

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

Кафедра коррекционной педагогики

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ АФАЗИИ

**АВТОРЕФЕРАТ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ
БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ**

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

Научный руководитель

доктор социологических наук, профессор _____ Ю.В. Селиванова
подпись дата

Зав. кафедрой:

доктор социологических наук, профессор _____ Ю.В. Селиванова
подпись дата

Введение. Ежегодно количество новых случаев инсульта в нашей стране составляет порядка 450 тысяч, и 40-50 % пациентов сталкиваются впоследствии с нарушениями речевой функции в форме дизартрии или афазии в сочетании с парезами, параличами, психическими расстройствами и нарушениями других высших психических функций. Вызывает беспокойство и то, что 30 % больных составляют люди трудоспособного возраста, и до 75-80 % пациентов становятся инвалидами I-II группы в силу полной утраты профессиональных навыков и трудоспособности. Это приводит к пониманию глубины проблемы и необходимости своевременной организации и выбора оптимальных средств логопедического обследования для установления формы афазии, определения направлений лечения и восстановительного обучения, чтобы минимизировать последствия инсульта и других негативных воздействий, вызывающих афазию. В последние годы появились новые инструментальные методы обследования, развитие получили нейропсихологические и нейролингвистические методы, позволяющие определить локализацию поражения, спрогнозировать результативность и осуществить работу по восстановлению речевой функции путем логопедического воздействия, что указывает на **актуальность темы**.

Цель работы: на основе теоретического изучения причин возникновения афазии, ее форм и видов провести экспериментальное изучение речевой функции, спланировать и осуществить коррекционно-логопедическую работу по преодолению нарушений речи у взрослых пациентов и оценить ее результативность.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих **задач**:

1. Проанализировать специальную литературу, посвященную исследованиям различных аспектов афазии у взрослых.
2. Дать неврологическую, психологическую и логопедическую характеристику взрослых пациентов.
3. Осуществить обоснованный выбор методики логопедического обследования взрослых с афазией.

4. Провести логопедическое обследование взрослых указанной категории и описать его результаты.
5. Спланировать и осуществить логопедическую работу по преодолению речевых нарушений при афазии у взрослых пациентов.

Методологическую основу составили теоретические и практические исследования афазии таких специалистов, как Е.Ф. Архипова, Т.В. Ахутина, Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова (Шохор-Троцкая), Л.И. Вассерман, Т.Г. Визель, Е.Н. Винарская, С.А. Дорофеева, Л.Б. Клепацкая, В.М. Коган, М.С. Лебединский, А.Р. Лурия, Н.М. Пылаева, К.Ф. Седов, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский, М.М. Щербакова и др., а также современные публикации по результатам новых исследований в области логопедии и смежных наук.

Методы исследования: теоретические; эмпирические; статистические.

Экспериментальная база исследования: ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Саратов.

Экспериментальная выборка: 5 разновозрастных пациентов.

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

Основное содержание работы. Первая глава «Теоретические основы изучения афазии в логопедии» содержит анализ научной и методической литературы по рассматриваемой теме. Определяющим фактором для установления инвалидности после острого нарушения мозгового кровообращения, по словам доцента кафедры логопедии МПГУ О.Д. Лариной, является нарушение речи, которое в большинстве случаев имеет форму афазии. В современной науке существует значительное разнообразие подходов к рассмотрению и определению афазии, которое, несмотря на некоторые разночтения, позволяет понять, что афазия представляет собой системное речевое расстройство, при котором нарушения речи носят вторичный характер, поскольку имеется первичное нарушение. Системность выражается в том, что затронуты все компоненты речи (фонетика, лексика, грамматика) и все ее уровни (внешняя и внутренняя речь). Несмотря на то, что основной причиной

