

МИНОБРНАУКИ РОССИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра логопедии и психолингвистики

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ  
РАБОТЕ ПРИ СЕНСОРНОЙ (АКУСТИКО-ГНОСТИЧЕСКОЙ) И  
АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ**

АВТОРЕФЕРАТ

ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ

БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

студентки 4 курса 471 группы  
направления 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование,  
профиль «Логопедия»  
факультета психолого-педагогического и специального образования

АДИЯН ТАМАРЫ АРМЕНОВНЫ

Научный руководитель:

канд. пед. наук, доцент

\_\_\_\_\_

О. А. Константинова

Зав. кафедрой:

доктор филол. наук, доцент

\_\_\_\_\_

В.П. Крючков

Саратов 2019

**ВВЕДЕНИЕ.** Речь – это использование языка в целях общения. Так как язык имеет сложную структуру, он требует разных и сложных речевых умений, таких как: способность говорить, дифференцировать звуки речи, составлять из звуков слога и слова, а из слов предложения, произносить и понимать их, правильно использовать правила грамматики, читать и писать. Инсульт или травма мозга лишает больных этого. Нарушения речи, состоящие в потере способности выражать свои мысли словами, проявляются главным образом в виде афазии и иногда дизартрии.

Афазию изучают уже более двух столетий. Афазия является одной из давних проблем изучения таких наук, как неврология, психология, нейропсихология и логопедия. Этой теме посвящены многие публикации, статьи, монографии и учебники.

Большую известность в изучении данного речевого нарушения приобрели работы врачей Галля, Даксов (отца и сына), физиолога Флуренса и других. Известны работы и других неврологов конца XIX столетия: П. Брока, К. Вернике, Дж. Джексона, К. Клайста, Л. Лихтгейма, П. Мари, А. Пика и др. Работы русских неврологов внесли весомый вклад в изучение проблемы афазии (В.М. Аствацатуров, В.М. Бехтеров, В.В. Болотов, А. Кожевников и другие). Известные психологи, такие как, Ф.В. Бассин, Э.С. Бейн, Л.С. Выготский, В.М. Коган, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, М.С. Лебединский, клиницисты М.Б. Кроль, В.К. Орфинская, С.Л. Рубинштейн, Л. Столярова, Н.Н. Трауготт в своих исследованиях обращались к рассмотрению афазии.

По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого инсульта афазия может диагностироваться у 35,9% пациентов, а дизартрия у 13,4% больных.

Основная задача афазиологов на стадии восстановительной работы у больных с последствиями инсультов и после черепно – мозговой травм, это работа по преодолению афазии, дизартрии, неречевых агнозий и апраксий. В зависимости от формы афазии, логопед выбирает приемы работы. Сложность

речевого дефекта может зависеть от характера очага поражения, локализации и размера.

Эффективность нейрореабилитации становится возможной благодаря комплексному подходу, в который входит: медикаментозное лечение, ЛФК, массаж, физиотерапия, восстановительное обучение, логотерапия, психолого-коррекционное воздействие, мероприятия по социально-трудовой и социально-бытовой реабилитации, психотерапия, а также семейная психотерапия.

Афазиология – достаточно изученная область научного знания, которая включает и восстановительное обучение. Классиками неврологии (Р. Вгоса, К. Wernice и др.), затем нейропсихологом А.Р. Лурия и его последователями (Т.В. Ахутина, Т.Г. Визель, Ж.М. Глозман, Е.Н. Правдина-Винарская, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский и др.) была разработана методология и инструментарий изучения и преодоления данного нарушения. Несмотря на множественные открытия в области афазиологии, а также разработку восстановительных методик, некоторые ее аспекты все же не достаточно изучены. К таким аспектам относится, в частности, проблема дифференциальной диагностики некоторых форм афазий, и, главное, планирование специфических особенностей восстановительной работы по их преодолению.

В связи с актуальностью данной проблемы, была определена тема исследования: «Дифференцированный подход в восстановительной работе при акустико-гностической (сенсорной) и акустико-мнестической афазии».

*Цель представленной работы:* разработка и сравнение системы восстановительного обучения больных с сенсорной и акустико-мнестической афазией.

Цель определила следующие задачи:

1. Изучить афазию как системное нарушение речи, формы афазий и их особенности.
2. Рассмотреть современные классификации афазии.

