

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

Кафедра логопедии и психолингвистики

**ПЛАНИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ  
РАБОТЫ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕЧИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ  
АФАЗИИ**

АВТОРЕФЕРАТ  
ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ  
БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

студентки 4 курса 473 группы  
направления 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование профиля  
«Логопедия»  
факультета психолого-педагогического и специального образования  
**Жарковой Юлии Игоревны**

Научный руководитель

канд. психол. наук, доцент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Т.А. Молодиченко

Заведующий кафедрой

доктор филол. наук, доцент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

В.П. Крючков

**Введение.** Данные регистра мозгового инсульта НИИ неврологии РАМН указывают на возникновение двух видов речевых нарушений как следствия инсульта: афазии и дизартрии. Более распространенным является распад уже сложившейся речи, возникающий из-за локального поражения головного мозга, – афазия, на долю которой приходится 39,6 %. Афазия является одним из наиболее тяжелых расстройств, поскольку приводит к системному нарушению всех видов речевой деятельности. В медицинской среде интерес к данному нарушению возник уже в XVII в., хотя по-настоящему научное изучение проблемы стало развиваться после открытий о функциональной асимметрии мозга и локализации психических процессов в коре головного мозга. Это позволяет говорить, что афазия является одной из старейших проблем неврологии, психологии и логопедии. Однако изучение афазии проводится не только в перечисленных науках, данное нарушение оказывается одним из предметов нейропсихологии, нейрофизиологии и в такой относительно новой научной сфере, каковой является нейропсихолингвистика. Примечательно и то, что по мере развития междисциплинарного подхода в науке, интерес к афазии только возрастает, поскольку такое комплексное нарушение позволяет изучить взаимосвязь биологического и социального в человеческой психике.

Учитывая то, что афатические расстройства являются особенно сложными, поскольку могут затрагивать все модальности речевой функции: понимание и воспроизведение устной и письменной речи, вопросы восстановления речевой функции, пострадавшей в результате инсульта, имеют большую практическую и социальную значимость. Играет роль и распространенность заболевания, поскольку примерно у 40-50 % пациентов, перенесших инсульт, черепно-мозговую травму или нейрохирургическое вмешательство, развиваются нарушения речевой функции в виде афазии или дизартрии, зачастую в сочетании с нарушениями других высших психических функций, психическими расстройствами и параличами. Соответственно, необходимость дальнейшего изучения причин афазии, особенностей состояния речевой функции, поиск подходов к восстановительному обучению взрослых

обуславливает **актуальность темы** выпускной квалификационной работы.

**Цель работы:** на основе теоретического изучения современных теоретических положений про проблеме преодоления афазии провести экспериментальное изучение состояния речевой функции больных с афазией и осуществить логопедическую работу по планированию восстановления речи у лиц указанной группы.

Достижение цели предполагает решение следующих **задач:**

1. На основании литературных источников проследить историю изучения афазии и современные подходы к данному нарушению.
2. Рассмотреть вопросы классификации афазии и особенности ее форм.
3. Проанализировать методические основы логопедического обследования взрослых с афазией.
4. Осуществить диагностическое изучение состояния речи больных с разными формами афазии.
5. Опираясь на результаты экспериментального изучения состояния речевой функции провести логопедическую работу по планированию восстановления речи у больных с разными формами афазии.

В качестве **методологической основы** исследования были использованы работы по широкому спектру вопросов афазии таких ученых, как: Т.В. Ахутина, Т.Т. Батышева, Э.С. Бейн, Т.Г. Визель, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, К.Ф. Седов, Е.Д. Хомская, М.Г. Храковская, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский, М.А. Шохор-Троцкая (Бурлакова); материалы актуальных публикаций в периодических изданиях и электронные ресурсы.

**Методы исследования:** теоретические; эмпирические (констатирующий и формирующий эксперимент); статистические.

**Экспериментальная база и выборка:** ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Саратов; 5 разновозрастных пациентов, проходящих лечение в отделении медицинской реабилитации.