афазии признаны сосудистые поражения головного мозга, ее этиология шире, соответственно, классифицируется она также по разным основаниям. В нашей стране принята классификация А.Р. Лурии, который проанализировал афазии по нейропсихологическим основаниям, выделив различные топические формы органического поражения мозга и факторы, лежащие в основе комплекса нарушений при локальных поражениях мозга. В этой классификации по разным источникам выделяются: эфферентная моторная; афферентная моторная; динамическая; акустико-гностическая; акустико-мнестическая и семантическая афазия. В зависимости от степени поражения, структуры речевой патологии принято выделять несколько основных видов постинсультных нарушений речи: повреждение зоны Брока; патологические изменения в области Вернике; тотальная афазия; амнестическая афазия. Исследования последнего времени показали, что афазия возникает не только при поражении зоны Брока и области Вернике, но может быть связана с поражением проводящих путей (трактов из белого вещества), объединяющих зоны коры головного мозга и создающих нейросеть. Более того, установлено, что сохранность прилегающих к зоне Брока проводящих путей не дает развиваться афазии. Тем не менее, несмотря на активные исследования, в области афазиологии остаются открытые вопросы.

Говоря о неврологической, психологической и логопедической характеристике лиц с афазией, следует обратиться к работам Л.С. Выготского, который в качестве иллюстрации связи речи с другими высшими психическими функциями приводил афазии, когда у человека не просто пропадает способность к выполнению знаковых операций, но наблюдается распад или тяжелое нарушение высших психических функций. Работы в этом направлении продолжил А.Р. Лурия, применив имеющиеся знания о речевом мышлении как системном динамическом образовании, организации функциональных систем с участием внешних социальных средств, психологической структуре и локализации речемыслительных актов. Дальнейшее развитие этой темы у Л.С. Цветковой приводит к лучшему пониманию того, что речь существует не в отрыве, а во взаимосвязи с другими высшими психическими и не только функциями. Это означает неиз-

бежность воздействия речевого нарушения на другие сферы психики, способность к коммуникации и эмоционально-волевые процессы. Так, при афазии не только происходит дезорганизация сенсомоторных и лингвистических аспектов речи, но и возникают изменения в личностно-социальной деятельности больного. Это наиболее четко отражено в работах Л.С. Цветковой, которой удалось получить данные о том, что следствия острого нарушения мозгового кровообращения находят выражение не только в афазии, но и в симптоматике другого характера (моторная, неврологическая, психологическая). В более поздних исследованиях, посвященных уменьшению постинсультной афазии и неречевых синдромов и осуществленных В.М. Шкловским, отмечается корреляция неврологических проявлений с формой афазии. Кроме того, хотя афазия не является психическим расстройством и не вызывает неадекватности в поведении человека, определенные особенности могут присутствовать: нарушение речевого механизма реализации интеллектуальной деятельности; эгоцентризм мышления; неустойчивость и быстрая истощаемость внимания; снижение объема памяти и прочности запоминания. При афазии речевая сфера оказывается наиболее пострадавшей. Нарушения касаются всех ее структурных компонентов, поэтому в качестве специфических речевых проявлений можно перечислить: появление в речи различных вставок в силу инертности нервных процессов; персеверации, которые в наибольшей степени характерны для моторной афазии и выражаются повторениями одних и тех же звуков, слогов, слов, иногда в сочетании с движениями; в устной речи возникают парафазии в виде literalной или вербальной замены звуков или слов; на письме это параграфии, при чтении – паралексии; наличие в речи контаминаций. Вышеизложенное указывает на сложность афазии не только в речевом плане, но и в силу того, что она затрагивает физиологию, психологию и неврологию, вызывая распад или нарушение различных функций. Поэтому при определении направлений восстановительного обучения ориентироваться следует не только на состояние речи, но и на то, какие еще функции и процессы затронуты, какие изменения личности произошли в связи с этим, и как человек реагирует на свое состояние.

Вторая глава «Эмпирическое изучение состояния речи лиц с афазией» содержит описание констатирующего эксперимента. Изначально форма афазии устанавливается неврологом в больнице, когда состояние пациента стабилизируется и появляется возможность оценить состояние речевой функции. Собственно коррекционно-логопедические мероприятия, включая диагностику, осуществляются на этапе организации восстановительного обучения. Результатом может стать изменение или добавление формы афазии. Это означает не ошибочность диагностики, а изменение картины либо в ходе развития заболевания, либо в ходе включения компенсаторных возможностей организма.