3. Научиться диагностировать речевые особенности пациентов с сенсорной и акустико-мнестической афазией.

4. Разработать план восстановительной работы для больных с сенсорной и акустико-мнестической афазией.

5. Сравнить системы восстановительной работы при данных формах афазии.

Исследования проводились на базе Регионального сосудистого центра ГУЗ «Областная клиническая больница» города Саратов и в неврологическом отделении ГКБ №9 города Саратов. В течение 2017-2019 гг. было обследовано 20 пациентов с афазией.

В данной работе раскрываются такие вопросы, как: определение афазии и классификации ее различных форм, клинический аспект данного нарушения, сравнение основных направлений восстановительного обучения при сенсорной и акустико-мнестической формами афазий.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы, включающей в себя 20 источников и приложения.

**ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.** В первом разделе работы «Проблема афазии в современной логопедии» была рассмотрена афазия – как особый вид системного нарушения речи, приведена классификация афазии, более подробно описаны акустико-гностическая и акустико-мнестическая формы.

Афазия — это полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

А. Р. Лурия (1947,1962) выделяет следующие шесть форм афазий:

1-2) акустико-гностическая (сенсорная) и акустико-мнестическая афазии, которые возникают при поражении левой (у правшей) височной доли,

3-4) моторная эфферентная и динамическая афазия, развивающиеся при поражении лобной коры;

5-6) семантическая и афферентная афазия, возникающие при очагах в нижне-теменной области [6, с. 70].

Сенсорная (акустико-гностическая) афазия возникает при поражении задней трети верхней височной извилины коры левого полушария (22 поле зона Вернике) [14, с. 76].

В.М. Шкловский указывал на то, что у больных с сенсорной афазией, первичным нарушением является слуховая агнозия, которая возникает из-за нарушения фонетического слуха. Пациент с данной формой афазии не способен различать фонемы, то есть он не может выделить признаки звуков речи, несущих в языке смысловозначительные функции. В связи с тем, что у больного нарушен фонематический слух, это ведет к нарушению понимания речи окружающих. Появляется феномен "отчуждения смысла слова", при котором происходит расслоение звуковой оболочки слова и обозначаемого им предмета. Пациент с сенсорной афазией воспринимает звуки речи искаженно, а также путает их между собой. У больных можно заметить следующие дефекты: логоррея (обилие речевой продукции), замены одних слов другими, одних звуков другими – вербальные и литеральные парафазии (слово - *злого*, матрас - *митрас*, хлеб – *Глеб*). Во время чтения наблюдаются литеральные парафазии, больные неправильно ставят ударение в прочитанных словах. Списывание текста и письмо под диктовку затруднено. Обычно добавляют лишние буквы и слоги [8, с. 43].

Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средних и задних отделов височной области (А. Р. Лурия, 1969, 1975; Л. С. Цветкова, 1975).

А.Р. Лурия в своих исследованиях подчеркивал, что акустико-мнестическая афазия вызвана снижением слухоречевой памяти. При восприятии нового слова и его осмысления больной забывает предыдущее слово. При этом нарушении можно наблюдать повторение серий слогов и целых слов [4, с. 394].

Во втором разделе работы «Нейропсихологическая и логопедическая диагностика разных форм афазии» были определены цель, задачи и методика

дифференциальной логопедической диагностики различных форм афазий в условиях стационара, раскрыты результаты дифференциальной логопедической диагностики больных с различными формами афазии, описаны основные направления восстановительного обучения больных с сенсорной (акустико-гностической) и акустико-мнестической афазией.

Цель исследования: проведение нейропсихологической диагностики больных с сенсорной и акустико-мнестической формами афазии на раннем этапе восстановления. Цель определила задачи исследования:

1. Обследовать больных в стационаре.
2. Выделить больных с сенсорной и акустико-мнестической формами афазий.
3. Сравнить системы восстановительной работы при этих формах афазии.

Материал и методы.

Было проведено обследование 20 пациентов, имеющих речевые нарушения по типу афазии. Для исследования была отобрана группа больных в ранний и поздний восстановительные периоды после инсульта. Пациенты находились на лечении в отделении неврологии с ОНМК на базе Регионального сосудистого центра Областной клинической больницы, а также в неврологическом отделении ГКБ №9 г. Саратова. Возраст пациентов варьировал от 39 до 80 лет.