**Структура работы:** выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованных источников.

**Основное содержание работы.** Первая глава «Современные подходы к организации логопедической работы по восстановлению речи у больных с афазией» содержит обзор литературы по теме исследования. Первые описания речевых расстройств по типу афазии датируются серединой XVII в., однако первые собственно научные исследования относятся к началу XIX века, когда Ф. Галль внес существенный вклад в развитие современной афазиологии. Его теория заслуживает названия подготовительного этапа учения об афазии и локализации ее в мозге. Значительный прорыв в развитии учения об афазии произвел П. Брока в 1861 г., который, будучи приверженцем локационизма, нашел подтверждение данной теории в своих исследованиях. В 1874 г. появилась фундаментальная работа немецкого врача К. Вернике. Затем последовали работы Л. Лихгейма (1885 г.), Г. Хэда (1926 г.), К. Клейста (1934 г.), которые носили описательный характер, но существенно продвинули развитие афазиологии и привели к созданию в 1885 г. классификации афазий Вернике-Лихтгейма. В нашей стране существенный вклад в формирование современных представлений об афазии внесли работы Н.М. Сеченова (1863-1903); И.П. Павлова (1903-1935); В.М. Бехтерева (1905-1910); П.К. Анохина (1940-1956); И.Н. Филимошкина (1940-1957). Их работы послужили отправным пунктом для разработки концепции динамической локализации функций в коре головного мозга и базой для работ А.Р. Лурии, который руководствовался концепцией Л.С. Выготского о том, что взаимодействие различных участков коры головного мозга физиологически обуславливают речевую деятельность. Именно с работ А.Р. Лурии принято отсчитывать второй этап изучения афазии, поскольку ученый вышел за рамки описательного подхода, предложив выделить и идентифицировать те дефекты, которые лежат в основе различных форм афазии. Его исследования привели к пониманию того, что за афатическими расстройствами стоят нарушения аналитико-синтетической деятельности функциональной системы, в которую входят различные анализаторы коры головного мозга, складывающиеся в «речевую зону». И в зависимости от того, какая часть этой зоны поражена, находится форма афазии.

Причины афазии могут быть нескольких видов: нарушения мозгового кровообращения по типу ишемии, геморрагии и инсульта; сосудистые заболевания; инфекционные или воспалительные заболевания головного мозга; черепно-мозговые травмы; опухоли мозга. Серьезные нарушения мозговой деятельности, обусловленные указанными причинами, приводят не только к нарушению речевой функции, но и других сфер психической деятельности. Поэтому более корректным выглядит уточненное определение афазии как «системного нарушения речи, возникающего при органических поражениях мозга, охватывающего разные уровни организации речи, влияющего на связи речи с другими психическими процессами и приводящего к дезинтеграции всей психической сферы человека». Форма афазии, ее степень и особенности протекания определяются локализацией и размерами очага поражения; характером нарушения мозгового кровообращения; состоянием отделов мозга, которые берут на себя компенсаторную нагрузку. Существует несколько классификаций афазии, но наиболее полной и употребительной является классификация А.Р. Лурии на основании локализации поражения. Она включает шесть форм афазии, которые отличаются по основному механизму: афферентная моторная афазия (механизм по типу кинестетической апраксии); эфферентная моторная (кинетическая апраксия); динамическая (утрата речевой инициативы, нарушение интеллектуальной деятельности); сенсорная или акустико-гностическая (слуховая агнозия); акустико-мнестическая (нарушение слухоречевой памяти) и семантическая (нарушение пространственных симультанных синтезов). Далее в работе подробно представлены проявления каждой из форм афазии по классификации А.Р. Лурии. Кроме того, отмечается, что помимо указанных форм в дальнейшем ученый детально рассмотрел амнестическую афазия, не включенную в первоначальную классификацию, указав, что она представляет собой комплекс форм, возникающих в результате воздействия разных факторов и приводящих к развитию различных синдромов. Вопросы классификации продолжают разрабатываться и уточняться, поскольку теоретическая интерпретация соотношения между мозгом и психикой, данная

ученым, не теряет своей актуальности и позволяет решать новые вопросы по мере развития современной науки и совершенствования методов исследования.