Существует ряд методик, позволяющих провести обследование речи и неречевых психических функций лиц с афазией, поэтому для выбора оптимального варианта с учетом возраста и состояния пациента проведен подробный обзор четырех методик:

- нейропсихологическая методика А.Р. Лурии дает возможность изучения совокупности различных симптомов и синдромов, которые возникают при поражении различных структур мозга, и на основании их локализации определять форму афазии;
- нейропсихологическое блиц-обследование Т.Г. Визель представляет собой модификацию диагностической системы А.Р. Лурии, построенную по пути минимизации объема тестов, проводимых с больным, при сохранении возможности достоверной интерпретации полученных результатов; в нее включено исследование следующих параметров: общей характеристики больного; состояния движений и действий; состояния различных видов гнозиса; состояния импрессивной и экспрессивной речи, интеллекта и памяти; важно, что в ходе блиц-обследования уровень выполнения заданий оценивается качественно и количественно; методика охватывает наиболее значимые для нейропсихологического статуса фрагменты высших психических функций; может использоваться специалистами разного профиля; содержит инструкции и комментарии по каждому пункту схемы обследования для ориентации в диагностических критериях; по результатам

предварительной беседы решается вопрос по каждому конкретному случаю, какие пункты и фрагменты диагностики следует использовать, а какие можно опустить; в подборе вопросов учитывается возраст и образовательный ценз больного; особое внимание уделено обследованию речевой функции; это отражается в том, что в клинической картине при каждой форме афазии выделен первичный дефект и системные расстройства, указана локализация очага поражения; из недостатков можно отметить лишь то, что в силу краткости изложения методики может потребоваться подбор дополнительных материалов для обследования, однако этот вопрос решен самим автором методики, поскольку издан специальный альбом для проведения нейропсихологического блиц-обследования;

- компьютерная скрининг-методика диагностики, разработанная М.М. Щербаковой, С.В. Котовым и группой специалистов кафедры неврологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.В. Владимирского и предполагающая пошаговое исключение определенных форм афазии, что значительно сокращает время обследования и уменьшает психологическую нагрузку на больного; максимальный объем исследования составляет 8 модулей, при наличии предварительного диагноза о форме афазии может быть сведено к одному модулю; при отсутствии – обследование проводится последовательно и прекращается на том модуле, когда установлена форма афазии;
- методика оценки речи при афазии Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой, в соответствии с которой проводятся: пробы на импрессивную речь; пробы на экспрессивную речь; методика количественно позволяет оценить текущее состояние речи и динамику ее восстановления, что выражается в баллах; достоинствами является то, что в соответствии с этой методикой можно исследовать не только репродуктивные, но и коммуникативно-значимые формы речи, учитывать форму афазии по классификации А.Р. Лурии и степень выраженности речевых расстройств, однако существенным недостатком является невозможность оценить с помощью этой методики состояние других высших психических функций.

На основании обзора оптимальной можно считать нейропсихологическое блиц-обследование Т.Г. Визель, которое содержит минимальный объем тестов, являющийся достаточным для адекватной диагностики, что особенно важно для специалистов учреждения здравоохранения.

Экспериментальное исследование проводилось в ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова в нескольких подразделениях: отделении нейрохирургии; отделении медицинской реабилитации; палате интенсивной терапии отделения неврологии острого нарушения мозгового кровообращения. Экспериментальную выборку составили 5 разновозрастных пациентов (от 47 до 77 лет), проходящих лечение в областной клинической больнице. В работе представлена подробная характеристика пациентов, принявших участие в исследовании: дата поступления в больницу; анамнез; диагноз и его обоснование, полученные из медицинской документации, а также при объективном оценивании состояния больного до консультации логопеда. Далее в работе представлено логопедическое обследование по методике Т.Г. Визель (нейропсихологическое блиц-обследование), которое дало возможность сформулировать логопедическое заключение для каждого пациента: 1) афферентная моторная афазия; эфферентная моторная афазия; нарушение речи грубой степени выраженности; сенсорная афазия средней степени выраженности; 2) эфферентная моторная афазия; паретическая дизартрия; нарушение речи выраженной степени; 3) сенсорная афазия грубой степени; эфферентная моторная афазия; афферентная моторная афазия; нарушение речи грубой степени выраженности; 4) комплексная моторная афазия; нарушение речи грубой степени выраженности; 5) сенсорная афазия; комплексная моторная афазия; нарушение речи грубой степени выраженности. Результаты обследования приведены в баллах по всем исследуемым компонентам речи, поэтому можно четко понять уровень, с которого следует начинать восстановительное обучение.