Исследование речи проводилось по нейропсихологической методике В.М. Шкловского, Т.Г. Визель («Карта нейропсихологического обследования больных с нарушениями высших психических функций») и включало оценку спонтанной, повторной речи, понимания, фонематического слуха, состояние чтения и письма, состояние орально-артикуляционного праксиса. При исследовании фиксировались: объем словаря, наличие речевых эмболов, аграмматизма, персевераций, эхолалии, уровень понимания речи, акустико-мнестические дефекты, парафазии при произнесении отдельных звуков, их сочетаний, слов, фраз. Определение типа афазии проводилось согласно критериям В.М. Шкловского, Т.Г. Визель.

Основные отличия пациентов с акустико-мнестической и акустико-гностической афазией:

1. При акустико-мнестической афазии нарушается процесс звуко различения при большом объеме материала, а при сенсорной афазии он нарушен независимо от объема.

2. В экспрессивной речи пациентов с акустико-мнестической афазии не было непродуктивной разговорной речи, речь в целом была понятной собеседнику. Кроме этого, некоторые из этих пациентов замечали свои ошибки в речи. В отличие от пациентов с сенсорной афазией, у них не было многословия, логореи, не была повышена эмоциональная сторона речи.

3. При акустико-мнестической афазии фонематический слух не нарушается, при сенсорной — грубо нарушен.

4. При акустико-мнестической афазии понимание речи нарушено не грубо, но нарушено значение и нередко смысл слова, текста. При сенсорной афазии всегда грубо нарушено понимание обращенной речи, значение слова, однако смысл остается более сохранным.

5. При акустико-мнестической афазии в устной спонтанной речи преобладают преимущественно вербальные парафазии — замены одного слова другими, несвязанными по значению (например вместо *муравей* — *утро*), при сенсорной афазии — литеральные замены звуков в слове на другие (например вместо *дерево* — *веревка*).

Общими симптомами для обеих форм афазии являются: а) отчуждение смысла слова, б) при поиске слова-наименования не реагируют на подсказки. Различиями является то, что при сенсорной афазии нарушается фонематический слух, а при акустико-мнестической афазии — нарушается связь слова с предметным образом.

Кроме того, и при сенсорной, и при акустико-мнестической, афазии нарушается семантика речи (значение, смысл, предметная отнесенность слова), многозначность и частотность лексики, функция обобщения слова и т. д. Но проявляются эти нарушения по-разному, в зависимости от формы афазии и степени ее выраженности.

Естественно, что все формы афазии, различные по всем параметрам, нуждаются в различных методах восстановительного обучения, адекватных прежде всего механизму нарушения. В этой связи восстановительное обучение начинается с нейропсихологического обследования больного, которое обеспечивает квалификацию дефекта, то есть вычленение центрального механизма нарушения, то есть синдромный анализ формы афазии.

Логопедическое обследование больных определило необходимость разработки дифференцированной системы восстановительного обучения для больных с разными формами афазии.

Общими направлениями восстановительной работы при сенсорной и акустико-мнестической афазиях являлось:

1) стимулирование понимания устной речи на слух. Стимулирование в обоих случаях проводилось по одной методике, основанной на использовании логопедом логического ударения, различных интонаций, а также мимики и пантомимики.

2) включение методов аудиовизуальной стимуляции. Новые слова должны вводиться при помощи наглядного материала, так пациент должен подобрать подписи к картинкам и озвучить их. Например, при сенсорной афазии процесс восстановления фонематического слуха осуществляется путем использования сохранной оптической, кинестетической, а главное, смысловой дифференциации слов, близких по звучанию. В преодолении речевых расстройств при акустико-мнестической афазии логопед использует механизм кодирования замысла речевого высказывания, описания признаков предмета, введения слова в различные контексты, составления внешних опор, позволяющих больному удерживать различный объем слухоречевой нагрузки. Большое значение при данной форме афазии уделяется зрительным представлениям. В начале пациенту для запоминания предлагаются имена существительные, затем глаголы и имена прилагательные и лишь в конце запоминание номеров телефонов и адресов. Параллельно можно использовать проведение слуховых диктантов, состоящих из предложений из



4 - 6 слов. Сначала пациент опирается на сюжетную картинку, а затем вспоминает предложение без опоры на нее.

3) работа ведется над всеми сторонами речи: над экспрессивной речью, пониманием, письмом и чтением.

