценки степени смычки артикуляторных органов при произнесении звуков, дезинтеграцией движений таких органов, как мягкое нёбо и голосовые складки.

Наиболее сложны для больных артикуляция гласных звуков *а, о, у, э, ы* и их дифференциация. Из-за апраксии губ гласные фонемы получают более долгое и нередуцированное звучание, которое на поздних этапах восстановления воспринимается на слух как иностранный акцент, выражающийся не в изменении интонации, а в замедленности и искусственности произнесения слов, оглушении звонких и отсутствии мягких согласных, в редких литеральных парафазиях.

На более поздних этапах одна фонематическая парадигма заменяется другой. Например, больные произносят слово *халат* как «ханат» или «ходат», *дом* как «лом» или «том».

По мере восстановления произносительной стороны речи выявляется сохранность синтагматической стороны речевого высказывания.

Нарушение понимания. На раннем этапе после травмы или инсульта при афферентной афазии может наблюдаться грубое нарушение понимания речи. Период значительного непонимания речи непродолжителен (от одного дня до нескольких суток после инсульта), после чего у них отмечается быстрое восстановление понимания ситуативной разговорной речи, понимание значений отдельных слов, возможность выполнения несложных инструкций.

Нарушение чтения и письма. Степень нарушения чтения и письма зависит от тяжести апраксии артикуляционного аппарата. При грубой апраксии всего артикуляционного аппарата чтение и письмо наиболее грубо нарушены. Нередко сохраняется лишь глобальное чтение про себя отдельных слов при задании показать, где находится то или иное слово из 4-5 слов, написанных столбиком.

При втором варианте афферентной моторной афазии (проводниковой афферентной моторная) больные с трудом сохраняют порядок букв в слове, представляют их зеркально (*вода*—«даво», *окно* — «онко»), пропускают гласные или же пишут сначала все согласные, а затем уже гласные, причем, как правило, у них сохраняется представление о наличии звука в слове, например, пропуская букву *ё* в слове *ведёт*, больной ставит две точки над *д*.

По мере восстановления чтения и письма число литеральных параграфий уменьшается.

Называние. У больных с грубой формой афферентной моторной афазией называние чаще всего отсутствует, но это нарушение вторично, поскольку основной причиной является неспособность произнести слова даже в тех случаях, когда они есть во внутренней речи.

При менее грубом речевом дефекте возможно называние отдельных предметов, которые часто употребляются, а также называние распространенных действий, так как артикулирование звуков в этих словах является достаточно упрочненным.

При легкой степени называние как функция не страдает.

Фраза по сюжетной картинке. Грубая форма: составление фраз по сюжетной картинке не возможно.

При меньшей степени: возможно составление простой фразы по сюжетной картинке в основном бытового содержания. Это связано с тем, что артикулирование оборотов речи, которые используются в этих случаях, были высоко автоматизированы до заболевания.

Больные с легкой степенью речевого дефекта, как правило, достаточно легко составляют фразы по сюжетной картинке.

Пересказ текстов. Грубая степень выраженности – пересказ невозможен.

В менее грубых случаях, больные могут пересказать текст, но в форме ответов на вопросы или по подробному плану.

В легких случаях пересказ текстов возможен, но имеются трудности формулирования сложных фраз. Иногда встречаются аграматизмы.

Повторная речь. Грубая степень – повторная речь отсутствует, за исключением способности повторять отдельные гласные звуки. Иногда возможно повторение некоторых губных согласных с опорой на артикуляционный образ звука и по акустическому образу. Также сохраняется способность воспроизведения абриса простых по звуковой структуре слов.

При средней степени – повторная речь опережает спонтанную.

Легкая степень расстройства – повторная речь страдает незначительно.

Диалогическая речь. При грубой степени выраженности афферентной моторной афазии диалогическая речь отсутствует. Некоторые больные способны отвечать на вопросы только словами «да-нет».

При менее грубой форме – больные способны поддерживать диалог, но их ответы стереотипны и имеется тенденция к использованию слов, содержащихся в вопросе. Иногда ответы самостоятельны, но все равно они привязаны к вопросу.

При легкой степени – диалогическая речь сохраняется.

Таким образом, при афферентной моторной афазии центральным расстройством является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений. Больные теряют способность совершать движения органов артикуляции по заданию, произвольно эти движения легко выполнимы, так как нет парезов, нет ограничений объема оральных движений (оральная апраксия, которая лежит в основе артикуляционной апраксии, непосредственно относящейся к произношению звуков).

2.5. Эфферентная моторная афазия. Варианты эфферентной моторной афазии

Локализация очага поражения. Первичный дефект. Нейропсихологические признаки. Речевой статус больного. Нарушение письма, чтения, счета, понимания речи, мыслительных процессов. Варианты эфферентной моторной афазии.

Эфферентная моторная афазия возникает при поражении передних ветвей левой средней мозговой артерии (поля 44, 45). Она сопровождается, как правило, кинестетической апраксией, выражающейся в трудностях усвоения и воспроизведения двигательной программы.

Поражение премоторных отделов мозга вызывает патологическую инертность речевых стереотипов, приводящую к звуковым, слоговым и лексическим перестановкам и персеверациям, повторам. Персеверации, произвольные повторы слов, слогов, являющиеся следствием невозможности своевременного переключения с одного артикуляторного акта на другой, затрудняют, а иногда делают полностью невозможными устную речь, письмо, чтение.

Эфферентная моторная афазия многовариантна. Существует пять вариантов данной формы. А. Р. Лурия выделил и подробно описал 4 ее варианта.

Нарушение экспрессивной речи при разных вариантах эфферентной моторной афазии. При грубой эфферентной моторной афазии на раннем этапе после нарушения мозгового кровообращения может полностью отсутствовать собственная речь. Апраксия артикуляционного аппарата при этой форме афазии проявляется не в трудностях повторения отдельных звуков, а в утрате способности повторить серию звуков или слогов. Больной многократно повторяет их, при просьбе повторить две серии звуков или слогов персеверировывает звуки из предыдущего звукового или слогового ряда, не испытывая трудностей в самом акте звукопроизношения. Это самый тяжелый вариант эфферентной моторной афазии.

Вследствие инертности артикулирования отдельных слов могут наблюдаться контаминации, обусловленные переносами слога предыдущего слова: «стожка» (*стол, ложка*).

При другом варианте эфферентной моторной афазии при спонтанном восстановлении речи и общении нередко формируется выраженный экспрессивный аграмматизм: больные пропускают глаголы, с трудом употребляют предлоги, флексии существительных выявляется так называемый аграмматизм типа «телеграфного стиля», который возникает вследствие нарушения предикативной функции внутренней речи. В более легких случаях глаголы переносятся в конец предложения. Например, при рассказе по серии сюжетных картинок «Случай на реке» был произнесен следующий текст:

«Это мальчик... мальчик и вот речка и плот и мальчик как это... падать в воду и плот туда позвать далеко... И мальчик пионер ботинки снимать надо... зовет как это... помогите...»

При третьем варианте эфферентной моторной афазии не наблюдается столь грубого аграмматизма, а выявляется крайняя инертность в выборе слов, в высказывании отмечаются длительные паузы, персеверации, вербальные парафазии, произнесение слов становится растянутым. Длительные паузы, вызванные инертностью протекания речевых процессов, внешне напоминают амнестические трудности, характерные для семантической афазии, но в их основе лежит инертность выбора лексических средств.

Нарушение регуляции выбора слов приводит и к вербальным парафазиям, которые обусловлены инертностью переключения при их извлечении из разных «семантических полей». Например, составив фразу: «Мальчик удит рыбу», страдающий афазией переходит к составлению фразы по другой сюжетной картинке и вместо фразы «Мальчик купается в реке», произносит: «Мальчик удится, ловится в речке» или вместо «Кузнец кует подкову» произносит «Кузнец кузничит что-то».

Наблюдается еще один вариант эфферентной моторной афазии, при которой речь нарушается лишь в звене плавной, мелодичной смены одного слога другим. Речь этих больных грамматически правильно оформлена, но из-за нарушений ритмико-мелодической стороны речи страдает выделение не только ударных слогов, но и интонационная окраска психологического предиката, т. е. того нового, о чем говорится в сообщении, на что падает логическое ударение.