Третья глава «Коррекционная работа по преодолению нарушений речи при афазии» содержит два параграфа, в первом из которых проведено

обоснование выбора методики и представлено планирование коррекционной работы. При выборе методов и подходов к восстановительному обучению руководствовались рекомендациями специалистов (невролога, логопеда и др.), сформулированных на основании данных объективного обследования и отраженных в медицинской документации пациентов. В соответствии с рекомендациями логопеда в областной клинической больнице на раннем этапе заболевания начинается работа по восстановительному обучению в соответствии с методикой М.К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой). Выбор методики обусловлен тем, что она не только позволяет стимулировать и растормаживать угнетенную речевую функцию на раннем этапе восстановительного обучения, но и предупреждать некоторые симптомы афазии, характерные для поздних этапов восстановления. Такой подход в перспективе дает различную степень растормаживания речи в течение первых двух-трех месяцев, а также оказывает профилактическое действие, предупреждая вторичные нарушения. Кроме того, используются комплексы упражнений, предложенные в пособиях Л.Б. Клепацкой, дифференцированные в зависимости от формы и степени афазии и позволяющие осуществлять работу не только по преодолению речевых нарушений, но и по восстановлению других высших психических функций, которые находятся в угнетенном состоянии у большинства пациентов; используются типовые программы В.М. Шкловского и Т.Г. Визель по восстановлению речевой функции при различных формах афазии. С использованием перечисленных методик и комплексов упражнений для каждого из пациентов были спланированы курсы из 10 занятий, которые проводились каждый день (с учетом состояния пациента и с разрешения лечащего врача). Первоначально продолжительность занятия составляла 15-20 минут с перерывами в зависимости от состояния и утомляемости пациента. По мере улучшения состояния больных и повышения у них толерантности к нагрузке продолжительность занятий увеличивалась до 40 минут. В работе подробно изложены направления восстановительного обучения в зависимости от формы и степени выраженности афазии и собственно проведение работы.

Направления работы и типы заданий по преодолению различных форм моторной афазии были следующими: растормаживание устной речи с использованием автоматизированных рядов, сопряженного проговаривания стихотворений, «жесткого» контекста; преодоление нарушений орального и артикуляционного праксиса путем артикуляционной гимнастики, постановки и автоматизации звуков; работа над формированием фразы и короткого рассказа; работа по восстановлению письменной речи (письма) с применением сложной последовательности упражнений, начиная с составления простых слов из предложенных букв (эта работа относится к перспективному планированию). Кроме того, с тремя пациентами проводилась работа по преодолению сенсорной афазии различной степени в форме восстановительного обучения в направлении развития понимания обращенной речи. Сначала у пациентов развивали понимание отдельных слов, затем предложений и только на следующем этапе – связного текста или целевого высказывания. В значительной мере в работе опирались на рекомендации Л.Б. Клепацкой по стимуляции способности к адекватному восприятию и осмыслению обращенной речи, а также использовали некоторые из предлагаемых ей упражнений. При проведении занятий с каждым из пациентов старались учитывать его возрастной и образовательный ценз, чтобы предлагать максимально близкие тематически, доступные и интересные задания. Это связано с тем, что наиболее значимой составляющей успешного восстановительного обучения является активная работа самого человека, его внутренняя мотивация, а наилучшим образом это может раскрыться при использовании значимых для пациента тем (увлечения, домашние животные, работа, семья, дача и др.). Отметим и то, что, поскольку головной мозг имеет значительный компенсаторный потенциал, использовали не только прямые, но и обходные механизмы. В соответствии с рекомендациями В.М. Шкловского и Т.Г. Визель прямые использовались в острой стадии заболевания для активизации внутренних резервов, а на вторые опирались на более поздних этапах, когда происходила перестройка нарушенной функции путем

