

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра логопедии и психолингвистики

**Организация восстановительной работы при афазии в условиях
центра реабилитации: логопедический аспект**

АВТОРЕФЕРАТ МАГИСТЕРСКОЙ РАБОТЫ

Студенки 2 курса 272 группы направления (специальности направления
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
профиля «Логопедия»,
факультета психолого-педагогического и специального образования
Коваленко Виктории Сергеевны

Научный руководитель

должность, уч. степень, уч. звание

дата, подпись

инициалы, фамилия

Заведующий кафедрой

должность, уч. степень, уч. звание

дата, подпись

инициалы, фамилия

Саратов 2017 год

Введение

Афазия является одной из главных проблем в области неврологии, психологии, физиологии, логопедии, лингвистики, психолингвистики и других наук. Внимание к данному нарушению объясняется, с одной стороны, значимостью его изучения для расширения представлений о работе мозга, связи речи и мозговых механизмов, психофизиологических основах речи, связи речи с другими психическими процессами. С другой стороны, возрастающий интерес исследователей к проблеме афазии связан с вопросом восстановления речевой функции пациентов с данным нарушением, возвращением их к полноценной жизни.

Несмотря на большое количество исследований Т.В. Ахутиной, Т.Г. Визель, А.Р. Лурии, В.В. Оппель, Л.С. Цветковой и многих других авторов, вопрос практической работы при афазии остаётся недостаточно разработанным. Афазия характеризуется индивидуальностью проявлений, значительной вариабельностью, поэтому важно изучать опыт разных специалистов в данной области, применять классические и новые методы возвращения речевой функции, при этом грамотно организовывать процесс восстановительного обучения. Этим обусловлена **актуальность** представленной работы, в которой описываются особенности организации занятий с пациентами, имеющими афатические расстройства разной формы и степени выраженности, способы взаимодействия с семьёй больного, а так же описание клинических случаев афазии в центре реабилитации и адаптации инвалидов.

Цель выпускной квалификационной работы: изучение особенностей организации восстановительной работы при афазии в условиях центра реабилитации.

В соответствии с поставленной целью, были выделены следующие **задачи выпускной квалификационной работы:**

1) изучить литературу по проблеме афазии и восстановительной работы при данном нарушении;

2) изучить особенности организации процесса обследования пациентов в условиях центра реабилитации;

3) изучить формы работы с пациентами в условиях центра реабилитации;

4) изучить процесс организации работы с семьёй пациента;

5) привести примеры восстановительной работы при разных формах афазии, которые встречались в центре реабилитации и адаптации инвалидов (ГАУ СО «ЦАРИ»).

Объектом исследования является нарушения речи у пациентов с афатическими расстройствами, **предмет исследования** – восстановительная работа при афазии в условиях центра реабилитации и адаптации инвалидов.

Основные методы исследования: анализ научной литературы, наблюдение, беседа, эксперимент, количественный и качественный анализ результатов работы.

Магистерская работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников.

Основное содержание работы

Афазия – системное нарушение речи, возникающее в результате локальных органических поражений речевых зон коры головного мозга, охватывающая разные уровни речевой деятельности и проявляющаяся в дезинтеграции всех психических функций.

Причинами афатических расстройств являются органические поражения речевых зон коры головного мозга. От этиологии афазии зависит характер, течение нарушения и прогноз восстановления. Основными причинами афазий считаются сосудистые заболевания головного мозга. К ним относятся геморрагический и ишемический инсульты. Помимо инсультов, афазии могут возникать вследствие травм и опухолей головного мозга, воспалительных заболеваний центральной нервной системы (энцефалит, лейкоэнцефалит, абсцесс), операций на головном мозге, хронических прогрессирующих заболеваний ЦНС.

Компенсация является одной из важных способностей головного мозга. Существуют прямые компенсаторные механизмы и обходные, на их основе строится восстановительное обучение людей с афазией. На начальном этапе развития афазии используются растормаживающие методы, то есть прямые компенсаторные возможности. После инсульта некоторое количество клеток мозга находится в состоянии временного угнетения, связанного с явлением охранительного торможения. Другие методы компенсации – обходные – подразумевают перестройку речевой деятельности, введение новых способов осуществления речевого высказывания. Возможно подключение сохранных анализаторов с учётом индивидуальных особенностей пациента, тяжести его состояния, преморбидного уровня.