Функция называния. При тяжелой форме нарушения речи функция называния полностью отсутствует, а при подсказке первого слога слова происходит либо автоматизированное его заканчивание, либо соскальзывание на другое слово, начинающееся с того же слога. Например, называя предметные картинки, больной, получив слоговую подсказку *мо*, вместо слова *молоко* произносит «море», «морковь», «мороженое» и т. п.

Нарушение письма. При эфферентной моторной афазии наблюдается выраженная аграфия: запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам.

В тяжелых случаях при правильном повторении слова невозможна не только его запись, но и складывание из уже выбранных букв разрезной азбуки.

Нарушение чтения. В наиболее грубых случаях чтение носит угадывающий характер, доступен показ того или иного написанного слова, подкладывание подписей к

картинкам. Эти грубые нарушения чтения и письма обусловлены распадом способности программирования звукобуквенного состава слова. При «телеграфном стиле» чтение может быть сохранным.

В более легких случаях возможно чтение отдельных слов и коротких предложений, но затруднено понимание прочитанного, особенно предложений со сложной синтаксической структурой.

Нарушение понимания. В основе расстройства понимания при эфферентной моторной афазии лежит инертность протекания всех видов речевой деятельности, нарушения так называемого «чувства языка» и предикативной функции внутренней речи. Не различаются на слух грамматически правильно построенные высказывания и неправильные. Плохо понимается переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на иной, скрытый смысл высказывания (А. Р. Лурия, 1975), отмечается нарушение понимания многозначности слов. Например, слова *коса, ключ, идти* — больные воспринимают как неправильные.

2.6. Динамическая афазия

Локализация очага поражения. Первичный дефект. Нейропсихологические признаки. Речевой статус больного. Нарушение письма, чтения, счета, понимания речи, мыслительных процессов.

Форму афазии, когда больной не может правильно связать одно слово с другим, не может заранее составить «внутри себя» программу того, что будет говорить, А. Р. Лурия назвал динамической. Этим названием он подчеркнул, что страдает динамичность речи, в то время как отдельные единицы — звуки, слоги, слова могут быть произнесены. Она возникает при поражении заднелобной коры левого полушария.

Синдром динамической афазии проявляется нарушением как импрессивной, так и экспрессивной речи. Тяжесть нарушения этих сторон речи может быть различной — от едва заметных расстройств до выраженного нарушения интеллектуальной деятельности. Нейрофизиологически эти трудности объясняются нарушением активности протекания всей психической деятельности.

Нарушение слухоречевой памяти при динамической афазии является одним из ее симптомов. Если здоровый человек постепенно запоминает из 10 предъявленных ему слов сначала 5, затем 6, 8, 9, 10, то больной с динамической афазией, персеверируя отдельные слова и переставляя их, не может запомнить больше 4 слов. Для больных характерно нарушение последовательности воспроизводимой серии слов. Даже воспроизведение в обратном порядке таких автоматизированных видов речи, как счет от 20 к единице, дней недели от воскресенья к понедельнику и месяцев года от декабря к январю, вызывает у них чрезвычайные трудности.

В обычной экспрессивной ситуативной речи больные с динамической афазией аспонтанны, малоинициативны. Ответы на вопросы односложны и, как правило, включают в себя слова из вопроса собеседника, соответственно грамматически перестроенные.

Понимание речи. У больных с динамической афазией понимание элементарной ситуативной речи может быть сохранно, особенно предъявляемой в несколько замедленном темпе, с паузами между инструкциями, и нарушено понимание сложных текстов. Однако при убыстрении предъявляемых заданий, при показе предметных картинок, частей лица могут наблюдаться персеверации, трудности быстрого нахождения предмета, возникает псевдоотчужденность смысла слова.

При выраженной динамической афазии, обнаруживается нарушение чувства языка, возникают затруднения в понимании сложных фраз, особенно инвертированных, требующих для своего понимания перестановки элементов предложения. Эти трудности в понимании сложных высказываний связаны с недостаточной активностью больных, инертной

фиксацией их внимания на значении отдельных элементов с нарушением понимания грамматических средств языка.

Экспрессивная речь. В экспрессивной речи обнаруживаются те же трудности: остается относительно сохранной ситуативная, диалогическая речь, в которой замысел высказывания диктуется или предьявляется самой бытовой ситуацией. При этой форме афазии больные могут следить за домашними событиями, проявляя некоторую заботливость, но почти не оречевляя ситуацию, а также способны вести хозяйство. Лишь при обширных очагах поражения больные выключаются из микросоциального общения, реализуемого при обычной динамической афазии правым, симультанно схватывающим ситуацию полушарием. При этом отмечается эмоционально-интонационная окраска междометий и других речевых штампов. Но как только возникает необходимость оречевить ситуацию (а это также нередко требует планирования не только речевых, но и внеречевых действий, которые все же следует оречевить), больные оказываются беспомощными, переходя к употреблению вводных слов, частиц: «Ну, как это... ну... ну... понимаете, не могут и все...». Оречевить смутную мысль, скорее побуждение к ней, интенцию помогают наводящие вопросы либо план высказывания при помощи фишек или элементарной схемы из 3—4 квадратов, как бы материализующей для этого больного высказывание. В результате больной может построить фразу, «выталкивая» слова, например: «Надо... купить хлеба», «К. нам же придут... гости!» и т. п. Даже диалогическая речь, в которой инициатором должен выступить больной, требует организационной помощи со стороны окружающих. То же, но в еще более выраженной форме происходит в случае, когда больному предлагают рассказать содержание фильма, известной картины или о фактах своего собственного жизненного опыта, требующих плана или программы изложения, поскольку это уже творческий процесс.

Письмо и чтение. При динамической афазии относительно сохранны письмо под диктовку и чтение. Однако больные не могут самостоятельно написать даже элементарное письмо, прибегая к списыванию поздравительных шаблонов к праздникам.

Нарушение счета. При динамической афазии значительно затруднено решение не только арифметических задач, которые требуют планирования нескольких операций (Лурия А. Р., Цветкова Л. С, 1968), но и простых примеров, в которых надо произвести операции на сложение и вычитание, например $(3 + 26) - (28 + 13) = \dots$. Больные испытывают определенные трудности при переходе через десяток и выраженные трудности при решении примеров, включающих операции на умножение и деление, поскольку это требует не только планирования действия, но и переключения с одного действия на другое.

2.7. Схема обследования больного с афазией. Дифференциальная диагностика форм афазии

Нейропсихологический симптомокомплекс зависит от места локализации очага поражения головного мозга. Расположение очагов поражения коры больших полушарий мозга определяет ту или иную форму афазии

Схема обследования больного с афазией (по Лурия А.Р.)

1. Исследование общей способности больного к речевой коммуникации — беседа с целью выяснения:

- а) полноты собственной речи больного;
- б) понимания им ситуативной, обиходной речи;
- в) степени речевой активности;
- г) темпа речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степени разборчивости (обращается также внимание на наличие или отсутствие носового оттенка речи).

2. Исследование понимания речи.

3. Исследование автоматической речи:

- а) прямой счет до 10 и обратный (от 10 до 0);

- б) перечисление дней недели, месяцев;
- в) окончание пословиц и фраз с «жестким» контекстом типа: «Я мою руки холодной...», со «свободным», типа: «Мне принесли новую...» и т. д.;

г) пение песен со словами.

4. Исследование повторной речи.

5. Исследование функции называния:

- а) реальных предметов и их картинных изображений;
- б) действий (ответы на вопросы — «что делать?», «что делают?») — по сюжетным картинкам;

в) цветов;

г) пальцев;

д) букв;

е) цифр.

6. Специальные исследования особенностей фразовой речи:

- а) составление фраз с предлогами и без предлогов по сюжетным картинкам;
- б) конструирование фраз из заданных слов;
- в) заполнение пропусков во фразах, например:
«Высоко в небе летит реактивный...»; «Я всегда умываюсь холодной...»; «В магазин привезли...»; «Я всегда с нетерпением жду...».

г) рассказ по сюжетной картинке.

7. Исследование фонематического слуха.