межфункциональных перегруппировок. В целом работа программа восстановительного обучения выстраивалась таким образом, чтобы учесть форму афазии, стадию заболевания, степень выраженности нарушений, индивидуальные и возрастные особенности пациентов. Что касается оценки результативности занятий, то проводить контрольное обследование после 10-тидневного курса восстановительного лечения некорректно, поскольку, в соответствии с литературными данными, процесс восстановительного обучения при афазии может занимать от 1-3 месяцев до нескольких лет.

Заключение. Вторым по распространенности после двигательных нарушений последствием инсульта, приводящим к стойкой инвалидизации, являются речевые расстройства. Согласно статистическим данным, речевые нарушения отмечаются у значительного количества пациентов, и афазия стоит на первом месте, обнаруживаясь у 36 % пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения.

Выпускная квалификационная работа посвящена вопросам изучения афазии, которая является одним из наиболее распространенных последствий острого нарушения мозгового кровообращения у взрослых пациентов, и возможностям ее преодоления в процессе логопедической работы. Практическая часть работы носила характер двухэтапного эксперимента. На констатирующем этапе было проведено изучение медицинских карт всех пациентов, что позволило получить анамнестические сведения, данные о состоянии нервной и других систем организма, первичную информацию о речевом статусе непосредственно в остром периоде заболевания. Затем для установления состояния речи и организации восстановительного обучения для каждого из пациентов был осуществлен консультативный прием логопеда. В областной клинической больнице оценка состояния речи пациентов проводится с помощью нейропсихологического блиц-обследования Т.Г. Визель. Для каждого из пациентов было сформулировано логопедическое заключение, отражающее форму афазии, степень выраженности нарушений речи.

Результаты исследования позволили сделать вывод о наличии

значительных отклонений в состоянии речевой функции, вызванных острым нарушением мозгового кровообращения. Также у пациентов присутствуют неречевые проявления в виде нарушения двигательной активности и паретического поражения мышц, что является существенным затруднением для восстановления речевой функции в полном объеме, поскольку исключает или существенно ограничивает возможности выполнения письменных заданий. В рамках обследования был описан реабилитационный потенциал больных и проведена работа, направленная на восстановительное обучение пациентов с использованием методических рекомендаций Т.В. Ахутиной, Т.Г. Визель, Л.Б. Клепацкой, М.К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой), В.М. Шкловского.

Для каждого из пациентов был спланирован курс из 10 занятий, исходя из того, что больные проходили 10-тидневный курс восстановительного лечения в отделении медицинской реабилитации. Занятия проводились каждый день, сначала их продолжительность составляла 15-20 минут; ее увеличивали по мере улучшения состояния пациентов и повышения у них толерантности к нагрузке. В целях коррекции афазии различной формы и степени использовались задания на преодоление нарушений импрессивной речи; восстановление фонематического слуха; расширение словарного запаса; растормаживание произносительной стороны речи; затормаживание речевого эмбола; преодоление нарушений орального и артикуляционного праксиса; стимулирование простой речевой коммуникации; восстановление глобального чтения; преодоление аграмматизмов и нарушений понимания логико-временных и причинно-следственных связей. Прделанная работа представляет собой лишь единичный курс восстановительного обучения, поскольку афазия является сложным речевым нарушением, требующим длительной коррекции. С учетом этого результативность занятий путем организации контрольного обследования не оценивалась. Однако после 10-тидневного курса занятий родственникам пациентов были даны необходимые рекомендации для продолжения занятий в домашних условиях самостоятельно или с логопедом в очном или онлайн формате.