Практическое исследование, представленное в данной работе, проводилось на базе «Центра адаптации и реабилитации инвалидов» (ГАУ СО «ЦАРИ») в период с сентября 2016 года по май 2017 года. Нами были изучены особенности организации восстановительного обучения при разных формах афазии в условиях указанного центра, где оказывают помощь гражданам

трудоспособного возраста, имеющим инвалидность и зарегистрированным на территории Саратовской области. В рамках программы реабилитации для каждого пациента разрабатывается индивидуальный маршрут, в который включаются медицинские, обучающие, психологические занятия, экскурсии, занятия в клубах по интересам, развлекательные мероприятия. Для людей, имеющих тяжёлые нарушения речи, предусмотрены занятия с логопедом, в обязанности которого входит осуществление восстановительного обучения, ведение документации. Одним из самых часто встречаемых речевых нарушений, с которым работает логопед центра реабилитации, является афазия.

Логопедическое обследование пациента с афазией в условиях Центра адаптации и реабилитации инвалидов предполагает подготовительную работу: беседа с родственниками больного, изучение медицинской документации, предварительная беседа с самим пациентом. Далее логопед приступает к тщательному исследованию состояния орального и артикуляционного праксиса, спонтанной речи, речевых автоматизмов, повторной речи, диалога, номинативной функции речи, возможности составления фразы по сюжетной картинке, пересказа, понимания речи, объёма слухоречевой памяти, функции чтения и письма. По окончании обследования заполняется речевая карта, которая содержит качественную и количественную оценку всех вышеописанных функций речи, после чего логопед составляет индивидуальную программу реабилитации и приступает к восстановительному обучению. Кроме речевой карты, логопед ведёт следующую документацию:

- Журнал учёта государственных услуг, где фиксируются данные о количестве проведённых занятий, диагностик и консультаций;
- Журнал первичного приёма, в который записываются следующие сведения о пациенте: Ф.И.О., дата поступления, отделение (дневное или стационар), клинический диагноз.

В конце курса реабилитации проводится повторное логопедическое обследование, которое необходимо для выявления снижения степени

выраженности афатических расстройств. Результаты повторного обследования фиксируются в речевой карте пациента.

Восстановительное обучение пациентов с афазией проводилось с использованием индивидуальной и групповой форм работы. В Центре адаптации и реабилитации инвалидов индивидуальные занятия являются приоритетными. В зависимости от формы афазии и степени тяжести речевого нарушения каждому пациенту назначается от 2 до 5 индивидуальных занятий в неделю. Редко используются групповые занятия с использованием элементов диад, так как все пациенты, поступающие на реабилитацию, имеют разные формы афазии и разную степень выраженности, поэтому организация таких занятий представляет большую сложность и не всегда оказывается возможной. Групповые занятия, при правильном их проведении, при определённом уровне подготовки логопеда, оказывают мощное психотерапевтическое воздействие, позволяя пациентам почувствовать свою коммуникативную состоятельность.

Вовремя начатая и правильно организованная совместная деятельность логопеда и ближайшего окружения пациента является залогом восстановления речевой деятельности и возврату к полноценному речевому общению, поэтому в ГАУ СО «ЦАРИ» используется три формы работы логопеда с семьёй пациента:

1) словесная: беседы и консультации. В ходе беседы с родственниками рассказывается о том, что представляет собой та форма афазии, которая повлияла на речь пациента, какие стороны речевой деятельности она затронула и как с этим можно бороться. Прежде всего, нужно вселить в родственников больного уверенность в том, что многое зависит от семьи пациента, что только они могут оказать систематическую помощь.

2) наглядная: буклеты. Буклет, который получает каждая семья пациента с афатическими нарушениями, представляет собой памятку о том, как должны строиться занятия при афазии в домашних условиях, какие виды заданий можно использовать при каждой форме афазии.