8. Исследование слухоречевой памяти. Предлагается повторить:

- а) серии звуков, например «асу» или «б ш а»;
- б) серии слов: «дом - лес - кот», «дом - лес - кот - ночь»;
- в) короткие и длинные сложнопостроенные фразы.

9. Исследование смысла слов:

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

б) объяснение переносных значений слов и фраз, например ответы на вопрос, что такое «золотое поле», «железная рука!», как понимать пословицу «Что посеешь, то и пожнешь!» и т. д.

10. Исследование чтения и письма:

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

б) самостоятельное письмо слов и фраз по картинкам;

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

11. Исследование орального и пространственного праксиса. Предъявляются задания:

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

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

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

12. Исследование счета:

а) решение простых арифметических примеров, например:

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

б) восполнение пропущенного арифметического знака:

2.8. Методические рекомендации для студентов по изучению темы 2

Изучив данную тему, студент должен:

- знать: формы афазии в зависимости от этиологии и локализации очага поражения; методы дифференциальной диагностики форм афазии; специфику обследования больного с афазией; клиническую симптоматику речевых и неречевых нарушений при локальном поражении головного мозга в зависимости от степени выраженности дефекта;
- уметь: проводить дифференциальную диагностику форм афазии; давать характеристику разным формам афазии;
- обладать: базовыми теоретическими знаниями в области дифференциальной диагностики форм афазии и практическими навыками организации процедуры обследования больного с афазией.

При изучении темы II необходимо:

Изучить учебный материал:

1. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. – М., 2008. – 528 с. / С. 311-328.
2. Визель Т.Г. Как вернуть речь. – М.: В. Секачев, 2005.

Особое внимание обратить на:

- Дифференциальную клиническую характеристику форм афазии в зависимости от локализации очага поражения (первичный дефект, нейропсихологические признаки, речевой статус больного, нарушение письма, чтения, счета, понимания речи, мыслительных процессов).

Для самоконтроля по теме необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Раскройте особенности нарушения понимания устной речи, чтения и письма при акустико-гностической сенсорной афазии.
2. Раскройте первично нарушенную предпосылку при акустико-мнестической афазии.
3. В чем специфика семантической афазии?
4. Сопоставьте афферентную и эфферентную моторную афазию.
5. Охарактеризуйте динамическую афазию.
6. Какие основные содержательные компоненты включает в себя логопедическое обследование больного с афазией?

3. НАПРАВЛЕНИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ АФАЗИИ

Перечень основных подтем

- 3.1. Роль компенсаторных функций мозга в процессе восстановления речи при афазии. Типы компенсаций.
- 3.2. Основные направления восстановительного обучения при акустико-гностической сенсорной афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени.
- 3.3. Основные направления восстановительного обучения при акустико-мнестической афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени.
- 3.4. Основные направления восстановительного обучения при семантической афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени.
- 3.5. Основные направления восстановительного обучения при афферентной моторной афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени.
- 3.6. Основные направления восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени.

3.7. Основные направления восстановительного обучения при динамической афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени.

3.8. Восстановление процессов письма и чтения при разных формах афазии.

3.9. Принципы и методические основы коррекционной работы. Роль семьи в реабилитации больных с афазией.

3.1. Роль компенсаторных функций мозга в процессе восстановления речи при афазии.

Типы компенсаций

Речевые функции нарушаются в результате образования в определенных областях мозга очагов поражения, то есть, функции пропадают, выпадают или расстраиваются, потому что гибнут клетки мозга, благодаря которым эти функции осуществляются. Но нарушенные функции могут компенсироваться, т.е. восполняться, восстанавливаться.

Известно, что нервные клетки не оживают и не рождаются взамен погибших. Однако нельзя забывать, что далеко не всегда погибают все клетки пораженной области мозга. Непострадавшие участки мозга могут быть заторможены благодаря защитной реакции мозга, чтобы «поломка» не распространилась и на них. Со временем это торможение «отступает», и соответствующие клетки мозга начинают постепенно функционировать. Кроме того, наш мозг обладает удивительной способностью: он умеет перестраиваться. Участки мозга, предназначенные для определенного вида деятельности, в случае необходимости начинают «овладевать смежной дальностью» и выполнять не только свою работу, но и «чужую». Сначала они это делают медленно, с большим количеством «сбоев», поисков и пр., но затем постепенно достигают достаточно высокого уровня умения, т.е. происходит процесс компенсации. Таким образом, компенсация пострадавших функций происходит за счет здоровых, не захваченных болезнью областей мозга.

Типы компенсации речевой функции. Те больные, у которых компенсация происходит в основном за счет здоровых отделов левого полушария, идут по пути накопления произвольно управляемой речи. Они усваивают сначала одни звуки и слова, затем — другие, строят сначала простые фразы, затем — более сложные, активно и сознательно исправляют свои ошибки. Те больные, у которых компенсация осуществляется путем включения непораженного, как правило, правого полушария, могут сказать целые тирады каких-либо упрощенных фраз, пословиц и в то же время не суметь повторить даже простого слова. Они не в состоянии что-либо отбросить, выбрать, исправить, а говорят то, что получается.

Если компенсация речевой функции протекает преимущественно путем «прорыва» и накопления произвольной, как бы нечаянной речи, ее нельзя ограничивать, раньше времени исправлять ошибки. Необходимо дать больному возможность свободно реализовать остаточную речь.

Чисто левополушарный или чисто правополушарный путь компенсации на практике встречается редко. В основном мы имеем дело со смешанным типом, когда участвуют оба полушария, хотя какое-то из них является ведущим.

3.2. Основные направления восстановительного обучения при акустико-гностической сенсорной афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени

1. Стадия грубых расстройств

1. Накопление обиходного пассивного словаря.
2. Стимуляция понимания ситуативной фразовой речи.
3. Подготовка к восстановлению письменной речи.

2. Стадия расстройств средней степени

1. Восстановление фонематического слуха.

2. Восстановление понимания значения слова.
3. Преодоление расстройств устной речи.
4. Восстановление письменной речи.

3. Стадия лёгких расстройств

1. Восстановление понимания развёрнутой речи.
2. Дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова.
3. Коррекция устной речи.
4. Дальнейшее восстановление чтения и письма.

3.3. Основные направления восстановительного обучения при акустико-мнестической афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени

Стадия расстройств средней и лёгкой степени выраженности

1. *Расширение рамок слухового восприятия.*
2. *Преодоление слабости слухоречевых следов.*
3. *Преодоление трудностей называния.*
4. Организация развернутого высказывания.

3.4. Основные направления восстановительного обучения при семантической афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени

Стадия расстройств средней и лёгкой степени выраженности

1. Преодоление пространственной апраксии и агнозии.
2. Восстановление способности понимания слов с пространственным значением (предлогов, наречий, глаголов с приставками «движения» и т.д.).
3. Конструирование сложноподчинённых предложений.

3.5. Основные направления восстановительного обучения при афферентной моторной афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени

1. Стадия грубых расстройств

1. Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи.
2. Растормаживание произносительной стороны речи.
3. Стимулирование простых коммуникативных видов речи.
4. Стимулирование глобального чтения и письма.

2. Стадия расстройств средней степени выраженности

1. Преодоление расстройств произносительной стороны речи.
2. Восстановление и коррекция фразовой речи.
3. Работа над семантикой слова.
4. Восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.

3. Стадия лёгких расстройств

1. Дальнейшая коррекция произносительной стороны речи.
2. Формирование развёрнутой речи, усложнённой по смысловой и синтаксической структуре.
3. Дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова.
4. Работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи.
5. Дальнейшее восстановление чтения и письма.
- 1) Восстановление связи «артикулема–фонема».
- 2) Восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова.
- 3) Восстановление навыка развёрнутой письменной речи.

3.6. Основные направления восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени

1. Стадия грубых расстройств

Восстановительная программа та же, что и при афферентной моторной афазии.

2. Стадия расстройств средней степени выраженности

1. Преодоление расстройств произносительной стороны речи.
2. Восстановление фразовой речи.

3. Стадия лёгких расстройств

Программа та же, что и при соответствующей стадии афферентной моторной афазии.