В работе изложены методические основы логопедического обследования больных с афазией, которое, в соответствии с клиническими рекомендациями для логопедов Т.В. Ахутиной и Ю.В. Микадзе, необходимо осуществить на 1-3 сутки с момента поступления больного. Разъяснены причины и цели такого обследования и его направленность, также дается пояснение о деятельности логопеда в составе мультидисциплинарной бригады (Приказ Министерства здравоохранения «Об утверждении Порядка медицинской реабилитации взрослых» от 31.07.2020 № 788н). Логопедическое обследование имеет значительную специфику по сравнению с типичным подходом к диагностике речевых нарушений в связи с тяжестью общего состояния, истощаемостью психических функций и угнетенным психологическим состоянием пациента. Одним из наиболее употребительных вариантов является нейропсихологическое блиц-обследование, разработанное Т.Г. Визель и позволяющее изучить состояние речевой и некоторых неречевых функций. В его основе лежит нейропсихологическая диагностическая система А.Р. Лурии, переработанная в сторону минимизации объема тестов с сохранением их достаточности для диагностики. Удобство практического использования данной методики специалистами разного профиля обеспечивается наличием комментариев и инструкций к каждому тесту, которые позволяют правильно интерпретировать результаты и осуществить топическую диагностику. Эффективным диагностическим инструментом является и «Методика оценки речи при афазии» Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой, которая позволяет оценить состояние речи не только качественно, но и в количественном выражении. Из более современных обращает на себя внимание компьютерная экспресс-методика обследования больных с афазией, составленная М.М. Щербаковой в 2013-2015 гг. и позволяющая за 7-30 минут получить достоверную информацию о форме афазии, математически выраженную в баллах. Каждая из перечисленных и подробно описанных в

работе методик обследования обладает значительными достоинствами и может быть использована для диагностики. Однако целесообразным выглядит использование нейропсихологического блиц-обследования пациентов с афазией, разработанного Т.Г. Визель, поскольку методика содержит минимально необходимое и достаточное количество тестовых заданий, позволяющих достоверно оценить состояние речи и некоторых неречевых функций пациента; включение предварительной беседы позволяет достаточно быстро определить тактику использования остальной части диагностики, т.к. на основании предварительной беседы специалист может исключить ряд пунктов или их фрагментов из дальнейшего исследования; можно установить форму афазии и степень выраженности нарушений, чтобы спланировать логопедическую работу в нужном направлении; задания методики снабжены четкими комментариями для использования специалистами разного профиля.

Вторая глава «Практическое изучение особенностей логопедической работы при различных формах афазии» посвящена описанию практической деятельности, осуществленной на базе Саратовской областной клинической больницы с 5 разновозрастными пациентами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения и находящимися на восстановительном лечении в отделении медицинской реабилитации. На первом этапе работы была изучена медицинская документация и составлена краткая характеристика каждого пациента для понимания того, какой именно вид острого нарушения мозгового кровообращения привел к афазии. Затем в рамках консультативного приема логопеда осуществлялось обследование состояния речевой функции и мыслительных функций. В рассматриваемом учреждении здравоохранения для этого используется методика нейропсихологического блиц-обследования Т.Г. Визель. В силу состояния пациентов задания методики использовались дифференцированно; так, не всегда возможным было оценить чувствительность и сферу координации, провести пробы для оценки состояния письменной речи и др. С учетом перечисленных ограничений обследование носило максимально полный характер, возможный для каждого из пациентов.

В ходе обследования были зафиксированы примеры речи, что подробно изложено в работе. Результаты обследования каждого пациента в работе представлены в виде таблиц с указанием исследуемого компонента, качественного и балльного описания полученных результатов и выводов, сделанных на их основании. С учетом этого для каждого из пациентов было сформулировано логопедическое заключение, назначены занятия с логопедом с указанием конкретных направлений.

**Пациент 1:** сенсорная афазия грубой степени выраженности; комплексная моторная афазия, нарушение речи грубой степени выраженности. Направления восстановительного обучения при грубой сенсорной афазии: работа по восстановлению фонематического слуха; накопление обиходного пассивного словаря; стимулирование понимания ситуативной речи; подготовка пациента к восстановлению письменной речи; при комплексной моторной афазии грубой степени выраженности: восстановление понимания ситуативной и бытовой речи; растормаживание экспрессивной речи; побуждение к простой коммуникативной речи; стимулирование глобального чтения и письма.