3) практическая: практикумы, представляющие собой включение близкого родственника в восстановительный процесс. Постепенно родственник начинает выполнять некоторые задания с пациентом по поручению логопеда.

В данной работе представлены клинические примеры афазий, организация восстановительной работы при них и результаты.

Наиболее распространёнными формами афазий в ГАУ СО «ЦАРИ» (в период исследования) являлись афферентная моторная афазия грубой степени выраженности и акустико-мнестическая форма афазии лёгкой и средней степени тяжести. Остальные формы встречаются крайне редко.

Афферентная моторная афазия оказалась одной из самых часто встречаемых форм. Рассмотрим её на конкретном примере. Итак, пациент Александр С. (57 лет), поступил в центр реабилитации в декабре 2016 года с клиническим диагнозом: «Хроническая ишемия головного мозга 2 стадии смешанного генеза. Инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии от 2013 г.». В заключении МРТ указано поражение нижнетеменной области левого полушария. Пациент адекватен, ориентирован в месте и времени, критично относится к своему состоянию. Результаты первичного обследования состояния речи Александра С. представлены в таблице 3, где даётся сначала качественная характеристика нарушенной стороны речи, затем оценка состояния речи в ходе первичного и повторного обследования в баллах по шкале Л.И. Вассермана.

Таблица 3 – Результаты первичного обследования речевой функции пациента Александра С. (афферентная моторная афазия грубой степени выраженности)

№	Сторона речи	Качественная характеристика (первичное обследование)	Первич.	Повтор.
1	Экспрессивная речь			
	Спонтанная речь	<i>Представлена речевым эмболом «Итына»</i>	3	3
	Повествовательная речь	<i>Представлена речевым эмболом «Итына»</i>	3	3
	Диалог	<i>Общается богато интонированным речевым</i>	2	2

		<i>эмболом, иногда возможно воспроизведение речевых штампов.</i>		
	Автоматизированная речь	<i>Возможен сопряжённый счёт, пение хорошо знакомых песен</i>	1	1
	Дезавтоматизированная речь	<i>Невозможна</i>	3	3
	Повторение	<i>Практически невозможно</i>	3	2
	Номинативная функция	<i>Отсутствует вторично</i>	2	2
	Фраза по сюжетной картинке	<i>Недоступна</i>	3	3
	Пересказ	<i>Недоступен</i>	3	3
2	Импрессивная речь			
	Понимание устной речи	<i>Полностью сохранено. Понимает даже сложные обороты речи.</i>	0	0
	Фонематический слух	<i>Сохранён</i>	0	0
	Понимание письменной речи	<i>Грубо нарушено</i>	3	2
	Объём слухоречевой памяти	<i>Исследовать трудно</i>	1	1
3	Чтение: Распад ассоциативной связи графема-артикулема			
	Понимание прослушанного текста	<i>Полностью сохранено</i>	0	0
	Самостоятельное чтение	<i>Недоступно</i>	3	2
4	Письмо: Распад ассоциативной связи фонема-графема			
	Списывание	<i>Доступно, но наблюдается большое количество параграфий.</i>	2	1
	Письмо под диктовку	<i>Недоступно</i>	3	3
	Самостоятельное письмо	<i>Недоступно</i>	3	3
5	Праксис: Грубо нарушен по афферентному типу			
	Оральный	<i>Доступна имитация простых оральных поз по образцу. При предъявлении устной инструкции – не справляется с заданием.</i>	3	3
	Артикуляционный	<i>С трудом выполняет артикуляционные позы по образцу. Наблюдается большое количество ошибок, поиски нужной позы.</i>	3	3
Сумма баллов			44	40

Таким образом, у пациента Александра С. наблюдается афферентная моторная афазия грубой степени выраженности, которая развивалась в течение 4 лет. Ранее логопедических занятий не посещал. В данном случае, когда с момента начала возникновения афазии прошло несколько лет, целесообразно

применять обходные методики восстановления речевой функции, то есть такие способы, которые формируют новые связи в головном мозге.