При восстановлении **письменной** речи у больных с моторной афазией эфферентного типа, как правило, не выделяется самостоятельная задача выработки связи «артикулема–графема».

Акцент делается на:

1. Восстановление способности к анализу звуко-ритмической стороны слова.
2. Восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова.
3. Восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова.
4. Восстановление навыка развёрнутой письменной речи (конкретные методики обучения).

3.7. Основные направления восстановительного обучения при динамической афазии. Стадия расстройств грубой, средней и легкой степени

1. Стадия грубых расстройств

1. Повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой инактивности, организация произвольного внимания.
2. Стимулирование простых видов коммуникативной речи.
3. Преодоление расстройств речевого программирования.
4. Преодоление расстройств грамматического структурирования
5. Стимулирование письменной речи.

2. Стадия расстройств средней степени выраженности

1. Восстановление коммуникативной фразовой речи.
2. Преодоление персевераций в самостоятельном устном и письменном высказывании.

3. Стадия расстройств лёгкой степени выраженности

1. Восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи.

3.8. Восстановление процессов письма и чтения при разных формах афазии

Овладение письмом проходит несколько стадий. Прежде всего, больного обучают списывать отдельные прописные буквы (по целой строке на каждую букву). По мере улучшения списывания отдельных букв переходят к списыванию простых слов (из 3—4 букв), например, «дом», «вода», «суп», «каша».

Когда больной в достаточной мере овладел навыком письма левой рукой, ему предлагают уже не списывать слова, а писать их по памяти. Так, вначале он читает слово, написанное на карточке, затем переворачивает карточку и пишет несколько раз это слово в тетради. Начинают с самых простых слов (например, «дом», «кот», «лес»), затем предъявляют более сложные («виноград», «путешествие», «электричество»), а в дальнейшем целые фразы.

На следующем этапе восстановления функции письма — диктант. Здесь соблюдается та же методическая последовательность: вначале больной пишет под диктовку самые простые слова, затем более сложные, наконец, целые фразы. Диктовать следует, четко произнося каждый звук, входящий в слово.

Спрашивается, как часто надо заниматься с больными и какова длительность каждого занятия? Это зависит от многих обстоятельств и, прежде всего, от того, как быстро утомляется больной. Лучше всего заниматься ежедневно, а длительность каждого занятия в течение первого месяца после инсульта 30—40 минут. В дальнейшем можно заниматься и по часу, да и не один, а два-три раза в день. Для проведения занятий нужны общая тетрадь, мягкий карандаш или шариковая ручка, а также различные учебные пособия, которые подбираются в зависимости от тяжести речевого расстройства. Например, для занятий используют разрезную азбуку, предметные и сюжетные картинки (человек пишет, сидит, купается, говорит по телефону), букварь, книги для чтения (для первого и второго класса), рассказы для детей Л. Н. Толстого, К. Д. Ушинского, пособия для изучающих русский язык иностранцев. Для занятий с больными, у которых относительно легкие речевые расстройства, необходимо иметь набор рисунков, чтобы по ним писать сочинения. Например, это могут быть юмористические рисунки, рисунки из журналов, открытки-репродукции с картин русских и зарубежных художников. Для преодоления остаточных речевых дефектов при афазии больные могут читать и рассказывать тексты из своей профессиональной литературы.

3.9. Принципы и методические основы коррекционной работы. Роль семьи в реабилитации больных с афазией

Принципы восстановительной работы при афазии условно можно разделить на психофизиологические, психологические и психолого-педагогические.

Психофизиологические принципы

1. *Принцип квалификации дефекта*, то есть, прежде чем приступить к восстановительному обучению, необходимо провести тщательный нейропсихологический анализ нарушения функции и выявление ее механизма.

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

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

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

5. *Принцип контроля* (сформулирован П.К. Анохиным, Н.А. Бернштейном и А.Р. Лурия). Исходит из положения, что лишь постоянный поток обратной сигнализации обеспечивает слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок (использование магнитофона, зеркала, указание педагога на успешность выполнения задания и др.).

Психологические принципы

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

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

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

4. *Принцип организации деятельности больного.* Современная психология давно показала, что в обучении важны не только содержание обучения и собственная деятельность человека по усвоению материала, но, прежде всего, необходимы организация этой деятельности и управление ею (Л.С. Выготский, П.Я. Гальперин, А.Н. Леонтьев).

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

6. *Принцип системного воздействия на дефект.* Он основан на концепции системного подхода к анализу дефекта (по Л.С. Выготскому). Этот принцип предусматривает воздействие на нарушенную речь с опорой на другие психические функции — память, мышление, восприятие, воображение и т. д.

7. *Принцип учета социальной природы человека.*

Психолого-педагогические принципы

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

2. *Принцип правильного подбора разнообразного материала* — вербального и наглядного.

Требования к методам восстановления речи при афазии

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

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

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

Методические основы восстановления речи при афазии. На раннем этапе после инсульта используется механизм растормаживания временно угнетенных речевых функций, их вовлечение в деятельность.

На более поздних, резидуальных этапах, когда речевое нарушение приобретает характер стойкого, сложившегося синдрома (формы) речевого расстройства, — сущностью процесса восстановления является скорее компенсаторная перестройка органически нарушенных функций с использованием сохранных сторон психики, а также стимулирование деятельности сохранных элементов анализаторов.

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

При постановке задач восстановительной терапии (выработки ее программы) необходимы:

- дифференциация методик восстановительной терапии при разных формах афазических расстройств;
- при организации и выборе метода восстановительной терапии надо исходить из этапного принципа, т. е. учитывать стадию восстановления речевых функций;
- при афазии обязательна работа над всеми сторонами речи, независимо от того, какая является первично нарушенной;
- при всех формах афазии надо развивать как обобщающую, так и коммуникативную (используемую в общении) сторону речи;
- восстанавливать речевую функцию не только с логопедом, в кругу семьи, но и в более широкой социальной среде;

- при всех формах афазии необходимо развитие способности самоконтроля над своей собственной речевой продукцией.

На ранних стадиях заболевания более показаны логопедические приемы растормаживания речевых функций, «опора» на произвольные речевые процессы (привычные речевые стереотипы, эмоционально значимые слова, песни, стихи и т. д.). Эти приемы способствуют снятию тормозных явлений и втягивают больных в речевое общение с помощью сопряженной (осуществляемой одновременно с логопедом), отраженной (вслед за логопедом) и элементарной диалогической речи.

При использовании пения в целях растормаживания логопед должен учитывать: пел ли больной до болезни, возраст больного, знакомость песни и т. п. Долго задерживаться на этих видах работы не рекомендуется; как только у больного начинает восстанавливаться абрис (контур) слова, целесообразно переходить к стимулированию устного самостоятельного заканчивания больным фраз, кратких ответов на вопросы, составлению фраз по картинкам и т. д.

Следует подчеркнуть, что на раннем этапе, когда больной только вышел из периода острого инсульта, работа с ним должна носить особо щадящий и психотерапевтический характер.

На следующих этапах (через 1,2—3 мес. после инсульта) при уже определившемся стабильном синдроме (форме) афазии используются методики, не только стимулирующие общее развитие речи, но и способствующие перестройке нарушенных речевых функций.

При восстановлении речи у больных с афазией особое методическое значение имеет опора на смысловую ее сторону. Смысловая сторона речи используется не только при восстановлении словесных понятий или грамматического строя речи, но и при восстановлении акустико-гностических процессов, так называемого фонематического слуха, и преодолении многих других свойственных афазии нарушений.

Таким образом, при афазии необходима комплексная работа над речью в целом. Афазия всегда представляет собой синдром, охватывающий все речевые функции. Поэтому восстановительная терапия должна затрагивать все стороны речи больного. При любой афазии следует работать над звуковым анализом и синтезом состава слов, над чтением и письмом, восстановлением обобщенности словесных понятий, их многозначности, развитием свободного и развернутого высказывания и т. д.