**Пациент 2:** комплексная моторная афазия; сенсорная афазия, нарушение грубой степени выраженности. Для преодоления сенсорной афазии грубой степени: работать над восстановлением фонематического слуха; накапливать обиходный пассивный словарь; стимулировать понимание ситуативной речи; готовить пациента к восстановлению письменной речи. Для преодоления комплексной моторной афазии грубой степени выраженности: восстанавливать понимание ситуативной и бытовой речи; растормаживать экспрессивную речь; стимулировать простую коммуникативную речь; стимулировать глобальное чтение и письмо.

**Пациент 3:** эфферентная моторная афазия грубой степени выраженности. Восстановительное обучение при эфферентной моторной афазии грубой степени выраженности должно проводиться в следующих направлениях: преодоление патологической инертности и восстановление общей психической и речевой активности; общее растормаживание речи для восстановления всех

вербальных форм коммуникации (устная речь, чтение, письмо); восстановление динамической схемы слова, чтобы добиться плавного перехода от одного артикуляционного уклада к другому; преодоление персевераций, эхолалий.

**Пациентка 4:** сенсорная афазия; элементы афферентной моторной афазии, нарушение средней степени выраженности. При сенсорной афазии: восстановление фонематического слуха, что особенно необходимо в раннем периоде, когда нарушения фонематического слуха наиболее выражены; восстановление лексического состава речи; работа по преодолению экспрессивного аграмматизма; преодоление вербальных парафазий. При афферентной моторной афазии: растормаживание произносительной стороны речи; работа по преодолению нарушений понимания речи; стимулирование ситуативной речи хотя бы на элементарном уровне; восстановление аналитического чтения.

**Пациентка 5:** эфферентная моторная афазия; афферентная моторная афазия, нарушение речи выраженной степени. При эфферентной моторной афазии выраженной степени: преодоление патологической инертности на уровне порождения слоговой структуры, выбора слова; восстановление «чувства языка»; преодоление аграмматизмов; восстановление структуры высказывания (устного и письменного). При афферентной моторной афазии выраженной степени: растормаживание экспрессивной речи; стимулирование элементарной ситуативной речи; закрепление артикуляционных навыков; восстановление аналитического чтения и преодоление литеральных парафазий.

В ходе формирующего эксперимента в соответствии со схемой восстановительного лечения, принятой в областной клинической больнице, коррекционная работа велась по методике Л.Б. Клепацкой с использованием пособий «Внимание, мышление, речь» и «Восстановление речи после инсульта»; М.К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой) «Коррекционно-педагогическая работа при афазии» и «Коррекция сложных речевых расстройств». План занятий был составлен в соответствии с методическими указаниями В.М. Шкловского и Т.Г. Визель «Восстановление речевой функции у больных с

разными формами афазии». Использовался разнообразный иллюстративный материал из пособия «Я буду говорить!», пиктограммы, рабочие тетради. Планирование занятий было выполнено в соответствии с типом афазии и степенью выраженности нарушений. Так, при работе с пациентами с сенсорной афазией важнейшей задачей было восстановление понимания речи, для чего использовались задания на совмещение подписей с картинками, задания на исправление ошибок, на восстановление соотнесенности слова с образом предмета, работа над правильным произношением и ударением и др. При афферентной моторной афазии на этапе растормаживания устной речи для прослушивания, повторения и, по возможности, написания использовали отдельные звуки, слова, чтобы задействовать все сохранные возможности слухоречевой памяти; показывали артикуляцию звуков; выполняли упражнения артикуляционной гимнастики на все группы мышц артикуляционного аппарата. Постепенно вводили в речь необходимые для коммуникации слова, растормаживали спонтанную речь с помощью «жесткого» контекста, чтобы на начальном этапе в речи появились слова разных частей речи. Аналогичным образом действовали и на начальном этапе работы по преодолению афферентной моторной афазии. Причем в этом случае особенно значимым был ранний восстановительный период, когда эффективно растормаживание речи при помощи пословиц, поговорок. После составления плана работы с разрешения лечащего врача уже в остром периоде начиналась индивидуальная работа с каждым из пациентов. Продолжительность первых занятий составляла не более 10-15 минут, после каждого упражнения больному давали перерыв на 3 минуты, по мере улучшения состояния пациента и увеличения его работоспособности продолжительность занятий наращивалась до 40-60 минут. Поскольку состояние пациентов было разным, количество занятий также варьировалось. В среднем за время пребывания пациентов в областной клинической больнице с каждым из них удалось провести 8-10 занятий. После этого пациенты были выписаны домой, поэтому дальнейшие занятия с логопедом предстоит осуществлять в соответствии с запросами родственников