Ядром нарушения при афферентной моторной афазии является артикуляционная апраксия, у пациента теряется связь между звуком речи и артикулемой, соответствующей ему. В силу тяжести нарушения, занятия с пациентом проводились 5 дней в неделю. Рассмотрим *задачи* восстановительной работы с пациентом Александром С. в течение 21 дня курса реабилитации:

1. Восстановление возможности произнесения и чтения простых слов методом зрительно-слуховой имитации. С пациентом отрабатывался каждый звук в слогах, простых словах;

2. Стимулирование простых коммуникативных видов речи. Использовался метод моделирования ситуаций, способствующий вызову коммуникативно значимых простых слов;

3. Затормаживание речевого эмбола. Экспрессивная речь пациента Александра С. представлена речевым эмболом «Итына», поэтому, в ходе занятия, необходимо было постоянно отвлекать пациента, давать ему простые слова, которые заменили бы данное звукосочетание;

4. Стимулирование глобального чтения и письма: раскладывание подписей к картинкам, списывание, сопряжённое чтение простых диалогов.

Данные задачи представлены в строгом порядке, без достижения определённого успеха в одной, приступать к решению другой затруднительно.

По окончании курса реабилитации в условиях центра удалось достичь некоторых положительных изменений в состоянии речи у пациента с грубой формой афферентной моторной афазии. Степень выраженности нарушения речи сократилась с 44 баллов до 40. Александр С. усвоил артикуляции нескольких звуков: А, У, М, Ы, Т, Д, И, В, О, научился читать слова и предложения, состоящие из усвоенных звуков по надстрочным знакам: МА-МА, МЫ ТУ-Т. ВО-ВА ТА-М и т.д. Удалось несколько затормозить «эмбол» в

простом диалоге, где от пациента требуются ответы: да, нет, хочу и т.д. Пациент начал произносить своё имя (с парафазиями).

Параллельно с логопедическими занятиями проводилась работа с семьёй, чтобы родственники ознакомились с методикой восстановления речи при данном нарушении и продолжали заниматься с пациентом в домашних условиях.

Мы рассмотрели клинический случай афферентной моторной афазии грубой степени выраженности. Помимо этого, в выпускной квалификационной работе представлены примеры акустико-мнестической, динамической, семантической, акустико-гностической афазии.

Анализируя полученный опыт восстановительной работы при афазии, можно сделать вывод, что её эффективность зависит от большого количества факторов, таких как:

- Форма афазии;
- Степень выраженности нарушения;
- Индивидуальные особенности характера, темперамент;
- Наличие или отсутствие критичности к своему нарушению, степень её выраженности.

Кроме вышеперечисленных факторов, оказывающих влияние на восстановление речевой функции, необходимо учесть важность правильной организации процесса и индивидуальный подход к каждому пациенту.

Заключение

С давних времён афазия считается одной из главных проблем в области неврологии, психологии, физиологии и логопедии.

Основными причинами афазий являются сосудистые заболевания головного мозга: геморрагический и ишемический инсульты. Причинами афатических расстройств могут стать травмы и опухоли головного мозга, воспалительные заболевания центральной нервной системы, операции на головном мозге, хронические прогрессирующие заболевания ЦНС.

Восстановительное обучение при афазии опирается на способность организма к компенсации. Существуют прямые компенсаторные механизмы и обходные. На начальном этапе развития афазии используются растормаживающие методы, то есть прямые компенсаторные возможности. После инсульта некоторое количество клеток мозга находится в состоянии временного угнетения, связанного с явлением охранительного торможения. Обходные методы компенсации направлены на введение новых способов осуществления речевого высказывания, подключение сохранных анализаторов.

В данной выпускной квалификационной работе представлены результаты изучения особенностей организации восстановительного обучения при афазии в условиях центра адаптации и реабилитации инвалидов (ГАУ СО «ЦАРИ»). В обязанности логопеда центра реабилитации входит первичное обследование пациента с афазией, ведение документации (речевая карта пациента, журнал первичного приёма, журнал учёта государственных услуг), организация и проведение индивидуальных и групповых занятий, повторное обследование в конце курса реабилитации, работа с семьёй больного.

Вовремя начатая и правильно организованная восстановительная работа с пациентом является залогом восстановления речевой деятельности и возврату к полноценному речевому общению.