3.10. Методические рекомендации для студентов по изучению темы

Изучив данную тему, студент должен:

- знать: направления, содержание, принципы и методические основы восстановительного обучения при каждой форме афазии; роль компенсаторных функций мозга в процессе восстановления речи при афазии; типы компенсаций; методы и приемы восстановления процессов письма, чтения, счетных операций;
- уметь: самостоятельно разрабатывать конспекты групповых и индивидуальных занятий с больными при разных формах и степени выраженности речевых нарушений; правильно определять направления и содержание коррекционно-логопедической работы при каждой форме афазии; анализировать и использовать частные авторские методики коррекции различных форм афазии;
- обладать: базовыми теоретическими знаниями в области овладения методами работы с детьми и взрослыми с афазией и практическими навыками коррекционно-логопедической работы.

При изучении темы III необходимо:

Изучить учебный материал:

1. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. – М., 2008. – 528 с. / С. 330-344.
2. Визель Т.Г. Как вернуть речь. – М.: В. Секачев, 2005.

Особое внимание обратить на:

- Роль компенсаторных функций мозга в процессе восстановления речи при афазии; типы компенсаций речевой функции.
- Основные направления восстановительного обучения при разных формах афазии (стадия расстройств грубой, средней и легкой степени).
- Принципы и методические основы коррекционной работы при афазии.
- Роль семьи в реабилитации больных с афазией.
- Значение психокоррекционного воздействия на личность больного.
- Значение и содержание психокоррекционной работы с семьей больного.

Для самоконтроля по теме необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Раскройте основные положения коррекционно-логопедической работы при афазии.
2. Покажите специфику коррекционно-логопедической работы при разных формах.

4. УХОД ЗА БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Перечень основных подтем

- 4.1. Болезнь и психика.
- 4.2. Восстановление двигательных функций после инсульта.
- 4.3. Гимнастика после инсульта.

План и краткое содержание лекционного материала по теме IV

Уход за больным после инсульта. Психологическая адаптация к жизни. Психокоррекционная работа с семьей. Значение и организация первой встречи с больным. Восстановление двигательных функций после инсульта. Гимнастика после инсульта.

4.1. Болезнь и психика

Длительная болезнь всегда в той или иной степени влияет на психику больного (тем более это справедливо для такого тяжелого заболевания, как инсульт). Выделяется четыре периода, в зависимости от фона настроения больного.

1-й период — это психическое состояние больного непосредственно после выхода из острого состояния. Очень важно, чтобы в это время больной был активен: ему разрешается встать с постели, если позволяют общие показатели здоровья, ходить. Появляется возможность принимать пищу сидя, умываться в ванной, пользоваться туалетом. Это в значительной мере поддерживает волю больного.

2-й период — появляется надежда на выздоровление, крепнет сознание того, что самое страшное позади. Этот период характеризуется подъемом настроения. Иногда он бывает даже чрезмерным. Больной может быть слишком уверен в себе. Оценка им своих возможностей, притязания на скорейшее возвращение в жизнь могут быть не совсем оправданными.

3-й период. Проходит месяц, другой. Больной осознает тяжесть последствий инсульта, их длительность. Многие больные переходят на инвалидность. Осознается утрата социального статуса, часто возникают сложности в быту, семье. Этот период характеризуется потерей надежды, подавленным настроением, «уходом в себя», утратой жизненных интересов, случаются попытки ухода из жизни.

4-й период. Оценивается как период адаптации к стойкому дефекту. Происходит стабилизация состояния. Больной как бы свыкается с параличом (парезом), речевым дефектом или адекватно (по срокам и конечному результату) оценивает перспективу его преодоления. Обретаются навыки, помогающие в той или иной мере компенсировать недостающие функции. Больной находит свое место в новой социальной ситуации,

приобретает навыки самообслуживания. Средний фон настроения в этот период заболевания более ровный, спокойный. Вместе с тем у некоторых больных наблюдаются и не столь благополучные варианты восстановления: снижается активность в работе над устранением последствий болезни. Больной удовлетворяется достигнутым.

В целом конечный результат «выхода» из инсульта или травмы мозга у разных больных различен. Одни больные идут по пути все лучшей адаптации, у других усиливается выраженность психических расстройств.

4.2. Восстановление двигательных функций после инсульта

Уже в первые дни после инсульта, при удовлетворительном общем состоянии, рекомендуется учить больного сидеть и стоять. Заранее необходимо подготовить косынку для фиксации руки, резиновую тягу для ноги, а также подобрать удобную обувь на низком широком каблуке, фиксирующую голеностопный сустав (например, штангетки, легкие мужские ботинки). Сажать больного в постели начинают, как только позволит его самочувствие и состояние сердечно-сосудистой системы. Сроки эти могут колебаться от 3—5 дней до 2—3 недель от начала заболевания и определяются лечащим врачом.

Вначале больной находится в положении полулежа в течение 3—5 минут. С этой целью под голову и спину ему подкладывают подушку. Постепенно таким путем в течение 2—3 дней больного переводят в полувертикальное положение, но сидеть с опущенными ногами разрешают примерно только на 4—5-й день занятий. При этом под спину больного подкладывают подушку, паретичную руку фиксируют косынкой, под ноги подставляют скамейку. Время сидения в постели с опущенными ногами следует постепенно увеличивать с 10—15 минут до 1—2 часов и больше в зависимости от самочувствия больного.

Как только больной начинает сидеть в постели с опущенными ногами, в комплекс лечебной гимнастики включаются упражнения для укрепления мышц ног: с помощью качающегося валика, локтевого эспандера или резиновой «лягушки» для наполнения воздухом надувных матрацев, приспособленных для тренировки мышц голени и разработки движений в голеностопном суставе.

В это же время начинают применять упражнения для больной руки с различными предметами (в качестве которых можно использовать некоторые детские игрушки). Рекомендуется собирать и разбирать пирамиды, детские конструкторы, различные фигуры из кубиков.

Важный этап — обучение стоянию и ходьбе. К нему подводят больного постепенно. Вначале выполняют подготовительные упражнения — пассивную и активную имитацию ходьбы в положении лежа.

Пассивная имитация ходьбы заключается в том, что занимающийся, обхватив руками лодыжки обеих ног больного, совершает попеременно их сгибание и разгибание в коленях, не отрывая стоп от простыни. Активная же имитация ходьбы выполняется самим больным, если у него сохранена подвижность паретичной ноги. Если ее нет, то занимающийся помогает «шагать» больному. Здоровую ногу больной разгибает и сгибает самостоятельно.

По согласованию с лечащим врачом больного затем начинают учить стоять. Первый раз ему предлагают, держась здоровой рукой за прикроватную раму или спинку кровати, привстать. Занимающийся должен помогать больному, находясь со стороны паретичных конечностей. Больного следует поддерживать за талию, одновременно зафиксировав коленный сустав паретичной ноги в разогнутом состоянии.

Стоять больной должен прямо, равномерно распределяя вес тела на здоровую и паретичную стороны. В самом начале обучения в положении стоя больной может находиться не более минуты. Постепенно время стояния на ногах увеличивают до 5—7 минут. После того как больной сможет уверенно, держась за спинку кровати, самостоятельно стоять на

обеих ногах, переходят к обучению его попеременному переносу тяжести тела на здоровую и больную ногу.

Для этого больному предлагают расставить ноги на ширине плеч и совершать легкое покачивание из стороны в сторону. При этом можно использовать резиновую «лягушку», на которую больной давит паретичной ногой: если нагрузка на больную ногу достаточно велика, то появится характерный звук выходящего воздуха. При выполнении этого упражнения больного необходимо поддерживать.

Когда больной усвоит это упражнение, необходимо учить стоять его на одной ноге, вначале на здоровой. В этом случае паретичная нога находится в согнутом положении (с помощью занимающегося). Когда учат стоять на больной ноге, то вначале занимающийся должен фиксировать коленный сустав паретичной ноги в разогнутом состоянии под прямым углом. Лучше, если при этом будет присутствовать еще один человек, поддерживающий больного. При проведении данного упражнения необходимо, чтобы больной имел надежную опору: высокую спинку кровати, прикроватную раму, скобу, вбитую в стену. Для страховки или отдыха позади него должен находиться стул.

Научить больного стоять — важный и ответственный этап в лечении. Не торопитесь переходить к следующим упражнениям, пока больной не научится самостоятельно, без вашей помощи, уверенно чувствовать себя на ногах. Если вы поспешите, то следующий этап может неоправданно затянуться.