больных. Первые результаты можно оценивать не ранее чем через 1-2 месяца, поэтому контрольное обследование не проводилось. Поскольку в ходе занятий примерно их половина потребовалась для включения больных в работу и начала растормаживания речи, даже незначительные результаты могут указывать на положительную динамику и позволяют предполагать, что дальнейшее восстановительное обучение будет эффективным.

**Заключение.** При выполнении выпускной квалификационной работы было осуществлено изучение литературных источников и интернет-ресурсов по вопросам афазии. Теоретическая подготовка позволила перейти к практическому изучению особенностей логопедического обследования больных с афазией, планирования и осуществления курса восстановительного обучения. Экспериментальной базой послужило отделение медицинской реабилитации Саратовской областной клинической больницы. В данном учреждении здравоохранения обследование речевого статуса пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения и других заболеваний и травм, которые могут привести к афазии, используется нейропсихологическое блиц-обследование, разработанное Т.Г. Визель. Выбор данной методики обоснован возможностью обследования в соответствии с ней наиболее значимых для нейропсихологического статуса фрагментов высших психических функций; ее пригодностью для использования специалистами разного профиля; возможностью выбора необходимых в каждом конкретном случае пунктов обследования; особым вниманием к обследованию речевой функции; наличием удобных комментариев и инструкций для логопеда, проводящего обследование.

В исследовании приняли участие 5 разновозрастных пациентов, находящихся в разном восстановительном периоде. Состояние речи и других высших психических функций пациентов устанавливалось путем нейропсихологического блиц-обследования Т.Г. Визель, в ходе которого было сформулировано логопедическое заключение для каждого из пациентов:

– сенсорная афазия грубой степени выраженности; комплексная моторная афазия, нарушение речи грубой степени выраженности;

- комплексная моторная афазия; сенсорная афазия, нарушение грубой степени выраженности;
- эфферентная моторная афазия, нарушение грубой степени выраженности;
- сенсорная афазия, элементы афферентной моторной афазии;
- эфферентная моторная афазия; афферентная моторная афазия, нарушение речи выраженной степени.

Далее на основании составленных заключений в соответствии указаниями В.М. Шкловского и Т.Г. Визель относительно подходов к восстановлению речевой функции в зависимости от формы афазии, с использованием материалов из методических пособий и сборников упражнений Л.Б. Клепацкой и М.К. Шохор-Троцкой были составлены планы занятий по преодолению речевых расстройств. Поскольку у некоторых пациентов установлена одинаковая форма афазии, планирование восстановительного обучения было проведено для сенсорной, эфферентной моторной и афферентной моторной афазии, а также были учтены особенности комплексной моторной афазии. Далее были проведены индивидуальные занятия с каждым из пациентов. Продолжительность курса составила 8-10 занятий в течение пребывания больных в стационаре. Продолжительность занятий составляла от 10-15 минут и варьировала в зависимости от периода, в котором находится больной, текущего состояния пациента и его готовности к работе над речью. В силу специфики афазии как речевого нарушения, требующего длительного восстановительного обучения (от 2-3 месяцев до нескольких лет), контрольный этап эксперимента не проводился. При такой значительной продолжительности работы оценивать ее результативность целесообразно не менее чем через 1-2 месяца после начала. Поскольку пациенты находились в стационаре менее продолжительный срок, отметим только, что порядка 5 занятий потребовалось для активизации больных, их включения в работу и начала растормаживания речи. На момент окончания экспериментальной работы можно отметить то, что у всех пациентов начался процесс восстановительного обучения, которое будет продолжено в домашних условиях в очном или заочном формате с логопедом.