4) при обеих формах афазии необходимо вести работу над восстановлением словесных понятий, включением их в различные словосочетания. Логопед использует такие задания, как: выбрать все изображенные на картинках мягкие предметы, все деревянные, металлические или стеклянные, то, что относится к игрушкам, к транспорту, к одежде и так далее. Такая работа, направленная на оживление различных смысловых связей слова, облегчает выбор слов в процессе общения, снижает количество вербальных парафазий.

5) одним из эффективных приемов восстановления экспрессивной речи при обеих формах является работа над письменной речью. Пациентам предлагается списать, а на более позднем этапе и самостоятельно написать слова, фразы и тексты по простым сюжетным картинкам. Эта работа позволяет ему подыскать нужное слово, отшлифовать высказывание. Преодоление ошибок согласования глаголов, существительных и местоимений в роде и числе осуществляется путем вставки пропущенных в тексте флексий.

Нарушение импрессивной стороны речи при обеих формах афазии объясняет общность принципов восстановления речи.

Однако различные механизмы нарушений требуют дифференцированной системы восстановления и использования специфических приёмов и методов логопедической работы. При акустико-гностической (сенсорной) афазии основной задачей работы является восстановление фонематического слуха, а уже потом работа над экспрессивной речью, чтением, письмом. При акустико-мнестической афазии основная задача логопеда иная – восстановление объема акустического восприятия, преодоление нарушений слухо-речевой памяти, восстановление устойчивых зрительных образов. Это отличие и определяет необходимость в

подборе разного речевого, наглядного материала, использование различных приёмов и речевых упражнений.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** В настоящее время учение об афазии достаточно изучено. Однако не все проблемы в его рамках являются решенными. Практическая афазиология находится в ожидании теоретических и методических разработок, которые могли бы оптимизировать восстановление речи у постинсультных больных в острой стадии заболевания и повысить тем самым реабилитационный эффект.

Нарушение импрессивной речи выступает в качестве ведущего симптома как при сенсорной (акустико-гностической), так и при акустико-мнестической афазии.

В практической части проведено обследование 20 пациентов, имеющих речевые нарушения по типу афазии. Для исследования была отобрана группа больных в ранний и поздний восстановительные периоды после инсульта. Пациенты находились на лечении в отделении неврологии с ОНМК на базе Регионального сосудистого центра Областной клинической больницы, а также в неврологическом отделении ГКБ №9 г. Саратова. Возраст пациентов варьировал от 39 до 80 лет.

Исследование речи проводилось по нейропсихологической методике В.М. Шкловского, Т.Г. Визель («Карта нейропсихологического обследования больных с нарушениями высших психических функций») и включало оценку спонтанной, повторной речи, понимания, фонематического слуха, состояние чтения и письма, состояние орально-артикуляционного праксиса. У 5 пациентов была выявлена сенсорная афазия (акустико-гностическая) и у 4 акустико-мнестическая афазия. Далее был составлен план восстановительного обучения для каждой формы нарушений.

Общими направлениями восстановительной работы при обеих формах афазии, являются: стимулирование понимания речи на слух; восстановление чтения и письма, работа по преодолению отчуждения смысла слова.

И при сенсорной, и при акустико-мнестической афазии применяется стратегия, направленная на:

а) перестройку функциональных систем на основе включения в работу сохранных анализаторов, и создание новых систем;

б) преодоление дефекта не непосредственно, а через воздействие либо на другие психические процессы (пространственное, зрительное восприятие, память), либо на определенные звенья в структуре речи (фонематический слух);

При обеих формах афазии наиболее эффективным является применение систем приемов. Работа над восстановлением речи включается как часть работы над всей психической сферой пациента.

Таким образом, нарушение импрессивной стороны речи при обеих формах афазии объясняет общность принципов восстановления речи. Однако различные механизмы ее нарушения требуют дифференцированной системы восстановления и использования специфических приёмов и методов.

При акустико-гностической сенсорной афазии основной задачей логопедической работы является восстановление фонематического слуха и вторично нарушенных функций экспрессивной речи, чтения и письма. При акустико-мнестической афазии основная задача логопеда иная – восстановление объема акустического восприятия, преодоление нарушений слухо-речевой памяти, восстановление устойчивых зрительных образов. Это отличие определяет необходимость в подборе разного речевого, наглядного материала, использование различных приёмов и речевых упражнений.