Обучение передвижению следует начинать с упражнения «ходьба на месте». Затем больной должен учиться ходить вперед, назад, боком вдоль кровати или стола. Все это он должен делать, держась за прикроватную раму или за стол. В дальнейшем начинают обучать больного передвигаться и без помощи этих опор, но с поддержкой.

В ходе восстановления в первое время больной при передвижении пользуется трех- или четырехопорным костылем, затем палкой. При обучении ходьбе следует обращать внимание на положение стопы, проверять устойчивость больного, следить, чтобы он достаточно сильно сгибал ногу в тазобедренном и коленном суставе, не заносил ее в сторону, не задевал носком пол и правильно ставил стопу.

Во время тренировки больную руку лучше фиксировать косынкой для предупреждения растяжения сумки плечевого сустава, а для устранения отвисания стопы используют приспособления, фиксирующие ее: резиновую тягу (соединяющую носок или ботинок с подвязкой, расположенной над коленкой) или ботинки с высоким жестким креплением.

Для закрепления навыка правильной постановки ноги желательно ходить по дорожке, на которую нанесены следы обучающих шагов. С той же целью используется и другой метод — преодоление препятствий высотой 5—15 см (например, дощечек, которые расставлены перед следами ног на той же дорожке). Следует постоянно корректировать положение стопы при упоре на пол всей подошвой, а также при переносе ноги. Когда больной начнет самостоятельно передвигаться по комнате, целью лечебной физкультуры будет укрепление мышц ног, необходимое для восстановления правильной походки.

На следующем этапе больного учат ходить по лестнице, при этом надо быть особенно внимательным, страховать больного от падения. Так как при этих упражнениях больной затрачивает значительные усилия, необходимо время от времени делать паузы для отдыха в положении сидя и для выполнения дыхательных упражнений.

Одновременно с упражнениями по восстановлению функций ноги проводятся упражнения для руки. Это уже упоминавшиеся упражнения с мелкими предметами — кубиками, пирамидами, пластилином, использование качающегося столика, пружинного микроэспандера в положении больного сидя за столом, и без предметов. Вот одно из них: больного сажают пораженной стороной тела к столу, на стол кладут его вытянутую паретичную руку. Занимающийся берет кисть больного, фиксируя его плечо около локтевого сгиба. Затем, легко потряхивая, медленно сгибает руку в локте и разгибает.

Рекомендуется и другое упражнение. Исходное положение: сесть лицом к столу, поставить ноги на ширину плеч, положить на стол согнутую в локте под прямым углом больную руку ладонью вниз (предплечье вдоль стола) с выпрямленными и разведенными пальцами. Занимающийся одной рукой прижимает кисть больного к столу, а другой поднимает локоть его руки вверх, легко потряхивая.

Следующее упражнение способствует снижению тонуса в сгибателях предплечья, кисти и пальцев. Больного усаживают на стул так, чтобы кисть пораженной руки была подложена под больное бедро. Занимающийся, придерживая одной рукой плечо, другой обхватывает локоть больного и выпрямляет руку в локте, легко ее потряхивая.

Для расслабления мышц применяют также различные висы и покачивания конечностей. Например, больного сажают пораженной стороной тела к спинке стула и подкладывают в подмышечную область кисть здоровой руки. В итоге больная рука оказывается на весу и ее медленно раскачивают, постепенно увеличивая амплитуду. Такое же упражнение можно выполнять на кушетке: больной при этом лежит на спине, свесив вниз больную руку.

Для снижения мышечного тонуса в мышцах кисти рекомендуется растирать ее тыльную поверхность по направлению от кончиков пальцев к запястью.

Полезно также следующее упражнение. Занимающийся одной рукой обхватывает большой палец больного, а другой все остальные (сложенные вместе четыре пальца) и производит их максимальное разгибание, одновременно отводя и разгибая большой палец больного. В таком положении кисть следует удерживать в течение 1—3 минут, пока не обозначится расслабление мышц.

Иногда у больного наблюдаются непроизвольные содружественные движения, т. е. при сгибании ноги в колене одновременно сгибается рука в кисти и локте. Это же может наблюдаться при кашле, чихании. Устранению содружественных движений способствует ряд упражнений. Можно рекомендовать и следующие. Сесть лицом к столу, поставив ноги на ширину плеч. Положить на стол руки и прижать здоровой больную кисть. Медленно сгибать и разгибать ногу в колене (если это трудно делать, то следует помогать больной ноге при помощи здоровой), одновременно удерживая руку в разогнутом положении. Можно также сидя на стуле и вытянув вперед руки (паретичная снизу, здоровая сверху), положить их на трость, которая находится сбоку от больной ноги.

Необходимо удерживать руки разогнутыми при следующем движении ногами. Положить больную ногу на колено здоровой, вернуться в исходное положение, положить здоровую ногу на колено больной, вернуться в исходное положение. Помимо упражнений для паретичных конечностей, в комплекс лечебной гимнастики обязательно нужно включать упражнения для здоровых конечностей. Собственно, каждая процедура лечебной гимнастики с первых дней занятий должна начинаться с упражнений для здоровых конечностей.

Следует также иметь в виду, что во всем восстановительном периоде, помимо активной гимнастики (облегченных тренировок с сопротивлением, упражнений на расслабление, на разрыв содружественных движений), продолжают применять и пассивные движения для суставов паретичных конечностей.

Некоторые из них больные смогут выполнять самостоятельно. Например, для плечевого сустава — руки в замок, поднять их вверх (работает здоровая рука, больная пассивна), наклонить затем их влево, вправо. Взять гимнастическую палку двумя руками, поднять вверх (работает здоровая рука, больная пассивна), опустить палку за голову. Пассивные движения для лучезапястного сустава также может проводить сам больной, помогая себе здоровой рукой — делая разгибание, сгибание, круговые вращения в одну и другую сторону. Пассивные движения для паретичной стопы можно совершать здоровой рукой, положив согнутую больную ногу на колено здоровой. При выполнении как активных, так и пассивных движений необходимо добиваться возможно большего объема движений. Упражнения эти следует выполнять ритмично, в спокойном темпе. Как уже отмечалось выше, все активные движения следует чередовать с упражнениями на расслабление.

4.3. Гимнастика после инсульта

Активная и пассивная гимнастика после инсульта. Пассивные движения и массаж являются подготовительными мероприятиями перед проведением активной гимнастики, которая играет важную роль для выработки изолированных движений в паретичных конечностях.

Активную гимнастику начинают с упражнений для здоровых конечностей, чередуя их с гимнастикой для паретичных, а также с дыхательными упражнениями. Нагрузка на сердечно-сосудистую и дыхательную системы должна возрастать постепенно, так как иначе можно вызвать переутомление больного. Пульс рекомендуется контролировать после каждого упражнения, выполненного 1—5 раз. Упражнения следует разделять паузами для отдыха продолжительностью 1—2 минуты.

Начинают активную гимнастику с упражнений в изометрическом режиме. При выполнении упражнений в этом режиме часто требуется оказывать помощь больному.

Чтобы добиться изометрического сокращения разгибателей кисти и пальцев, больного укладывают на спину, руку сгибают в локте и придают предплечью вертикальное положение. Затем следует разогнуть (выпрямить) кисть и пальцы (чтобы они с предплечьем составляли 180 градусов). Придерживая паретичную руку за предплечье, больного просят удерживать кисть и пальцы в этом разогнутом положении. В том же исходном положении, но, придерживая паретичную руку за кисть, больного просят удерживать предплечье в заданном вертикальном положении.

Это упражнение направлено на тренировку сгибателей предплечья в изометрическом режиме. Для тренировки разгибателей предплечья паретичную руку больного разгибают в локте и поднимают вертикально вверх. Фиксируя плечо больного, просят удерживать руку в поднятом положении. Для этого он должен напрячь разгибатели предплечья.

Изометрическое сокращение отводящих мышц плеча осуществляют в положении больного на здоровом боку. Паретичную руку поднимают вверх и сгибают в локте под углом 90 градусов. Поддерживая предплечье, просят больного удерживать руку в таком положении.

Сгибатели бедра тренируют в изометрическом режиме в положении больного на спине. Паретичную ногу сгибают в колене, слегка придерживая ее за голень. И больного просят удерживать ногу в таком положении, не давая ей разогнуться в колене. В том же исходном положении можно тренировать отводящие мышцы бедра. Слегка отведя согнутую в колене ногу в сторону, просят больного удерживать ее в зафиксированном положении.

Данные упражнения составляют начальный комплекс активной гимнастики. В первые дни занятий их следует выполнять по 2—3 раза, постепенно доводя число упражнений до 5—10 раз.

При появлении у больных самостоятельных изолированных движений приступают к их тренировке. С этой целью применяют облегченные упражнения, цель которых устранить нежелательное влияние силы тяжести. «Лучше всего их проводить с помощью различных подвесов, гамачков и блоков.

Облегченные упражнения не должны вызывать болевых ощущений. Выполняют их в медленном темпе, в доступном для больного объеме. В первую очередь проводят упражнения для мышц, тонус которых обычно не повышается. Так, например, поддерживая паретичную руку гамачком, предлагают больному совершать те активные движения, которые у него уже появились.

Это отведение, и приведение плеча, сгибание и разгибание предплечья, разгибание кисти. Облегченное отведение и приведение бедра тренируют в положении больного на спине. А, повернув больного на здоровый бок и поддерживая пораженную ногу, тренируют разгибание и сгибание голени.

Когда со временем объем активных движений возрастет, следует добавить упражнения с легким дозированным сопротивлением. Осуществляется это так; например,

при активном разгибании голени надо попытаться слегка препятствовать этому движению, нажимая сверху на голень и не давая ноге разгибаться в колене. Аналогично проводят упражнения с легким сопротивлением для остальных мышечных групп.

Нужно помнить, что упражнения с сопротивлением включаются в комплекс активной гимнастики только при появлении активных изолированных движений в достаточно большом объеме. Упражнения эти рекомендуются в основном для мышц, в которых тонус не повышается. Выполняющему их нужно особенно внимательно следить за дыханием. Больной не должен задерживать его. Упражнения с сопротивлением необходимо сочетать с пассивными упражнениями на расслабление.

4.4. Методические рекомендации для студентов по изучению темы

Изучив данную тему, студент должен:

- знать: методы и приемы восстановления двигательных функций; основные направления и содержание профилактической и психокоррекционной работы с больными после инсульта; принципы психологической адаптации к жизни больного после инсульта;
- уметь: практически реализовывать основные направления профилактической и психокоррекционной работы;
- обладать: теоретическими знаниями и практическими навыками организации коррекционной работы по восстановлению двигательных функций после инсульта.

При изучении темы IV необходимо:

Изучить учебный материал:

Визель Т.Г. Как вернуть речь. – М.: В. Секачев, 2005. С. 12-16.

Особое внимание обратить на:

- Медицинский, психологический и педагогический аспект восстановительной работы после инсульта.
- Значение и содержание психологической адаптации к жизни больного с афазией.
- Значение и организацию первой встречи с больным.
- Основные направления и содержание работы по восстановлению двигательных функций после инсульта.

Для самоконтроля по теме необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Раскройте медицинский, психологический и педагогический аспект восстановительной работы после инсульта.
2. Приведите примеры упражнений по восстановлению двигательных функций после инсульта.
3. Раскройте основное содержание гимнастики после инсульта.

5. ПРАКТИЧЕСКИЙ БЛОК ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛОГОПЕДИЯ. АФАЗИЯ»

Практическая часть пособия представляет собой перечень вопросов и заданий для студентов, выполнение которых позволит студентам усвоить основные методы и приемы восстановительного обучения при афазии, дифференцировать и систематизировать их в зависимости от этиологии и локализации очага поражения.

5.1. План практического/семинарского занятия

1. Сравнительная характеристика классификаций форм афазии.
2. Исторический аспект изучения проблемы диагностики и коррекции афазии по материалам зарубежной и отечественной литературы.
3. Отграничение афазии в детском возрасте от сходных состояний: алалии, дизартрии, умственной отсталости, нарушения слуха.

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО/СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ

1. Составить сводную дифференциальную таблицу форм афазии:

Форма афазии	Локализация очага поражения	Первичный дефект	Слухоречевая память	Фонематический слух	Понимание речи	Называние	Экспрессивная речь	Нарушение письма, чтения, счета
Акустико-гностическая								
Акустико-мнестическая								
Семантическая								
Афферентная моторная								
Эфферентная моторная								
Динамическая								

2. Подобрать дидактический и лексический материал по обследованию больного с афазией.
3. Схематично изобразить локализацию очагов поражения левого полушария мозга при различных формах афазии.

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО/СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ

1. Составить сводную таблицу направлений и содержания восстановительной работы при разных формах афазии:

Форма афазии	Принципы и методические основы коррекционной работы	Основные направления работы	Содержание восстановительной работы: методы, приемы, средства коррекционного воздействия на больного с афазией
Акустико-гностическая			
Акустико-мнестическая			
Семантическая			
Афферентная моторная			
Эфферентная моторная			
Динамическая			

2. Роль семьи в реабилитации больных с афазией.
3. Разработать примерное содержание и определить направления психокоррекционной работы с семьей больного с афазией.
4. Подобрать речевой и дидактический материал для логопедической работы с больными, страдающими различными формами афазии.

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО/СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ

1. Медицинский, психологический и педагогический аспект восстановительной работы после инсульта.
2. Привести примеры упражнений по восстановлению двигательных функций после инсульта.
3. Психологическая адаптация к жизни. Болезнь и психика.

5.2. Советы по подготовке к экзамену по дисциплине

При подготовке к экзамену особое внимание следует обратить на следующие моменты:

1. Иметь четкое представление о содержании ведущих понятий курса.
2. Авторы, занимающиеся проблемой изучения и коррекции афазии (отечественные и зарубежные).
3. Исторический экскурс изучения проблемы.
4. Связь локализации очага поражения и проявления клинической симптоматики при различных формах афазии.

Опыт приема экзамена выявил, что наибольшие трудности при проведении экзамена возникают по следующим разделам:

1. Содержание понятий курса.
2. Дифференциальная диагностика форм афазии.
3. Направления коррекционно-логопедической работы при разных формах афазии.
4. Методика и принципы восстановительной работы при афазии.

Для того чтобы избежать трудностей при ответах по вышеназванным разделам, рекомендуем четко следовать методическим рекомендациям по изучению всех разделов курса. Качественно изучать предлагаемый теоретический материал по дисциплине и продуктивно выполнять соответствующие практические задания по каждой теме.

Своевременно и конструктивно отслеживать уровень соответствия теоретических знаний и практических умений предъявляемым программой требованиям к усвоению материала.

ГЛОССАРИЙ

- Автоматизированные речевые ряды** — речевые действия, реализуемые без непосредственного участия сознания.
- Агнозия** — нарушение различных видов восприятия, возникающее при определенных поражениях мозга. Различают зрительные, тактильные, слуховые агнозии.
- Аграмматизм** — нарушение понимания (импрессивный) и употребления (экспрессивный) грамматических средств языка.
- Адаптация** — приспособление организма к условиям существования.
- Акалькулия** — нарушение счета и счетных операций как следствие поражения различных областей коры головного мозга.
- Алалия** — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Различают моторные, а также сенсорные алалии. Существуют и другие систематизации.
- Амнезия** — нарушение памяти, возникающее при различных локальных поражениях мозга.
- Анамнез** — совокупность сведений о болезни и развитии ребенка.
- Апраксия** — нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, не являющееся следствием параличей и парезов, а относящееся к расстройствам высшего уровня организации двигательных актов.
- Артикуляция** — деятельность речевых органов, связанная с произнесением звуков речи и различных их комплексов, составляющих слоги, слова.
- Астения** — слабость.
- Атаксия** — расстройство координации движений, наблюдается при различных заболеваниях головного мозга.
- Атрофия** — патологические структурные изменения в тканях, связанные с угнетением обмена веществ в них.
- Афазия** — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Основные формы: акустико-гностическая (сенсорная) — нарушение фонематического восприятия; акустико-мнестическая — нарушение слухоречевой памяти; семантическая — нарушение понимания логико-грамматических конструкций; афферентная моторная — кинестетическая оральная и артикуляторная апраксия; эфферентная моторная — нарушение кинетической основы серий речевых движений; динамическая — нарушение последовательной организации высказывания, планирования высказывания.
- Брока центр зона** — центр моторной речи, расположенный в задней части нижней лобной извилины левого полушария. Основная его функция - преобразование нейронных кодов слов в последовательность артикуляций. Моторный центр речи обеспечивает также правильный порядок слов и их допустимые сочетания - то есть синтаксис (или грамматику) высказываний. Поле Брока занимает центральное место в формировании сложной мышечной активности, требующейся для артикуляции слов. Оно располагается непосредственно по соседству с областью первичной моторной коры, которая отвечает за мускулатуру лица и гортани (рис. 1).
- Вернике центр (зона; поле Бродмана 22)** — центр восприятия речи, расположенный в заднем отделе верхней височной извилины левого полушария. Занимает заднюю треть верхней височной извилины и часть нижней теменной доли. Основная его функция - преобразование слуховых сигналов в нейронные коды слов, которые активируют соответствующие образы или понятия.

Повреждения этой области влияют на способность человека воспринимать звуки речи как лингвистически значимые.

Внутренняя речь — произносимая беззвучно, скрытая, имеет место в процессе мышления.

Высшие психические функции — сложные, прижизненно формирующиеся системные психические процессы, социальные по своему происхождению.

Гемиплегия (гемипаралич, гемипарез) — поражение на одной половине тела функции произвольной подвижности, т. е. паралич (парез) мышц одной половины тела.

Гиперкинез — чрезмерные непроизвольные движения, возникающие при нарушениях нервной системы.

Группа риска — группа лиц, имеющих одинаковый фактор риска развития той или иной патологии.

Депривация — недостаточное удовлетворение основных потребностей.

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Изометрическое сокращение мышцы - сокращение без укорочений, то есть без движения в суставах.

Инсульт — в переводе с латыни означает «удар», результат сосудистого заболевания головного мозга.

Инсульт ишемический — нарушение мозгового кровообращения в результате закупорки кровеносных сосудов.

Инсульт геморрагический - нарушение мозгового кровообращения в результате кровоизлияния в мозг (разрыв сосудов).

Кинестетические ощущения — ощущения положения и движения органов.

Компенсация — сложный, многоаспектный процесс перестройки **психических** функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма.

Коммуникативная функция речи — функция общения.

Контаминация — ошибочное воспроизведение слов, заключающееся в объединении в одно слово слогов, относящихся к различным словам.

Коррекция нарушений речи — исправление недостатков речи. Используются также термины «устранение», «преодоление речевых нарушений».

Логопедия — специальная педагогическая наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления, устранения средствами специального обучения и воспитания.

Локализация функций — связь физиологических и психических функций с работой определенных участков коры головного мозга.

Логоррея — бессвязный речевой поток как проявление речевой активности; наблюдается при сенсорных нарушениях.

Модуляция голоса — изменение высоты голоса, связанное с интонацией.

Нарушения речи (синонимы — расстройства речи, речевые нарушения, дефекты речи, недостатки речи, речевые отклонения, речевая патология) — отклонения в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, проявляющиеся в парциальных (частичных) нарушениях (звукопроизношения, голоса, темпа и ритма и т.д.) и обусловленные расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности. С точки зрения коммуникативной теории, Н. р. — есть нарушения вербальной коммуникации.

Негативизм — немотивированное сопротивление ребенка воздействию на него взрослого. Речевой н. — упорный отказ от общения.

Нейролингвистика — отрасль психологической науки, пограничная для психологии, неврологии и лингвистики.

Нейрон - нервная клетка с отростками (дендритами и аксоном). Нейроны подразделяются на *афферентные*, несущие импульсы к центру, *эфферентные*, несущие

информацию от центра к периферии, и вставочные, в которых происходит предварительная переработка импульсов.

Отраженная речь — повторенная за кем-либо.

Параграфия (литеральная) — неправильное употребление букв на письме (смещение гласных и согласных фонем, пропуски букв).

Парализация - от слова «паралич» — исчезновение движения.

Паралич (парез) — полная (частичная) утрата двигательной функции в результате локализованного нарушения мозгового кровообращения.

Парафазия — нарушение речевого высказывания, проявляющееся в неправильном употреблении звуков (**литеральная**) или слон (**вербальная**) в устной и письменной речи.

Патогенез — раздел патологии, изучающий механизмы возникновения и развития болезней.

Персеверация — патологическое повторение или настойчивое воспроизведение какого-либо действия или слога, слова. В **основе П.** лежат процессы, связанные с запаздыванием сигнала о прекращении действия.

Праксис (греч. praxis действие) - способность к выполнению целенаправленных двигательных актов.

Распад речи — утрата имевшихся речевых навыков и коммуникативных умений вследствие локальных поражений мозга.

Сенсорный — чувствующий (противоположный — моторный, двигательный).

Симультанный — анализ и синтез, имеющий определенный целостный (одновременный) характер.

Сукцессивный — анализ и синтез, реализуемый по частям (последовательный), а не целостно.

Соматический — телесный.

Сопряженная речь — одновременное совместное произнесение двумя или более лицами слов и фраз.

Сложный (комбинированный) дефект — дефект, при котором прослеживаются определенные связи, например речевая и зрительная недостаточность и другие сочетания.

Фонематический анализ и синтез — умственные действия по анализу или синтезу звуковой структуры слова.

Фонематическое восприятие — специальные умственные действия по дифференциации фонем и установлению звуковой структуры слова.

Фонематический слух — тонкий систематизированный слух, обладающий способностью осуществлять операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова (Ф. с. близок по значению Ф. в.).

Черепно-мозговая травма — результат механического воздействия на череп, приводящего к тому или иному повреждению вещества мозга.

Этиология — учение о причинах.

Эхолалия — автоматическое повторение слов вслед за их воспроизведением.

Церебральный — мозговой.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Визель Т.Г. Как вернуть речь. – М.: В. Секачев, 2005.
2. Воробьева В. К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи: учебное пособие / В.К. Воробьева. – М.: АСТ: Астрель: ХРАНИТЕЛЬ, 2007. – 158 с – (Высшая школа).
3. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. – М., 2008. – 528 с.
4. Основы логопедической работы с детьми: Учебное пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ / Под общ. Ред. д.п.н., проф., Г. В. Чиркиной. – 3-е изд., испр. – М.: АРКТИ, 2005. – 240 с.
5. Поваляева, М. А. Справочник логопеда / М. А. Поваляева. - 5-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2006. - 446 с.

Дополнительная литература

1. Афазия и восстановительное обучение: Учебное пособие для студентов психологических и дефектологических факультетов вузов. — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2001. (Серия «Библиотека педагогической практики»).
2. Бурлакова М. К. Коррекция сложных речевых расстройств. Сборник упражнений. – М., 1997.
3. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студентов дефектол. фак. пед. вузов: / Под ред. Л. С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. III: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия.
4. Логопедия: Учеб. Пособие для студентов пед. ин-тов по специальности «Дефектология»/ Л. С. Волкова, Р. И. Лалаева, Е. М. Мастюкова и др. – М.: Просвещение, 1989.
5. Лурия А. Р. Функциональная организация мозга// Естественно научные основы психологии. – М.: Педагогика 2000.
6. Хомская Е. Д. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия. – М.: МГУ, 1995.
7. Храковская М. Г. Стандартизированный протокол нейропсихологического обследования больных с афазией //Диагностика и коррекция речевых нарушений. – СПб., 1997.
8. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М. К. Преодоление речевых расстройств при «проводниковой» афазии // Диагностика и коррекция речевых нарушений. – СПб., 1997.
9. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М.К. Речь и афазия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, В. Секачев, 2001.

Учебное текстовое электронное издание

**Исаева Елена Викторовна
Попкова Евгения Анатольевна**

АФАЗИЯ

Учебное пособие

0,46 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2015 год

ФГБОУ ВПО «МГТУ»

Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

**ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»**

Кафедра специального образования и медико-биологических дисциплин

**Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий**

e-mail: ceor_dot@mail.ru